

*Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes | Lutfiyah Rizqulloh, MKM
Gusman Arsyad, SST, M.Kes | Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H | Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS
Hj. Afriyana Amelia nuryadin, SKM., M.Kes
Siswanto, M.Kes | Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes*



PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Editor:

Dr. I Made Indra P., SKM., MPH., QRGp., CPHCM

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes

Lutfiyah Rizqulloh, MKM

Gusman Arsyad, SST, M.Kes,

Nurliyani, S.S.T., M.Kes

Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H

Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes

Siswanto, M.Kes

Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202366676, 13 Agustus 2023

Pencipta

Nama : **Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes, Lutfiyah Rizulloh, MKM dkk**

Alamat : **Jl. Brigif Raya No.63 RT.012/006 Kel. Ciganjur Kec. Jagakarsa ,
Jagakarsa, Jakarta Selatan, DKI Jakarta, 12630**

Kewangnegaraan : **Indonesia**

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes, Lutfiyah Rizulloh, MKM dkk**

Alamat : **Jl. Brigif Raya No.63 RT.012/006 Kel. Ciganjur Kec. Jagakarsa ,
Jagakarsa, Jakarta Selatan, DKI Jakarta, 12630**

Kewangnegaraan : **Indonesia**

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : **13 Agustus 2023, di Surakarta (solo)**

di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia

Jangka waktu perlindungan : **Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.**

Nomor pencatatan : **000499627**

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes	Jl. Brigif Raya No.63 RT.012/006 Kel. Ciganjur Kec. Jagakarsa
2	Lutfiyah Rizulloh, MKM	Perumahan Klipang Persada Mas Jalan Sendangmulyo Blok C Nomor 18, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah
3	Gusman Arsyad, SST, M.Kes	Perumahan Teluk Palu Permai Blok. H/16 Kel. Talise Palu - Sulteng
4	Nurliyani, S.S.T.,M.Kes	Margodadi, RT/RW 009/003, Kelurahan Marogodadi, Kecamatan Metro Selatan, Kota Metro, Lampung
5	Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H	Taqwasari RT 010 RW 005 Desa Natar Kec. Natar Kab. Lampung Selatan Prov. Lampung
6	Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS	Jl. Katelia III No 5, Perum Taman Yasmin Bogor Barat
7	Hj. Afriyana Amelia nuryadin, SKM., M.Kes	Jln. AR Hakim No.5H Tallo, Makassar
8	Siswanto, M.Kes	Gringsing RT 006, Mojopuro, Sumber Lawang, Sragen
9	Dr. Syamilatul Kharirah, S.Kp., M.Kes	Jl. Kampung Banjar Air Ratu RT 01/RW 06, Kel. Air Raja, Kec. Tanjungpinang Timur, Kota Tanjungpinang

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes	Jl. Brigif Raya No.63 RT.012/006 Kel. Ciganjur Kec. Jagakarsa
2	Lutfiyah Rizulloh, MKM	Perumahan Klipang Persada Mas Jalan Sendangmulyo Blok C Nomor 18, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah
3	Gusman Arsyad, SST, M.Kes	Perumahan Teluk Palu Permai Blok. H/16 Kel. Talise Palu - Sulteng
4	Nurliyani, S.S.T.,M.Kes	Margodadi, RT/RW 009/003, Kelurahan Marogodadi, Kecamatan Metro Selatan, Kota Metro, Lampung
5	Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H	Taqwasari RT 010 RW 005 Desa Natar Kec. Natar Kab. Lampung Selatan Prov. Lampung
6	Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS	Jl. Katelia III No 5, Perum Taman Yasmin Bogor Barat
7	Hj. Afriyana Amelia nuryadin, SKM., M.Kes	Jln. AR Hakim No.5H Tallo, Makassar
8	Siswanto, M.Kes	Gringsing RT 006, Mojopuro, Sumber Lawang, Sragen
9	Dr. Syamilatul Kharirah, S.Kp., M.Kes	Jl. Kampung Banjar Air Ratu RT 01/RW 06, Kel. Air Raja, Kec. Tanjungpinang Timur, Kota Tanjungpinang



PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes
Lutfiyah Rizqulloh, MKM
Gusman Arsyad, SST, M.Kes,
Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H
Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS
Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes
Siswanto, M.Kes
Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

I Made Indra P., SKM., MPH., QRGp., CPHCM

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

x, 166, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-147-124-6

Cetakan Pertama:

Agustus 2023

Hak Cipta 2023, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2023 by Tahta Media Group

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP

(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)

Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuniaNya buku kolaborasi ini dapat dipublikasikan diharapkan sampai ke hadapan pembaca. Buku ini ditulis oleh sejumlah Dosen dan Praktisi dari berbagai Institusi sesuai dengan kepakarannya serta dari berbagai wilayah di Indonesia.

Terbitnya buku ini diharapkan dapat memberi kontribusi yang positif dalam ilmu pengetahuan dan tentunya memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lain yang sejenis serta saling menyempurnakan pada setiap pembahasannya yaitu dari segi konsep yang tertuang sehingga mudah untuk dipahami. Sistematika buku yang berjudul “Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat” terdiri dari 9 Bab yang dijelaskan secara terperinci sebagai berikut:

Bab 1 Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 2 Konsep Kesehatan Masyarakat

Bab 3 Konsep Sehat Dan Sakit

Bab 4 Konsep Dan Tingkat Pencegahan Penyakit

Bab 5 Konsep Masyarakat Kaitannya Dengan Epidemiologi Penyakit

Bab 6 Diferensiasi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 7 Konsep Keilmuan Masyarakat

Bab 8 Sistem Kesehatan Nasional

Bab 9 Pokok Subsistem Dari Sistem Kesehatan Nasional

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang mendukung penyusunan dan penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Direktur Tahta Media
Dr. Uswatun Khasanah, M.Pd.I., CPHCEP

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB 1 PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	
Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes	
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati	
A. Pendahuluan.....	2
B. Sejarah Kesehatan Masyarakat	3
C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat.....	7
D. Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat	9
E. Ruang Lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	11
F. Tujuan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	14
Daftar Pustaka	16
Profil Penulis	18
BAB 2 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT	
Lutfiyah Rizqulloh, SKM., MKM	
Politeknik Bina Trada Semarang	
A. Pendahuluan.....	20
B. Konsep Kesehatan Masyarakat	22
C. Piramida Kesehatan Masyarakat.....	25
D. Partisipasi Individu dan Masyarakat Dalam Kesehatan.....	26
E. Pendekatan Kesehatan Masyarakat.....	28
Daftar Pustaka	31
Profil Penulis	33
BAB 3 KONSEP SEHAT DAN SAKIT	
Gusman Arsyad, SST, M.Kes,	
POLTEKKES KEMENKES Palu	
A. Pendahuluan.....	35
B. Pengertian Sehat.....	36
C. Pengertian Sakit	39
D. Paradigma Sehat dan Sakit.....	41
E. Rentang Sehat Sakit	44

F. Model Sehat dan Sakit	45
Daftar Pustaka	55
Profil Penulis	57

BAB 4 KONSEP DAN TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Nurliyani, S.S.T.,M.Kes

Universitas Malahayati

A. Konsep Dasar Penyakit	59
B. Tujuan Pencegahan Penyakit	61
C. Strategi Pencegahan Penyakit	61
D. Tingkat Pencegahan Penyakit	63
E. Prinsip – Prinsip Dasar.....	67
Daftar Pustaka	69
Profil Penulis	70

BAB 5 KONSEP MASYARAKAT KAITANNYA DENGAN EPIDEMIOLOGI PENYAKIT

Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H

Universitas Aisyah Pringsewu

A. Konsep Masyarakat.....	72
B. Epidemiologi Penyakit.....	76
Daftar Pustaka	87
Profil Penulis	88

BAB 6 DIFERENSIASI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta

A. Pendahuluan.....	91
B. Sejarah Kesehatan Masyarakat	91
C. Pendekatan Ilmu Kesehatan Masyarakat	92
D. Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat	93
E. Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Indonesia	96
F. Ruang Lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	98
G. Diferensiasi Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	99
Daftar Pustaka	114
Profil Penulis	116

BAB 7 KONSEP KEILMUAN MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes

Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

A. Definisi Keilmuan.....	118
B. Fungsi Atau Kegunaan Teori Ilmiah (Teori Keilmuan).....	118
C. Metode Ilmu (Metode Keilmuan)	119
D. Konsep, Model, Dan Hipotesis Dalam Metode Keilmuan.....	120
E. Metode Keilmuan, Pendekatan, dan Teknik.....	121
F. Definisi Keilmuan Masyarakat Menurut Para Ahli.....	122
G. Komponen, Ciri – Ciri, Tujuan, Fungsi dan Penerapan Konsep Keilmuan.....	122
H. Kontribusi Keilmuan Terhadap Pembangunan dan Kemajuan Suatu Negara.....	125
I. Membangun Tradisi Keilmuan Dalam Masyarakat	125
J. Contoh Kasus Keilmuan Dalam Masyarakat	126
K. Masyarakat dan Kesehatan Masyarakat	127
L. Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat.....	129
Daftar Pustaka	133
Profil Penulis	135

BAB 8 SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Siswanto, M.Kes

Politeknik Insan Husada Surakarta

A. Pendahuluan.....	137
B. Definisi Sistem Kesehatan Nasional	137
C. Tujuan Sistem Kesehatan Nasional.....	138
D. Elemen – Elemen Sistem Kesehatan Nasional.....	139
E. Perkembangan Sistem Kesehatan Nasional	139
F. Landasan Sistem Kesehatan Nasional.....	140
G. Sub Sistem Kesehatan Nasional.....	140
H. Kebijakan SKN	141
Daftar Pustaka	142
Profil Penulis	143

BAB 9 POKOK SUBSISTEM DARI SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes

STIKES Hang Tuah Tanjungpinang

A. Pendahuluan.....	145
B. Sistem Kesehatan	146
C. Sistem Kesehatan Nasional	147
D. Subsistem Kesehatan Nasional	148
Daftar Pustaka	165
Profil Penulis	166



BAB 1

PENGANTAR ILMU

KESEHATAN

MASYARAKAT

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati



A. PENDAHULUAN

Bidang ilmu kesehatan masyarakat berkembang dengan cepat di era Revolusi Industri 4.0, ketika semua bangsa sedang bertransisi menuju periode Society 5.0 dan di mana masyarakat harus mampu beradaptasi dengan situasi, seperti; perubahan lingkungan, serta mampu mengatasi hambatan dan permasalahan dengan menggunakan, mengembangkan, menemukan inovasi yang dapat membawa solusi bagi permasalahan yang dihadapi, serta meningkatkan kesejahteraan hidup baik bagi individu maupun masyarakat, begitu juga dengan kualitas hidup seseorang dan masyarakat secara keseluruhan (Kasmianti *et al.*, 2023). Di era pencapaian target SDGs (*The Sustainable Development Goals*), Indonesia perlu melakukan berbagai kemajuan mutakhir untuk beradaptasi dengan perubahan global yang sangat cepat dan pesat di dunia saat ini. Perhatian Indonesia terkait kesehatan masyarakat menjadi sangat penting, yang sakit harus dibuat sehat, dan yang sehat harus mampu menjaga bahkan meningkatkan kesehatan tersebut terkait dengan kesehatan masyarakat seluruh warga negara Indonesia itu sendiri.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk memelihara, mempertahankan, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui inisiatif lingkungan untuk memberikan layanan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemberantasan penyakit. Semua upaya langsung dan tidak langsung untuk menghentikan penyakit (preventif), mempromosikan kesehatan yang lebih baik (promotif), mengobati penyakit (kuratif), dan mendorong pemulihan (rehabilitatif) dianggap sebagai inisiatif kesehatan masyarakat (Surahman & Supardi, 2016). Jika dibandingkan dengan ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, dan ilmu fisioterapi yang saling bersinergi dalam menyelesaikan masalah orang sakit baik dalam pelayanan kuratif maupun rehabilitatif, maka penduduk atau masyarakat umum cenderung memandang ilmu kesehatan masyarakat dalam arti yang sempit, yaitu sebagai kegiatan "penyuluhan kesehatan" yang manfaatnya kurang dirasakan. Ranah ilmu kesehatan masyarakat memberi warna beda karena Ilmu Kesehatan Masyarakat merupakan "Ilmu dan Seni" yang bersinergi dalam bidang preventif dan promotive. Ilmu kesehatan masyarakat memuat ilmu pencegahan dan promotive agar masyarakat tidak sakit, karena sakit membuat seseorang dan atau keluarga tidak nyaman menjalani proses kehidupannya (Salmah, 2013).

Kesehatan masyarakat saat ini berada dalam bahaya, terutama karena persaingan yang ketat di pasar global dan meningkatnya volume uang, teknologi, dan lalu lintas orang, komoditas, dan jasa. Dampak negatif dari globalisasi, perang dingin yang terjadi antara beberapa negara adidaya, penyakit menular baru, virus Covid-19, dan jenis virus lainnya yang menjangkiti dunia saat ini merupakan isu-isu yang saat ini sedang dihadapi oleh dunia, dan iterasi baru dari virus yang menjangkiti seluruh dunia, termasuk Indonesia. Indonesia harus melakukan banyak perubahan untuk mengatasi hal ini, terutama di bidang kesehatan yang mengedepankan kesehatan masyarakat (Hasnidar *et al.*, 2020).

B. SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Ketika kita menjelajahi ilmu kesehatan masyarakat, penting untuk mengakui kontribusi dari dua ahli meteorologi Yunani, Asclepius dan Higeia. Asclepius terkenal karena mengobati penyakit begitu penyakit itu muncul pada pasien. Hal ini menunjukkan bahwa tokoh ini lebih menekankan pada pengobatan atau tindakan penyembuhan, sedangkan Higeia menyarankan pengikutnya untuk melakukan pendekatan melalui gaya hidup yang seimbang, yang meliputi menghindari makanan dan minuman yang beracun, mengonsumsi makanan sehat, istirahat yang cukup, dan melakukan aktivitas fisik. Higeia juga menyarankan untuk melakukan upaya-upaya alami untuk mengobati penyakit. Pencegahan penyakit adalah prioritas utama pada kedua tokoh ini (Eliana & Sumiati, 2016).

Perbedaan pendekatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mengakibatkan munculnya dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental, ataupun sosial. Sementara itu, kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Ke dalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan

masyarakat dari berbagai jenjang(Notoadmojo, 2011). Perbedaan pendekatan tersebut, pada perkembangan selanjutnya, seolah-olah timbul garis pemisah menjadi dua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan kesehatan pencegahan (*preventive health care*). Perbedaan tersebut dapat dilihat pada Tabel 1.1

Tabel 1.1 Perbedaan pendekatan pelayanan kesehatan preventif dan kuratif

Pelayanan Kesehatan	
Preventif	Kuratif
Sasaran atau pasien adalah masyarakat	Sasaran secara individual
Masalah yang ditangani pada umumnya adalah masalah-masalah yang dirasakan oleh masyarakat	Dengan pasien umumnya kontak hanya satu kali
Hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat lebih bersifat kemitraan	Jarak antara petugas kesehatan (dokter, drg, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh
Pendekatan lebih menggunakan cara proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang ke kantor atau di tempat praktik mereka, tetapi harus turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan selanjutnya melakukan tindakan jika diperlukan	Pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya petugas kesehatan pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti dokter yang menunggu pasien datang di Puskesmas atau tempat praktik. Kalau tidak ada pasien datang, berarti tidak ada masalah maka selesailah tugas mereka bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit.
Pasien dilihat sebagai makhluk yang utuh sehingga terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi, individual, tetapi dalam konteks yang luas, aspek biologis, psikologois, dan sosial. Dengan demikian pendekatannya harus secara menyeluruh atau holistik	Pasien ditangani lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara partial, padahal manusia terdiri dari kesehatan biopsikologis dan sosial, yang terlibat antara aspek satu dan lainnya

Sumber: Notoadmojo (2011).

Berikut periode sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia (Nuryadin *et al.*, 2022):

Abad Ke-16 Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Tahun 1807 Pemerintahan Jendral Daendels, telah dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi pada waktu itu, tetapi tidak berlangsung lama, karena langkanya tenaga pelatih.

Tahun 1888 Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, yang kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.

Tahun 1925 Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.

Tahun 1927 STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia.

Tahun 1930 Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan.

Tahun 1935 Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.

Tahun 1951 Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten

di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut **Puskesmas**.

Tahun 1952 – Pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan

Tahun 1956 – Dr.Y.Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.

Tahun 1967 – Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.

Tahun 1968 – Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Depkes) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.

Tahun 1969: Sistem Puskesmas disepakati dua saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi.

Tahun 1979 Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.

Tahun 1984 Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Immunisasi)

Awal tahun 1990-an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

C. PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

Sebelum tahun 1850 dikenal sebagai Era Kesehatan Empirik atau Primitive concept. Pemeliharaan kesehatan berdasarkan kepercayaan bahwa penyakit adalah kutukan Tuhan dan pengobatannya secara tradisional. Kesehatan masyarakat secara garis besar mengalami 2 priode perkembangan (Sartika *et al.*, 2020).

1. Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre-Scientific Priode*)

Masalah kesehatan masyarakat dunia dimulai dari 2 orang suami istri berkebangsaan Yunani bernama Asclepius dan Higeia yang juga asistennya. Dalam kesehariannya Asclepius yang seorang dokter melakukan pengobatan terhadap pasiennya. Sementara Higeia memberikan pengetahuan dan pengajaran kepada pasien untuk melakukan hidup seimbang antara pencegahan dan pengobatan yang dikenal konsep preventif dan kosnsep kuratif (Alhamda & Yustina, 2016).

Periode ini sudah ada sejak zaman peradaban kuno yang berpusat di Babilonia, Mesir, Yunani dan Roma. Dalam sejarah menyebutkan pada zaman ini telah dibangun tempat pembuangan kotoran (latrin) umum, meskipun alasan dibuatnya latrine tersebut bukan karena kesehatan. Dibangunnya latrine umum pada saat itu bukan karena tinja atau kotoran manusia dapat menularkan penyakit tetapi tinja menimbulkan bau tak enak dan mengganggu pemandangan. Disamping membuat tempat pembuangan kotoran masyarakat waktu itu juga membuat sumur untuk keperluan sehari-hari mereka beranggapan bahwa air sungai yang mengalir sudah tercemar (Hartono, 2017).

Sejarah lain menyatakan dibuatnya peraturan yang mengharuskan masyarakat melakukan pencatatan pembuangan sampah, melaporkan jika ada hewan peliharaan yang berbau, berbahaya, melakukan peninjauan terhadap tempat makan, minum dan sebagainya. Pada abad tahun 1817-1823 sempat terjadi endemi cholera berasal dari Jessore, India. Wabah menyebar dari sungai Gangga hingga ke Asia, Erofa, Afrika dan Amerika Utara. Seorang dokter di Inggris bernama Jhon Snow berhasil melacak bahwa penyebab wabah berasal dari air yang tercemar. Penyakit cholera disebabkan oleh bakteri *Vibrio cholera* yang menginfeksi saluran cerna. Di tahun yang sama terjadi wabah Pes, penyakit yang disebabkan oleh

bakteri *Yersenia pestis* yang dibawa oleh kutu atau pinjal pada hewan pengerat seperti tikus (Sartika *et al.*, 2020).

Penyakit Pes ini pernah mewabah dalam kurun waktu Tahun 541-542. Dikenal sebagai wabah Justinian. Wabah yang menyerang kekaisaran Bizantium dan kota-kota pelabuhan Mediterania. Korban tewas mencapai 30-50 juta jiwa atau sekitar 10% dari populasi Konstantinopel. Tahun 1346-1353 wabah berawal mula terjadi di daratan Eropa dan dikenal sebagai The Black Death. Wabah menyebabkan 25 juta jiwa meninggal dan menghancurkan tiga benua sekaligus yaitu benua Asia, Afrika dan Eropa (Asri, Imran dan Adam, 2020).

2. Periode Ilmu Pengetahuan (*Scientific Priode*)

Bangkitnya ilmu pengetahuan pada akhir abad ke-18 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia. Ada beberapa tokoh dunia dalam bidang kesehatan modern:

- a. Hipocrates (460-370 SM) dikenal sebagai bapak kedokteran. Hipocretes menyatakan bahwa penyakit timbul karena pengaruh lingkungan seperti air, udara, tanah dll.
- b. Anthony Van Leeuwenhoek (1632-1723), penemu mikroba sebagai penyebab penyakit dan penemu mikroskop lensa satu.
- c. Edward Jenner (1749 -1823) Melihat bahwa pemerah susu sapi yang mendapat infeksi cacar sapi (cowpox) ternyata kebal terhadap penyakit cacar yang kemudian menyusun konsep tentang vaksinasi.
- d. John Snow (1813-1912), Bapak epidemiologi dan menemukan penyakit kolera yang berasal dari air yang tercemar.
- e. Louis Pasteur (1827-1912) menemukan vaksin untuk mencegah cacar, penggunaan antiseptik pada kasus pembedahan
- f. Joseph Lister (1827-1912) berdasarkan teori Louis Pasteur pada tahun 1864 mengembangkan tentang pembedahan yang aseptis penemu asam karbol untuk sterilisasi ruangan operasi.
- g. Robert Koch (1843-1910), seorang dokter Jerman ahli Bakteriologi dikenal sebagai bapak kedokteran modern penemu bakteri *Bacillus anthracis* penyebab penyakit Antraxis pada hewan ternak, penemu bakteri *Mycobacterium tuberculosis* penyebab penyakit tuberkulosis pada manusia, hewan ternak (sapi) dan penemu *Vibrio cholerae* penyebab penyakit kolera.

- h. Paul Ehrlich (1854-1915): penemu obat anti sifilis (Siyoto & Retnaningtyas, 2016).

D. DEFINISI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ilmu dan seni untuk memelihara, meningkatkan, dan mempromosikan kesehatan masyarakat melalui upaya kolektif dalam pemberian layanan kesehatan dikenal sebagai kesehatan masyarakat. Semua upaya langsung dan tidak langsung dalam pencegahan, promosi, penyembuhan, dan rehabilitasi termasuk dalam kesehatan masyarakat. Ketika seseorang mendengar definisi ini, mungkin terdengar seolah-olah ilmu kesehatan masyarakat sangat kompleks, tetapi pada kenyataannya, memahami ilmu kesehatan masyarakat tidaklah sederhana (Alaydrus *et al.*, 2020).

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk memelihara, mendukung, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui kerja sama untuk menyediakan layanan kesehatan yang mencegah dan menghilangkan penyakit. Semua teknik pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi penyakit secara langsung dan tidak langsung disebut sebagai "kesehatan masyarakat". Konsep-konsep dasar dalam ilmu kesehatan masyarakat meliputi epidemiologi, biostatistik, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan, gizi masyarakat, dan pelayanan kesehatan (Nuryadin *et al.*, 2022).

Sanitasi dan kesehatan masyarakat berjalan seiring. Inisiatif kesehatan masyarakat mencakup upaya untuk meningkatkan standar sanitasi lingkungan. Setelah ditemukannya bakteri penyebab penyakit pada akhir abad ke-18 dan berkembangnya berbagai teknik imunisasi, kegiatan kesehatan masyarakat kemudian mencakup pencegahan penyakit yang menyebar di dalam masyarakat dengan meningkatkan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi (Notoatmodjo, 2014). Winslow (1920) akhirnya membuat batasan tentang kesehatan masyarakat yang masih relevan hingga saat ini berdasarkan pengalaman praktik-praktik yang ada hingga awal abad ke-20, yaitu: kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni: mencegah penyakit, memperpanjang usia, dan meningkatkan kesehatan, melalui upaya-upaya pengorganisasian masyarakat (Notoadmojo, 2011). Menurut Achmadi (2013) Semua inisiatif yang digunakan untuk meningkatkan tingkat kesehatan

masyarakat setidaknya harus mencakup satu atau lebih aspek atau karakteristik berikut:

1. Berbasis Masyarakat

Berbasis komunitas berarti bahwa inisiatif kesehatan harus diperluas ke populasi penduduk setempat tanpa membuat perbedaan berdasarkan hal-hal seperti usia, ras, agama, jenis kelamin, dan/atau bentuk kelompok lainnya.

2. Berorientasi pencegahan dan/atau peningkatan derajat kesehatan

Karakteristik kesehatan masyarakat berikutnya adalah bahwa semua inisiatif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat harus berfokus pada pencegahan dan perlindungan. Imunisasi adalah salah satu contoh bagaimana definisi dan pentingnya pencegahan kesehatan masyarakat digunakan.

3. Dilaksanakan secara lintas disiplin atau bekerja sama dengan sektor non-kesehatan

Kerja sama lintas sektor atau disiplin ilmu merupakan komponen penting lainnya. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya tidak dapat melakukan inisiatif peningkatan kesehatan sendiri untuk menjaga dan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

4. Adanya keterlibatan masyarakat atau partisipasi masyarakat

Pemberian imunisasi di Posyandu atau Puskesmas membutuhkan keterlibatan masyarakat. Pemerintah daerah, pejabat, dan berbagai LSM, seperti organisasi wanita keagamaan, lembaga swadaya masyarakat, organisasi masyarakat, dan sebagainya, harus mendukung program imunisasi. Suatu daerah perlu bekerja sama dengan berbagai sektor dan anggota masyarakat untuk memberikan saran tentang nilai pemberian vaksin.

5. Terorganisir dengan baik

Pendekatan kesehatan masyarakat terhadap kesehatan membutuhkan inisiatif yang terorganisir dengan baik. Tentu saja, pengorganisasian membutuhkan keterampilan dalam manajemen, seperti mengumpulkan data (mengidentifikasi fakta), perencanaan, dan pemantauan atau evaluasi penilaian

Kesehatan masyarakat juga dapat didefinisikan sebagai serangkaian inisiatif yang terkoordinasi dengan baik yang bertujuan untuk menyehatkan suatu kelompok atau seluruh populasi. Inisiatif-inisiatif ini harus difokuskan pada pencegahan dan/atau peningkatan, dilakukan lintas sektor atau disiplin ilmu, dan melibatkan masyarakat (Achmadi, 2013). Evolusi batasan kesehatan masyarakat telah mengarah pada kesimpulan bahwa bidang ilmu kesehatan masyarakat mencakup lebih dari sekadar sanitasi dan metode sanitasi, pengobatan kuratif dan preventif, dan ilmu sosial.

Dapat disimpulkan bahwa ilmu kesehatan masyarakat merupakan Ilmu dan seni deteksi dini, pencegahan penyakit, memperpanjang usia, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui upaya masyarakat yang terkoordinasi untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi di masyarakat, pendidikan kebersihan diri, dan organisasi layanan medis dan keperawatan yang akan mendukung semua orang di masyarakat untuk memiliki standar hidup yang tinggi.

E. RUANG LINGKUP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Menurut teori ilmu pengetahuan, bidang ilmu bio-medis (biologi kedokteran) dan ilmu sosial adalah dua disiplin ilmu utama yang pada awalnya tercakup dalam kesehatan masyarakat. Namun demikian, bidang kesehatan masyarakat, khususnya ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, ilmu fisika, dan ilmu-ilmu tentang kesehatan masyarakat, semakin luas jangkauannya seiring dengan perkembangan jaman yang berdampak pada perubahan elemen-elemen yang berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat. Dari uraian terkait dengan seni (praktik), kesehatan masyarakat dalam praktiknya memiliki ruang lingkup yang luas karena faktor-faktor yang melahirkan kesehatan masyarakat bersifat multi-kausal/banyak penyebabnya sehingga hasilnya tidak hanya melalui satu pendekatan pemasyarakatan saja tetapi harus dari multidisiplin. Salah satu kasus kesehatan masyarakat adalah meningkatnya jumlah anak yang mengalami busung lapar di suatu daerah. Pendekatan kesehatan masyarakat tidak hanya melihat kejadian tersebut dari sudut pandang klinis, atau kebijaksanaan medis saja tetapi juga dari sudut pandang ekonomi, digali dari sudut pandang keuntungan (terkait dengan pendapatan/penghasilan keluarga yang mengalami busung lapar) sosiologi

(terkait dengan gizi) dan warna warni multidisipliner lainnya. Jadi seorang ahli kesehatan masyarakat haruslah memiliki naluri seorang detektif dalam mencari penyebab suatu masalah kesehatan masyarakat.

Menurut Hasnidar, *et al* (2020) Upaya-upaya yang dikategorikan sebagai seni atau Penerapan Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Pemberantasan penyakit baik menular maupun tidak menular
2. Perbaikan sanitasi lingkungan
3. Perbaikan lingkungan pemukiman
4. Pemberantasan vektor
5. Pendidikan kesehatan masyarakat
6. Pelayanan kesehatan ibu dan anak
7. Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum
8. Pembinaan gizi masyarakat
9. Pengawasan obat dan minuman
10. Pembinaan peran serta masyarakat

Secara umum, prinsip-prinsip Ilmu kesehatan masyarakat terbagi menjadi 6 yaitu:

1. Fokus ilmu kesehatan masyarakat adalah pada perilaku preventif (pencegahan) dan promotif (promosi kesehatan) daripada kuratif (terapi). Fokus tenaga medis dan paramedis (dokter, dokter gigi, perawat, dan bidan) adalah pada pendekatan kuratif.
2. Studi kesehatan masyarakat berfokus pada komunitas atau kelompok individu, baik yang sehat maupun yang sakit atau mengalami masalah.
3. Dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat, faktor lingkungan sangat penting dalam menentukan prevalensi penyakit atau kejadian lain yang berhubungan dengan kesehatan di masyarakat. Sesuai dengan batasan kesehatan masyarakat, faktor dari luar (faktor eksternal) juga harus diperhitungkan sebagai penyebab masalah kesehatan di samping faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat di tingkat internal (faktor internal).
4. Fokus ilmu kesehatan masyarakat adalah pada kegiatan masyarakat yang terkoordinasi. Pengorganisasian masyarakat secara teori, difokuskan pada inisiatif spesifik untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
5. Bidang kesehatan masyarakat memandang masyarakat sebagai target sekaligus objek dari inisiatif kesehatan. Artinya, meskipun masyarakat

merupakan objek untuk tujuan pelaksanaan program kesehatan masyarakat, masyarakat juga harus menjadi subjek yang secara aktif mendukung semua inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Jika masyarakat tidak dilibatkan dalam upaya-upaya tersebut, maka program kesehatan masyarakat tidak akan berjalan secara efektif.

6. Menurut penelitian kesehatan, masalah kesehatan memiliki banyak aspek dan terkait dengan masalah lain (yang tidak berhubungan dengan kesehatan). Hal ini dapat dipahami karena apa pun yang berkaitan dengan masalah kesehatan selalu menyentuh bidang-bidang lain. Sebagai contoh, masalah balita dengan berat badan kurang tidak hanya mempengaruhi sektor kesehatan, tetapi juga sektor pertanian, yang menyediakan makanan, dan sektor ekonomi, yang mengembangkan kebijakan untuk mengatasi masalah pengentasan kemiskinan di masyarakat.

Sartika, *et al* (2020) menjelaskan fenomena-fenomena kesehatan di masyarakat, ilmu kesehatan masyarakat memiliki 7 pilar utama yakni:

1. Epidemiologi merupakan cabang keilmuan dari Ilmu Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) yang menekankan perhatiannya terhadap keberadaan penyakit dan masalah kesehatan lainnya dalam masyarakat. Keberadaan penyakit masyarakat itu didekati oleh epidemiologi secara kuantitatif. Karena itu, epidemiologi akan mewujudkan dirinya sebagai suatu metode pendekatan banyak memberikan perlakuan kuantitatif dalam menjelaskan masalah kesehatan. Fungsi Epidemiologi berikut ini juga dapat memperkuat pernyataan bahwa epidemiologi merupakan ‘ibu’ dari ilmu kesehatan masyarakat.
2. Biostatistik/Statistik Kesehatan merupakan ilmu dasar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat yang digunakan sebagai metode untuk mempelajari masalah kependudukan.
3. Kesehatan Lingkungan merupakan cabang dari ilmu kesehatan masyarakat yang mencakup semua aspek alam dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku adalah salah satu cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari ilmu perilaku kesehatan meliputi psikologi social, antropologi kesehatan, sosiologi kesehatan, konseling dan hubungan antar manusia.

5. Administrasi Kesehatan Masyarakat merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari proses perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, pengarahan dan penilaian administrasi dalam bidang kesehatan.
6. Gizi Masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari tentang nutrisi yang dibutuhkan tubuh manusia dan manfaatnya terhadap kehidupan manusia.
7. Kesehatan Kerja adalah salah satu cabang ilmu kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk melindungi setiap pekerja dari penyakit akibat kerja ataupun penyakit akibat hubungan kerja dan menjamin pekerja terhindar dari risiko dan bahaya di tempat kerja.

Dari ruang lingkup kesehatan masyarakat diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa ruang lingkup antara bidang yang satu dengan bidang yang lainnya memiliki keterkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Sehingga memiliki kesempurnaan dan menjadi pilar utama dalam lingkup dan kajian ilmu kesehatan masyarakat baik didunia maupun di Indonesia.

F. TUJUAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Mencapai tingkat kesehatan fisik, spiritual, dan sosial yang setinggi-tingginya bagi setiap warga negara merupakan tujuan dari semua inisiatif kesehatan masyarakat di sektor pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Tujuan ilmu kesehatan masyarakat dibagi menjadi dua kategori sebagai berikut:

1. Umum
Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.
2. Khusus
 - a. Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit.
 - b. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
 - c. Tertangani/terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan.

Menurut WHO (*World Health Organisation*), tujuan kesehatan masyarakat adalah melindungi dan meningkatkan kesehatan penduduk dengan menggunakan tiga cara utama yakni:

1. Melindungi penduduk dari ancaman kesehatan (*health protection*)
2. Pencegahan kejadian penyakit (*disease prevention*)
3. Peningkatan derajat kesehatan penduduk (*health promotion*)

Semua cara tersebut dijabarkan menjadi berbagai fungsi yakni:

1. Surveillance dan penilaian status kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.
2. Identifikasi (penilaian investigasi dan prediksi) masalah kesehatan ancaman pada masyarakat.
3. Proteksi kesehatan termasuk didalamnya keselamatan dan penerapan peraturan perundangan.
4. Kesiapsiagaan dan manajemen bencana serta kedaruratan.
5. Pencegahan penyakit dengan penerapan pencegahan primer dan pencegahan sekunder.
6. Promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan.
7. Inisiasi dan dukungan serta penyelenggaraan penelitian kesehatan.
8. Evaluasi kualitas dan efektivitas pelayanan kesehatan.
9. Kapasitas staf kesehatan masyarakat.
10. Inisiasi pengembangan dan perencanaan kebijakan kesehatan.

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik ada beberapa prinsip pokok yang harus terpenuhi, yaitu:

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan pencegahan (preventif) daripada pengobatan (kuratif)
2. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara-cara yang ringan biaya dan berhasil baik
3. Melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan kepada masyarakat.
4. Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku maka sasaran yang diutamakan adalah masyarakat yang terorganisir
5. Lebih mengutamakan masalah kesehatan masyarakat yang jika tidak segera diatasi akan menimbulkan malapetaka.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. (2013). *Kesehatan masyarakat: teori dan aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pres.
- Alaydrus, S., Zulham, Azizah, N., Wahyuni, I. S., Magfirah, Dewi, N. P., Rianto, L., Kurniasih, D. A. A., & Nurbaity. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
- Alhamda, S., & Yustina, S. (2016). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asri, A., Imran, A., & Adam, A. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dan Pengendalian Covid-19*. PT Nasya Expanding Management.
- Eliana, & Sumiati, S. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Kementrian Kesehatan RI.
- Hartono, R. (2017). *Flashback Sejarah dan Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Negara Maju dan Berkembang*.
- Hasnidar, Tasnim, Sitorus, S., Hidayati, W., Mustar, Yuliani, F. M., Marzuki, I., Yunianto, A. E., Susilawaty, A., Puspita, R., Patola, Sianturi, E., & Sulfianti. (2020). *Ilmu Kesehatan masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Kasmianti, Sumarni, Metasari, A. R., Sasmita, A., Fhirawati, Sriwidyastuti, Fauziah, A., Mulfiyanti, D., Susilawati, Ramadani, F., & Bintang, A. (2023). *Pengantar ilmu Kesehatan Masyarakat*. Makasar: Tohar Media.
- Notoadmojo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryadin, A. A., Yuniastini, Mathar, I., Suyanto, Abidin, Z., Hermawan, D., Musyarofah, S., & Kusumawati, Y. (2022). *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Klaten: Tahta Media Group.
- Salmah, S. (2013). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Trans Info Media (TIM).
- Sartika, Anggreny, D. E., Sani, A., Kumalasari, I., Hermansyah, H., Nuryati,

- E., Shobur, S., Yulianto, B., Puspitasari, A., Maksuk, Illustri, Putri, K. M., Angraini, W., Badi'ah, A., & Murni, N. S. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Siyoto, S., & Retnaningtyas, E. (2016). *Siyoto, S. R. (2016). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)*. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Surahman, & Supardi, S. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Kementrian Kesehatan RI.

PROFIL PENULIS



Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes adalah dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di STIKes Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh studi pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan kekhususan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai sekretaris DPK PPNI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati. Penulis aktif menulis dan sudah menghasilkan beberapa buku pada bidang keperawatan dan kesehatan. Selain itu, memiliki keahlian terapi komplementer, serta menghasilkan beberapa jurnal ilmiah nasional dan internasional.

Email: utamidewi1701@gmail.com



BAB 2

KONSEP KESEHATAN

MASYARAKAT

Lutfiyah Rizqulloh, SKM., MKM
Politeknik Bina Trada Semarang



A. PENDAHULUAN

Kesehatan masyarakat berfokus pada upaya mempromosikan dan melindungi kesehatan agar setiap orang mendapatkan tempat yang aman untuk tinggal, belajar, bekerja, dan bermain. Seringkali bidang kesehatan masyarakat bekerja dibalik layar karena pekerjaannya bertanggungjawab dalam mencegah dan menjaga kesehatan masyarakat seperti melacak wabah penyakit dan memvaksinasi masyarakat untuk menghindari penyebaran penyakit, menetapkan standar keselamatan untuk melindungi pekerja, mengembangkan program gizi sekolah untuk memastikan anak-anak memiliki akses makanan sehat, mengadvokasi undang-undang untuk menjaga keamanan orang, termasuk udara dalam ruangan bebas rokok dan sabuk pengaman, mengatasi dampak perubahan iklim terhadap kesehatan dan lain sebagainya.

Kesehatan masyarakat, seni dan ilmu mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental, sanitasi, kebersihan pribadi, pengendalian penyakit menular, dan organisasi pelayanan kesehatan. Interaksi manusia yang terlibat dalam menangani banyak masalah kehidupan sosial, telah muncul pengakuan akan pentingnya tindakan masyarakat dalam promosi kesehatan dan pencegahan serta pengobatan penyakit, dan ini dinyatakan dalam konsep kesehatan masyarakat. Berbagai lembaga kesehatan masyarakat telah dibentuk untuk membantu mengendalikan dan memantau penyakit dalam masyarakat, baik di tingkat nasional maupun internasional. Salah satunya di tingkat internasional WHO (*World Health Organization*) memiliki peran yang penting dalam menjaga kesehatan tingkat dunia. WHO sangat penting dalam memberikan bantuan untuk penerapan metode organisasi dan administrasi penanganan masalah yang terkait dengan kesehatan dan penyakit di negara-negara kurang berkembang di seluruh dunia. Di negara-negara tersebut, masalah kesehatan, keterbatasan sumber daya, pendidikan tenaga kesehatan, dan faktor lainnya harus diperhitungkan dalam merancang sistem pelayanan kesehatan (Bryant & Rhodes, 2023).

Kesehatan masyarakat bertujuan untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi sebanyak mungkin orang. Kesehatan masyarakat bertujuan untuk memberikan hak kepada sekelompok orang untuk sehat dan hidup dalam kondisi yang mendukung kesehatan (Centers for Disease Control and

Prevention (CDC), 2014). Pengertian *public health* atau kesehatan masyarakat sebenarnya baru muncul di negara Barat/Inggris dalam abad 19. Unsur-unsur yang merintis konsepnya memang menjadi satu dengan perkembangan kedokteran sebagai ilmu dan seni penyembuhan (*the art of healing*) yang kemudian dianggap sebagai induk yang melahirkan kesehatan masyarakat. Pengalaman dalam menghadapi bencana-bencana, riwayat penderitaan akibat wabah dan berbagai penyakit merupakan butir-butir yang mendasari lahirnya “*Public Health*”.

Profesional kesehatan masyarakat berusaha mencegah permasalahan kesehatan yang terjadi melalui mengimplentasikan program pendidikan, dukungan politik, pelayanan administrasi, penelitian. Berbeda dengan profesional di bidang klinik misalnya dokter dan perawat yang bekerja fokus pada pengobatan individu setelah mereka sakit. Secara luas kesehatan masyarakat bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Perbedaan yang mendasar terkait ilmu kesehatan masyarakat dengan ilmu kedokteran terlihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1. Perbedaan Konsep Dasar Ilmu Kesehatan dan Ilmu Kedokteran

Unsur	Ilmu Kedokteran	Ilmu Kesehatan Masyarakat
Obyek/sasaran	Individu (pasien/individu sakit)	Masyarakat(Masyarakat sehat)
Fokus pelayanan	Kuratif dan rehabilitatif	Promotif dan preventif
Tingkat keberhasilan	Sembuh penyakitnya	Kesejahteraan masyarakat meningkat
Indikator kesehatan	Bebas penyakit, tidak cacat, produktif	Mortalitas, Morbiditas, AKB, AKI

Usaha kesehatan pokok yang dianjurkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai dasar pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagai berikut (Untari, 2016):

1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
2. Kesehatan ibu dan anak.
3. Hygiene dan sanitasi lingkungan.
4. Pendidikan kesehatan pada masyarakat.

5. Pengumpulan data-data untuk perencanaan dan penilaian (statistik kesehatan)
6. Perawatan kesehatan masyarakat.
7. Pemeriksaan, pengobatan dan perawatan

B. KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

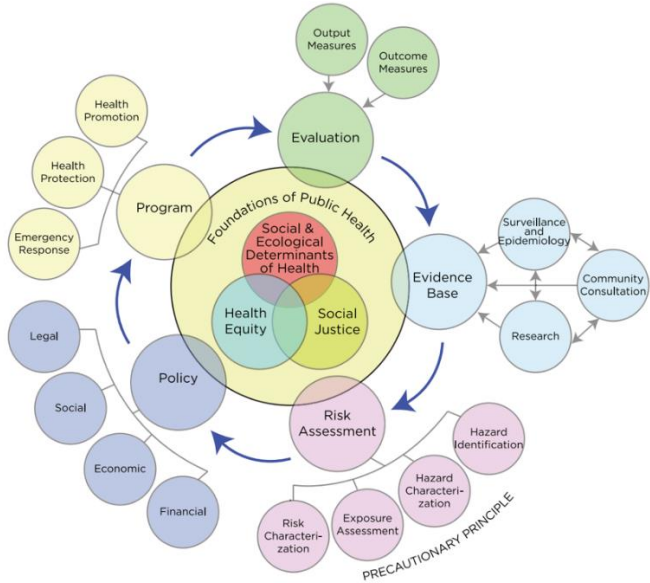
Konsep kesehatan masyarakat terus berkembang sehingga bidang profesional kesehatan masyarakat membutuhkan spesialis yang terlatih dengan pengetahuan mendalam tentang kemajuan ilmiahnya. Hal tersebut menuntut keterampilan profesional dan manajerial yang canggih, kemampuan untuk mengatasi masalah, penalaran untuk mendefinisikan masalah, dan mengadvokasi, memprakarsai, mengembangkan, dan menerapkan program baru dan memungkinkan program yang akan direvisi. Kegiatan tersebut sebagai bentuk menyerukan nilai-nilai kemanusiaan yang mendalam dan rasa tanggung jawab untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat pada setiap individu.

Konsep promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah menjadi bagian dari dasar kesehatan masyarakat. Kemajuan ilmiah dalam biologi molekuler, genetika, farmakogenomik, teknologi informasi, komputerisasi, dan bioteknologi dan nanoteknologi sangat menjanjikan untuk meningkatkan produktivitas sistem pelayanan kesehatan atau perawatan kesehatan. Kemajuan teknologi dengan pengembangan obat dan vaksin yang lebih cepat dan lebih murah, dengan keamanan dan efektivitas obat yang lebih baik, dan reaksi merugikan yang lebih sedikit, dari waktu ke waktu akan sangat meningkatkan efisiensi dalam pencegahan dan pengobatan. Hal tersebut melibatkan perubahan paradigma kesehatan masyarakat untuk memasukkan kemajuan baru dalam ilmu politik, ekonomi, dan sosial. Kegagalan di tingkat politik untuk menghargai peran kesehatan masyarakat dalam pengendalian penyakit menghambat banyak masyarakat dalam pembangunan ekonomi dan sosial (Tulchinsky & Varavikova, 2009).

Landasan utama untuk dapat melihat semua komponen kesehatan masyarakat adalah konsep keadilan sosial (*social justice*) dan pemerataan kesehatan (*health equity*) yang mana berhubungan dengan determinan sosial kesehatan (World Health Organization, 2008). Kedua komponen tersebut

terus menerus mempengaruhi dalam setiap komponen yang disebut dengan blok bangunan (*building blocks*) kesehatan masyarakat. Keadilan sosial (*social justice*) dimaksudkan setiap masyarakat setiap orang berhak mengembangkan kemampuannya untuk dapat mewujudkan potensi dilindungi masyarakat dimana mereka tinggal. Keadilan tersebut mengacu pada memastikan bahwa individu-individu memenuhi peran sosial mereka dan menerima hak-hak mereka dari masyarakat sehingga dapat menjadi kontribusi bagi lingkungannya seperti mendapatkan pendidikan yang layak, pelayanan kesehatan, dan mendapatkan jaminan sosial. Sedangkan pemerataan kesehatan (*health equity*) yang berarti tidak adanya perbedaan kesehatan yang didapat pada masing-masing individu tanpa melihat kesetaraan sosial, ekonomi, demografi, atau geografis.

Konsep dasar kesehatan masyarakat dibentuk dalam lima *building blocks* yang saling memiliki keterkaitan komponen tersebut adalah berbasis bukti (*evidence base*), penilaian resiko (*risk assessment*), kebijakan (*policy*), program (*program*), dan evaluasi (*evaluation*). Semua komponen tersebut memiliki sub-komponen yang harus dapat memenuhi tujuan kesehatan masyarakat seperti yang terlihat pada Gambar 2.1.



Gambar 2.1. Konsep Kesehatan Masyarakat
Sumber (Canadian Public Health Association, 2017)

Komponen utama kesehatan masyarakat yaitu berbasis bukti (*evidence base*) yang berarti segala kegiatan bergantung pada kekuatan, keakuratan, dan keabsahan basis bukti. Basis bukti tersebut terdiri dari penelitian ilmiah, karakteristik populasi, kebutuhan, nilai dan preferensi, serta keahlian profesional (Brownson et al., 2009). Penelitian, surveilans dan epidemiologi, serta konsultasi masyarakat adalah sarana yang digunakan untuk menyediakan bukti-bukti tersebut. Ada hubungan yang kuat antara masing-masing komponen, sehingga penelitian dapat digunakan untuk memfokuskan dan memperkuat kegiatan surveilans. Surveilans dapat dilakukan untuk menginformasikan penelitian, sementara surveilans dan penelitian dapat mendukung atau diarahkan oleh konsultasi dengan masyarakat.

Basis bukti dalam kesehatan masyarakat terus berkembang seiring dengan ditemukannya informasi baru melalui penelitian, pengawasan, dan konsultasi dengan masyarakat. Isu-isu yang muncul dalam basis tersebut menjadi prioritas perhatian kesehatan masyarakat. Sebelum mengambil tindakan terhadap suatu masalah tertentu, penilaian risiko (*risk assesment*) diperlukan untuk memperkirakan dan kemungkinan hasil kesehatan yang negatif pada individu (United States Environmental Protection Agency, 2023). Penilaian risiko dapat diterapkan pada masalah kesehatan masyarakat konvensional serta risiko pekerjaan, lingkungan, sosial, dan perilaku. Terdapat empat proses dalam mengidentifikasi hazard seperti :

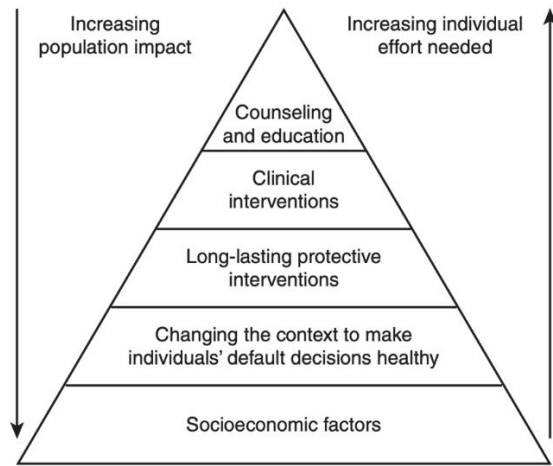
1. Identifikasi bahaya: Identifikasi efek atau bahaya kesehatan tertentu dengan mengambil informasi melalui kegiatan surveilans dan epidemiologi.
2. Karakterisasi bahaya: Evaluasi sifat efek yang terkait dengan bahaya tertentu. Penelitian kualitatif dan kuantitatif dapat digunakan untuk mengkarakterisasi bahaya biologis, fisik, dan bahaya kimia.
3. Penilaian paparan: Evaluasi kemungkinan kemungkinan efek dari bahaya.
4. Karakterisasi risiko: Integrasi bahaya dengan mengidentifikasi bahaya, karakterisasi bahaya, dan penilaian keterpaparan dampak buruk pada tingkat populasi.

Komponen selanjutnya kebijakan (*policy*) kebijakan sangat penting dalam pelaksanaan kegiatan kesehatan masyarakat. Kebijakan biasanya dikembangkan melalui proses yang fleksibel dan berulang yang mencakup identifikasi masalah, pengembangan instrumen kebijakan, konsultasi,

koordinasi, pengambilan keputusan, implementasi, dan evaluasi. Kebijakan kesehatan akan berhasil tergantung dari perencanaan yang baik berasal dari prediksi yang diinginkan oleh masyarakat (Saputra et al., 2023). Pengembangan kebijakan memberikan kerangka kerja dan hasil yang diharapkan untuk kegiatan kesehatan masyarakat, program atau intervensi adalah tindakan spesifik yang menanggapi arah kebijakan. Intervensi ini mencakup kegiatan perlindungan kesehatan (*health protection*), promosi kesehatan (*health promotion*), dan tanggap darurat (*emergency response*). Tujuan dari setiap intervensi adalah untuk membatasi timbulnya dan berkembangnya penyakit, cedera, atau infeksi dan dapat diimplementasikan melalui kolaborasi dengan semua tingkat pemerintah, departemen pemerintah lainnya, lembaga swadaya masyarakat, organisasi nirlaba, dan mitra sektor swasta, sebagaimana mestinya.

C. PIRAMIDA KESEHATAN MASYARAKAT

Frieden (2010) mengembangkan dampak kesehatan dalam bentuk piramida kerangka kerja yang dapat berguna sebagai praktik kesehatan masyarakat. Kerangka kerja tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.2 sebagai berikut :



Gambar 2.2. Piramida Dampak Kesehatan Masyarakat
Sumber (Frieden, 2010)

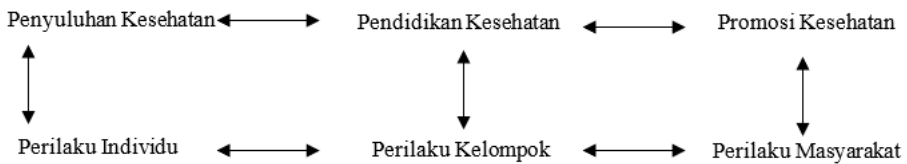
Bagian dasar piramida ini, menunjukkan intervensi dengan potensi dampak terbesar (*increasing population impact*), adalah upaya untuk mengatasi faktor penentu sosial ekonomi kesehatan. Tanda anak panah keatas menunjukkan intervensi yang mengubah konteks membuat keputusan tiap individu untuk hidup sehat (*increasing individual effort needed*), selanjutnya intervensi klinis yang memerlukan kontak terbatas tetapi memberikan perlindungan jangka panjang, dan perawatan klinis langsung yang berkelanjutan, pendidikan kesehatan, dan konseling.

Faktor paling bawah yaitu faktor sosial ekonomi (*socioeconomic factors*) merupakan tingkat yang paling potensial untuk meningkatkan kesehatan yang menjadi strategi pencegahan primer. Tingkat selanjutnya melakukan perubahan konteks terhadap individu untuk senantiasa membuat keputusan sehat seperti penyediaan air bersih dan makanan yang aman, serta pengesahan undang-undang yang mencegah cedera dan paparan agen penyebab penyakit hal tersebut masih menjadi upaya dalam pencegahan primer. Intervensi di tingkat atas adalah gabungan pencegahan primer, sekunder, dan tersier yang dirancang untuk membantu individu, bukan seluruh populasi, tetapi secara teoritis dapat memiliki dampak populasi yang besar jika diterapkan secara universal dan efektif. Namun dalam praktiknya, bahkan program terbaik di tingkat piramida yang lebih tinggi mencapai dampak kesehatan masyarakat yang terbatas, sebagian besar karena ketergantungan mereka pada perubahan perilaku individu jangka panjang.

D. PARTISIPASI INDIVIDU DAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN

Kebijakan nasional di bidang kesehatan pada akhirnya berkaitan dengan kesehatan individu. Berbagai konsep yang diuraikan dalam konsep bidang kesehatan, pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada masyarakat, target kesehatan, dan manajemen sistem kesehatan yang efektif, hanya dapat berjalan efektif jika individu dan masyarakatnya menjadi partisipan yang berpengetahuan dalam mencari solusi. Melibatkan individu dalam status kesehatannya sendiri membutuhkan peningkatan kesadaran, pengetahuan, dan tindakan. Metode yang digunakan untuk mencapai tujuan ini termasuk

penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan promosi kesehatan seperti yang terlihat pada gambar 2.3



Gambar 2.3. Konseling Kesehatan, Pendidikan Kesehatan, Promosi Kesehatan

Penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan promosi kesehatan merupakan salah satu intervensi yang paling hemat biaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Hal tersebut perlu diupayakan secara terus menerus agar partisipasi masyarakat bisa terus terlibat. Banyak faktor yang membuat masyarakat tidak mau berpartisipasi dalam kesehatannya seperti pengaruh tingkat pengetahuan, kurangnya pengalaman, keterbatasan waktu, dana hal tersebutlah yang menjadi kesenjangan antara pemerintah dengan masyarakat (Lubis, 2017). Kesehatan masyarakat modern menghadapi masalah dalam memotivasi orang untuk mengubah perilaku mereka terkadang hal ini membutuhkan peraturan, penegakan hukum, dan hukuman atas ketidakpatuhan, seperti dalam mewajibkan penggunaan sabuk pengaman mobil, melarang merokok dalam berkendara. Dalam situasi lain, hal itu membutuhkan kinerja yang berkelanjutan oleh individu, seperti penggunaan kondom untuk mengurangi risiko penularan IMS dan/atau HIV penularan IMS dan/atau HIV.

Model kepercayaan kesehatan (*The health belief model*) telah menjadi dasar untuk program pendidikan kesehatan, di mana kesiapan seseorang untuk mengambil tindakan demi kesehatan berasal dari ancaman penyakit yang dirasakan, kerentanan terhadap penyakit dan potensi keparahannya yang dapat dipicu oleh kepedulian dan pengetahuannya. Hambatan untuk melakukan tindakan yang tepat dapat berupa psikologis, finansial, atau fisik, termasuk rasa takut, kehilangan waktu, dan ketidaknyamanan. Memacu tindakan untuk menghindari risiko terhadap kesehatan adalah salah satu tujuan mendasar dalam pelayanan kesehatan. Model kepercayaan kesehatan penting dalam mendefinisikan intervensi kesehatan karena membahas emosional,

intelektual, dan hambatan lain dalam mengambil langkah untuk mencegah atau mengobati penyakit. Kesadaran kesehatan di tingkat masyarakat dan individu bergantung pada tingkat pendidikan dasar. Seperti adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu terhadap tindakan mencuci tangan dalam perawatan tali pusat bayi baru lahir (Lestari et al., 2020).

E. PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan Masyarakat adalah tentang menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan keselamatan seluruh populasi. Pendekatan kesehatan masyarakat dimulai dengan kebutuhan masyarakat atau kelompok populasi daripada individu. Hal ini berbeda dengan layanan kesehatan yang fokusnya adalah pada pasien/individu. Pendekatan kesehatan masyarakat melibatkan intervensi yang dilakukan di tingkat populasi dan menargetkan sumber daya secara efektif melalui peningkatan pemahaman tentang populasi. Pendekatan kesehatan masyarakat berarti melihat di balik suatu masalah atau penyakit ada banyak faktor yang mendorongnya. Sering disebut 'faktor penentu sosial' atau 'faktor struktural', seperti faktor perumahan, pendidikan, tanggungan dan pendapatan yang mendukung kehidupan masyarakat. Pendekatan Kesehatan Masyarakat membutuhkan kerja sama dan kolaborasi dengan berbagai sektor. Pendekatan kesehatan masyarakat dimulai dari prinsip bahwa mencegah lebih baik daripada mengobati. Pendekatan ini merupakan proses empat langkah berbasis sains:

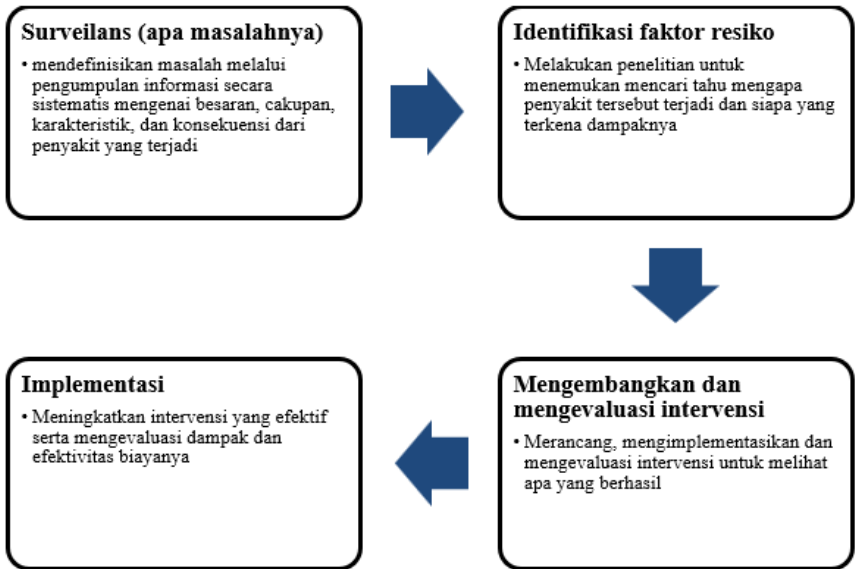
1. Identifikasi atau mendefinisikan masalah: biasanya langkah ini mencakup pengumpulan data untuk mengetahui siapa, apa, mengapa, di mana, dan kapan. Data dapat berasal dari dinas kesehatan, pemerintah daerah, polisi, pengadilan, dan sumber-sumber lainnya.
2. Mengidentifikasi segala kemungkinan penyebabnya: mencari bukti faktor-faktor yang membuat orang berisiko menjadi korban atau pelaku kekerasan dan faktor apa pun yang dapat mencegah hal ini terjadi.
3. Mengembangkan dan mengevaluasi intervensi: menggunakan data untuk merancang, mengimplementasikan dan mengevaluasi intervensi untuk mencegah kejahatan.

Pendekatan kesehatan masyarakat adalah pendekatan komprehensif untuk melindungi dan meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat

dengan kesetaraan sosial dan penggunaan sumber daya yang efisien. Pendekatan kesehatan masyarakat menggabungkan pendekatan terprogram untuk layanan kesehatan dengan berbagai intervensi untuk mengurangi beban penyakit dan mengurangi morbiditas dan mortalitas, dan untuk meningkatkan kualitas hidup, terutama untuk populasi yang menua. Tantangan yang ada saat ini adalah menerjemahkan temuan-temuan penelitian ke dalam tindakan nyata untuk kepentingan masyarakat.

Keseimbangan antara orientasi preventif dan kuratif serta alokasi sumber daya dan standar profesional yang tinggi dalam pembuatan kebijakan membutuhkan pengakuan dan prioritas yang sering kali menjadi tantangan secara politis. Meskipun intervensi kesehatan masyarakat tidak dapat menghilangkan ketidakadilan yang ada di masyarakat dan secara global, intervensi tersebut dapat mengurangi beban masyarakat miskin dan yang kurang terlayani melalui penerapan intervensi kesehatan masyarakat berbasis bukti.

Pendekatan kesehatan masyarakat terdapat empat pendekatan yaitu surveilans, identifikasi faktor resiko, intervensi, dan implementasi (Christmas & Srivastava, 2019). Pendekatan kesehatan masyarakat dapat dilihat pada gambar 2.4.



Gambar 2.4. Pendekatan Kesehatan Masyarakat

Hampir semua hal yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, terutama dalam bidang alokasi sumber daya, perencanaan, kesejahteraan sosial, inisiatif kesehatan masyarakat dan regulasi, serta kebijakan perpajakan, perencanaan kota dan pekerjaan umum. Pendekatan suatu masyarakat terhadap kesehatan adalah pernyataan yang mencerminkan nilai yang mereka tempatkan pada kesehatan sebagai hak asasi manusia yang mendasar.

Seiring dengan peningkatan upaya reformasi sistem kesehatan, pendekatan kesehatan masyarakat semakin diakui perannya dalam mengurangi permintaan layanan kesehatan dan berkontribusi terhadap keberlanjutan sistem kesehatan. Terdapat hal optimis dalam pendekatan kesehatan masyarakat yang dimasukkan kedalam sistem pelayanan kesehatan hal tersebut perlu dilakukan upaya terus menerus dengan memasukkan pendekatan kesehatan masyarakat ke dalam perencanaan dan pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Dengan semakin banyaknya pemimpin di bidang kesehatan yang menerapkan pendekatan kesehatan masyarakat dalam sistem kesehatan nasional, maka penting untuk memahami definisi konseptual dan operasional dari pendekatan tersebut di antara para stakeholder untuk mendorong komunikasi lebih lanjut, mengembangkan struktur insentif yang tepat dan mendorong tindakan di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Maylahn, C. M. (2009). Evidence Based Public Health: A Fundamental Concept For Public Health Practice. In *Annual Review of Public Health* (Vol. 30, pp. 175–201). <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Bryant, J. H., & Rhodes, P. (2023). Public Health. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/public-health>
- Canadian Public Health Association. (2017). *Public Health A Conceptual Framework*. www.cpha.ca
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). *Introduction to Public Health*. In: *Public Health 101 Series*. <https://www.cdc.gov/training/publichealth101/public-health.html>.
- Christmas, H., & Srivastava, J. (2019). *Public Health Approaches in Policing*.
- Frieden, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Lestari, Y., Adila, D. R., & Lestari, R. F. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Ibu Terhadap Tindakan Mencuci Tangan Dalam Perawatan Tali Pusat Bayi Baru Lahir. *Al-Asalmiya Nursing Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences)*, 9(2), 133–148. <https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/keperawatan/>
- Lubis, D. (2017). Mendorong Partisipasi Masyarakat dalam Upaya Promosi Kesehatan. *Archive of Community Health - Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/ach>
- Saputra, M. K. F., Rizqulloh, L., Pati, D. U., Kusumawati, D., Widiyastuti, N. E., Sihombing, E. S. R., & Putra, H. A. (2023). *Manajemen Kesehatan*. Sada Penerbit.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2009). *The New Public Health Second Edition*. Elsevier / Academic Press.
- United States Environmental Protection Agency. (2023). *Human Health Risk Assessment*. <https://www.epa.gov/risk>

Untari, I. (2016). *7 Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Thema Publishing.

World Health Organization. (2008). *Closing The Gap in a Generation Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health*.

PROFIL PENULIS



Lutfiyah Rizqulloh, MKM merupakan dosen di Politeknik Bina Trada Semarang. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Kotabumi dengan memilih Jurusan IPA dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro pada tahun 2014.

Setelah itu, penulis menyelesaikan studi S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan Universitas Indonesia. Penulis memiliki kepakaran dibidang kesehatan khususnya kebijakan kesehatan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan publikasi di bidang kesehatan.

Email Penulis: lutfiyah.rizqulloh@gmail.com

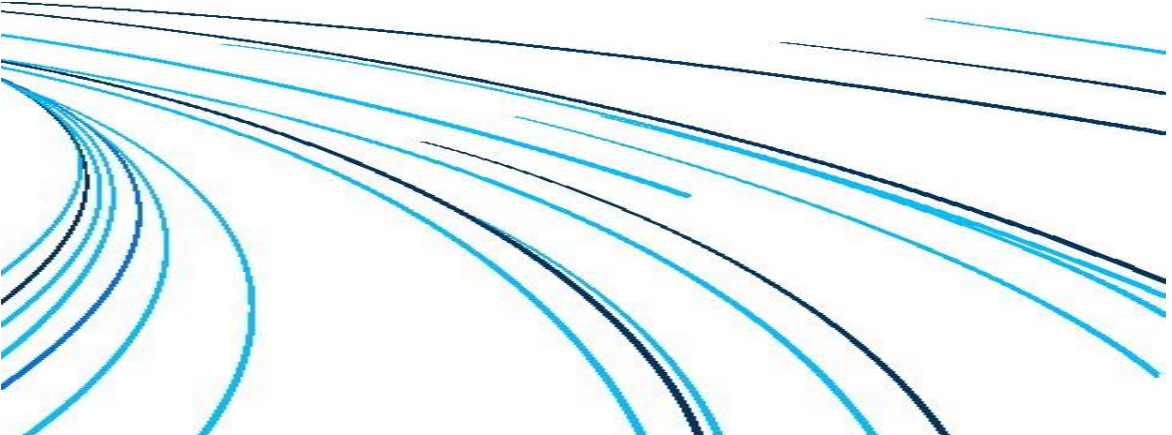


BAB 3

KONSEP SEHAT

DAN SAKIT

Gusman Arsyad, SST, M.Kes,
POLTEKKES KEMENKES Palu



A. PENDAHULUAN

Sehat dan sakit adalah dua kata yang saling berhubungan erat dan merupakan bahasa kita sehari-hari. Dalam sejarah kehidupan manusia istilah sehat dan sakit dikenal di semua kebudayaan. Sehat dan sakit adalah suatu kondisi yang seringkali sulit untuk kita artikan meskipun keadaan ini adalah suatu kondisi yang dapat kita rasakan dan kita amati dalam kehidupan sehari-hari hal ini kemudian akan mempengaruhi pemahaman dan pengertian seseorang terhadap konsep sehat misalnya, orang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat. Sebagian masyarakat juga beranggapan bahwa anak yang gemuk adalah anak yang sehat meskipun jika mengacu pada standard gizi kondisinya berada dalam status gizi lebih atau overweight. Jadi faktor subyektifitas dan kultural juga mempengaruhi pemahaman dan pengertian mengenai konsep sehat yang berlaku dalam masyarakat.

Sehat atau Kesehatan adalah anugerah Tuhan yang paling berharga dalam sejarah kehidupan manusia, karena menentukan segala perbuatan baik atau perbuatan manusiawi yang bernilai ibadah. Meski merupakan anugerah yang paling berharga, sehat adalah salah satu dari dua hal penting yang sering dilupakan orang.

Kenikmatan yang sehat hanya bisa dirasakan saat seseorang sakit. Saat sakit, Anda merasakan nikmatnya kesehatan yang sangat berharga untuk kelancaran ibadah. Sederhananya, konsep kesehatan mengacu pada keadaan dimana tubuh manusia dapat melakukan tugasnya secara optimal tanpa rasa sakit dan keluhan yang dapat mempengaruhi gerak tubuh dan organ penting lainnya.

Sehat biasanya diartikan sebagai keadaan yang baik atau serasi bagi seluruh bagian tubuh dan mampu menjalankan fungsinya secara utuh. Sehat adalah kebebasan manusia dari segala macam penyakit atau penghapusan perbuatan tercela, baik secara spiritual, ekonomi, budaya dan politik.

Sebaliknya, sakit (disease) dapat diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis organisme yang disebabkan oleh infeksi atau tekanan lingkungan yang bersifat objektif. Sakit (illness) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita penyakit dan bersifat subyektif.

Gejala subyektif ditandai dengan perasaan atau sensasi yang tidak menyenangkan yang mengganggu beberapa organ tubuh manusia. Ada dua

sisi antara sehat dan sakit yang saling berhubungan. Hidup sehat berarti terbebas dari penyakit dan terhindar dari sakit yang dapat mengganggu ibadah atau mencari nafkah.

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. Dan kesehatan yang demikian yang menjadi dambaan setiap orang sepanjang hidupnya. Tetapi datangnya penyakit merupakan hal yang tidak bisa ditolak meskipun kadang -kadang bisa dicegah atau dihindari. Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor -faktor lain di luar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Kedua pengertian saling mempengaruhi dan pengertian yang satu hanya dapat dipahami dalam konteks pengertian yang lain.

B. PENGERTIAN SEHAT

Kesehatan sebagai suatu kondisi fisik, mental dan sosial yang sejahtera secara utuh, dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan/ disabilitas (Fertman, & Allensworth, 2010). Bright futures memaknai kesehatan dengan tidak hanya bebas dari kematian dan kesakitan, namun sebuah pencapaian totalitas potensial anak, dimana upaya memberikan ruang untuk perkembangan anak sehat adalah sama pentingnya dengan mengobati/ mengurangi penyakit atau trauma (Bernstein, 2005). Kesehatan juga dipandang sebagai suatu bentuk keseimbangan antara individu (sebagai inang), agents (seperti bakteri, virus, dan toksin), dan lingkungan, sehingga interaksinya tidak hanya individu terhadap agent yang namun juga dengan lingkungan untuk menciptakan kondisi sejahtera tersebut (Fretman, & Allensworth, 2010). Kesehatan dapat disimpulkan sebagai proses dinamis dalam mempertahankan dan mendukung keutuhan integritas manusia (keseimbangan fisik dan mental) dan adaptasinya dengan lingkungan sekitar secara optimal.

Dalam perspektif penyakit, sehat adalah suatu kondisi keutuhan dari kemampuan fungsional dan keadaan lebih baik/ sejahtera, sehingga seseorang dilihat mampu memiliki fungsional tubuh yang baik, mampu beradaptasi

dengan lingkungan secara adekuat, serta merasa lebih baik (diungkapkan secara subjektif) (Leddy, 2006). Selain itu juga dijelaskan oleh Arnold dan Breen, bahwa kondisi sehat tidak hanya sejahtera fisik, mental dan sosial, namun tercapai keseimbangan antara pertumbuhan, fungsional, keutuhan, serta keadaan yang lebih baik, kuat dan mampu memberdayakan sumber yang dimiliki (Fertman, & Allensworth, 2010). Sehingga seseorang dikatakan sehat ketika ia merasa lebih baik, kuat, memiliki kemampuan fungsional tubuh yang baik, serta mampu beradaptasi dengan lingkungannya secara adekuat.

Kata sehat merupakan Indonesianisasi dari bahasa Arab “ash-shihhah” yang berarti sembuh, sehat, selamat dari cela, nyata, benar, dan sesuai dengan kenyataan. Kata sehat dapat diartikan pula: (1) dalam keadaan baik segenap badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit), waras, (2) mendatangkan kebaikan pada badan, (3) sembuh dari sakit. Dalam bahasa Arab terdapat sinonim dari kata ash-shihhah yaitu al-‘afiah yang berarti ash-shihhah at-tammah (sehat yang sempurna). Kedua kata ash-shihhah dan al-afiah sering digabung digabung menjadi satu yaitu ash-shihhah wa al’afiah, yang apabila di Indonesiakan menjadi ‘sehat wal afiat’ dan artinya sehat secara sempurna.

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

Sehat itu bukan suatu kondisi tetapi merupakan penyesuaian, bukan merupakan suatu keadaan tetapi suatu proses. Proses di sini adalah adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka tetapi terhadap lingkungan sosialnya.

Menurut organisasi Kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) Health is a state of complete physical, mental and social well –being and not merely the absence of disease or infirmity. WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Hal ini merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia

Pender (1982). Menyatakan sehat merupakan perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (Aktualisasi). Perilaku yang sesuai dengan tujuan perawatan diri yang

kompeten. Sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas struktural.

Sehat menurut Paune (1983), merupakan fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (self care Resouces) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (self care Aktions) secara adekual. Self care Resoureces, mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap. Self care Aktions, perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi psicososial dan piritual.

Sehat menurut Kemenkes (UU No. 32 tahun 2009 tentang Kesehatan), adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spriritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomi

Sehat fisik yang dimaksud disini adalah tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak sakit, semua organ tubuh normal dan berfungsi normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh. Sehat mental (jiwa), mencakup: Sehat Pikiran tercermin dari cara berpikir seseorang yakni mampu berpikir secara logis (masuk akal) atau berpikir runtut. Sehat Emosional tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya atau pengendalian diri yang baik. Sehat Spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, atau penyembahan terhadap pencinta alam dan seisinya yang dapat dilihat dari praktek keagamaan dan kepercayaannya serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat. Sehat Sosial adalah kemampuan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain secara baik atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama, atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik. Sehat dari aspek ekonomi yaitu mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Untuk anak dan remaja ataupun bagi yang sudah tidak bekerja maka sehat dari aspek ekonomi adalah bagaimana kemampuan seseorang untuk berlaku produktif secara sosial.

Menurut John Wayne (dalam Yuliandari, 2018: 24) bahwa ada 6 parameter kesehatan, yaitu :

1. Fungsi fisik, orang sehat tidak mengalami gangguan fisik,
2. Kesehatan mental, dimana perasaan nyaman, mampu mengontrol emosi diri, perilaku positif,
3. Sosial well-being, hubungan interpersonal aktif,
4. Fungsiperan, tidak mengalami gangguan hubungan dengan sesama,

5. Persepsi umum, pandangan diri tentang kesehatan pribadi,
6. Symtom-symtom, tidak ada gangguan fisiologi maupun psikologi.

C. PENGERTIAN SAKIT

Para ahli medis sepakat bahwa penyakit (disease) itu diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme. Sedangkan sakit (illness) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit, ditandai dengan perasaan tidak enak badan. Mungkin saja terjadi bahwa secara obyektif individu terserang penyakit dan salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit dan tetap menjalankan tugasnya sehari-hari. Sebaliknya seseorang mungkin merasa sakit tetapi dari pemeriksaan medis tidak diperoleh bukti bahwa dia sakit.

Menurut Pemons (19720), sakit adalah gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas termasuk keadaan organisme sebagai system biologis dan penyesuaian sosialnya. Menurut Bauman(1985), sakit adalah ketidakseimbangan dari kondisi normal tubuh manusia diantaranya sistem biologik dan kondisi penyesuaian.

Menurut Perkin's sakit adalah suatu keadaan gangguan yang tidak menyenangkan menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan akti(itas sehari-hari, baik aktifitas jasmani, rohani dan social. Menurut Hidayah (2014) sakit adalah suatu keadaan dimana emosional, fisik, sosial, intelektual, perkembangan, atau seseorang terganggu atau berkurang, bukan hanya kondisi terjadinya proses penyakit.

1. Fase-Fase Sakit

- a. Fase laten : seseorang sudah terinfeksi suatu mikroorganisme, karena badanseseorang baik maka gejala-gejala dan tanda-tanda serta keluhan belum ada, sehingga aktifitas sehari-hari dapat dilakukan
- b. Fase Prodromal : Pada fase ini seseorang sudah terdapat peningkatan, bahwa dirinya sakit, seperti tidak enak badan atau kadang-kadang lemas.
- c. Fase Akut : tanda dan gejala akan bertambah dan semakin lengkap, bentuknya seseorang baru sadar bahwa dirinya sakit, kadang-kadang emosinya tidak stabil dan cepat marah, dan dia hanya mampu memikirkan dirinya sendiri dan penyakitnya.

- d. Fase Resolusi : seseorang memerlukan tindakan yang sifatnya mengembalikan secara normal

2. Tahapan Sakit

Menurut Suchman (1985.) tahapan sakit terbagi menjadi 5 tahap yaitu:

- a. Tahap I mengalami gejala / Tahap transisia: Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuhnya. Merasa dirinya tidak sehat. Merasa timbulnya berbagai gejala. Merasa ada bahaya. Tahap transisi ini terdiri atas 3 aspek yaitu aspek fisik meliputi; nyeri, panas tinggi, aspek kognitif meliputi interpretasi terhadap gejala serta aspek respon emosi terhadap ketakutan/kecemasan
- b. Tahap II asumsi terhadap peran sakit (sick Role)
 - 1) Penerimaan terhadap sakit
 - 2) Individu mencari kepastian sakitnya keluarga atau teman; menghasilkan peran sakit.
 - 3) Mencari pertolongan dari profesi kesehatan, yang lain mengobatisendiri, mengikuti nasehat teman/keluarga.
 - 4) Akhir dari tahap ini dapat ditemukan bahwa gejala telah berubah dan merasa lebih baik. Individu masih mencari penegasan dari keluarga tentang sakitnya. Rencana pengobatan dipenuhi/dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman selanjutnya
- c. Tahap III kontak dengan pelayanan Kesehatan :.
 - 1) Individu yang sakit: meminta nasehat dari profesi kesehatan atas inisiatif sendiri. Tahap kontak dengan pelayanan terdiri atas 3 tipe informasi yaitu validasi keadaan sakit, penjelasan tentang gejala yang tidak dimengerti dan tipe keyakinan bahwa mereka akan baik
 - 2) Jika tidak ada gejala: individu mempersepsikan dirinya sembuh jika ada gejala kembali pada profesi kesehatan.
- d. Tahap IV ketergantungan :
 - 1) Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya sehingga klien tergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada
 - 2) Klien menerima perawatan, simpati, perlindungan dari berbagai kebutuhan dan masalah hidupnya

- 3) Secara sosial klien diperbolehkan untuk bebaskan dari kewajiban tugas normalnya
- e. Tahap V penyembuhan (rehabilitasi)
 - 1) Pasien belajar untuk melepaskan peran sakit dan kembali pada perandan fungsi sebelum sakit.
 - 2) Kesiapan untuk fungsi sosial

D. PARADIGMA SEHAT DAN SAKIT

Paradigma sehat merupakan cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik. Cara pandang ini menekankan pada melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor. Upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan. Dengan diterapkannya paradigma ini, diharapkan 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. (Hudaya, Isna. 2010)

Paradigma sehat mengubah cara pandang terhadap masalah kesehatan baik secara makro maupun mikro

1. Secara makro, berarti bahwa pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, minimal memberikan sumbang dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat.
2. Secara mikro, berarti bahwa pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif

Menurut Kamus Populer Kesehatan Lingkungan (2002) Paradigma Sehat atau cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, menyeluruh, bahwa masalah kesehatan dipengaruhi banyak faktor dan multidimensional yang upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan yang lebih dikenal dengan preventif dan promotif.

Perubahan pemahaman tentang konsep sehat dan sakit serta makin kayanya khasanah ilmu pengetahuan dengan informasi tentang determinan

penyebabpenyakit yang multifactorial, telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitative. 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. Paradigma sehat ini pertama kali disampaikan oleh Menteri Kesehatan RI Prof. Dr. F. A. Moeloek dalam Rapat Sidang DPR komisi VI pada tanggal 15 September 1998. (Kebidanan Komunitas, 2007)

Paradigma sehat dengan sebutan: “Gerakan Pembangunan Yang Berwawasan Kesehatan” dicanangkan oleh Presiden RI pada tanggal 1 Maret 1999. Lebih dari itu, paradigma sehat adalah bagian dari pembangunan peradaban dan kemanusiaan secara keseluruhan. Paradigma sehat adalah perubahan mental dan watak dalam pembangunan.

Paradigma sehat adalah perubahan sikap dan orientasi, dalam implementasinya sebagai berikut:

1. Pola pikir yang memandang kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif, menjadi merupakan keperluan dan bagian dari hak asasi manusia (HAM).
2. Sehat bukan hal yang konsumtif, melainkan suatu investasi karena menjamintersedianya SDM yang produktif secara sosial dan ekonomi.
3. Kesehatan yang semula hanya berupa penanggulangan yang bersifat jangka pendek ke depannya akan menjadi bagian dari upaya pengembangan SDM yang bersifat jangka panjang.
4. Pelayanan kesehatan tidak hanya pelayanan medis yang melihat bagian dari yang sakit/penyakit, tetapi merupakan pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia secara utuh.
5. Kesehatan tidak hanya sehat jasmani, tetapi juga sehat mental dan sosial.
6. Pelayanan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah (fragmented), tetapi terpadu (integrated).
7. Fokus kesehatan tidak hanya penyakit, tetapi juga bergantung pada permintaan pasar.

8. Sasaran pelayanan kesehatan bukan hanya masyarakat umum (pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan umum), melainkan juga masyarakat swasta(pelayanan kesehatan untuk perorangan/pribadi, misalnya homecare).
9. Kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah, melainkan juga menjadi urusan swasta.
10. Biaya yang ditanggung pemerintah adalah untuk keperluan publik (seperti pemberantasan penyakit menular, penyuluhan kesehatan), sedangkan keperluan lainnya perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa.
11. Biaya kesehatan bergeser dari pembayaran setelah pelayanan menjadi pembayaran di muka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.
12. Kesehatan tidak hanya berfungsi sosial, tetapi juga dapat berfungsi ekonomi.
13. Pengaturan kesehatan tidak lagi diatur dari atas (top down), tetapi berdasarkan aspirasi dari bawah (bottom up).
14. Pengaturan kesehatan tidak lagi tersentralisasi, tetapi telah terdesantralisasi.
15. Pelayanan kesehatan tidak lagi bersifat birokratis tetapi entrepreneur.
16. Masyarakat tidak sekedar ikut berperan serta, tetapi telah berperan sebagai mitra.(Entjang,2000)

Paradigma Sakit adalah cara pandang dalam upaya kesehatan yang mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif. Penanganan kesehatan penduduk menekankan pada penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit, penanganan penduduk yang sakit secara individu dan spesialis. Hal ini menjadikan kesehatan sebagai suatu yang konsumtif. Sehingga menempatkan sektor kesehatan dalam arus pinggir (sidestream) pembangunan (Does Sampoerna, 1998). Dalam paradigma sakit, fokus pelayanannya ditujukan pada pelayanan dan pengobatan orang sakit. Dalam pembangunan kesehatan berperspektif paradigma sakit, segala perhatian dan dana dicurahkan pada pengadaan obat-obatan, alat-alat medis, penanganan pasien, balai pengobatan dan lain sebagainya. Paradigma sakit dicirikan dengan kebijakan kesehatan yang lebih mengutamakan aspek pengobatan (kuratif) dan rehabilitasi penyakit. Secara kasat mata, bisa dilihat dari lebih banyaknya anggaran pemerintah yang dialokasikan untuk dua prioritas

itu. Paradigma sakit merupakan kebijakan yang boros anggaran. Hingga saat ini, mayoritas masyarakat Indonesia ternyata masih mendukung paradigma sakit. Umumnya, masyarakat baru mengunjungi dokter ketika sakit melanda. Padahal, memelihara kesehatan wajib dilakukan dalam keadaan apapun

Isi Kebijakan Paradigma Sakit Kebijakan upaya pelayanan kesehatan senantiasa berubah sesuai dengan pemahaman dari pembuat kebijakan tentang peran kesehatan sebagai modal dasar “human capital” yang sangat penting untuk tercapainya kemandirian dan ketahanan bangsa agar mampu bersaing dalam era globalisasi. Berdasarkan pemahaman tersebut, maka dapat disebutkan bahwa faktor-faktor yang mendorong perlunya Paradigma Sehat adalah:

1. Pelayanan Kesehatan yang berfokus pada pelayanan orang sakit ternyata tidak efektif.
2. Konsep sehat mengalami perubahan, dimana dalam arti sehat terkandung unsur Sehat Produktif secara Sosial dan ekonomis.
3. Adanya Transisi Epidemiologis dari penyakit infeksi ke penyakit Kronik – Degeneratif; dimana untuk pencegahannya sangat diperlukan perubahan Perilaku.
4. Adanya Transisi Demografis, yaitu semakin meningkatnya jumlah penduduk Usia Lanjut yang memerlukan pendekatan yang berbeda dalam penanganannya.
5. Makin jelasnya pemahaman tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan penduduk.

E. RENTANG SEHAT SAKIT

Rentan sehat dan sakit merupakan konsep yang harus dipahami secara utuh agar dapat mengaplikasikan kepada orang lain yang butuh pertolongan perawatan sehingga dapat memberi gambaran yang sangat jelas tentang sehat sakit.



Gambar 3.1 Rentan Sehat dan sakit

Rentang sehat dan sakit menurut Neuman (1990) bahwa sehat merupakan keadaan individu yang sejahtera pada waktu tertentu dari energi maksimal sampai kondisi kematian yang menandakan energi sudah tidak ada. Rentang sehat diawali dari status kesehatan yang sehat baik fisik, emosi, sosial, dan spiritual. Rentang sakit merupakan gangguan dalam fungsi pada tubuh normal secara keseluruhan atau sebagian.

Rentang sehat dan sakit setiap individu akan berbeda-beda dan dinamis. Seseorang dapat menganggap dirinya sehat padahal bagi orang lain kondisi orang tersebut pada rentan setengah sakit. Kondisi saat ini merasa dalam keadaan sehat, pada kondisi yang sama 10 tahun berikutnya, bisa saja individu ini merasa dalam keadaan sakit, sehingga rentan sehat dan sakit merupakan hal yang dinamis.

Perubahan perilaku yang terjadi selama individu sakit adalah sensitif, egosentris, manarik diri sendiri, emosional tinggi, berkurangnya minat, cemas berlebihan, dan aktivitasnya terganggu. Bukan saja individu yang sakit akan berubah perilakunya, orang disekitar orang sakitpun akan terpengaruh dengan keadaan orang sakit tersebut.

F. MODEL SEHAT DAN SAKIT

1. Model Dahlgren dan Whitehead

Model determinan eko-sosial kesehatan oleh Dahlgren dan Whitehead (1991), dimana tingkat kesehatan individu dan distribusi kesehatan dalam

polulasi ditentukan oleh banyak faktor yang berada di berbagai level. kesehatan/penyakit yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berada di lapisan lingkungan, sebagian besar termasuk determinan yang dapat diubah (modifiable factors). Pada gambar 3 terlihat bahwa individu yang kesehatannya ingin ditingkatkan berada di pusat, dengan faktor konstitusional (gen) dan sistem lingkungan mikro pada level sel/molekul.

Lapisan pertama (level mikro, hilir/downstream) determinan kesehatan terdiri dari perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, seperti pilihan merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, berinteraksinya antara faktor konstitusional genetik dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas.

Lapisan kedua (level meso) merupakan pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, model sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada tingkatan komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada tingkatan komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas.

Lapisan ketiga atau meso terdiri dari faktor-faktor struktural berupa lingkungan pemukiman/perumahan/papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi tempat kerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih, dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, serta lapangan kerja yang layak.

Lapisan terluar atau makro terdiri dari kondisi-kondisi dan kebijakan makro sosial ekonomi, budaya, dan politik pada umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk faktor faktor makro yang terletak di lapisan luar antara lain kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi dan politik, hubungan antar bangsa, kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian, perubahan iklim, ekosistem, dan

bencana alam maupun buatan seperti kebakaran hutan dan pencemaran oleh asap kendaraan.



Gambar 3.2 Model Determinan Eko- Sosial Kesehatan Dahlgreen and Whitehead

2. Model Ekologi Jhon Gordon

Menurut model ini sehat pada dasarnya adalah gambaran keadaan keseimbangan dari berbagai faktor. Penyakit timbul bila terjadi gangguan dari keseimbangan tersebut yang disebabkan oleh adanya perubahan dari satu faktor atau lebih. Faktor– faktor yang berperan umumnya dibagi menjadi 3, yaitu Agent (penyebab penyakit), Host (penjamu) dan Environmental (lingkungan).

a. Agent

Agent berasal dari sifat pembawaan agent itu sendiri yang mempunyai kemampuan untuk menyebabkan penyakit pada manusia.

- 1) Agent golongan eksogen, yaitu penyebab penyakit yang terdapat di luar tubuh manusia yang dapat menyerang perorangan dan masyarakat. Agent golongan eksogen ini dapat dikelompokkan menjadi :

- a) Yang nyata dan hidup
Penyebab penyakit ini sering disebut bibit penyakit yang berupa; bakteri, virus, jamur, protozoa, cacing dan sebagainya.
 - b) Yang nyata tidak hidup
Zat kimia, yaitu racun, asam, atom alkali kuat, logam berat dan sebagainya.
 - c) Trauma, yaitu trauma elektrik (kena arus listrik), trauma mekanik (terpukul, tertabrak), trauma thermik (terbakar)
 - d) Makanan, yaitu kekurangan beberapa zat makanan seperti protein, vitamin atau kekurangan makanan secara keseluruhan (kelaparan)
 - e) Yang abstrak
 - (1) Bidang ekonomi ; kemiskinan
 - (2) Bidang sosial ; sifat asosial, anti social
 - (3) Bidang mental (kejiwaan) ; kesusahan, rasa cemas, rasa takut
- 2) Agent golongan endogen, adalah penyebab penyakit yang terdapat di dalam tubuh manusia yang dapat menyerang perorangan dan masyarakat. Yang termasuk golongan ini adalah :
- a) Habitus (perawakan), misalnya habitus asthenicus, yaitu perawakan yang tinggi, kurus dan brdada sempit, dikatakan mudah terserang penyakit tuberculosa
 - b) Penyakit-penyakit turunan misalnya Asma, buta warna, haemophile
 - c) Faktor usia, antara lain adanya perbedaan
- b. Penjamu (Host)
- Penjamu berhubungan dengan manusia, faktor manusia sangat kompleks dalam terjadinya penyakit. Faktor tersebut bergantung pada karakteristik yang dimiliki masing-masing individu, antara lain :
- 1) Usia
Usia menyebabkan adanya perbedaan penyakit yang diderita, seperti penyakit smallpox pada usia anak-anak, penyakit kanker pada usia pertengahan dan penyakit arterosklerisis pada usia lanjut.
 - 2) Jenis kelamin (seks)
Frekwensi penyakit pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan frekwensi penyakit pada perempuan. Sementara itu, penyakit tertentu

seperti risiko kehamilan dan persalinan hanya dijumpai pada perempuan, sedangkan penyakit hipertrofi prostat hanya dijumpai pada laki-laki.

3) Ras

Hubungan antara ras dan penyakit bergantung pada perkembangan adat istiadat dan kebudayaan, disamping terdapat penyakit yang hanya dijumpai pada ras tertentu seperti sickle cell pada ras negro.

4) Genetik

Ada penyakit tertentu yang diturunkan secara hereditas, seperti mongolisme, fenilketonuria, buta warna, hemifilia dan lain-lain.

5) Pekerjaan

Status pekerjaan mempunyai hubungan yang erat dengan penyakit akibat pekerjaan, seperti keracunan, kecelakaan kerja, silikosis, asbestosis dan lain-lain.

6) Nutrisi

Gizi buruk mempermudah seseorang menderita penyakit infeksi, seperti TBC dan kelainan gizi seperti obesitas, kolesterol tinggi dan lain-lain.

7) Status kekebalan

Reaksi tubuh terhadap penyakit bergantung pada status kekebalan yang dimiliki sebelumnya, seperti kekebalan terhadap penyakit yang disebabkan oleh virus yang tahan lama dan seumur hidup

8) Adat

Ada beberapa adat istiadat yang dapat menimbulkan penyakit. Contohnya kebiasaan makan ikan mentah dapat menyebabkan penyakit cacing hati

9) Gaya hidup

Kebiasaan minum alkohol, narkoba dan merokok dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan

10) Psikis

Faktor kejiwaan seperti stres dapat menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi, ulkus peptikum, depresi insomnia dan lain-lain.

Terkait dengan masalah kesehatan, sebagai tuan rumah, yaitu manusia yang dihindangi penyakit merupakan faktor yang sangat penting. Bila seorang manusia terkena atau tertular penyakit, belum tentu akan menjadi

sakit, karena sangat tergantung pada beberapa hal. Salah satu diantaranya adalah daya tahan tubuh orang tersebut. Daya tahan tubuh yang tinggi baik jasmani, rohani maupun sosial dapat menyebabkan manusia dapat terhindar dari berbagai penyakit.

c. Lingkungan

Lingkungan mencakup semua aspek di luar agent dan manusia. Karena itu sangat beraneka ragam dan umumnya digolongkan menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu yang berhubungan dengan aspek fisik, biologis dan sosial ekonomi. Lingkungan adalah tempat pemukiman dengan segala sesuatunya, dimana organisme itu hidup beserta segala keadaan dan kondisinya yang secara langsung maupun tidak langsung dapat diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan dari organisme itu (Slamet Riyadi,.....). Sedangkan menurut UU No. 32 tahun 2009, lingkungan hidup adalah kesatuan ruang dengan segala benda, daya, keadaan dan makhluk hidup, termasuk di dalamnya manusia dan perilakunya, yang mempengaruhi kelangsungan perikehidupan dan kesejahteraan serta makhluk hidup lainnya.

Lingkungan hidup dapat dibagi dalam 4 (empat) golongan yang satu sama lain saling pengaruh mempengaruhi secara timbal balik, yaitu

1) Lingkungan biologik

Terdiri atas organisme hidup yang berada di sekitar manusia

a) Yang merugikan yaitu :

- (1) Bibit penyakit seperti bakteri, virus, jamur, cacing dan sebagainya
- (2) Binatang penyebar penyakit seperti lalat, nyamuk, kutu, kecoa.
- (3) Organisme sebagai hama tanaman atau pembunuh ternak

b) Yang berguna yaitu :

- (1) Tumbuhan dan hewan sebagai sumber bahan makanan
- (2) Organisme yang berguna untuk industri, misalnya untuk pembuatan antibiotika atau sebagai bahan obat

2) Lingkungan fisik

Terdiri dari benda yang tidak hidup yang berada di sekitar manusia. Yang termasuk dalam golongan ini adalah udara, tanah, air, sinar matahari, perumahan, sampah dan sebagainya

- a) Yang merugikan yaitu :
 - (1) Udara yang kotor dan tercemar gas beracun
 - (2) Iklim yang buruk
 - (3) Tanah yang tandus
 - (4) Air yang tercemar
 - (5) Perumahan yang tidak memenuhi syarat Kesehatan
 - (6) Pembuangan sampah dan kotoran yang tidak saniter
 - b) Yang berguna yaitu :
 - (1) Udara yang bersih
 - (2) Tanah yang subur dengan iklim yang baik
 - (3) Makanan, pakaian dan perumahan yang sehat
- 3) Lingkungan ekonomi
- Lingkungan ini merupakan lingkungan hidup yang abstrak
- a) Yang merugikan

Yaitu kemiskinan yang merupakan lingkungan hidup yang sangat membahayakan kesehatan manusia (jasmani, rohani dan sosial). Karena keadaan ini dapat menyebabkan manusia tidak dapat memenuhi kebutuhan akan makanan yang sehat sehingga melemahkan daya tahan tubuh. Akibatnya mudah terserang penyakit, bahkan karena kekurangan makanan dapat menyebabkan berbagai penyakit
 - b) Yang menguntungkan

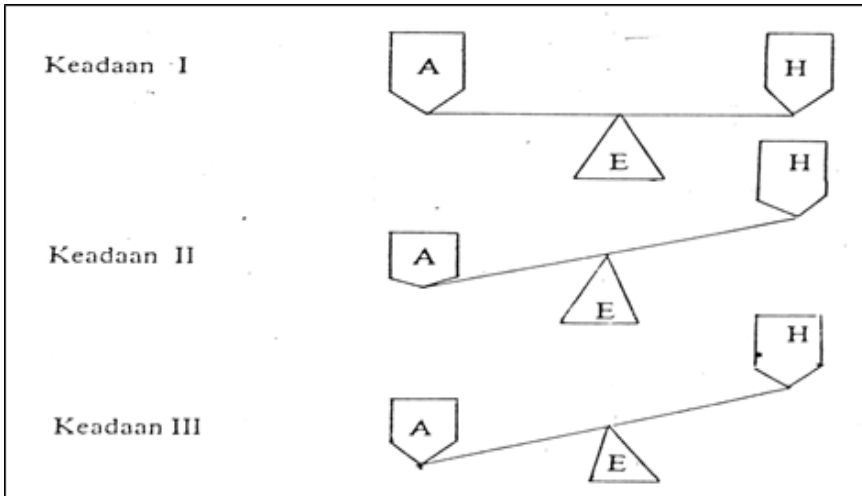
Yaitu kemakmuran yang merata pada setiap warga masyarakat
- 4) Lingkungan mental sosial
- Merupakan lingkungan hidup yang abstrak
- a) Yang merugikan, yaitu :

Sifat-sifat asosial, anti sosial, kebiadaban, sifat egois
 - b) Yang menguntungkan, yaitu :

Sifat gotong royong, patuh dan menghormati hukum yang berlaku dalam masyarakat.

Untuk menggambarkan interaksi antara faktor-faktor agent, penjamu dan lingkungan, John Gordon menganalogikan sebagai timbangan pengumpul dengan lingkungan sebagai titik tumpu. Pada dasarnya selalu terjadi hubungan dan pengaruh timbal balik antara faktor agent, penjamu dan lingkungan yang

berusaha mencapai suatu kesetimbangan. Perubahan dari kesetimbangan dapat diilustrasikan sebagai berikut :



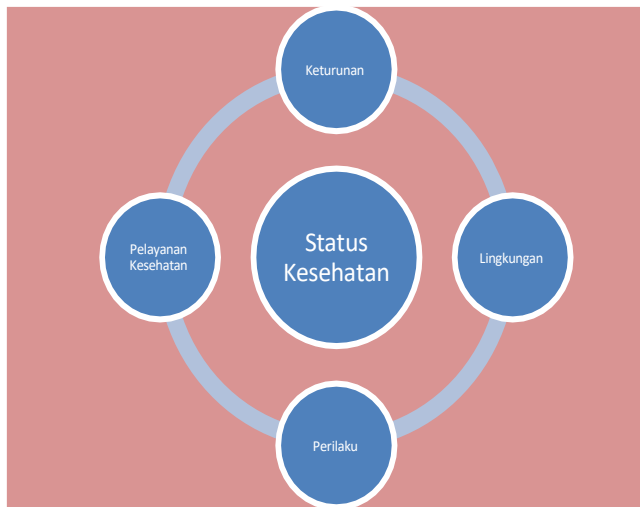
- 1) Kalau keseimbangan seperti digambarkan pada keadaan I, maka baik agent maupun penjamu tidak dirugikan. Pada keadaan ini terjadi suatu keseimbangan dan hidup perdampingan secara damai antara agent dan penjamu.
- 2) Keadaan II, menggambarkan peningkatan kemampuan agent untuk menginfeksi serta menyebabkan penyakit pada manusia. Misalnya perubahan sifat (strain) dari Virus influenza dapat mengakibatkan kekebalan penjamu sebelumnya menjadi tidak efektif. Contoh lain pada situasi kekurangan pangan dan gizi terjadi kerentanan dari populasi manusia.
- 3) Keadaan III, menggambarkan bahwa perubahan lingkungan dapat pula menyebabkan pergeseran titik tumpu kearah agent, sehingga merangsang penyebaran agent. Contoh pada saat keadaan banjir menyebabkan sungai dan badan air lainnya meluap. Mikroorganisme atau zat-zat berbahaya lainnya ikut terbawa sehingga dapat mengkontaminasi sumber air minum. Akibatnya terjadi wabah penyakit yang penularannya melalui air, misalnya penyakit kholera, hepatitis infektiosa dan lain-lain. Contoh lain, pada perkembangan daerah industri yang pesat menyebabkan konsentrasi zat pencemar di udara meningkat. Hal ini meningkatkan kerentanan pada manusia, terutama infeksi saluran pernafasan.

Gambaran di atas merupakan contoh yang sederhana dan memungkinkan untuk dikembangkan alternatif-alternatif yang lain. Hal ini dapat mengingatkan kita untuk selalu berusaha mengendalikan keadaan lingkungan sedemikian rupa agar tidak sampai mengganggu keseimbangan penjamu, agent dan lingkungan yang dapat merugikan manusia, bahkan sedapat mungkin diupayakan agar terjadi pergeseran kearah yang menuntungkan manusia.

3. Model Holistik Hendrick L Blum

Menurut konsep ini, sehat tidaknya seseorang tergantung pada 4 (empat) faktor utama, yaitu Lingkungan, Perilaku, Pelayanan kesehatan dan Keturunan. Keempat faktor tersebut sebenarnya saling terkait dengan beberapa faktor lain, seperti sumber daya alam, keseimbangan ekologi, kesehatan mental, sistem budaya dan populasi sebagai satu kesatuan.

Lingkungan mempunyai peranan serta kepentingan yang relatif besar dalam hal peranan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat



a) Lingkungan

Determinan lingkungan ini lebih lanjut dapat dibedakan menjadi dua kelompok, yakni lingkungan fisik (cuaca, iklim, sarana dan prasarana, perumahan, dan sebagainya), dan lingkungan non fisik, seperti lingkungan sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya.

b) Perilaku

Merupakan gaya hidup dari masyarakat itu sendiri. Perilaku sehat tentu akan mendukung terjaganya kesehatan, sedangkan perilaku tidak sehat akan membawa masyarakat kepada penyakit. Perilaku masyarakat dipengaruhi dengan kebiasaan atau adat istiadat yang ada pada lingkungan. Perilaku yang mendasar yang harus dimiliki oleh individu adalah Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS).

c) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan fasilitas kesehatan yang berada disekitar kita, akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi kunci keberhasilan dalam mencegah, mengobati, dan merawat kesehatan. Pelayanan kesehatan pada masyarakat juga dipengaruhi dengan kuantitas yang dapat menjangkau masyarakat dan kualitas yang dapat meningkatkan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat berupa keterampilan tenaga kesehatan, kelengkapan alat kesehatan, obat yang mujarap, dan lainnya.

d) Keturunan

Merupakan faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang yang didasarkan pada keluarga yang dibawa individu dari lahir. Contoh buta warna, leukemia, diabetes, hipertensi, dan lain-lain. Faktor keturunan merupakan faktor yang sulit untuk dihilangkan karena melekat, dengan memiliki perilaku yang sehat dan seimbang maka individu yang memiliki penyakit turunan dapat hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi. 2011. Dasar-dasar Penyakit Berbasis Lingkungan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Budiman & Suyono. 2019. Buku Ajar Epidemiologi Kesehatan Lingkungan. Refika Aditama.
- Budiman, Chandra. 2007. Pengantar Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Citra Puspa Juwita, 2021, Modul Konsep Sehat dan Sakit, Mata Kuliah Biologi dan Ilmu Lingkungan, Fak. Vokasi Universitas Kristen Jakarta
- Darmono, 2001, Lingkungan Hidup dan Pencemaran, hubungannya dengan Toksisitas Senyawa Logam, UI Press, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. Panduan integrasi promosi kesehatan. Jakarta : Pusat promosi departemen kesehatan RI.
- Jia, Y., Fu, H., Gao, J., Dai, J., & Zheng, P. (2018). The roles of health culture and physical environment in workplace health promotion?: a two-year prospective intervention study in China, 1–11.
- Leddy, S. K. 2006. Integrative health promotion : conceptual bases for nursing practice. Canada : Jones and Bartlett Publisher
- Maulana, Nova . 2014.Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, Yogyakarta: Nuha Medika
- Notoatmojo. 2011. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ratna,Wahyu. 2010. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan ditinjau dari Ilmu Keperawatan.Yogyakarta: Pustaka Riham
- Ryadi, A.L, Slamet., T.Wijayanti, 2011, Dasar-dasar Epidemiologi. Jakarta : SalembaMedika

- Sarto, 2002, Teknik Lingkungan, Lecture Note, Jurusan Teknik Kimia, Fak. Teknik, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Slamet, Soemirat, Juli, 2000, Epidemiologi Lingkungan, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Soejati & Sunanti. 2004. Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial Budaya. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan

PROFIL PENULIS



Gusman Arsyad, SST, M.Kes, Lahir di desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Sigi Sulawesi Tengah pada 06 Agustus 196, Pendidikan tinggi dimulai dari Diploma III Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APK-TS) Surabaya lulus tahun 1989, Diploma IV Teknik Lingkungan pada Fakultas Teknik sIPIL dan Perencanaan (FTSP) Institut Teknologi 10 Nopember Surabaya lulus tahun 2001 dan Magister Prodi Kesehatan Kerja

Minat Kesehatan Lingkungan pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2007. Pengalaman mengajar dimulai pada SPPH Depkes Palu tahun 1991 – 2004. AKL Depkes Palu 1999 – 2003, STIK-IJ Palu tahun 2002 – 2017, pernah pula mengajar beberapa tahun di FKM Unismuh Palu dan Akademi Kebidanan Palu Yayasan Pendidikan Cendrawasih. Sejak tahun 2003 hingga sekarang merupakan dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Palu. Karya ilmiah yang dihasilkan beberapa artikel ilmiah nasional dan internasional serta Buku diantaranya, seri kesehatan Lingkungan “Penyehatan Pemukiman” bersama beberapa kawan dan diterbitkan oleh Gosyen Publishing Yogyakarta, Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) Penerbit Adab Indramayu Jabar, Dasar Kesehatan Lingkungan Penerbit Pradina Purstaka, Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan, Penerbit Tahta Media Group., Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan, Tahta Media Group. Motto penulis “ *Karyamu akan Menempati bagian Tersendiri dalam Hidupmu*”



BAB 4

KONSEP DAN TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Nurliyani, S.S.T.,M.Kes
Universitas Malahayati



A. KONSEP DASAR PENYAKIT

Kesehatan telah menjadi kebutuhan utama bagi setiap manusia di dunia dalam menjalankan aktivitas hidup. Berdasarkan pengertiannya bahwa keadaan sehat merupakan kondisi dimana seorang, sejahtera secara fisik, mental dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Artinya apabila salah satu dari ketiga unsur tersebut tidak dalam kondisi yang baik (dengan kata lain sehat) maka akan timbul suatu masalah atau gangguan kesehatan. Hal ini akan sangat merugikan penderita karena akan menurunkan produktifitas terhadap kehidupan pribadi dan negaranya. Dengan demikian perlu adanya suatu usaha- usaha untuk meningkatkan derajat Kesehatan.

Tanpa pemahaman tentang berbagai konsep penyakit, kita tidak mempunyai dasar pemikiran yang kuat untuk mendeteksi serta mengenal setiap perbedaan yang ditemukan pada pelayanan kesehatan pada masa kini. Kesenjangan antara konsep penyakit yang dianut oleh petugas kesehatan dan yang dianut oleh masyarakat sering menyebabkan gagalnya upaya meningkatkan kesehatan di masyarakat.

Konsep tentang penyakit dipengaruhi oleh budaya, tingkat perkembangan ilmu pengetahuan, dan teknologi. Pada masyarakat primitif yang masih awam dan pengaruh ilmu pengetahuan, konsep penyakit tidak dapat dijelaskan secara rasional. Berbeda dengan masyarakat sekarang ini yang sangat dipengaruhi oleh era komunikasi global yang lebih banyak mengenal konsep penyakit secara umum tetapi tidak mendetail.

Perkembangan konsep timbulnya penyakit lebih banyak dipengaruhi oleh kekuatan nalar manusia pada zaman ia hidup. Kekuatan manusia adalah pada kemampuan nalarnya yang tinggi dalam memecahkan berbagai mistero alam semesta untuk kemudian mengendalikannya.

Tanpa nalar manusia terbukti akan memposisikan dirinya sebagai manusia yang lemah, tidak berdaya yang akhirnya kalah. Dalam membahas timbulnya penyakit, tidak terlepas dan adanya konsep sehat-sakit karena kedua konsep ini berkaitan erat dengan epidemiologi dalam hal pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Penyakit/sakit adalah kegagalan mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi atau struktur organ atau sistem tubuh. Penyakit/sakit

adalah suatu keadaan terdapat gangguan terhadap bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada dalam keadaan tidak normal. Definisi ini dapat disimpulkan bahwa penyakit/sakit berbeda dengan rasa sakit.

Pencegahan penyakit adalah upaya mengarahkan sejumlah kegiatan untuk melindungi masyarakat dari ancaman kesehatan potensial. Pencegahan penyakit adalah upaya mengekang perkembangan penyakit, memperlambat kemajuan penyakit, dan melindungi tubuh dari berlanjutnya pengaruh yang lebih membahayakan. Pencegahan adalah mengambil suatu tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data / keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan / penelitian epidemiologi (Nasry, 2006).

Pencegahan merupakan komponen yang paling penting dari berbagai aspek kebijakan publik (sebagai contoh pencegahan kejahatan, pencegahan penyalahgunaan anak, keselamatan berkendara), banyak juga yang berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung untuk Kesehatan.

Pengertian pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam mengambil langkah-langkah pencegahan, haruslah didasarkan pada data atau keterangan yang bersumber dari hasil analisis dari epidemiologi. Pencegahan penyakit berkembang secara terus menerus dan pencegahan tidak hanya ditujukan pada penyakit infeksi saja, tetapi pencegahan penyakit non-infeksi, seperti yang dianjurkan oleh James Lind yaitu makanan sayur dan buah segar untuk mencegah penyakit scorbut. Bahkan pada saat ini pencegahan dilakukan pada fenomena non-penyakit seperti pencegahan terhadap ledakan penduduk dengan keluarga berencana.

Upaya preventif/pencegahan adalah sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencegah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. *Prevensi* secara etimologi berasal dari bahasa latin, *praevenire*, yang artinya datang sebelum atau antisipasi, atau mencegah untuk tidak terjadi sesuatu. Dalam pengertian yang sangat luas, *prevensi* diartikan sebagai upaya secara sengaja dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat. (Notosoedirdjo dan Latipun, 2005 : 145).

Usaha pencegahan penyakit secara umum dikenal berbagai strategi pelaksanaan yang tergantung pada jenis, sasaran serta tingkat pencegahan. Dalam strategi penerapan ilmu kesehatan masyarakat dengan prinsip tingkat pencegahan seperti tersebut di atas, sasaran kegiatan diutamakan pada

peningkatan derajat kesehatan individu dan masyarakat, perlindungan terhadap ancaman dan gangguan kesehatan, penanganan dan pengurangan gangguan serta masalah kesehatan, serta usaha rehabilitasi lingkungan.

Salah satu kegunaan pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit adalah untuk dipakai dalam merumuskan dan melakukan upaya pencegahan. Artinya, dengan mengetahui perjalanan penyakit dari waktu ke waktu serta perubahan yang terjadi di setiap masa/fase, dapat dipikirkan upaya-upaya pencegahan apa yang sesuai dan dapat dilakukan sehingga penyakit itu dapat dihambat perkembangannya sehingga tidak menjadi lebih berat, bahkan dapat disembuhkan. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan akan sesuai dengan perkembangan patologis penyakit itu dari waktu ke waktu, sehingga upaya pencegahan itu di bagi atas berbagai tingkat sesuai dengan perjalanan penyakit.

B. TUJUAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Tujuan pencegahan penyakit adalah menghalangi perkembangan penyakit dan kesakitan sebelum sempat berlanjut. Sehingga diharapkan upaya pencegahan penyakit ini mampu menyelesaikan masalah kesehatan di masyarakat dan menghasilkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

C. STRATEGI PENCEGAHAN PENYAKIT

Strategi pencegahan meliputi sasaran dan kegiatan pencegahan yang bervariasi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi serta tingkat pencegahannya. Sasaran pencegahan dapat merupakan individu maupun organisasi masyarakat. Dalam melaksanakan pencegahan dengan sasaran tersebut dapat dilakukan melalui usaha setempat yang bersifat tradisional terutama pencegahan dasar atau premordial, dan dapat pula dilakukan melalui pusat-pusat pelayanan kesehatan yang tersedia di tempat tersebut.

Pelaksanaan usaha pencegahan yang terencana dan terprogram dapat bersifat wajib maupun sukarela, seperti pemberian imunisasi dasar, perbaikan sanitasi lingkungan, penyediaan air minum, dan peningkatan status gizi melalui perbaikan gizi masyarakat termasuk pemberian makanan tambahan, juga termasuk berbagai usaha untuk mencegah kebiasaan yang dapat

menimbulkan atau meningkatkan risiko terhadap berbagai gangguan kesehatan tertentu. Sasaran pencegahan juga meliputi berbagai usaha perbaikan dan peningkatan lingkungan hidup, perbaikan standar hidup seperti perbaikan perumahan, sistem pendidikan, sistem kehidupan sosial serta peningkatan standar hidup sehat.

Dalam usaha pencegahan penyakit secara umum dikenal berbagai strategi pelaksanaan yang tergantung pada jenis, sasaran serta tingkat pencegahan. Dalam strategi penerapan ilmu kesehatan masyarakat dengan prinsip tingkat pencegahan seperti tersebut di atas, sasaran kegiatan diutamakan pada peningkatan derajat kesehatan individu dan masyarakat, perlindungan terhadap ancaman dan gangguan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, penanganan dan pengurangan gangguan serta masalah kesehatan, serta usaha rehabilitasi lingkungan.

1. Sasaran yang bersifat umum yang ditujukan kepada individu maupun organisasi masyarakat, dilakukan dengan pendekatan melalui usaha setempat/mandiri yang sesuai dengan bentuk dan tatanan hidup masyarakat setempat (tradisional) maupun melalui berbagai program pelayanan kesehatan yang tersedia.
2. Usaha pencegahan melalui pelaksanaan yang berencana dan terprogram (bersifat wajib maupun sukarela) seperti pemberian imunisasi dasar serta perbaikan sanitasi lingkungan dan pengadaan air bersih, peningkatan status gizi melalui pemberian makanan tambahan maupun berbagai usaha yang bertujuan untuk menghentikan/mengubah kebiasaan yang mengandung risiko penyakit tertentu.
3. Usaha yang diarahkan pada peningkatan standar hidup dan lingkungan pemukiman seperti perbaikan perumahan dan pemukiman, perbaikan sistem pendidikan serta sosial ekonomi masyarakat, yang pada dasarnya merupakan kegiatan di luar bidang kesehatan.
4. Usaha pencegahan dan penanggulangan keadaan luar biasa seperti kejadian wabah, adanya bencana alam/situasi perang serta usaha penanggulangan melalui kegiatan rawat darurat.

Disamping usaha pencegahan yang terencana dan berkesinambungan dikenal juga berbagai usaha pencegahan yang bersifat darurat seperti usaha pencegahan dan penanggulangan wabah, usaha pencegahan penyakit akibat

bencana alam maupun akibat perang, dan adanya usaha pencegahan tingkat ketiga dalam bentuk rawat darurat dan lain sebagainya.

Dalam menilai derajat kesehatan/ situasi morbiditas dan mortalitas untuk program pencegahan, harus dipertimbangkan beberapa hal lain diluar kesehatan seperti sistem persediaan makanan, keadaan keamanan, sistem perekonomian termasuk pendapatan per kapita, keadaan lapangan kerja dan tingkat pengangguran, sistem kehidupan sosial, adat kebiasaan, kebijakan pemerintah dan lain-lain. Keseluruhan hal tersebut dapat mempengaruhi program pencegahan dan strategi pencegahan yang sedang dilaksanakan (Nur Nasry Noor, 2008).

Penyakit dapat dicegah dan kesehatan dapat dipromosikan melalui perubahan lingkungan. Hal ini antara lain dapat dilakukan dengan mengeringkan rawa, mengatur bahan yang digunakan dalam kontruksi dan industry, ataupun pengorganisasi serikat-serikat pekerja.

D. TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Dalam kesehatan masyarakat ada lima tingkat pencegahan penyakit dan Leavel and Clark. yaitu:

1. Peningkatan kesehatan
2. Perhdungan umum dan khusus terhadap penyakit-penyakit tertentu
3. Menegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepal dan tepat
4. Pembatasan kecacatan
5. Pemulihan kesehatan.

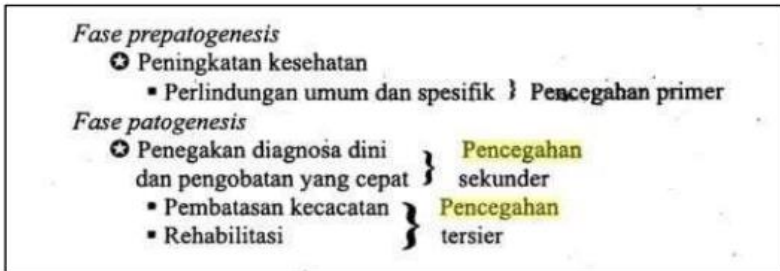
Kegitan dari kelima tingkat pencegahan penyakit tersebut adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan kesehatan
 - a. Melakukan penyuluhan dan pendidikan Kesehatan
 - b. Memberi nutrisi yang sesuai dengan standar
 - c. Meningkatkan kesehatan mental
 - d. Penyediaan perumahan yang sehat
 - e. Rekreasi yang cukup
 - f. Pekerjaan yang sesuai
 - g. Melakukan konseling perkawinan
 - h. Melaksanakan pemeriksaan berkala

2. Perlindungan umum dan khusus
 - a. Pemberian imunisasi
 - b. Kebersihan perorangan
 - c. Perlindungan sanitasi
 - d. Perlindungan kecelakaan
 - e. Perlindungan terhadap kecelakaan kerja
 - f. Penggunaan nutrisi khusus.
 - g. Perlindungan terhadap bahan karsinogen
 - h. Menghindari zat-zat alergen.
3. Diagnosis dini dan pengobatan cepat dan tepat
 - a. Mencari kasus sedini mungkin
 - b. Pemeriksaa umum secara rutin
 - c. Survei selektif penyakit khusus
 - d. Meningkatkan keteraturan pengobatan
 - e. Mencari orang yang pernah berhubungan dengan penderita penyakit menular
 - f. Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus
4. Pembatasan ketidakrnampuan
 - a. Penyempurnaan dan intensitas pengobatan lanjutan agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi
 - b. Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan
 - c. Perbaikan fasilitas kesehatan sebagai penunjang untuk pengobatan dan perawatan yang intensif.
5. Rehabilitasi
 - a. Dipertukan sarana untuk pelatihan dan pendidikan di rumah sakit dan tempat-tempat umum
 - b. Memanfaatkan dan memelihara sebaik-baiknya kapasitas yang tersisa pada seseorang
 - c. Melakukan pendidikan dan penyuluhan pada masyarakat umum dan industry
 - d. Menyediakan tempat perlindungan khusus

Peningkatan kesehatan dan perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit - penyakit tertentu adalah usaha-usaha yang dilakukan sebelum sakit (pre patogenesis), dan disebut dengan pencegahan primer. Penegakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepal dan tepat, pembatasan

kecacatan dan pemulihan kesehatan adalah usaha-usaha yang dilakukan pada waktu sakit (patogenesis). Penegakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat disebut pencegahan sekunder (second preventive). Sedangkan pembatasan kecacatan dan pemulih kesehatan disebut pencegahan tersier (tertiary prevention). Agar mudah dipahami dapat dilihat skema di bawah ini.



Sumber : Effendy, Nasrul (1998)

Gambar 4.1 (Fase Prepatogenesis & Fase Pathogenesis).

1. Tahap Prepatogenesis

Pada tahap ini dapat dilakukan pencegahan primer (primary prevention). Pencegahan primer ini dapat dilaksanakan selama masa prepatogenesis suatu kejadian penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan primer dilakukan melalui dua kelompok

- Peningkatan kesehatan (health promotion)
- Perlindungan umum dan khusus (general and specific protection)

Pencegahan Primer

Pencegahan tingkat pertama ini merupakan upaya untuk mempertahankan orang yang sehat agar tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit. Secara garis besar, upaya pencegahan ini dapat berupa pencegahan umum dan pencegahan khusus. Pencegahan umum dimaksudkan untuk mengadakan pencegahan pada masyarakat umum, misalnya pendidikan kesehatan masyarakat dan kebersihan lingkungan. Pencegahan khusus ditujukan pada orang-orang yang mempunyai risiko dengan melakukan imunisasi, misalnya imunisasi terhadap:

- difteritis,
- pertusis,

- c. tetanus,
- d. poliomiелitis,
- e. morbilli,
- f. hepatitis,
- g. sanitasi lingkungan seperti.
 - 1) penjernihan air minum,
 - 2) pencegahan terhadap kecelakaan.
 - 3) keselamatan kerja, dll.

2. Tahap Patogenesis

Pada tahap patogenesis dapat dilakukan dua kegiatan pencegahan, yaitu:

- a. Pencegahan sekunder (secondary prevention),
yaitu pencegahan terhadap masyarakat yang masih sedang sakit dengan dua kelompok kegiatan berikut ini.
 - 1) Diagnosis dini dan pengobatan segera/adekuat (early diagnosis and prompt treatment)
 - 2) Pembatasan kecacatan (disability limitation).
- b. Tingkat pencegahan kedua ini merupakan upaya manusia untuk mencegah orang yang telah sakit agar sembuh, menghambat progresifitas penyakit, menghindari komplikasi. dan mengurangi ketidak mampuan. Pencegahan sekunder ini dapat dilakukan dengan cara mendeteksi penyakit secara dini dan mengadakan pengobatan yang cepat dan tepat. Deteksi penyakit secara dini dapat dilakukan dengan cara:
 - 1) penyaringan,
 - 2) pengamatan epidemiologis.
 - 3) survei epidemiologis, dan
 - 4) memberi pelayanan kesehatan sebaik-baiknya pada sarana pelayanan umum atau praktek dokter swasta.

Mengadakan pengobatan penyakit menular yang terdapat di masyarakat seperti penyakit akibat hubungan seksual dapat melindungi orang lain terkena penyakit tersebut. Dengan cara demikian, kita mengadakan pencegahan sekunder bagi penderita dan pencegahan primer bagi orang yang potensi terkena penyakit. Pencegahan sekunder banyak dilakukan pada penyakit kronis seperti

hipertensi dan diabetes melirns. Hal ini karena kesulitan urituk mengadakan pencegahan primer.

- c. Pencegahan tersier (tertiary prevention) yaitu usaha pencegahan terhadap masyarakat yang telah sembuh dan sakit serta mengalami kecacatan. Pencegahan ini dimaksudkan untuk mengurangi ketidakmampuan dan mengadakan rehabilitasi. Upaya pencegahan tingkat ketiga ini dapat dilakukan dengan memaksimalkan fungsi organ yang cacat, membuat protesa eksiremitas akibat amputasi. Dan mendirikan pusat-pusat rehabilitasi medik. Pencegahan penyakit ini terus diupayakan selama orang yang menderita belum meninggal dunia.

Pencegahan tersier terdiri atas upaya mencegah atau membatasi ketidakmampuan serta membantu memulihkan kiien yang tidak mampu agar dapat berfungsi secara optimal. Langkah pencegahan ini antara lain dilakukan melalui upaya pembatasan ketidakmampuan (disability limitation) dan rehabilitasi. Untuk pembatasan ketidakmampuan, Iangkah yang biasa diambil adalah pelatihan tentang cara perawatan din dan penyediaan fasilitas. Untuk rehabilitasi, upaya yang dilakukan, antara lain pendidikan khusus yang disesuaikan dengan kondisi klien yang direhabilitasi, penempatan kiien sesuai dengan keadaannya (selective places), terapi kerja, dan pembentukan kelompok paguyuban khusus bagi kiien yang memiliki kondisi yang sama.

E. PRINSIP – PRINSIP DASAR

Untuk menatalaksanakan suatu usaha kesehatan masyarakat perlu memperhatikan beberapa prinsip pokok sebagai berikut:

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan usaba promotifdan preventifdari pada kuratif
2. Dalam melaksanakan usaha promotif dan preventif selalu mempergunakan biaya yang serendah-rendahnya dengan mengharapkan hasil yang sebaik baiknya
3. Usaha kesehatan masyarakat berlandaskan kepada kegiatan masyarakat sebagai pelaku (subjek) maupun sasaran (objek), dengan kata lain usaha

kesehatan masyarakat dan masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat.

4. Dalam usaha kesehatan masyarakat selalu melibatkan masyarakat sebagai pelaku melalui kegiatan masyarakat secara terorganisasi
5. Usaha-usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan harus diangkat dan masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat, jika masalah tersebut tidak berhasil ditanggulangi maka akan dapat mengancam kesehatan dan keselamatan masyarakat itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, H (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Alhamda, S. Sriani, Y. (2015). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)*. Jakarta: Deepublish.
- Herawati, dkk.,2023. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jambi. PT. Sonpediapublishing.
- Kori, dkk.,2022. *Dasar-dasar Kesehatan Masyarakat*. Sukoharjo.CV. Pradina Pustaka Grup
- Mubarok, Wahid Iqbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nugraheni, Hermien. Tri Wiyatini. Irmanita Wiradona. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Yogyakarta : Deepublish.
- Nugraheni, Hermien. Tri Wiyatini. Irmanita Wiradona. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Yogyakarta : Deepublish.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suharahman,&Supardi, S. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Kemenkes RI.
- Sri, Hasnawati, dkk. 2023. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pustaka Indonesia
- Sidabutar, S. (2020). *Buku Ajar Epidemiologi*. Forikes.

PROFIL PENULIS



Nurliyani, S.S.T., M.Kes, merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati Penulis lahir di Metro, 3 Agustus 1992, Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidanan yang ditempuh selama 3 tahun (2010-2013) di Akademi Wira Buana, pada tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan di Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Malahayati Bandar Lampung, dan lulus tahun 2016, selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati Bandar Lampung dan selesai tahun 2019. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menulis beberapa buku ajar maupun buku referensi.

Email : nurliani@malahayati.ac.id



BAB 5

KONSEP MASYARAKAT KAITANNYA DENGAN EPIDEMIOLOGI PENYAKIT

Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H
Universitas Aisyah Pringsewu



A. KONSEP MASYARAKAT

1. Definisi

Masyarakat (*Community*) didefinisikan sebagai suatu kelompok baik kelompok besar maupun kecil menjalani kehidupan bersama sehingga merasakan bahwa kelompok tersebut dapat memenuhi kepentingan hidup utama. (Soekanto, 2009). Definisi masyarakat menurut beberapa ahli lainnya yang diuraikan oleh Gandasari dkk, (2021) yaitu;

- a. Koentjaraningrat mendefinisikan masyarakat sebagai kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat terus-terusan dan terikat oleh rasa identitas yang sama.
- b. Selo Sumarjan mendefinisikan masyarakat sebagai orang-orang yang hidup bersama dan menghasilkan kebudayaan.
- c. Emile Durkheim mendefinisikan masyarakat sebagai kenyataan objektif dari pribadi-pribadi yang merupakan anggotanya.
- d. Karl Marx, pengertian masyarakat adalah suatu struktur yang mengalami ketegangan organisasi maupun perkembangan akibat adanya pertentangan antar kelompok yang dibedakan kepentingannya secara ekonomi.
- e. Ralph Linton, mendefinisikan masyarakat sebagai kelompok manusia yang hidup dan bekerja sama dalam waktu cukup lama dan mampu menciptakan keteraturan dalam kehidupan bersama, serta mereka menganggap kelompoknya sebagai sebuah kesatuan sosial.
- f. Paul B. Horton dan Chester L. Hunt, mendefinisikan masyarakat sebagai kumpulan manusia yang relatif mandiri, hidup bersama dalam waktu yang relatif lama, tinggal di suatu wilayah tertentu, mempunyai kebudayaan yang sama, serta melakukan sebagian besar kegiatan di dalam kelompok tersebut. 7) Munandar masyarakat diartikan sebagai suatu kesatuan sosial yang mempunyai ikatan-ikatan kasih sayang erat dan mempunyai jiwa kehidupan social.

Mencermati dari beberapa definisi masyarakat yang diuraikan di atas dapat diungkapkan bahwa masyarakat dimaknai sebagai suatu kelompok yang hidup bersama dan menetap di suatu wilayah tertentu dalam waktu yang relatif lama serta berinteraksi antara satu individu dengan individu lainnya sehingga membentuk satu kesatuan sosial yang memiliki kebudayaan, norma dan adat istiadat.

Masyarakat mempunyai ciri-ciri yang khusus yang dapat diamati secara cermat yaitu; (Soekanto, 2009).

a. Hidup Berkelompok

Manusia sebagai makhluk sosial mendorong mereka hidup berkelompok. Pasalnya, manusia memang senantiasa membutuhkan bantuan orang lain.

b. Melahirkan Kebudayaan

Masyarakat pasti melahirkan kebudayaan. Ini merupakan konsekuensi dari hidup berkelompok, mereka selalu berusaha mencari jalan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

c. Manusia akan berupaya menyatukan pikiran dan pengalaman bersama agar terbentuk suatu rumusan yang dapat menjadi pedoman tingkah laku mereka, yakni kebudayaan. Budaya itu lalu dipelihara dan diwariskan dari generasi ke generasi.

d. Mengalami Perubahan

Masyarakat pasti mengalami perubahan karena masyarakat terdiri dari tiap-tiap individu, sementara sudah sifat alami individu untuk selalu berubah. Perubahan ini dianggap sebagai upaya masyarakat menyesuaikan diri dengan keadaan zaman. Sebagai contoh, masyarakat beralih dari surat kertas ke surat elektronik ketika menerima perubahan teknologi.

e. Berinteraksi

Interaksi adalah hal mendasar dari terbentuknya masyarakat. Interaksi dilakukan untuk mencapai keinginan, baik pribadi maupun kelompok.

f. Terdapat Kepemimpinan

Masyarakat cenderung mengikuti peraturan yang diberlakukan di wilayahnya. Contohnya, dalam lingkup keluarga, suami sebagai kepala keluarga memiliki wewenang tertinggi dalam mengayomi keluarganya. Kemudian, istri dan anak patuh kepada ayah atau suaminya. Hal itu menunjukkan adanya peran pemimpin yang membantu menyatukan individu-individu.

g. Stratifikasi Sosial

Stratifikasi sosial lahir dari ketidakseimbangan hak dan kewajiban masing-masing individu atau kelompok. Makanya muncul penggolongan masyarakat, biasanya didasari kasta sosial, usia, suku, pendidikan, dan beberapa aspek lain yang memicu keberagaman.

2. Konsep Sehat dan Sakit

Definisi sehat menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu keadaan dimana tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan, tetapi juga adanya keseimbangan antara fungsi fisik, mental, dan sosial. Undang Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa definisi kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Menteri/Sekretaris Negara Republik Indonesia, 1992).

Pengertian sehat menurut WHO sangat ideal tetapi penafsiran dan mewujudkannya perlu kehati-hatian. Konsekuensi dari konsep WHO mengandung makna bahwa orang sehat apabila terdapat ciri-ciri spesifik, yaitu tidak sakit, tidak cacat, tidak lemah, bahagia secara rohani, dan sejahtera secara sosial serta fit secara jasmani. Hal tersebut di atas sangat ideal dan sulit dicapai karena salah satu faktor penentunya adalah faktor lingkungan yang sulit pengaturannya, Anggota masyarakat yang sehat termasuk dalam model keadaan yang baik atau *high level weelness model*. (Wahyuni, 2016).

Ashriady mengungkapkan pengertian sakit sebagai terjadinya penyimpangan kondisi dari status penampilan yang optimal. Istilah sakit terdapat tiga pengertian yakni *disease*, *illness*, dan *sickness*. Ketiganya dapat dijelaskan dalam tabel hubungan antara keadaan patologis medis dengan persepsi penderita tentang sehat dan sakit berikut ini. (Muslimin *at al*, 2021)

Tabel 5.1 Hubungan Keadaan Patologis Medis dengan Persepsi Penderita tentang Sehat dan Sakit

Pernyataan Penderita	Sakit	Sehat
Sakit	Betul-betul sakit	?
Sehat	Patologis sakit tetapi tanpa gejala	Betul-betul sehat

Berdasarkan Tabel 5.1 memperlihatkan bahwa pada kondisi yang pertama dimana seseorang merasakan sakit dan secara patologis (medis) memang menunjukkan betul sakit atau positif sakit. Pada kondisi yang

seperti ini diyakini sebagai penderita yang dipastikan sedang sakit, dan secara umum banyak ditemukan di sarana pelayanan kesehatan sedang menjalani perawatan. Orang ini menderita *desease*, merasa *ill* dan tampak *sick*. Kondisi yang kedua yakni dimana seseorang yang mempunyai rasa sakit (merasa *ill*) tetapi secara patologis (medis) menunjukkan tanda tidak sakit (*no disease*) dan tidak tampak tand-tanda mengalami kesakitan (*not sick*). Kemungkinan besar orang ini atau berpotensi memiliki gangguan psikologis atau calon penderita kejiwaan.

Definisi sakit menurut Perkin's yaitu suatu kondisi yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan dalam beraktifitas sehari-hari baik aktivitas jasmani, rohani maupun sosial. Untuk mengetahui tingkat kesehatan tersebut dapat dilakukan melalui pengukuran-pengukuran nilai unsur tubuh antara lain: berat badan, tekanan darah, frekuensi pernafasan, pemeriksaan cairan tubuh dan lainnya. Keadaan sakit merupakan akibat dari kesalahan adaptasi terhadap lingkungan (*maladaptation*) dan reaksi antara manusia dan sumber-sumber penyakit. Kesakitan adalah reaksi personal, interpersonal, kultural atau perasaan kurang nyaman akibat dari adanya penyakit. (Wahyuni, 2016).

Penyakit dapat dikelompokkan menjadi lima kategori, yaitu: (Timmreck, 2005)

a. Penyakit Kongenital

Penyakit yang diakibatkan karena adanya kecenderungan genetik dan keluarga, faktor lingkungan, zat kimia atau agens seperti obat-obatan, alkohol, dan perilaku merokok. Misalnya: *sindrom down*, hemofilia dan penyakit jantung pada usia dini.

b. Penyakit Alergi dan Radang

Penyakit yang muncul sebagai reaksi tubuh terhadap cedera akibat benda asing. Misalnya: serpihan kayu, logam atau tumbuhan yang tersusup di bawah kulit.

c. Penyakit Kronis

Penyakit ini menyebabkan semakin buruknya sistem, jaringan, dan fungsi tubuh. Arteriosklerosis, artritis dan gout merupakan contoh penyakit degeneratif.

d. Penyakit Metabolik

Kelenjar atau organ tidak dapat mensekresi zat-zat biokimia tertentu untuk menjalankan proses metabolik di dalam tubuh dan menyebabkan terjadinya kelainan metabolik. Contoh, kelenjar adrenal yang tidak lagi berfungsi sehingga sel-selnya tidak dapat menggunakan glukosa secara normal sehingga menyebabkan diabetes.

e. Penyakit Neoplastik

Ditandai dengan pertumbuhan abnormal sel sehingga membentuk tumor baik jinak ataupun ganas.

Membahas konsep sehat dan sakit pada orang atau manusia sebagai pribadi tidak terlepas dari konsep kesehatan masyarakat. Kesehatan Masyarakat menurut Ikatan Dokter Amerika, AMA, didefinisikan sebagai suatu ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan Praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Disiplin ilmu yang menunjang ilmu kesehatan masyarakat antara lain adalah epidemiologi, biostatistik atau statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat dan gizi masyarakat serta kesehatan kerja (Eliana dan Sumiati, 2016).

B. EPIDEMIOLOGI PENYAKIT

1. Definisi

Asal kata epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu (*Epi* = pada, *demos* = penduduk, dan *logos* = ilmu, oleh sebab itu epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang terjadi pada rakyat atau masyarakat atau penduduk. (Eliana dan Sumarni, 2016). Definisi epidemiologi beberapa ahli epidemiologi dalam Eliana dan Sumarni (2016) adalah;

- a. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari timbulnya distribusi dan jenis penyakit pada manusia menurut waktu dan tempat (W.H. Frost)

- b. Epidemiologi ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia/masyarakat serta faktor-faktor yang mempengaruhinya (Azrul Azwar).

Epidemiologi juga dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari penyebaran atau perluasan suatu penyakit di dalam suatu kelompok penduduk atau masyarakat. Epidemiologi sebagai ilmu yang sangat dinamis dan secara terus menerus berkembang sesuai kemajuan jaman yang saat ini terbagi dari beberapa bidang yaitu epidemiologi penyakit menular, penyakit tidak menular, klinik, kependudukan dan gizi. (Muslimin *at al*, 2021). Pengertian epidemiologi menurut para ahli lainnya, yaitu: (Indasah, 2020).

- a. Epidemiologi merupakan suatu ilmu yang mempelajari mengenai distribusi dan determinan keadaan, kondisi, atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu dan penerapan hasil studi ini untuk pengendalian masalah kesehatan tertentu (Alfred S Evans, 1979).
- b. Epidemiologi merupakan ilmu kuantitatif yang berkaitan erat dengan penyakit menular dengan keadaan dimana proses penyakit terjadi, faktor-faktor yang mempengaruhi kejadiannya dan respons pejamu terhadap agen infeksi, dan penggunaan pengetahuan ini untuk pengendalian dan pencegahan. Hal tersebut dapat mencakup patogenesis penyakit baik yang sedang terjadi di masyarakat maupun ditingkat individu (Young, 2017).
- c. Epidemiologi adalah berkaitan dengan penyebaran penyakit dan jenis penyakit dan kecacatan pada kelompok orang dan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi distribusinya. (Judith S. Mausner, Anita K. Bahn (217),
- d. Epidemiologi menurut Hirsch ialah suatu gambaran kejadian penyebaran dari jenis-jenis penyakit pada manusia pada saat tertentu di berbagai tempat di bumi dan mengaitkan dengan kondisi eksternal.
- e. Epidemiologi menurut Robert H. Fletcher ialah disiplin riset yang membahas tentang distribusi dan determinan penyakit dalam populasi.
- f. Epidemiologi menurut Moris ialah suatu pengetahuan tentang sehat dan sakit dari suatu penduduk (Moris, 1964).

- g. Epidemiologi menurut Last *is study of the distribution and determinants of health-related states or events in specified population and the application of this study to control of problems*. Artinya bahwa epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan determinan dari keadaan atau peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu dan penerapan studi ini untuk mengendalikan masalah. (Last, 1988).

Berdasarkan uraian di atas dapat dikemukakan bahwa pengertian epidemiologi yakni suatu ilmu kuantitatif yang mempelajari timbulnya distribusi, frekuensi, proses dan jenis penyakit pada masyarakat menurut waktu dan tempat penyebarannya serta faktor determinan yang mempengaruhinya.

2. Prinsip dan Jenis Epidemiologi

Prinsip-prinsip perlu dipahami dalam mempelajari epidemiologi yaitu; (Eliana dan Sumiati, 2016).

- a. Mempelajari sekelompok manusia/masyarakat yang mengalami masalah kesehatan
- b. Menunjuk kepada banyaknya masalah kesehatan yang ditemukan pada sekelompok manusia yang dinyatakan dengan frekuensi mutlak atau rasio
- c. Menunjukkan kepada banyaknya permasalahan kesehatan yang diperinci menurut keadaan tertentu, di antaranya keadaan waktu, tempat, orang yang mengalami kesehatan
- d. Merupakan rangkaian kegiatan tertentu yang dilakukan untuk mengkaji permasalahan kesehatan sehingga diperoleh kejelasan dari masalah tersebut.

Adapun jenis epidemiologi dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu;

- a. Peran Epidemiologi

Epidemiologi mempunyai peran penting dalam pencegahan permasalahan kesehatan Masyarakat. Menurut Entjang epidemiologi menekankan upaya bagaimana distribusi penyakit dan bagaimana berbagai faktor menjadi faktor penyebab penyakit tersebut. Epidemiologi mempunyai peranan dalam bidang kesehatan masyarakat berupa: (Ismah, 2018)

- b. Menerangkan tentang besarnya masalah dan gangguan kesehatan (termasuk penyakit) serta penyebarannya dalam suatu penduduk tertentu.
- c. Menyiapkan data/informasi yang esensial untuk keperluan perencanaan, pelaksanaan program, serta evaluasi berbagai kegiatan pelayanan (kesehatan) pada masyarakat, baik bersifat pencegahan dan penanggulangan penyakit maupun bentuk lainnya serta menentukan skala prioritas terhadap kegiatan tersebut.
- d. Mengidentifikasi berbagai faktor yang menjadi penyebab masalah atau faktor yang berhubungan dengan terjadinya masalah tersebut.

Epidemiologi dalam melaksanakan perannya tidak terlepas dari bidang lainnya seperti Administrasi, Biostatistik, Kesehatan Lingkungan, dan Pendidikan Kesehatan/Ilmu Perilaku. Kegiatan bidang lain yang terkait dengan peranan epidemiologi seperti proses perencanaan kesehatan, intervensi pendidikan kesehatan, dan diagnosis epidemiologi masalah kesehatan. Peran epidemiologi dapat memberikan gambaran atau diagnosis tentang masalah yang berkaitan dengan kemiskinan (poverty) berupa malnutrisi, overpopulasi, kesakitan ibu, rendahnya kesehatan infant, alcoholism, anemia, penyakit-penyakit parasit dan kesehatan mental. (Ismah, 2018)

3. Pengukuran Epidemiologi

Ukuran yang secara umum digunakan dalam epidemiologi yaitu; (Adnyana dalam Agustriawan *et al*, 2020)

- a. Insiden (*Incidence rate*) adalah ukuran risiko/ tingkat kejadian dari jumlah kasus baru dibagi dengan populasi selama periode waktu tertentu atau jumlah kasus baru yang dibagi dengan jumlah populasi berisiko (*population at risk*) pada waktu tertentu dan dikali dengan konstanta (k). Sedangkan, *Attack rate* adalah ukuran risiko tingkat kejadian dari jumlah kasus baru dibagi dengan jumlah populasi pada waktu yang terbatas yang dikalikan dengan konstanta (% atau 100). *Attack rate* umumnya digunakan sebagai ukuran terjadinya kasus luar biasa atau wabah.
- b. Prevalensi merupakan jumlah total kasus penyakit dalam suatu populasi daripada laju terjadinya kasus baru (Rothman & Greenland,

2005). Selanjutnya, prevalensi adalah proporsi jumlah kasus terhadap jumlah penduduk dan lebih merupakan ukuran beban penyakit pada masyarakat (Tweeten, 2016). Prevalensi terbagi menjadi dua yakni prevalensi periode (*Period Prevalence Rate*) yakni proporsi kasus lama dan baru dibagi dengan populasi pertengahan tahun sedangkan, prevalensi poin (*Point Prevalence Rate*) yakni proporsi kasus lama dan baru pada suatu titik tertentu dibagi dengan jumlah populasi saat itu. Prevalensi suatu penyakit untuk menyampaikan seberapa luas penyakit di suatu wilayah.

- c. Morbiditas adalah keadaan sakit, cacat, atau kesehatan yang buruk karena sebab apapun. Istilah ini dapat digunakan untuk merujuk pada keberadaan segala bentuk penyakit, atau sejauh mana kondisi kesehatan mempengaruhi pasien. Istilah tingkat morbiditas dalam epidemiologi dapat merujuk pada tingkat insiden, atau prevalensi suatu penyakit, atau kondisi medis.
- d. Mortalitas adalah suatu kondisi proporsi orang yang meninggal selama interval waktu tertentu dibagi dengan jumlah populasi kasus pada waktu tertentu. Pada mortalitas sering disebut sebagai ukuran *Case Fatality Rate* (CFR). Sedangkan, untuk menentukan angka kematian kasar umumnya menggunakan estimasi proporsi orang yang meninggal pada populasi tertentu dan disebut *Crude Death Rate* (CDR). CDR tidak mempertimbangkan variasi usia, gender dan faktor lain.

4. Penyakit

Penyakit didefinisikan berbeda oleh para ahli tergantung dari sudut pandang melihatnya, antara lain; (Muslimin *et al*, 2021)

- a. Penyakit adalah suatu keadaan dimana proses kehidupan tidak dalam kondisi teratur atau terganggu perjalanannya (Geerts & Heestermans, 1984).
- b. Penyakit adalah sesuatu yang menyebabkan terjadinya gangguan pada tubuh makhluk hidup (Al-Barry *et al.*, 2001).
- c. Penyakit merupakan kegagalan mekanisme adaptasi suatu organisme untuk beraksi secara tepat terhadap setiap tekanan ataupun

rangsangan yang menimbulkan gangguan pada fungsi atau struktur organ dan sistem di dalam tubuh (Budiarto & Anggraeni, 2003).

- d. Penyakit adalah suatu keadaan dimana terdapat gangguan terhadap bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada dalam keadaan tidak normal (Timmreck, 2005).
- e. Penyakit adalah suatu proses alami yang harus kita hadapi, bukan untuk kita musuhi (Iskandar, 2013).
- f. Penyakit adalah kondisi abnormal tertentu yang secara negatif mempengaruhi struktur atau fungsi sebagian atau seluruh tubuh suatu makhluk hidup, dan bukan diakibatkan oleh cedera eksternal apa pun (Tim White Partner, 2014).

Definisi penyakit menurut Indasah (2020) dengan mengutip dari berbagai ahli menyebutkan yaitu;

- a. Gold Medical Dictionary; penyakit adalah kegagalan dari mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi struktur, bagian, organ atau sistem dari tubuh.
- b. Arrest Hofte Amsterdam, penyakit bukan hanya berupa kelainan yang terlihat dari luar saja, tetapi juga suatu keadaan terganggu dari keteraturan fungsi dari tubuh. Dari kedua pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa penyakit adalah suatu keadaan gangguan bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada didalam keadaan yang tidak normal.
- c. Gold Medical Dictionary; Penyakit adalah kegagalan dari mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi/struktur dari bagian organisasi atau sistem dari tubuh.
- d. Van Dale's Woordenboek der Nederlandse Tel; Penyakit adalah suatu keadaan di mana proses kehidupan tidak lagi teratur atau terganggu perjalanannya.
- e. (Arrest Hofte Amsterdam). Penyakit bukan hanya berupa kelainan yang dapat dilihat dari luar saja, akan tetapi juga suatu keadaan terganggu dari keteraturan fungsi-fungsi dalam dari tubuh

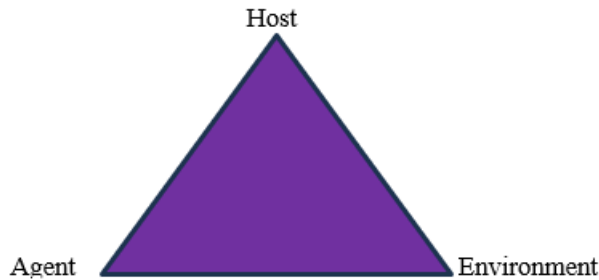
5. Ruang Lingkup Epidemiologi Penyakit

Ruang lingkup epidemiologi dibedakan atas tiga kategori sebagai berikut; Wahyuni (2016)

- a. Masalah kesehatan sebagai subjek dan objek epidemiologi. Epidemiologi tidak hanya sekedar mempelajari permasalahan penyakit saja, tetapi juga mencakup masalah kesehatan yang sangat luas ditemukan di masyarakat. Diantaranya masalah keluarga berencana, masalah kesehatan lingkungan, pengadaan tenaga kesehatan, pengadaan sarana kesehatan, dan sebagainya. Dengan demikian subjek dan objek epidemiologi berkaitan dengan masalah kesehatan secara keseluruhan.
- b. Masalah kesehatan pada sekelompok manusia. Pekerjaan epidemiologi dalam mempelajari masalah kesehatan, akan memanfaatkan data dari hasil pengkajian terhadap sekelompok manusia, apakah itu menyangkut masalah penyakit, keluarga berencana atau kesehatan lingkungan. Setelah dianalisa dan diketahui penyebabnya dilakukan upaya-upaya penanggulangan sebagai tindak lanjutnya.
- c. Pemanfaatan data tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan dalam merumuskan penyebab timbulnya suatu masalah kesehatan.

Epidemiologi sebagai ilmu yang sangat dinamis dan secara terus menerus berkembang sesuai kemajuan jaman yang saat ini terbagi dari beberapa bidang yaitu Epidemiologi penyakit menular, penyakit tidak menular, klinik, kependudukan dan gizi. (Muslimin *et al*, 2021).

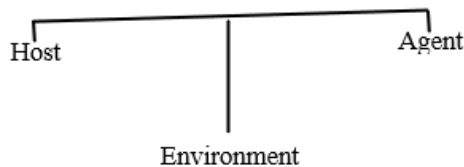
Salah satu model yang umum digunakan oleh para ahli mengenai timbulnya penyakit yaitu model segitiga epidemiologi seperti terlihat pada Gambar 5.1. (Sidabutar, 2020)



Gambar. 5.1. Model Segitiga Epidemiologi
Hubungan antara

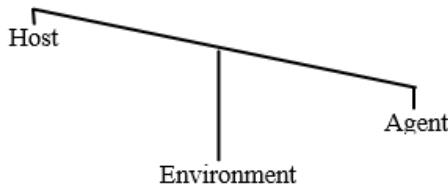
Ketiganya diibaratkan sebagai timbangan, dengan istilah bibit penyakit (agent) dan penjamu (host) berada di masing-masing ujung tuas, sedangkan lingkungan (Environment) sebagai penumpunya. Seseorang berada dalam keadaan sehat apabila tuas penjamu berada dalam keadaan seimbang dengan tuas bibit penyakit, sebaliknya bila bibit penyakit berhasil menarik keuntungan dari lingkungan maka orang itu akan berada dalam keadaan sakit. Untuk lebih jelasnya akan digambarkan sebagai berikut:

- a. Manusia dalam keadaan sehat



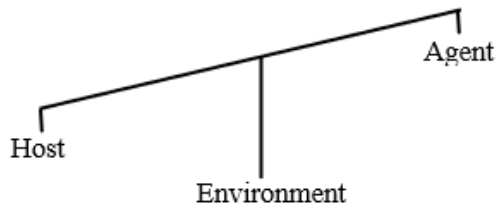
Gambar. 5.2 Manusia dalam keadaan sehat

- b. Manusia menderita karena daya tahan tubuh berkurang



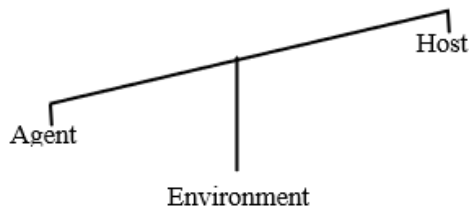
Gambar. 5.3 Manusia menderita karena daya tahan tubuh berkurang

- c. Manusia menderita penyakit karena kemampuan bibit penyakit meningkat



Gambar. 5.4 Manusia menderita karena perubahan lingkungan

- d. Manusia menderita karena perubahan lingkungan



Gambar. 5.5 Manusia menderita karena perubahan lingkungan

Paramata dalam Agustiawan (2020) menguraikan secara jelas pengertian, faktor risiko dan karakteristik berkaitan dengan host, agent dan environmental yaitu sebagai berikut;

a. Faktor Risiko Host

- 1) adalah manusia atau makhluk hidup lainnya, faktor host yang berkaitan dengan terjadinya penyakit menular berupa umur, jenis kelamin, ras, etnik, anatomi tubuh, dan status gizi. Faktor manusia sangat kompleks dalam proses terjadinya penyakit dan tergantung pada
- 2) karakteristik yang dimiliki oleh masing-masing individu.

Karakteristik host tersebut antara lain:

- 1) Umur; dapat menyebabkan penyakit berbeda yang diderita seperti penyakit campak pada anak-anak, penyakit kanker pada usia pertengahan dan penyakit aterosklerosis pada usia lanjut.
- 2) Jenis kelamin; frekuensi penyakit laki-laki lebih tinggi dibandingkan wanita dan penyakit tertentu seperti penyakit kehamilan serta persalinan hanya wanita dan penyakit hipertrofi prostat hanya laki-laki.

- 3) Ras; hubungan antara ras dan penyakit tergantung pada tradisi, adat istiadat dan perkembangan kebudayaan seperti penyakit tertentu hanya ditemukan pada ras tertentu seperti *fickle cell anemia* pada ras Negro.
 - 4) Genetik; penyakit hanya diturunkan secara hereditas seperti mongolisme, fenilketonuria, buta warna, hemofilia dan lain-lain.
 - 5) Pekerjaan; status pekerjaan erat dengan penyakit akibat pekerjaan seperti keracunan, kecelakaan kerja, silikosis, asbestosis dan lainnya. Gizi buruk mempermudah seseorang menderita penyakit infeksi seperti TBC dan kelainan gizi seperti obesitas, kolesterol tinggi dan lainnya.
 - 6) Status Kekebalan; Reaksi tubuh terhadap penyakit tergantung pada status kekebalan yang dimiliki sebelumnya seperti kekebalan terhadap penyakit virus yang tahan lama dan seumur hidup. contoh: campak
 - 7) Adat-Istiadat; Ada beberapa adat-istiadat yang dapat menimbulkan penyakit seperti kebiasaan makan ikan mentah dapat menyebabkan penyakit cacing hati.
 - 8) Gaya hidup Kebiasaan minum alkohol, narkoba dan merokok dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan.
 - 9) Psikis; Faktor kejiwaan seperti emosional, stres dapat menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi, ulkus peptikum, depresi, insomnia dan lainnya.
- b. Faktor Risiko Bibit Penyakit (*Agent*)
- 1) *Agent* (Penyebab) adalah unsur organisme hidup, atau kuman infeksi, yang menyebabkan terjadinya suatu penyakit. beberapa penyakit agen merupakan penyebab tunggal (*single*) misalnya pada penyakit menular, sedangkan pada penyakit tidak menular mauk beberapa agen contohnya pada penyakit kanker.
 - 2) Berikut ini yang termasuk kedalam faktor agen: Faktor Nutrisientuk kelebihan gizi, misalnya tinggi kolesterol, atau kekurangan gizi baik itu protein, lemak atau vitamin.
 - 3) Penyebab Kimiawi: Misalnya zat-zat beracun (karbon monoksida), asbes, kobalt, atau allergen Penyebab Fisik: Misalnya radiasi dan trauma mekanik (pukulan, tabrakan)
 - 4) Penyebab Biologis; tazo: cacing tambang, cacing gelang, cshistosoma, Protozoa: amoeba, malaria, Bakteri: Siphilis, typhoid,

pneumonia syphilis, tuberculosis, Fungi (jamur): Histoplasmosis, taenia pedis, Rickettsia: Rocky Mountain spot fever, Virus: Cacar, campak, poliomyelitis.

c. Faktor Risiko Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah faktor luar dari individu yang tergolong faktor lingkungan hidup manusia pada dasarnya terdiri dari dua bagian, yaitu lingkungan hidup internal berupa keadaan yang dinamis dan seimbang yang disebut hemostasis, dan lingkungan hidup eksternal di luar tubuh manusia. Lingkungan hidup eksternal ini terdiri dari tiga komponen yaitu:

1) Lingkungan Fisik;

Bersifat abiotik atau benda mati seperti air, udara, tanah, cuaca, makanan, rumah, panas, sinar, radiasi dan lain-lain. Lingkungan fisik ini berinteraksi secara konstan dengan manusia sepanjang waktu dan masa, serta memegang peran penting dalam proses terjadinya penyakit pada masyarakat, seperti kekurangan persediaan air bersih terutama pada musim kemarau dapat menimbulkan penyakit diare.

2) Lingkungan biologis

Bersifat biotik atau benda hidup seperti tumbuh-tumbuhan, hewan, virus, bakteri, jamur, parasit, serangga dan lain-lain yang dapat berfungsi sebagai agen penyakit, reservoir infeksi, vektor penyakit atau pejamu (host) intermediate. Hubungan manusia dengan lingkungan biologisnya bersifat dinamis dan bila terjadi ketidakseimbangan antara hubungan manusia dengan lingkungan biologis maka manusia akan menjadi sakit.

3) Lingkungan sosial

Berupa kultur, adat istiadat, kebiasaan, kepercayaan, agama, sikap, standar dan gaya hidup, pekerjaan, kehidupan kemasyarakatan, organisasi sosial dan politik. Manusia dipengaruhi oleh lingkungan sosial melalui berbagai media seperti radio, TV, pers, seni, literatur, cerita, lagu dan sebagainya. Bila manusia tidak dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosial, maka akan terjadi konflik kejiwaan dan menimbulkan gejala psikosomatik seperti stres, insomnia, depresi dan lainnya

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiawan, I Made Dwi Mertha Adnyana, Ashriady, Yeni Paramata, Tanti Asrianti, Lenny Erida Silalahi, Miftakhul Ulfa, Lala Foresta Valentine Gunasari Sarinah Basri K, Ririn Pakaya, Budi Yulianto, Marselia Sandalayuk. (2006). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia
- Eliana dan Sri Sumiati. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan, Kesehatan Masyarakat*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Masyarakat Badan Pemberdayaan Sumber Daya manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Gandasari, Dyah, Andi Febriana Tamrin, Syafrizal, Jossapat Hendra Prijanto, Syamsul Bahri, Moch. Sugiarto, I Made Marthana Yusa, Annisa Ilmi Faried, A. Nururrochman Hidayatulloh, Dian Anggraini, Sakirman. (2021). *Dasar-dasar Ilmu Sosial*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Indasah, *Epidemiologi Penyakit Menular*, ed. Wahyu Eko Putro, Cetakan Pe (Kota Kediri, 2020).
- Menteri/Sekretaris Negara Republik Indonesia. (1992). *Undang Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang : Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia
- Muslimin, Irma, Ashriady, SKM., Dina Mariana, Siti Rahmah, SKM., Musdalifah Syamsul, Henni Kumaladewi Hengky, Rahmat Haji Saeni, Hasnawati S, Antonius Adolf Gebang, Hadzmawaty Hamzah. (2021). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular*. Pamekasan: Duta Media Publishing
- Soekanto, Soerjono. (2009). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sondang, Sidabutar. (2020). *Buku Ajar Epidemiologi*. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)
- Timmreck, T. C. (2005). *Epidemiologi, Suatu Pengantar* (2nd ed.). EGC
- Wahyuni. (2016). *Epidemiologi dan Demografi*.

PROFIL PENULIS



Dr. ABDULLAH, SKM., MPH

Lahir pada tanggal 13 Juli 1966 dari pasangan H. Walama (alm) dan Hj. Tasjemiati (alm) di Blok Rancamaung I Desa Ilir Kecamatan Kandanghaur Kabupaten Indramayu Provinsi Jawa Barat. Riwayat pendidikan dimulai dengan menamatkan SD Negeri Kandanghaur II dan Madrasah Ibtidaiyah Al-Khairiyah Kandanghaur tahun 1979, Sekolah Menengah Pertama LPPMRI Kandanghaur pada tahun 1982, Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri Kandanghaur tahun 1985, Sekolah Pembantu Ahli Gizi (SPAG) (DI) Departemen Kesehatan tahun 1986, Akademi Gizi (DIII) Jakarta tahun 1995, Pendidikan Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat (SI) Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia Jakarta tahun 2001 dengan judul Skripsi "Gambaran Proses Persiapan Perencanaan dan Anggaran Dalam Era Desentralisasi tahun 2001", Pendidikan Pascasarjana (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Gizi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2010 dengan judul Tesis "Pengaruh Pemberian Suplementasi Vitamin A pada Ibu Nifas Terhadap Pertumbuhan Bayi Usia 0-4 bulan". Pendidikan Pascasarjana (S3) Program Studi Manajemen Pendidikan Islam Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung 2022 dengan judul Disertasi "Evaluasi Program Perbaikan Gizi Pondok Pesantren di Provinsi Lampung". Sedangkan riwayat pekerjaan dimulai dari pengangkatan sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Puskesmas Labuhan Maringgai Lampung Tengah tahun 1987-1992, Dinas Kesehatan Lampung Tengah tahun 1996-1997, Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 1997-2008, Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran Provinsi Lampung tahun 2008-2017, Dinas Lingkungan Hidup Kabupaten Pesawaran tahun 2017-2018, Puskesmas Bernung Kabupaten Pesawaran tahun 2018-2020, Puskesmas Kota Jawa Kabupaten Pesawaran tahun 2020-2021. Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi Wilayah II sebagai Dosen Diperkerjakan (DPK) pada Universitas Aisyah Pringsewu Lampung terhitung mulai tanggal (TMT) 1 Oktober 2021 sampai sekarang. Mata kuliah yang pernah diampu yaitu Pengantar Sosiologi dan antropologi gizi, Statistik

Dasar, Epidemiologi, Bioetika dan Kesehatan Masyarakat, Manajemen Analisis Data, Penilaian Konsumsi Pangan, Statistik Lanjut, Penilaian Status Gizi, Perencanaan Program Gizi dan Manajemen Program Gizi Dasar.



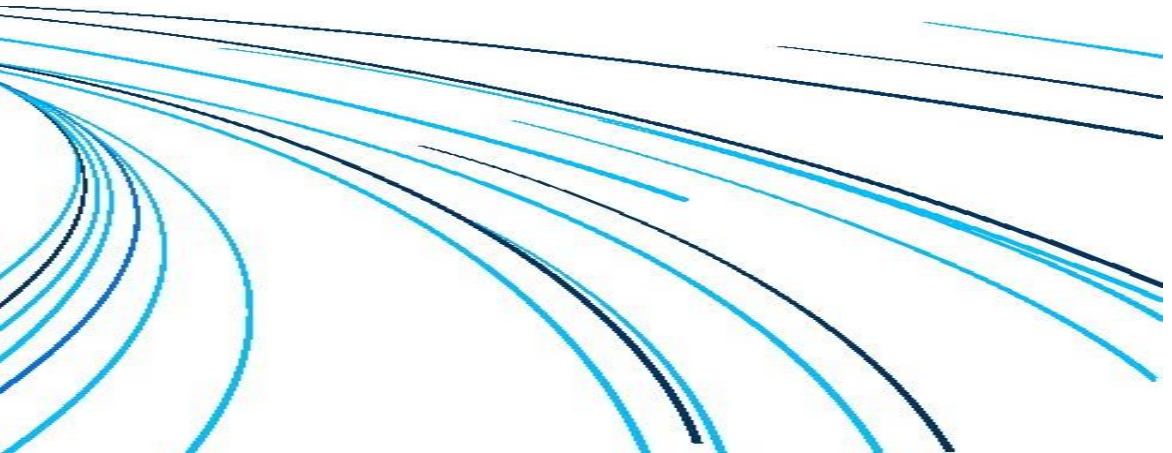
BAB 6

DIFERENSIASI

ILMU KESEHATAN

MASYARAKAT

Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta



A. PENDAHULUAN

Ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kualitas hidup, yakni dengan melakukan upaya terorganisir dan menawarkan pilihan informasi kepada publik maupun organisasi, masyarakat, dan individu, (Garrett, 2000). Analisis determinan kesehatan populasi dan bahaya yang mereka hadapi adalah pusat bidang kesehatan masyarakat (Heymann, 2008).

Terjadinya diferensiasi Ilmu Kesehatan Masyarakat disebabkan oleh banyaknya aspek yang perlu diperhatikan dalam mencapai derajat kesehatan, antara lain dimulai dari sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi di masyarakat, pendidikan kebersihan individu, organisasi pelayanan medis dan pengobatan, untuk diagnosis dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental. (Mubarak & Chayatin, 2009).

B. SEJARAH ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ilmu Kesehatan Masyarakat diprakarsai oleh tokoh Yunani, antara lain Asclepius dan Higeia. Kedua tokoh tersebut memiliki pandangan dan pendekatan yang berbeda dalam menangani masalah kesehatan. Higeia melakukan pendekatan masalah kesehatan dengan melakukan pelayanan preventif, yaitu melakukan pendekatan masalah kesehatan dengan terlebih dahulu melakukan upaya kesehatan yaitu dengan melakukan pendekatan hidup dengan seimbang, menjaga pola makan dan minum, serta cukup istirahat dan berolahraga. Higeia juga menganjurkan upaya alamiah dengan memperkuat daya tahan tubuh apabila seseorang sudah terlanjur jatuh sakit. (Waluyo, 2011)

Pendekatan ini lebih kepada bersikap proaktif, yaitu dengan mencari, mengidentifikasi dan melakukan rencana tindakan sebelum penyakit datang dan pendekatan ini juga dilakukan secara holistik. Sedangkan Asclepius melakukan pendekatan masalah dengan cara pelayanan kesehatan kuratif, yaitu melakukan pengobatan penyakit setelah penyakit tersebut terpapar pada seseorang. Selain itu dalam hal ini Asclepius menangani dengan bersikap

reaktif, yaitu menunggu masalah datang dan penanganannya lebih kepada sistem biologis manusia. (Triwibowo & Pusphandani, 2015)

C. PENDEKATAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Berdasarkan mitos Yunani tersebut, akhirnya muncul dua pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Pendekatan pertama, seperti halnya Asclepius yang cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Dokter, dokter gigi, psikiater, dan profesional medis lainnya yang merawat penyakit fisik, mental, psikologis, dan sosial yang membentuk kelompok ini.

Pendekatan kedua, yang mengikuti metode Higeia, mencoba melakukan upaya untuk meningkatkan kesehatan dan menghindari penyakit sebelum terwujud. Kelompok ini terdiri dari profesional kesehatan masyarakat, lulusan sekolah, atau institusi dengan berbagai jenjang kesehatan masyarakat. (Triwibowo & Pusphandani, 2015)

Dalam perkembangan selanjutnya maka seolah-olah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan atau preventif (*preventive health care*). Kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut : (Alamsyah & Muliawati, 2013; Untari, 2017)

1. Pendekatan kuratif

- a. Sasaran sering ditangani secara individual, dan pasien biasanya hanya diajak bicara sekali. Jarak antara profesional kesehatan (dokter dan dokter gigi) dari pasien atau sasaran lain seringkali sangat besar.
- b. Pendekatan kuratif bersifat lebih reaktif dan menunggu masalah muncul. Apabila tidak ada pasien yang datang dianggap tidak ada masalah dan permasalahan kesehatan merupakan sebuah kondisi.
- c. Terlepas dari kenyataan bahwa orang terdiri dari kesehatan biopsikologis, dan sosial, yang semuanya diakui sebagai elemen yang saling terkait satu sama lain, teknik kuratif cenderung melihat dan memperlakukan pasien lebih dalam hal sistem biologis manusia saja. (Notoatmodjo, 2007)

2. Pendekatan Preventif

- a. Dalam pendekatan preventif, sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan) masalah-masalah yang ditangani umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat lebih bersifat kemitraan dan tidak seperti antara dokter-pasien. (Heymann, 2008)
- b. Pendekatan yang berfokus pada pencegahan menekankan mengambil pendekatan proaktif, yang mencakup mencari masalah sebelum muncul. Petugas kesehatan masyarakat melakukan perjalanan ke masyarakat untuk menyelidiki dan mengidentifikasi masalah di dalam masyarakat tersebut, kemudian mengambil tindakan yang tepat.
- c. Dalam pendekatan preventif, pasien dipandang secara holistik dan keseluruhan. Penyakit disebabkan oleh kombinasi dari faktor biologis, psikologis, dan sosial, bukan hanya oleh kerusakan sistem biologis tertentu saja.

D. PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Sejarah mencatat manusia telah melakukan upaya untuk memerangi penyakit dan masalah kesehatan masyarakat sejauh peradaban paling maju di Babilonia, Mesir, Yunani, dan Roma. Pada saat itu juga telah ditemukan adanya catatan tertulis, bahkan peraturan tertulis, yang mengatur peraturan air minum, pembangunan perkotaan, dan bahkan pembuangan air limbah. Pembangunan jamban umum terjadi pada waktu itu bukan karena kotoran manusia atau hewan dapat menyebarkan penyakit, tetapi karena tidak sedap dipandang dan berbau tidak sedap. Saat itu, orang-orang menggali sumur karena mereka pikir air sungai berlumpur terasa tidak enak, bukan karena mereka pikir itu bisa membuat mereka sakit. Menurut catatan lain, sebuah undang-undang disahkan di Roma kuno yang mengharuskan warga untuk mendaftarkan bangunan rumah mereka, memberi tahu keberadaan hewan berbahaya, dan melaporkan hewan peliharaan yang mengeluarkan bau. (Turnock, 2009)

Kemudian, ketika banyak penyakit menular mulai mempengaruhi mayoritas penduduk dan berkembang menjadi epidemi maupun kondisi endemik, kesehatan masyarakat menjadi masalah yang semakin penting dari awal abad pertama hingga sekitar abad ketujuh. Sejak abad ketujuh, kolera didokumentasikan telah pindah dari Asia, khususnya Timur Tengah dan Asia Selatan, ke Afrika. Melalui emigrasi, kusta juga menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa. Masyarakat sudah mulai memperhatikan isu lingkungan, terutama kebersihan dan sanitasi lingkungan dalam upaya memerangi epidemi dan penyakit endemik. Penggunaan air minum bersih, pembuangan sampah, dan ventilasi rumah semuanya telah dianggap sebagai aspek kehidupan sehari-hari masyarakat pada periode tersebut.

Catatan tersebut menunjukkan betapa destruktifnya masalah kesehatan masyarakat, khususnya penyebaran penyakit menular, namun upaya untuk mengatasi masalah ini secara kolektif belum dilakukan oleh orang-orang pada masanya.

2. Periode Ilmu Pengetahuan

Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, ilmu pengetahuan memiliki ekspansi yang cepat dan memiliki dampak mendalam pada banyak aspek keberadaan manusia, termasuk kesehatan. Mulai abad ke-19, masalah kesehatan adalah masalah yang rumit, berbeda dengan abad-abad sebelumnya ketika masalah kesehatan terutama penyakit, hanya dipahami sebagai kejadian biologis dan pendekatannya hanya sempit secara biologis. Oleh karena itu, strategi multisektoral yang komprehensif harus digunakan dalam mengatasi masalah kesehatan.

Selain itu, penelitian mulai menemukan banyak penyebab penyakit di abad ini dan vaksinasi sebagai pencegahan penyakit. Vaksin cacar diciptakan oleh Louis Pasteur, asam karbol diciptakan oleh Joseph Lister untuk mensterilkan ruang operasi, dan ether ditemukan oleh William Marton untuk digunakan sebagai anestesi selama operasi. Penyelidikan dan upaya kesehatan masyarakat pertama kali dilakukan secara ilmiah di Inggris pada tahun 1832.

Mayoritas penduduk Inggris pada periode itu, terutama mereka yang tinggal di daerah metropolitan yang miskin, terkena dampak pandemi kolera. Parlemen Inggris kemudian membentuk komisi untuk menyelidiki

dan menangani wabah kolera. Seorang pakar sosial bernama Edwin Chadwich sebagai ketua komisi ini akhirnya mempresentasikan temuan penelitiannya sebagai berikut: Orang-orang hidup dalam kondisi yang tidak higienis, sumur mereka dekat dengan aliran air yang tercemar, dan dimana kotoran manusia dibuang. Analisis data statistik yang akurat dan andal melengkapi studi Chadwich ini. Parlemen akhirnya mengeluarkan undang-undang yang mengatur inisiatif untuk meningkatkan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan, kebersihan tempat kerja, dan sanitasi pabrik, berdasarkan laporan temuan tersebut.

Perkembangan pendidikan profesional kesehatan dimulai pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20. Sebuah sekolah kedokteran didirikan ketika John Hopkins, seorang pengusaha dari Baltimore, Amerika, dan mendirikan institusi tersebut pada tahun 1893. Mulai tahun 1908, sekolah kedokteran menyebar ke Eropa, Kanada, dan negara-negara lain. Berdasarkan kurikulum sekolah kedokteran ini terbukti bahwa kesehatan masyarakat telah diperhitungkan. Siswa sudah mulai terlibat dalam kegiatan penerapan ilmu kesehatan masyarakat pada tahun kedua. Kurikulum untuk sekolah kedokteran dirancang dengan asumsi bahwa genetika, lingkungan fisik, lingkungan sosial (termasuk kondisi kerja), kebiasaan pribadi, dan layanan medis dan kesehatan berinteraksi secara dinamis berkontribusi dalam kesehatan. (Garrett, 2000)

Departemen Kesehatan pertama didirikan oleh pemerintah Amerika pada tahun 1855 dalam hal layanan kesehatan masyarakat. Peran departemen ini adalah untuk menawarkan masyarakat umum dengan layanan kesehatan, yang mencakup peningkatan dan pemantauan kebersihan lingkungan. Departemen kesehatan kota telah dibentuk di masing-masing kota telah ditingkatkan oleh departemen kesehatan ini. Departemen kesehatan Philadelphia didirikan pada tahun 1818, Carolina Selatan pada tahun 1813, dan Baltimor pada tahun 1798. Pertemuan individu yang memiliki perhatian kepada kesehatan masyarakat dari universitas dan pemerintah berlangsung di New York pada tahun 1872. Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) muncul dari pertemuan tersebut.

E. PERKEMBANGAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16, Indonesia telah memiliki sejarah tentang kemajuan kesehatan masyarakat. Pada periode tersebut, kolera dan cacar merupakan masalah kesehatan yang utama, oleh karena itu upaya untuk memberantasnya dimulai di Indonesia. Di Indonesia, kolera pertama kali terjadi pada tahun 1927, kemudian wabah penyakit terjadi pada tahun 1937. Cacar kemudian muncul di Indonesia melalui Singapura pada tahun 1948 dan mulai berkembang. Pemerintah Belanda pada saat itu mulai menerapkan inisiatif kesehatan masyarakat setelah wabah kolera., sehingga dalam pemerintahan Gubernur Jenderal Daendels pada tahun 1807 ada pelatihan untuk petugas persalinan dalam teknik persalinan di bidang kesehatan masyarakat yang berbeda untuk menurunkan angka kematian bayi yang tinggi pada saat itu.

Kesehatan masyarakat mengacu pada upaya untuk menyelesaikan masalah sanitasi yang berdampak negatif terhadap kesehatan, termasuk sanitasi dan kesehatan masyarakat. Ditemukan bakteri penyebab penyakit ditemukan sekitar akhir abad ke-18, sehingga kegiatan kesehatan masyarakat berfokus pada peningkatan sanitasi lingkungan dan program imunisasi untuk mencegah penyebaran penyakit di dalam masyarakat.

Kesehatan masyarakat sudah berkembang sejak awal abad ke-19, sebagai upaya untuk menggabungkan penelitian medis dan sanitasi. Sedangkan ilmu kedokteran sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial. Dalam perkembangan selanjutnya, kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai aplikasi dan kegiatan yang terintegrasi antara sanitasi dan obat-obatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. (Salmah, 2018)

Dr. Bleeker dan Dr. Bosch, pemimpin dinas kesehatan sipil dan militer Indonesia, mendirikan Sekolah Kedokteran Jawa pada tahun 1851. Kemudian, lembaga ini dikenal sebagai STOVIA, (*School Tot Opleiding Van Indische Arsten*), atau sekolah untuk pelatihan dokter pribumi. Kemudian, pada tahun 1913, NIAS (*Nederland Indische Arsten School*), institusi medis kedua, didirikan di Surabaya. STOVIA menjadi sekolah kedokteran pada tahun 1927, dan setelah Universitas Indonesia didirikan pada tahun 1947, akhirnya berubah nama menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Dokter

yang memajukan kesehatan bangsa Indonesia sangat dipengaruhi oleh kedua institusi tersebut.

Berdirinya Pusat Laboratorium Medis di Bandung pada tahun 1888 sangat penting bagi kemajuan kesehatan masyarakat di Indonesia. Institut Eykman didirikan pada tahun 1938, setelah itu lebih banyak laboratorium dibangun di Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium-laboratorium ini memainkan peran penting dalam mendukung memberantas penyakit seperti malaria, kusta, dan cacar, serta di bidang kesehatan masyarakat lainnya termasuk nutrisi dan sanitasi. (Ryadi & Slamet, 2016)

Kemudian mulai tahun 1935 kampanye penyemprotan DDT dan vaksinasi massal untuk memberantas wabah pes dilakukan. 15.000.000 orang telah divaksinasi pada tahun 1941. Seorang pejabat kesehatan pemerintah Belanda bernama Hydrich memperhatikan masalah kematian dan morbiditas yang berlebihan di Banyumas-Purwokerto pada tahun 1925.

Analisis mengarah pada kesimpulan bahwa tingginya angka kematian dan morbiditas disebabkan oleh kurangnya kondisi lingkungan yang sanitasi. Masyarakat minum air dari sungai pada saat itu, serta membuang sampah mereka di mana-mana, termasuk di kebun, selokan, dan kadang-kadang bahkan di pinggir jalan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku masyarakat sangat berpengaruh terhadap keadaan sanitasi lingkungan.

Setelah itu Hydrich menciptakan wilayah percontohan dengan melakukan penyuluhan kesehatan untuk meluncurkan inisiatif kesehatan masyarakat. Hingga saat ini, usaha Hydrich telah dianggap sebagai pengenalan Indonesia terhadap kesehatan masyarakat. Ketika Indonesia memasuki era kemerdekaan, pengenalan Konsep Bandung (*Bandung Plan*) pada tahun 1951 oleh dokter Y. Leimena dan dr. Patah (Patah-Leimena) merupakan salah satu titik balik penting dalam perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Sebuah seminar diadakan pada bulan November 1967 untuk memeriksa dan mengembangkan program kesehatan masyarakat terpadu yang akan mempertimbangkan kebutuhan dan kapasitas masyarakat Indonesia. Saat itu, konsep Proyek Bandung dan Bekasi yang dikenal sebagai puskesmas dan diperkenalkan oleh Dr. Achmad Dipodilogo dipertimbangkan. Kesimpulan seminar ini menghasilkan kesepakatan tentang sistem puskesmas dengan tipe A, B, dan C. (Syafudin, 2015)

Kementerian Kesehatan RI membuat rencana induk untuk pelayanan kesehatan terpadu berdasarkan temuan seminar. Sebuah pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas) akhirnya didirikan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) dari sistem pelayanan kesehatan terpadu yang pertama kali diusulkan pada tahun 1968 selama rapat kerja kesehatan nasional. (Permenkes RI, n.d.)

F. RUANG LINGKUP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai penerapan yang terintegrasi antara kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat. Dari pengalaman praktik kesehatan masyarakat yang telah berjalan hingga awal abad ke-20, Winslow (1920) akhirnya membuat batas-batas kesehatan masyarakat yang masih relevan hingga saat ini sebagai berikut: (Damari & Ehsani Chimeh, 2017; Notoatmodjo, 2003)

1. Peningkatan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan diri
4. Layanan medis dan perawatan untuk diagnosis dan pengobatan dini
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk memastikan bahwa setiap orang terpenuhi dengan kebutuhan hidup yang layak dalam menjaga kesehatan mereka.

Pengorganisasian masyarakat dalam rangka mencapai tujuan kesehatan masyarakat pada hakikatnya adalah mengumpulkan potensi atau sumber daya manusia yang ada di dalam masyarakat itu sendiri untuk upaya kesehatan preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif. Memupuk peran serta masyarakat tidaklah mudah, membutuhkan pemahaman, kesadaran, dan apresiasi oleh masyarakat terhadap masalah kesehatan serta upaya penyelesaiannya sehingga pendidikan kesehatan masyarakat diperlukan melalui pengorganisasian dan pengembangan masyarakat. (Triwibowo & Pusphandani, 2015)

Batasan lain disampaikan oleh *American Physician Association* bahwa kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya pengorganisasian

masyarakat. Batasan ini mencakup inisiatif masyarakat untuk pemberian layanan kesehatan serta untuk pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Sehingga dari batasan perkembangan kesehatan masyarakat tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa bidang ilmu kesehatan masyarakat mencakup lebih dari sekadar metode sanitasi dan sanitasi, pengobatan kuratif dan pencegahan, dan ilmu sosial. (Swarjana, 2017)

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat terdiri dari: ilmu biologi, ilmu kedokteran, kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, antropologi (studi tentang ilmu budaya dalam masyarakat), psikologi dan ilmu pendidikan. Oleh karena itu ilmu kesehatan merupakan ilmu multidisiplin. Epidemiologi, biostatistik/statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, manajemen kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, dan kesehatan kerja merupakan pilar utama dalam ilmu kesehatan masyarakat.

G. DIFERENSIASI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

1. Administrasi Kebijakan Kesehatan

Administrasi yang digunakan untuk mengupayakan kesehatan dalam rangka membangun negara yang sehat dikenal sebagai administrasi kebijakan kesehatan.

a. Pengertian Administrasi

Administrasi berasal dari bahasa Latin, *administrare*, yang berarti "melayani" (*ad* = *on*, *ministrare* = *serve*), administrasi mengacu pada pemberian layanan kepada masyarakat. Administrasi menggunakan proses organisasi dan manajemen dalam upaya untuk mencapai tujuan, dengan menentukan kebijakan umum dengan memanfaatkan organisasi dan proses manajemen sehingga digunakan untuk memutuskan sebuah kebijakan. (Dewi & Sari, 2022)

b. Pengertian Manajemen

Kata manajemen, yang berarti berkaitan dengan tangan dalam bahasa Latin (*manus* = tangan, *setuju* = lakukan, laksanakan), sering digunakan ketika membahas administrasi. Meskipun manajemen dan administrasi sering dibandingkan, jelas bahwa keduanya tidak dapat dipisahkan. Penting untuk membedakan antara definisi administrasi

dalam dua pengertian yang berbeda: administrasi dalam arti yang paling ketat (pekerjaan administrasi, pekerjaan kantor), dan administrasi dalam arti luas (manajemen total: konsep manajemen, proses manajemen, fungsi manajemen, dan lembaga manajemen). Manajemen adalah proses untuk mendefinisikan tujuan dan membuatnya efektif melalui organisasi untuk mencapai satu tujuan. Berdasarkan pengertian, peranan dan fungsinya administrasi sering di samakan dengan manajemen, karena manajemen memiliki peranan dan fungsi yang tidak jauh berbeda dari administrasi.

Empat konsep kunci dari pemahaman manajemen sangat penting untuk dipahami :

- 1) Manajemen adalah cabang ilmu praktis.
- 2) Manajemen dan kehidupan organisasi terkait erat.
- 3) Keahlian manajerial dan keterampilan teknis operasional seorang manajer akan mencerminkan keberhasilan organisasi.
- 4) Di perusahaan dengan banyak sumber daya manusia, ada beberapa karyawan yang memiliki rentang tanggung jawab yang berbeda dari kelompok staf lainnya.

c. Administrasi dan manajemen

Agar pelaksanaan program kesehatan berjalan lancar dan sukses, diperlukan administrasi atau manajemen. Menurut Maidin Alimin (2004), administrasi pada dasarnya adalah melakukan upaya untuk mencapai suatu tujuan. Penyedia layanan kesehatan atau karyawan yang menggunakan administrasi kesehatan harus siap secara teori dan praktik. (Alamsyah & Muliawati, 2013). Berdasarkan pandangan terhadap cakupan studinya, maka ada beberapa klasifikasi dalam Administrasi dan manajemen kebijakan kesehatan:

- 1) Administrasi lebih luas dari manajemen dan dianggap sebagai unsur administrasi yang berfokus pada tata pimpinan.
- 2) Manajemen yang lebih luas dari administrasi dan administrasi dianggap sebagai kegiatan ketatausahaan.
- 3) Administrasi dan manajemen merupakan dua hal yang saling terintegrasi sehingga dalam aplikasinya dapat digunakan silih berganti tanpa kehilangan makna.

d. Unsur pokok Administrasi Kesehatan

Jika melihat lebih dekat pada kendala administrasi kesehatan seperti yang dijelaskan di atas, administrasi kesehatan mencakup setidaknya lima komponen kunci, yang masing-masing memainkan peran penting dalam menentukan apakah administrasi kesehatan dilaksanakan dengan sukses atau tidak. Input, Proses, Output, Target, dan Dampak adalah lima faktor utama yang dimaksud.

1) Masukan (*Input*)

Segala sesuatu yang diperlukan untuk melakukan tugas-tugas administratif adalah masukan. Diketahui juga bahwa input ini dapat melakukan tugas-tugas administratif (alat administrasi). Ada banyak jenis alat administrasi dan / atau input. Beberapa diantaranya adalah :

a) Sumber Daya Manusia

Tenaga ahli, termasuk dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat, dipisahkan dari karyawan tidak terampil, seperti pesuruh, penjaga malam, dan buruh kasar lainnya.

b) Sumber Modal

Berbagai jenis sumber daya modal apabila dikategorikan dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu modal kerja yang mencakup uang dan giro serta modal tetap, yang mencakup tanah, bangunan, dan fasilitas kesehatan.

c) Sumber Alamiah

Segala sesuatu yang ditemukan di alam yang bukan merupakan sumber energi atau modal disebut sebagai sumber daya alam.

2) Proses (*Process*)

Proses administrasi adalah langkah-langkah yang harus diambil untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Prosedur ini disebut sebagai fungsi administrasi. Secara umum, pimpinan bertanggung jawab atas prosedur dan/atau fungsi administratif ini. Pembagian tugas administrasi saat ini berkembang karena kemajuan ilmu administrasi. Meskipun kategori-kategori ini beragam. Berbagai tugas administrasi sering dibagi menjadi beberapa kategori dalam praktik sehari-hari untuk mempermudah pelaksanaannya, yaitu:

a) Perencanaan (*planning*) yang mencakup penyusunan anggaran.

- b) Pengorganisasian (*organizing*) yang merupakan bagian dari pengorganisasian.
 - c) Pelaksanaan (*implementing*) yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, penggerak, dan pengawasan.
 - d) Evaluasi (*evaluation*) yang juga memerlukan pembuatan laporan.
- 3) Keluaran (*Output*)
- Hasil dari kegiatan administrasi adalah *output*. Produk administrasi kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan. Ada banyak jenis layanan kesehatan yang tersedia saat ini, tetapi mereka umumnya dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu
- a) Pelayanan kedokteran (layanan medis)
 - b) Pelayanan kesehatan masyarakat. (*public health services*)
- 4) Sasaran
- Target audiens adalah kelompok yang outputnya diarahkan, dalam hal ini, upaya kesehatan. Individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat adalah target dalam administrasi kesehatan dibagi. Ada dua jenis kelompok sasaran: sasaran langsung dan sasaran tidak langsung.
- 5) Dampak
- Dampak merupakan hasil dari *output* terkait dengan hal administrasi kesehatan, konsekuensi yang diantisipasi adalah meningkatnya tingkat kesehatan. Hanya jika kebutuhan dan keinginan individu, keluarga, kelompok, dan atau masyarakat untuk kesehatan, layanan medis, serta lingkungan yang sehat dapat diatasi, perubahan status kesehatan ini akan dimungkinkan. Pengguna layanan kesehatan, yang sering dikenal sebagai konsumen kesehatan, memiliki keinginan dan tuntutan tersebut.
- a) Kebutuhan Kesehatan
- Dalam rangka meningkatkan tingkat kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan / atau masyarakat, sangat penting bahwa persyaratan kesehatan dipenuhi karena pada dasarnya objektif. Terciptanya tuntutan kesehatan sebagian besar dipengaruhi oleh isu-isu kesehatan aktual yang ada di masyarakat. Munculnya suatu penyakit sangat ditentukan oleh faktor utama, yakni: pejamu (*host*), penyebab penyakit (*agent*) serta lingkungan (*environment*), maka dalam upaya menemukan kebutuhan

kesehatan, perhatian haruslah ditujukan kepada ketiga faktor tersebut.

b) Tuntutan Kesehatan

Berlawanan dengan kebutuhan, tuntutan kesehatan pada dasarnya sewenang-wenang, membuat pemenuhannya bersifat subyektif. Dengan kata lain, terpenuhinya atau tidaknya tuntutan kesehatan individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat tidak sepenuhnya tergantung pada terwujudnya keinginan untuk meningkatkan tingkat kesehatan atau tidak.

e. Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan

Ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan secara umum meliputi:

- 1) Kebijakan Kesehatan (*Health Policy*)
Hubungan masyarakat, kepemimpinan, dan keterlibatan masyarakat dalam pengelolaan inisiatif kesehatan merupakan topik yang dibahas terkait dengan kebijakan kesehatan.
- 2) Hukum Kesehatan (*Health Law*)
Hukum kesehatan membahas aturan atau undang-undang yang berkaitan dengan industri kesehatan, seperti *informed consent*, peraturan rumah sakit, dan topik lainnya.
- 3) Ekonomi kesehatan (*Health Economic*)
Ekonomi kesehatan mencakup topik termasuk analisis biaya, asuransi kesehatan, dan keuangan untuk perawatan kesehatan.
- 4) Manajemen Tenaga Kesehatan (*Health Man Power*)
Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, motivasi tenaga kesehatan, kinerja tenaga kesehatan tercakup dalam manajemen tenaga kesehatan.
- 5) Administrasi Rumah Sakit (*Hospital Administration*)
Administrasi rumah sakit mencakup perencanaan dan manajemen rumah sakit, sumber daya manusia rumah sakit, keuangan rumah sakit, logistik rumah sakit, dan sebagainya.

2. Epidemiologi

a. Pengertian Epidemiologi

Epidemiologi adalah ilmu yang meneliti isu sosial yang berhubungan dengan masyarakat. Epidemiologi akar katanya berasal dari bahasa Yunani (Epi = pada, Demos = penduduk, dan logos = ilmu).

W.H. Welch mendefinisikan epidemiologi sebagai ilmu yang mempelajari kemunculan, penularan, dan pencegahan penyakit, khususnya penyakit menular. Batasan epidemiologi menjadi berkembang karena masalah yang terjadi di masyarakat tidak hanya terbatas pada penyakit tidak menular, penyakit degeneratif, kanker, penyakit mental, dan kecelakaan lalu lintas. Komponen penting yang ada dalam epidemiologi, sebagai berikut : (Isna, 2010)

- 1) Frekuensi masalah kesehatan
- 2) Penyebaran masalah kesehatan
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan.

b. Ruang Lingkup

Epidemiologi memainkan peran dalam bidang kesehatan masyarakat sebagai hasil dari kapasitasnya untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan. Ruang lingkup epidemiologi antara lain sebagai berikut: (Isna, 2010)

- 1) **Epidemiologi Penyakit Menular**
Epidemiologi penyakit menular merupakan ilmu yang mempelajari mengenai bagaimana langkah untuk mengendalikan penyebaran penyakit menular.
- 2) **Epidemiologi Penyakit Tidak Menular**
Epidemiologi penyakit tidak menular mencakup penelitian, pengobatan, dan strategi pencegahan untuk kondisi kronis seperti kanker, diabetes, dan obesitas.
- 3) **Epidemiologi Kesehatan Lingkungan**
Ilmu yang meneliti bagaimana unsur-unsur lingkungan tertentu, seperti polusi, perumahan lingkungan, stres, dan asupan nutrisi yang dapat berdampak pada kesehatan dipelajari di dalam epidemiologi kesehatan lingkungan.

4) Epidemiologi Kesehatan Kerja

Epidemiologi kesehatan kerja merupakan salah satu cabang epidemiologi yang menyelidiki dan mengevaluasi keadaan kesehatan pekerja sebagai akibat dari paparan aspek fisik, kimia, biologi, dan sosial budaya di tempat kerja serta pilihan gaya hidup karyawan. Ini digunakan untuk mengevaluasi keadaan dan lingkungan tempat kerja dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan untuk menganalisis status kesehatan tenaga kerja.

5) Epidemiologi Kesehatan Jiwa

Epidemiologi kesehatan jiwa adalah sebuah metode dan analisis gangguan mental dalam masyarakat dengan melihat prevalensi gangguan tersebut di antara kelompok populasi tertentu serta berbagai faktor yang berkontribusi terhadap kesehatan jiwa.

6) Epidemiologi Gizi

Epidemiologi gizi banyak digunakan untuk menganalisis masalah gizi masyarakat, yang memiliki hubungan erat dengan sejumlah aspek yang berhubungan dengan gaya hidup. Strategi ini berusaha untuk memeriksa unsur-unsur biologis, khususnya sosial yang terkait erat dengan pembentukan masalah gizi masyarakat.

7) Epidemiologi Demografi

Epidemiologi demografi merupakan disiplin ilmu epidemiologi yang mempelajari isu-isu yang berhubungan dengan demografi (kependudukan) dan variabel yang mempengaruhi perubahan demografi masyarakat menggunakan sistem pendekatan epidemiologi. Menganalisis jenis ciri-ciri demografis yang membentuk populasi sehubungan dengan masalah kesehatan masyarakat serta merencanakan keluarga berencana.

8) Epidemiologi Klinik

Klinisi sedang meneliti dan mengembangkan cara untuk membekali para dokter dan profesional medis lainnya bagaimana menangani masalah kesehatan menggunakan disiplin ilmu epidemiologi.

9) Epidemiologi Pelayanan Kesehatan

Epidemiologi pelayanan kesehatan merupakan salah satu metode manajemen untuk menilai masalah, mengidentifikasi akar penyebab, dan membuat rencana terpadu yang mencakup semua untuk pemecahan masalah. Dalam merencanakan perawatan dan kesehatan dapat

menggunakan metode pendekatan ini untuk mengevaluasi hasil dari kegiatan kesehatan umum dan sebagai tujuan khusus.

Epidemiologi mengidentifikasi hingga menilai kondisi kesehatan, sehingga muncul konteks epidemiologi dengan menggunakan istilah "6E" dalam masalah kesehatan, antara lain :

- 1) Etiologi
Berbagai kegiatan termasuk dalam epidemiologi untuk menentukan penyebab dan asal-usul penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Misalnya, plasmodium dan parasit merupakan penyebab malaria.
- 2) Efikasi
Efikasi berkaitan dengan efek, hasil atau daya maksimum yang dapat diberikan oleh intervensi medis. Kemanjuran intervensi, seperti efektivitas vaksinasi, dimaksudkan untuk diamati potensial dari obat tersebut yang diselidiki melalui studi klinis.
- 3) Efektivitas
Efektivitas dalam hal ini mengukur hasil potensial dari suatu tindakan (terapi atau intervensi), serta ukuran varian antara program tindakan. Tujuan dari efektivitas ini adalah untuk mengevaluasi dampak intervensi atau layanan dalam banyak kondisi yang bervariasi. Hal ini berkaitan dengan kemujaraban atau efektivitas.
- 4) Efisiensi
Efisiensi berfokus pada melihat pengaruh yang dapat diperoleh berdasarkan jumlah pengeluaran dalam teori ekonomi. Efektivitas ini dimaksudkan untuk menilai hasil berdasarkan tingkat investasi atau biaya ekonomi.
- 5) Evaluasi
Evaluasi adalah tinjauan komprehensif terhadap efektivitas program kesehatan masyarakat. Evaluasi mempertimbangkan dan menilai keberhasilan program secara keseluruhan.
- 6) Edukasi
Edukasi adalah intervensi yang melibatkan kesadaran kesehatan masyarakat sebagai bagian dari upaya untuk mencegah penyakit. Salah satu inisiatif kesehatan masyarakat utama yang harus diarahkan dengan benar oleh epidemiologi adalah Pendidikan kesehatan.

3. Kesehatan Lingkungan

a. Pengertian Kesehatan Lingkungan

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan lingkungan sebagai keseimbangan ekologis yang diperlukan antara manusia dan lingkungan untuk memastikan kesehatan manusia. Kesehatan lingkungan adalah kemampuan suatu lingkungan untuk menjaga keseimbangan ekosistem dinamis antara orang-orang dan lingkungan mereka untuk mempromosikan pencapaian kualitas hidup yang sehat dan bahagia. (Chandra, 2007)

b. Ruang lingkup

Terdapat 17 ruang lingkup kesehatan lingkungan (Budiman & Suyono, 2010; Chandra, 2007), yaitu:

- 1) Penyediaan air minum, khususnya yang menyangkut persediaan jumlah air
- 2) Pengelolaan air buangan dan pengendalian pencemaran, termasuk masalah pengumpulan, pembersihan dan pembuangan
- 3) Pembuangan sampah padat
- 4) Pengendalian vektor, termasuk anthropoda, binatang pengerat
- 5) Pencegahan/pengendalian pencemaran tanah oleh perbuatan manusia
- 6) Higiene makanan, termasuk hygiene susu
- 7) Pengendalian pencemaran udara
- 8) Pengendalian radiasi
- 9) Kesehatan Kerja, terutama pengaruh buruk dari faktor fisik, kimia dan biologis
- 10) Pengendalian kebisingan
- 11) Perumahan dan pemukiman
- 12) Aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara
- 13) Perencanaan daerah dan perkotaan
- 14) Pencegahan kecelakaan
- 15) Rekreasi umum dan pariwisata
- 16) Tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemik/wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk
- 17) Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan

c. Peran lingkungan dalam menimbulkan penyakit

- 1) Lingkungan sebagai penyebab langsung sebuah penyakit
- 2) Lingkungan sebagai faktor kecenderungan / faktor predisposisi
- 3) Lingkungan sebagai perantara dan media transmisi penyakit
- 4) Lingkungan sebagai faktor penunjang dari perjalanan suatu penyakit

4. Kesehatan dan Keselamatan Kerja

a. Pengertian Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Pengertian kesehatan dan keselamatan kerja (K3) secara filosofi adalah upaya yang bertujuan untuk menjamin kesempurnaan dan keutuhan tenaga kerja, manusia pada umumnya, hasil karya, serta budaya menuju masyarakat yang adil dan sempurna. Sedangkan pengertian K3 secara keilmuan merupakan ilmu yang mempelajari upaya dalam mencegah kecelakaan, pencemaran, peledakan, dan lain-lain di tempat kerja.

Sedangkan kesehatan dan keselamatan kerja dalam lingkup kesehatan masyarakat sering dikaitkan dengan keselamatan kerja. Tujuannya antara lain untuk menghindari kecelakaan yang berhubungan dengan tempat kerja dan lingkungan pekerjaan. Misalnya, terjadi gangguan kerja akibat suasana tempat kerja yang bising, cedera otot atau tulang, bahaya kebakaran, dan lain sebagainya.

b. Ruang Lingkup

Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan hal yang penting dalam pekerjaan terutama apabila terkait dengan pekerjaan yang berisiko mengalami potensi yang berbahaya. Dalam hal ini, ruang lingkup dalam kesehatan dan keselamatan kerja antara lain :

- 1) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja
Setiap tempat kerja yang berisiko menimbulkan bahaya harus menawarkan layanan kesehatan kerja. Agar keluhan di tempat kerja tentang kesehatan kerja tetap sama atau membaik, tenaga kerja membutuhkan akses ke fasilitas perawatan kesehatan. Sarana dan prasarana, staf (dokter pemeriksa atau dokter perusahaan), dan organisasi yang ditetapkan membentuk layanan kesehatan kerja.

- 2) **Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja**
Ada empat jenis pemeriksaan kesehatan tenaga kerja: awal (dilakukan sebelum pekerja diterima ke dalam pekerjaan tersebut), berkala (dilakukan setahun sekali), khusus (dilakukan untuk pekerja yang memiliki risiko tinggi), dan pensiun (dilakukan tiga bulan sebelum pekerja pensiun).
- 3) **Pelaksanaan P3K**
P3K sangat penting untuk ditawarkan sebagai tindakan pencegahan di tempat kerja. Profesional kesehatan, kotak P3K, dan isi kotak P3K disiapkan.
- 4) **Pelaksanaan Gizi Pekerja**
Agar pekerja dapat menjaga staminanya saat bekerja, nutrisi pekerja juga harus diperhatikan. Penyediaan kantin atau ruang makan, penyediaan makanan untuk pekerja, pemeriksaan gizi dan makanan untuk pekerja, serta staf manajemen dan katering, semuanya dapat berkontribusi pada peningkatan gizi pekerja.
- 5) **Pelaksanaan Syarat Ergonomis**
Pekerja juga harus menjalani penilaian ergonomis untuk menentukan apakah ada potensi bahaya yang dapat membahayakan kesehatan mereka. Antropometri, efektivitas tenaga kerja, organisasi dan desain tempat kerja, serta faktor manusia, adalah beberapa prinsip ergonomis yang perlu diperhatikan. Sementara itu perlu diperhatikan kegiatan mengangkat, menjaga ketertiban di tempat kerja, dan kelelahan pada pekerja.
- 6) **Pelaksanaan Pelaporan**
Semua inisiatif yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan karyawan harus dikomunikasikan kepada pimpinan yang cakap. Jika inkonsistensi ditemukan, kesimpulan dan solusi akan diberikan. Laporan yang ditawarkan berkaitan dengan inspeksi kesehatan tenaga kerja, penyakit akibat kerja, dan layanan kesehatan kerja.

5. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Pendidikan kesehatan merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang dikenal sebagai pendidikan kesehatan dan berakar pada tiga disiplin ilmu dasar: ilmu perilaku (psikologi, sosiologi, dan antropologi), pendidikan, dan kesehatan masyarakat. Selain itu, didukung juga oleh ilmu humaniora, ilmu politik, ekonomi, dan sejarah.

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses perkembangan yang dinamis dengan menerima ataupun menolak sebuah informasi, serta sikap maupun perilaku baru yang bertujuan untuk menjaga pola hidup sehat. Pendidikan adalah proses mengubah sikap dan perilaku orang menjadi manusia dewasa melalui situasi, peristiwa, atau upaya dalam sebuah pendidikan dan pelatihan. Ketika mempelajari sesuatu yang baru dari awal, seseorang dapat melakukannya sampai akhir hayatnya. Hal ini disebabkan oleh kenyataan bahwa pendidikan adalah prasyarat untuk semua kegiatan dalam kehidupan sehari-hari. (Notoatmodjo, 2007)

b. Pengertian Ilmu Perilaku

Sejumlah pengalaman yang mempengaruhi pengetahuan, sikap, kebiasaan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan baik secara individu maupun masyarakat. (Ryadi & Slamet, 2016)

c. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Ruang lingkup pendidikan kesehatan sangat luas dan menjadi faktor dalam aspek kehidupan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan serta keadaan sosial masyarakat. Cakupan Pendidikan kesehatan bergantung kepada:

1) Aspek Kesehatan

a) Pencegahan tingkat pertama (primer)

Perokok, penderita obesitas, pekerja seks komersil, ibu hamil dan menyusui merupakan kelompok risiko tinggi ketika melakukan pendidikan kesehatan.

b) Pencegahan tingkat kedua (sekunder)

Sasaran untuk pendidikan kesehatan dan mengajarkan perilaku hidup sehat selanjutnya adalah penderita penyakit kronis, seperti diabetes, asma, TB Paru. Tujuannya adalah

memberi pengetahuan yang cukup agar dapat mencegah kondisi yang dapat memperparah kesehatannya.

c) Pencegahan tingkat ketiga (tersier)

Dalam pencegahan tersier ini, sasaran pendidikannya merupakan kelompok yang baru sembuh dari sebuah penyakit. Tujuan dalam pencegahan ini adalah untuk meminimalisir terjadinya kecacatan, cepat pulih dan tidak terjadi kekambuhan.

2) Tataan dan Tempat Pelaksanaan

- a) Tataan keluarga, dengan sasaran utamanya merupakan orangtua.
- b) Tataan sekolah, sasaran utama dari tataan sekolah adalah guru atau pengajar.
- c) Tataan tempat kerja, dengan sasaran utama pemilik, pemimpin ataupun manajer.
- d) Desain ruang publik, operator ruang publik merupakan sasaran dari tataan ini.
- e) Fasilitas pelayanan kesehatan, dengan sasarannya yang merupakan pimpinan fasilitas kesehatan.

3) Tingkat Pelayanan

Tingkat pelayanan dalam ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain:

- a) Promosi kesehatan
- b) Perlindungan khusus
- c) Pengobatan cepat dan diagnosis dini
- d) Rehabilitasi

6. Biostatistik

Peranan biostatistik dapat dipraktikan dalam dunia kesehatan dengan menangani masalah dalam bidang kesehatan, seperti menentukan prioritas masalah agar lebih cepat ditanggulangi, dapat pula dijadikan sebagai bahan untuk membuat perencanaan dalam bidang kesehatan, seperti misalnya pembuatan kegiatan usaha yang mengarah pada kesehatan. Selain itu dapat pula membandingkan tingkat kesehatan masyarakat yang berada di wilayah tertentu berdasarkan dari aspek geografis, ekonomi,

pendidikan, sosial dan budaya dan dari hasil membandingkan tingkat kesehatan tersebut maka statistik juga dapat membantu untuk mendokumentasikan hasil dari data kesehatan masyarakat.

a. Pengertian

Statistik dipakai dalam masalah-masalah kesehatan, baik dalam rencana, aplikasi, evaluasi, maupun monitoring. Statistik menjadi penting karena setiap pencatatan permasalahan kesehatan diperlukan untuk melakukan perbaikan.

b. Ruang lingkup

Statistik kesehatan berfungsi untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat, memonitor kemajuan status kesehatan di suatu daerah, melakukan valuasi program kesehatan, membandingkan status kesehatan di berbagai daerah, memotivasi tenaga kesehatan dan pembuat kebijakan untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Peran statistik dalam bidang kesehatan dilakukan dengan mengukur, sehingga angka dapat dihitung secara tepat sehingga dapat diobservasi penyebab dan juga cara pencegahannya. Ruang lingkup dalam statistika kesehatan :

- 1) Mortalitas
- 2) Fertilitas
- 3) Morbiditas
- 4) Pelayanan Kesehatan
- 5) Demografi
- 6) Lingkungan
- 7) Gizi

7. Gizi Kesehatan Masyarakat

Ilmu gizi merupakan salah satu spesialisasi dalam ilmu kesehatan masyarakat yang memberikan pengetahuan dasar tentang jenis nutrisi dan bahan non-gizi dalam makanan, faktor penyebab langsung dan tidak langsung yang mempengaruhi status gizi, dan upaya untuk mencegah dan memecahkan masalah gizi masyarakat. Target dalam gizi ini termasuk bayi, balita, anak-anak, remaja, dewasa (terutama wanita hamil dan busui), dan orang tua.

Masalah gizi masyarakat tidak hanya terkait dengan kesehatan, namun juga melibatkan faktor-faktor lain seperti ekonomi, sosial budaya, pendidikan, dan sebagainya. Setidaknya yang perlu dipelajari dan diperhatikan adalah hubungan antara ilmu gizi dasar manusia dengan kesehatan masyarakat agar tercapai produktivitas, termasuk bagaimana memajukan gagasan gizi seimbang (makro dan mikronutrien) dan hidup sehat sepanjang siklus hidup manusia. (Setyawati, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, D., & Muliawati, R. (2013). *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Nuha Medika.
- Budiman, & Suyono. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Dalam Konteks Kesehatan Lingkungan*. EGC.
- Chandra, B. (2007). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. EGC.
- Damari, B., & Ehsani Chimeh, E. (2017). Public Health Activist Skills Pyramid: A Model for Implementing Health in All Policies. *Social Work in Public Health*, 32(7), 407–420. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1344600>
- Dewi, R. S., & Sari, A. R. (2022). *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Media Sains Indonesia.
- Garrett, L. (2000). *Betrayal of Trust : The Collapse of Global Public Health*. Hyperion.
- Heymann, D. L. (2008). *Encyclopedia of Public Health*. American Public Health Association.
- Isna, H. (2010). *Buku Ajar Epidemiologi*. Nuha Medika.
- Mubarak, W., & Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-prinsip Dasar*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta.
- Permenkes RI. (n.d.). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Ryadi, & Slamet, A. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Andi.
- Salmah, S. (2018). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat (Revisi)*. Trans Info Media.
- Setyawati, V. dkk. (2018). *Buku Ajar Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. Deepublish.

- Swarjana, I. K. (2017). *Ilmu Kesehatan Masyarakat (I)*. Andi.
- Syafrudin. (2015). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Trans Info Media.
- Triwibowo, C., & Pusphandani, M. (2015). *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* (1st ed.). Nuha Medika.
- Turnock, B. (2009). *Public Health : What It Is and How It Works* (4th ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- Untari, I. (2017). *7 Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Thema Publishing.
- Waluyo, L. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. UMM Press.

PROFIL PENULIS



Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS.

Penulis lahir di Jakarta, 20 Juli 1985. Penulis adalah Ketua Program Studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati (STIKes Fatmawati) dan Dosen PTT di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan dan Studi Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2011).

Setelah itu penulis melanjutkan kuliah Magister (S2) Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2016). Saat ini penulis menjabat sebagai *Chief Executive Officer* (CEO) 7RASA Konsultan yang merupakan konsultan dalam bidang perumahsakitan. Selain itu, aktif pula sebagai *owner* sekaligus *Chief Financial Officer* (CFO) dari Kalisawah Adventure di Kabupaten Banyuwangi.

E-mail: mufuayu@yahoo.com



BAB 7

KONSEP

KEILMUAN MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar



Konsep keilmuan masyarakat melibatkan pemahaman tentang bagaimana pengetahuan dan ilmu pengetahuan mempengaruhi dan dibentuk oleh masyarakat. Konsep ini didasarkan pada pemahaman bahwa ilmu pengetahuan bukanlah entitas yang terisolasi. Keilmuan masyarakat adalah bidang studi yang mempelajari cara-cara manusia berinteraksi dalam konteks sosial, kebudayaan, dan politik. Ini melibatkan pemahaman tentang bagaimana masyarakat terbentuk, berubah, dan berfungsinya dalam berbagai aspek kehidupan. Konsep ini menekankan perlunya memahami dinamika sosial dan konteks sosial dalam produksi, penyebaran, dan penerimaan pengetahuan.

A. DEFINISI KEILMUAN

Keilmuan merujuk pada proses penyelidikan sistematis dan metodis yang dilakukan untuk memperoleh pengetahuan baru, memahami fenomena, dan mengembangkan teori yang dapat diuji. Keilmuan melibatkan pengumpulan data, analisis, penalaran logis, dan interpretasi yang terorganisir untuk memperluas pemahaman manusia tentang dunia dan fenomena di dalamnya.

Konsep keilmuan masyarakat adalah pemahaman tentang bagaimana ilmu pengetahuan dan penelitian mempengaruhi dan terlibat dalam masyarakat. Ini mencakup cara keilmuan digunakan, dipahami, dan diintegrasikan dalam berbagai aspek kehidupan sosial, budaya, politik, dan ekonomi.

B. FUNGSI ATAU KEGUNAAN TEORI ILMIAH (TEORI KEILMUAN)

Petama; membantu menyusun dan mensistematisasikan data maupun pemikiran tentang data sehingga tercapai pertalian yang logis di antara aneka data yang semulanya bersifat saling terlepas dan kecau balau. Jadi, teori, dalam hal ini, berfungsi sebagai pedoman, bagan sistematis, atau acuan. Kedua; memberi suatu skema atau rencana sementara mengenai medan yang semulanya belum dipetakan, untuk memberikan arah atau orientasi bagi proses pemikiran keilmuan. Ketiga; memberi petunjuk atau arahan bagi penelitian atau penyelidikan lanjut.

Terlihat jelas bahwa terdapat hubungan antara teori ilmiah dan kaidah ilmiah. Teori ilmiah berisi proposisi-proposisi logis yang berusaha menjelaskan fenomena atau obyek keilmuan tertentu, dengan menunjuk pada keajegan–keajegan suatu kaidah ilmiah (kaidah keilmuan) dan juga bersifat prediktif (peramalan). Meskipun demikian, sebuah teori ilmiah tidak pernah akan menjadi sebuah kaidah ilmiah. Teori ilmiah (teori keilmuan) hanya mengacu pada kaidah-kaidah ilmiah sebagaimana telah diketahui dan mungkin menyarankan kaidah-kaidah tambahan. Teori keilmuan mencoba menerangkan sebuah kaidah tertentu dengan mengacu pada suatu kaidah (keteraturan atau keajegan berupa hubungan tertib) yang lebih umum.

C. METODE ILMU (METODE KEILMUAN)

1. Pengertian

Metode ilmu atau metode keilmuan adalah suatu cara di dalam memperoleh ilmu atau pengetahuan baru. Metode keilmuan, dalam hal tertentu, dipandang pula sebagai sebuah teori pengetahuan yang dipergunakan untuk memperoleh jawaban-jawaban tertentu mengenai suatu permasalahan atau pernyataan. Hal metode keilmuan, karenanya, lebih merupakan prosedur keilmuan yang mencakup berbagai tindakan pikiran, pola kerja, tata langkah, dan cara atau teknik untuk mengembangkan pengetahuan yang ada guna mencapai pengetahuan baru yang disebut ilmu.

Prosedur keilmuan yang merupakan metode ilmu atau metode ilmiah dimaksud tidak hanya mencakup aspek pengamatan (observasi) atau percobaan (eksperimen), namun terkait dengan aspek; analisis, pemerian (uraian), penggolongan (klasifikasi), pengukuran, perbandingan, pengujian, dan survei. Bahkan, prosedur keilmuan yang terkait dalam metode ilmu dimaksud meliputi pula prosedur-prosedur logis, misalnya; induktif, deduktif, abstraksi, dan penalaran, yang semuanya termasuk di dalam ruang lingkup metode ilmu.

2. Langkah-langkah di dalam metode keilmuan

Metode ilmu atau metode keilmuan meliputi suatu rangkaian langkah-langkah yang tertib berupa 11 (sebelas) langkah, seperti:

- a. Pengamatan (observasi) awal terhadap gejala-gejala atau hasil percobaan (eksperimentasi) yang ada.
- b. Menganalisis dan merumuskan masalah untuk menetapkan apa yang dicari serta apa hipotesis (pangkal-pangkal dugaan) yang digunakan untuk memberi bentuk dan arah pada telaah penelitian.
- c. Perumusan hipotesis, variabel, dan indikator yang melukiskan gejala atau hasil percobaan dimaksud.
- d. Pengujian hipotesis untuk melihat apakah hipotesis tersebut memadai dalam hal meramalkan dan melukiskan gejala-gejala baru atau hasil percobaan yang baru.
- e. Pengumpulan data sesuai indikator yang ditetapkan.
- f. Pengolahan data dengan cara melakukan penggolongan (klasifikasi), interpretasi, dan pengaturan data guna menunjukkan kesamaan-kesamaan, urutan, dan hubungan-hubungan yang ada.
- g. Membuat kesimpulan-kesimpulan umum dan khusus dari setiap langkah keilmuan.
- h. Pengujian dan pemerikasan terhadap kebenaran-kebanaran kesimpulan tersebut.
- i. Pengembangan generalisasi-generalisasi.
- j. Pengujian dan pemeriksaan terhadap kebenaran hasil generalisasi.
- k. Penyempurnaan generalisasi.

D. KONSEP, MODEL DAN HIPOTESIS DALAM METODE KEILMUAN

Tata langkah dalam metode keilmuan di atas melibatkan berbagai konsep dan hipotesis. Konsep dalam metode keilmuan merupakan ide umum yang mewakili sesuatu himpunan hal yang biasanya dibedakan dari pencerapan atau persepsi mengenai suatu hal khusus. Konsep merupakan alat yang penting untuk pemikiran terutama dalam hal penelitian.

Konsep, dalam metode ilmiah atau metode keilmuan terwujud di dalam model dan hipotesis. Model adalah suatu gambaran abstrak (citra) yang diperlukan terhadap sekelompok fakta atau gejala. Misalnya, dalam penelitian terhadap pendidikan tinggi, dapat digunakan model sebagai gambaran abstrak suatu sistem yang mempunyai tiga bentuk, yaitu; input, proses, dan out put.

Unsur yang diperlukan sebagai input adalah mahasiswa serta sarana prasarana seperti buku pelajaran atau perpustakaan dan laboratorium. Sementara, yang dapat dipandang sebagai output adalah sarjana yang dihasilkan atau dikonversikan melalui proses pembelajaran dan ujian. Model dapat dijabarkan dari benda fisik yang ada, misalnya, model sebuah piramida yang digunakan dalam penelaan atau penjelasan mengenai struktur sesuatu masyarakat. Hipotesis adalah suatu kerangka yang bersifat sementara untuk kepentingan pengujian dan pangkal penyelidikan lanjut demi untuk pembuktian yang lebih sempurna.

E. METODE KEILMUAN, PENDEKATAN, DAN TEKNIK

Metode keilmuan adalah cara kerja atau prosedur keilmuan untuk mendapatkan data dan mempergunakan data. Pendekatan adalah ukuran-ukuran baku untuk memilih masalah atau data yang bertalian. Misalnya, pendekatan berdasarkan tinjauan berbagai ilmu. Seperti; ilmu ekonomi, ilmu politik, atau sosiologi. Pendekatan ilmu ekonomi adalah dengan menggunakan ukuran-ukuran ekonomi untuk memilih masalah, pertanyaan, serta data yang digunakan untuk membahas hal atau obyek keilmuan dimaksud. Pendekatan Sosiologi akan menggunakan sudut tinjauan sosiologi, misalnya; ukuran-ukuran pranata sosial, interaksi manusia, atau sistem sosial, dan sebagainya untuk menjadi kerangka atau dasar pembahasan. Jenis pendekatan berdasarkan ukuran-ukuran baku ilmu-ilmu tersebut berbeda dengan metode keilmuan. Sebenarnya, tidak ada metode psikologi atau metode sosiologi, tetapi pendekatan psikologis atau pendekatan sosiologis.

Teknik, juga berbeda dengan metode keilmuan. Teknik merupakan cara-cara operasional, dalam arti yang lebih terinci dan bersifat rutin dan mekanis untuk memperoleh dan menangani data di dalam penelitian keilmuan. Misalnya, penelitian mengenai gejala-gejala dalam masyarakat dapat menggunakan metode survei dengan teknik penelitian lapangan (field work), teknik investigasi, daftar pertanyaan, atau wawancara. Ilmu-ilmu kealaman, misalnya dapat menggunakan metode pengukuran dengan teknik pemanasan atau teknik tekanan dengan bentuk berbagai peralatan, seperti laboratorium dan sebagainya.

F. DEFINISI KEILMUAN MASYARAKAT MENURUT PARA AHLI

1. Anthony Giddens: "Keilmuan masyarakat adalah penelitian tentang kehidupan sosial manusia, aktivitas dan struktur manusia dalam kelompok, masyarakat, dan lembaga."
2. Max Weber: "Keilmuan masyarakat adalah ilmu yang berusaha memahami tindakan sosial, dengan tujuan menjelaskan dan memahami tujuan yang dipersepsikan oleh pelaku dan dampaknya terhadap masyarakat."
3. Émile Durkheim: "Keilmuan masyarakat adalah studi tentang fakta-fakta sosial, yaitu fenomena-fenomena yang dihasilkan oleh interaksi antara individu-individu dalam masyarakat."
4. Pierre Bourdieu: "Keilmuan masyarakat adalah analisis tentang struktur dan prinsip-prinsip reproduksi sosial dalam masyarakat, dengan mempertimbangkan peran kuasa, kepentingan, dan simbol-simbol budaya."

Harap dicatat bahwa definisi ini hanya mewakili beberapa pandangan dari para ahli dalam bidang sosiologi dan ilmu sosial. Masih ada banyak kontributor lain dalam keilmuan masyarakat yang juga memberikan definisi dan pandangan yang berbeda.

G. KOMPONEN, CIRI – CIRI, TUJUAN, FUNGSI DAN PENERAPAN KONSEP KEILMUAN

1. Komponen Keilmuan:

- a. Metode Ilmiah
- b. Penelitian
- c. Teori dan Konsep
- d. Peer Review

2. Ciri-ciri Keilmuan:

- a. Objektivitas
- b. Reprodutibilitas
- c. Universalitas
- d. Akumulatif

Berikut adalah beberapa poin penting dalam konsep keilmuan masyarakat:

- a. Interaksi antara Ilmu Pengetahuan dan Masyarakat
- b. Penerimaan dan Perubahan
- c. Peran Ilmuwan dalam Masyarakat
- d. Dampak Sosial dan Ekonomi
- e. Etika dan Tanggung Jawab
- f. Pendidikan dan Literasi Sains
- g. Kolaborasi antara Ilmuwan dan Masyarakat

3. Tujuan dan fungsi dari konsep keilmuan masyarakat

Konsep keilmuan masyarakat melibatkan cara masyarakat secara kolektif terlibat dalam aktivitas ilmiah, penelitian, dan penyebaran pengetahuan. Tujuan dan fungsi dari konsep keilmuan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan Pengetahuan dan Pemahaman
- b. Mendorong Inovasi dan Kemajuan
- c. Pemberdayaan Masyarakat tantangan dan perubahan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari.
- d. Partisipasi Demokratis
- e. Pengambilan Keputusan Berbasis Bukti
- f. Penyebaran Pengetahuan

Dengan demikian, konsep keilmuan masyarakat berfungsi sebagai jembatan antara ilmu pengetahuan dan masyarakat, memungkinkan kolaborasi dan partisipasi aktif masyarakat dalam proses ilmiah, serta memfasilitasi penyebaran dan pemanfaatan pengetahuan yang bermanfaat untuk kemajuan.

4. Berikut adalah beberapa konsep yang relevan dalam menerapkan keilmuan masyarakat:

- a. Riset Tindakan Partisipatif
- b. Pengabdian Masyarakat
- c. Pendekatan Multidisipliner
- d. Penggunaan Metode Kualitatif dan Kuantitatif
- e. Pemahaman Konteks Lokal

f. Pengaruh dan Perubahan Sosial

5. Berikut ini adalah beberapa contoh penerapan konsep keilmuan dalam masyarakat:

- a. Pendidikan
- b. Penelitian dan Inovasi
- c. Penyebaran Informasi
- d. Kebijakan Publik
- e. Etika dan Tanggung Jawab

Kolaborasi dan Pertukaran Pengetahuan Penerapan konsep keilmuan dalam masyarakat ini dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih terdidik, terbuka, dan berwawasan luas. Hal ini berpotensi untuk mendorong perkembangan dan kemajuan dalam berbagai bidang kehidupan serta mencapai solusi yang lebih efektif dan berkelanjutan terhadap tantangan yang dihadapi masyarakat.

6. Konsep keilmuan memiliki peranan yang sangat penting dalam masyarakat.

Berikut adalah beberapa alasan mengapa konsep keilmuan sangat penting:

- a. Pengembangan Pengetahuan
- b. Kemajuan Sosial dan Teknologi
- c. Pengambilan Keputusan yang Rasional
- d. Pengembangan Sumber Daya Manusia
- e. Pengembangan Budaya dan Etika

Dalam kesimpulannya, konsep keilmuan sangat penting dalam masyarakat karena berperan dalam pengembangan pengetahuan, kemajuan sosial dan teknologi, pengambilan keputusan yang rasional, pengembangan sumber daya manusia, serta pengembangan budaya dan etika yang berdasarkan pengetahuan. Masyarakat yang mengadopsi konsep keilmuan secara efektif cenderung mengalami pertumbuhan dan kemajuan yang lebih baik secara keseluruhan.

H. KONTRIBUSI KEILMUAN TERHADAP PEMBANGUNAN DAN KEMAJUAN SUATU NEGARA

Keilmuan memiliki peran yang sangat penting dalam pembangunan dan kemajuan suatu negara. Dalam konteks ini, keilmuan tidak hanya terbatas pada ilmu pengetahuan murni (basic science), tetapi juga meliputi berbagai disiplin ilmu yang terapan (applied science) dan teknologi. Berikut ini adalah beberapa kontribusi keilmuan terhadap pembangunan dan kemajuan suatu negara:

1. Pendidikan dan Pengajaran
2. Penelitian dan Pengembangan
3. Industri dan Ekonomi
4. Pemerintahan dan Kebijakan Publik
5. Kehidupan Sosial dan Budaya

I. MEMBANGUN TRADISI KEILMUAN DALAM MASYARAKAT

Agama Islam menjunjung tinggi akal dan nilai ilmu pengetahuan serta peranannya bagi kehidupan manusia. Sejumlah ayat dalam al-Quran mengisyaratkan bahwa manusia harus terus berupaya menuntut ilmu. Bahkan, dalam sebuah hadis disebutkan barang siapa menghendaki kehidupan dunia harus dengan ilmu; barang siapa yang menghendaki kehidupan akhirat juga harus dengan ilmu; dan barang siapa yang menghendaki keduanya harus dengan ilmu.

Oleh karena itu, Gerakan Keilmuan menjadi program prioritas dengan sasaran berbagai kelompok usia, mulai dari usia anak, remaja, pemuda-pemudi, keluarga muda, hingga lansia. Karena sasarannya berbeda maka jenis kegiatannya pun menyesuaikan. Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut.

Pertama, pembelajaran melek huruf hijaiyah. Karena kemampuan warga membaca huruf latin sudah dianggap cukup, maka dipandang perlu intensifikasi pembelajaran al-Quran yang dilaksanakan secara berjenjang. Pembelajaran ini bukan hanya untuk anak-anak (TPA), tetapi sasarannya menyeluruh sehingga diadakan pembagian kelas. Pelaksanaannya dapat bekerja sama dengan Nasyiatul ‘Aisyiyah dan pemuda lainnya.

Kedua, kegiatan kajian yang dilaksanakan secara bergantian waktunya, dengan tema-tema menarik, aktual, dan disesuaikan dengan kebutuhan.

Ketiga, pendidikan life skill atau kecakapan hidup. Kegiatan itu dilaksanakan sebagai solusi atas meningkatnya jumlah pengangguran, termasuk pengangguran terdidik. Apalagi di masa pandemi Covid-19 banyak orang yang kehilangan pekerjaan.

BSA (Balai Sakinah 'Aisyiyah) tidak pernah sepi karena dimanfaatkan sebagai tempat belajar life skill untuk putri, baik remaja atau ibu-ibu. Kegiatan life skill yang berupa perbengkelan dan pembangunan, menggunakan sekolah terdekat di sore hari dan saat libur sekolah. Sementara itu, pembelajaran teknologi dan informasi menggunakan ruangan kantor PCM atau sebagian ruang di amal usaha.

J. CONTOH KASUS KEILMUAN DALAM MASYARAKAT

Salah satu contoh kasus konsep keilmuan di masyarakat adalah peran vaksinasi dalam pencegahan penyakit. Vaksinasi merupakan suatu konsep keilmuan yang didukung oleh penelitian dan bukti ilmiah yang kuat. Namun, di masyarakat terkadang muncul kontroversi dan penolakan terhadap vaksinasi, yang dapat berdampak negatif pada upaya pencegahan penyakit. Contoh kasus tersebut dapat dilihat dari fenomena penolakan vaksinasi yang muncul dalam beberapa tahun terakhir, terutama terkait dengan vaksinasi anak-anak. Beberapa orang tua memilih untuk tidak melakukan vaksinasi terhadap anak mereka dengan alasan kekhawatiran akan efek samping yang mungkin timbul atau karena keyakinan pribadi yang tidak didasarkan pada bukti ilmiah. Padahal, vaksinasi telah terbukti efektif dalam mencegah penyakit serius seperti campak, polio, dan difteri. Dalam banyak negara, vaksinasi telah berhasil mengurangi angka kematian dan mengendalikan penyebaran penyakit menular. Namun, ketika sebagian masyarakat menolak atau mengabaikan vaksinasi, risiko penyebaran penyakit tersebut dapat meningkat, terutama di kalangan yang tidak dapat divaksinasi secara medis.

Contoh lainnya adalah penolakan terhadap teori evolusi dalam masyarakat yang tertentu. Teori evolusi merupakan dasar dari ilmu biologi modern dan telah didukung oleh bukti ilmiah yang melimpah. Namun, terdapat beberapa individu atau kelompok yang masih mempertanyakan atau menolak konsep evolusi karena alasan agama atau keyakinan pribadi yang tidak sesuai dengan pemahaman ilmiah.

Ketika konsep keilmuan seperti vaksinasi atau teori evolusi ditolak atau dipertanyakan secara luas dalam masyarakat, hal ini dapat menghambat kemajuan ilmiah, penelitian, dan penerapan teknologi yang berkaitan dengan konsep tersebut. Oleh karena itu, penting bagi masyarakat untuk memiliki pemahaman yang lebih baik tentang konsep keilmuan dan menghargai bukti ilmiah yang ada, sehingga dapat mendukung perkembangan ilmu pengetahuan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

K. MASYARAKAT DAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Defiisi Masyarakat

Masyarakat dalam bahasa inggris dipakai istilah society yang berasal dari kata latin socius, yang berarti “kawan”. Istilah masyarakat sendiri berasal dari kata aran syakara yang berarti “ikut serta, berpartisipasi”. Masyarakat adalah memang sekumpulan manusia salin “bergaul” atau dengan istilah ilmuah, saling “berinteraksi”.

2. Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk:

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan
- b. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
- d. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya. Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usah.

3. Ruang Lingkup Kegiatan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kegiatan kesehatan masyarakat yang harus dipahami dan dikuasai baik oleh praktisi kesehatan maupun masyarakat umum terbagi menjadi 4 (empat) bagian. Dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ada beberapa upaya yang dilaksanakan meliputi:

- a. Promotif (peningkatan kesehatan)
Peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
- b. Preventif (pencegahan penyakit)
Pencegahan penyakit adalah usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.
- c. Kuratif (pengobatan)
Pengobatan adalah usaha yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diobati secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya
- d. Rehabilitatif (pemeliharaan kesehatan)
Pemeliharaan kesehatan adalah usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya

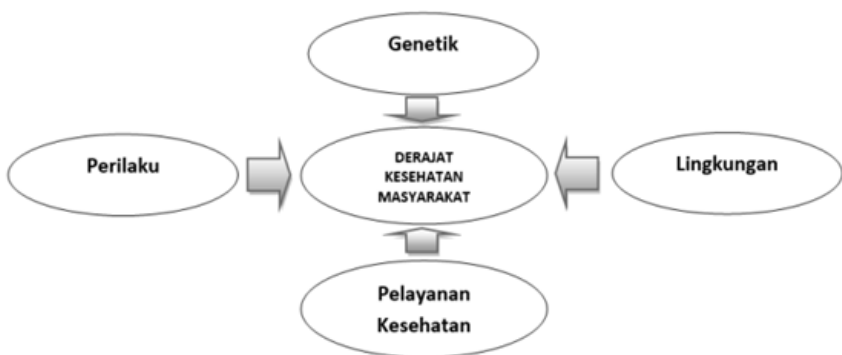
4. Tujuan dan Manfaat Kesehatan Masyarakat

- a. Prinsip-prinsip Kesehatan Masyarakat
Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik ada beberapa prinsip pokok yang harus terpenuhi, yaitu:
 - 1) Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan pencegahan (preventif) daripada pengobatan (kuratif)
 - 2) Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara- cara yang ringan biaya dan berhasil baik
 - 3) Melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan kepada masyarakat.

- 4) Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku maka sasaran yang diutamakan adalah masyarakat yang terorganisir
 - 5) Lebih mengutamakan masalah kesehatan masyarakat yang jika tidak segera diatasi akan menimbulkan malapetaka.
- b. Tujuan Kesehatan Masyarakat:
- Terciptanya keadaan lingkungan yang sehat, terbatasnya penyakit menular, meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan perseorangan, tersedianya berbagai usaha kesehatan yang dibutuhkan masyarakat yang terorganisir dan terlibatnya badan-badan kemasyarakatan dalam usaha kesehatan.
- c. Tujuan Akhir:
- Terciptanya jaminan bagi tiap individu masyarakat untuk mencapai suatu derajat hidup yang cukup guna untuk mempertahankan kesehatan.

L. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menurut Hendrik L. Blum ada 4 faktor yang perlu diperhatikan. Adapun faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat tersebut disajikan dalam gambar berikut ini:



Gambar 7.1 Faktor yang mempengaruhi derajat Kesehatan masyarakat

Teori H.L. Blum yang menyebutkan bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan, dan 10% faktor genetika (keturunan).

1. Lingkungan,

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat lingkungan fisik baik natural atau buatan manusia misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Contohnya anggota keluarga di suatu desa dapat terkena penyakit jika dia berada di desa yang sulit mendapatkan ketersediaan air bersih.

2. Perilaku,

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem seseorang terhadap sakit atau penyakit adalah cara manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan, mempersepsi tentang suatu stimulus Rangsang Proses Stimulus Reaksi Tingkah laku (terbuka) Sikap (tertutup) penyakit yang ada pada (dirinya dan diluar dirinya) maupun secara aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit tersebut. Pengertian lain berkaitan dengan Perilaku kesehatan juga dinyatakan oleh Azwar (2005) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: a) Latar belakang seseorang yang meliputi norma - norma yang ada, kebiasaan, nilai budaya dan keadaan sosial ekonomi yang berlaku dalam masyarakat, b) Kepercayaan dalam bidang kesehatan, perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh kepercayaan orang tersebut terhadap kesehatan. Kepercayaan yang dimaksud meliputi manfaat yang akan didapat, hambatan yang ada, kerugian dan kepercayaan bahwa seseorang dapat terserang penyakit, c) Sarana tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat. d) Cetusan seseorang yang mempunyai latar belakang pengetahuan yang baik dan bertempat tinggal dekat dengan sarana kesehatan, bisa saja belum pernah memanfaatkan sarana kesehatan tersebut. Contohnya seseorang bisa terkena penyakit karena perilakunya. Kementerian Kesehatan pada tahun 2011 Salah satu perilaku beresiko yang menimbulkan dampak yang sangat merugikan bagi kesehatan individu dan masyarakat adalah perilaku merokok. Perilaku merokok merupakan faktor resiko timbulnya berbagai

penyakit seperti kanker paru, kanker mulut, penyakit jantung, penyakit saluran pernafasan kronik, stroke, kelainan kehamilan dan penyakit tidak menular lainnya yang menjadi penyebab utama kematian.

3. Pelayanan kesehatan,

Pelayanan kesehatan dalam kaitannya dengan kesehatan masyarakat meliputi upaya pelayanan kesehatan dalam melaksanakan kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. Akses masyarakat dan individu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan hendaknya tidak mengalami kesulitan karena semakin mudah individu dan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan maka semakin baik dan berpengaruh terhadap derajat kesehatan. Contohnya saat ini masyarakat miskin yang tidak memiliki biaya untuk berobat tetap dapat diterima di faskes karena adanya program jaminan kesehatan nasional oleh BPJS Kesehatan. Tenaga kesehatan masyarakat sekarang tidak hanya dituntut untuk memimpin dalam melindungi kesehatan warga negara, tetapi juga harus memberikan dasar bukti yang diperlukan untuk menghubungkan informasi kesehatan masyarakat dengan layanan dan kegiatan klinis; menawarkan intervensi kesehatan masyarakat yang tertarget dan terukur; dan mendukung layanan klinis dengan cara yang memberdayakan masyarakat untuk dapat mencegah penyakit dan meningkatkan derajat kesehatannya.

4. Genetik

Faktor keturunan/genetik ini juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang diturunkan lewat genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak lahir, misalnya: dari golongan penyakit keturunan, diantaranya: diabetes melitus, asma bronkia, epilepsy, retardasi mental hipertensi dan buta warna. Faktor keturunan ini sulit untuk diintervensi dikarenakan hal ini merupakan bawaan dari lahir dan jika diintervensi maka harga yang dibayar cukup mahal. Berikut ini contoh faktor keturunan dapat mempengaruhi kesehatan:

- a. Perkawinan antar golongan darah tertentu akan mengakibatkan leukemia.
- b. Adanya kretinisme yang diakibatkan mutasi genetic

Dengan demikian Derajat kesehatan masyarakat akan mudah dicapai apabila 4 faktor tersebut berada dalam kondisi yang optimal. Diantara beberapa factor tersebut yang paling besar mempengaruhi tinggi rendahnya status kesehatan adalah faktor lingkungan dan perilaku. Oleh karenanya, perlu diupayakan lingkungan yang sehat dan perilaku hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, H (2011). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Afriyana, dkk (2022). Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jawa Tengah: Tahta Media Group.
- Aschengrau, and Seage. GR. 2013. Essential Epidemiology in Public Health third edition. Boston MA: Jones and Bartlett Learning.
- Bowling, A., 2014, Research methods in Health: Investigating Health and Health Services. England: MC Graw Hill
- Durkheim, É. Steven Lukes (2013). *The Rules of Sociological Method And Selected Texts On Sociology and its Method*, London: Bloomsbury Publishing.
- Eliana, Sumiati S. Kesehatan Masyarakat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
- Entjang, Indan, 2000, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti Kumpulan Materi Kesmas Bahan Bacaan Jurusan Kebidanan Politeknik Makassar.
- Giddens, A. Philip W. Sutton, (2017). *Sociology 8th Edition*. Cambridge: Polity press.
- Holton, Robert J. Bryan S. Turner, (2010). *Max Weber On Economy and Society*. London: Taylor & Francis
- Lapau, B., 2013, Metode Penelitian Kesehatan. Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi, Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Mubarak Wahit Igbal, 2012. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Salemba Medika
- Murti, B., 2016. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi edisi keempat, Surakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Murti, B., 2018. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi edisi kelima, Surakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.

Notoatmojo,soekidjo.2008 “Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat”. Jakarta : Rineka Cipta

Referensi: Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press.

Soekidjo Notoatmojo.2003. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.Ed.2. Jakarta : Rineka Cipta

Syafrudin, 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media

The Liang Gie, 1996, Filsafat Ilmu, Liberty, Yogyakarta.

Watloly, A. , 2001; Tanggung Jawab Pengetahuan, Kanisius, Yogyakarta. Pikiran Sebagai Tenaga Budaya, (belum diterbitkan).

PROFIL PENULIS



Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes adalah anak kedua dari bapak Drs. H. Nuryadin Patty, SE., M.Si dan ibu Hj. Hasnah, SE., SKM. Penulis lahir di Watampone tanggal 24 april 1990. Pada tahun 1996 menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-kanak di TK Adyaksa Watampone, tahun 2002 penulis menyelesaikan sekolah dasar di SDN Mangkura III Makassar, pada tahun 2005 penulis menyelesaikan Sekolah tingkat pertama di SMPN 5 Makassar dan di tahun 2008 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang sekolah menengah atas di SMAN 2 Makassar. Untuk strata satu penulis melanjutkan pendidikan di fakultas kesehatan masyarakat jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan di Universitas Hasanuddin dan di tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang Strata dua di kampus yang sama dengan mengambil jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan. Dosen tetap program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sekarang menjabat sebagai ketua program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Buku yang sudah di publikasikan buku Administrasi Rumah Sakit dan Puskesmas, buku Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Buku Dasar Manajemen, Buku Manajemen Pemasaran, buku monograf penelitian tentang Pengaruh Kesesuaian Penempatan Kerja dan Kualifikasi Pendidikan terhadap Kinerja Pegawai Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, buku dengan judul Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Rawat Inap umum terhadap Citra RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto dan buku dengan judul Hubungan kamarisasi dan bahan bakar biomassa terhadap kejadian infeksi pernafasan akut pada anak balita.

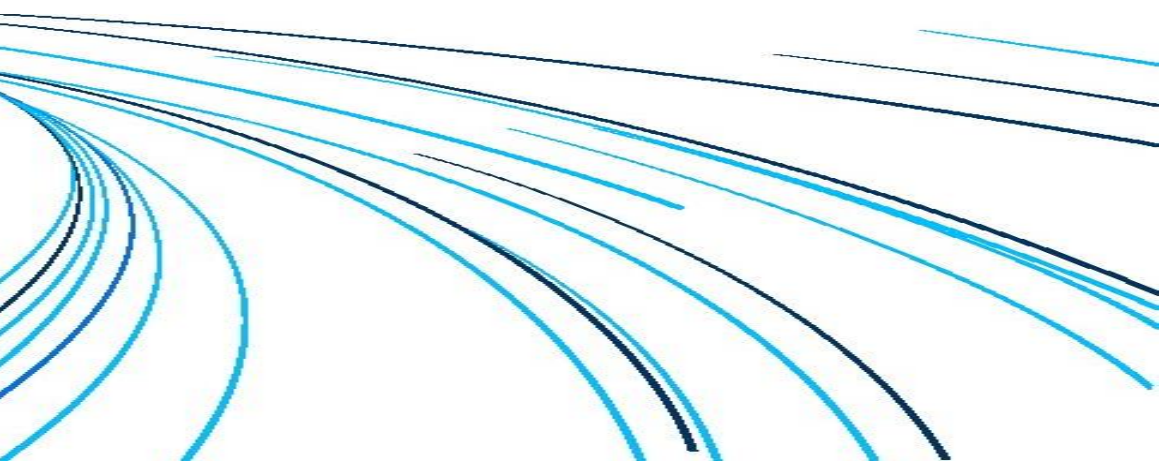


BAB 8

SISTEM KESEHATAN

NASIONAL

Siswanto, M.Kes
Politeknik Insan Husada Surakarta



A. PENDAHULUAN

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan harus diikuti dengan peningkatan sumber daya manusia yang mendukung dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Covid – 19 yang menjadi masalah global mulai tahun 2020 -2023 semoga bisa menjadi pembelajaran bagi semua lapisan masyarakat untuk meningkatkan imunitas dan derajat kesehatan secara optimal. Di indonesia selain covid 19 , penyakit menular (infeksi), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), dan kurang gizi, penyakit tidak menular (kronik atau degeneratif), kurang gizi, kelebihan gizi, dan psikologi (kesehatan jiwa).

Fokus permasalahan global dari Millenium Development Goals (MDGs) 2005-2015 ke Sustainable Development Goals (SDGs) 2016-2030 , meliputi 8 tujuan dan 50 target fokus mengurangi masalah sosial ekonomi tahun 2015 yaitu setengah dari kondisi 2005. SDgs dengan 17 tujuan dan 169 target fokus menghilangkan masalah sosial ekonomi sampai tidak ada warga yang tertinggal.

Bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai pembangunan kesehatan maka diperlukan adanya SKN. Sistem Kesehatan Nasional adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945.

B. DEFINISI SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sistem adalah suatu keterkaitan di antara elemen-elemen pembentuknya dalam pola tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (*System is interconnected parts or elements in certain pattern of work*). Berdasarkan pengertian ini dapat diinterpretasikan ada dua prinsip dasar suatu sistem, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem; dan (2) *interconnection*, yaitu saling keterkaitan antar komponen dalam pola tertentu. Keberadaan sekumpulan elemen, komponen, bagian, orang atau organisasi sekalipun, jika tidak mempunyai saling keterkaitan dalam tata-hubungan tertentu untuk

mencapai tujuan maka belum memenuhi kriteria sebagai anggota suatu sistem. Menurut WHO sistem adalah kumpulan berbagai faktor kompleks yang saling berhubungan dalam suatu negara, diperlukan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Sistem Kesehatan adalah jaringan penyedia pelayanan kesehatan dan orang-orang yang menggunakan pelayanan di setiap wilayah, negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia dan material. Sistem kesehatan juga mencakup sektor-sektor pertanian dan lainnya. (WHO; 1996). WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai berikut:

Health system is defined as all activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health. Formal Health services, including the professional delivery of personal medical attention, are clearly within these boundaries. So are actions by traditional healers, and all use of medication, whether prescribed by provider or no, such traditional public health activities as health promotion and disease prevention, and other health enhancing intervention like road and environmental safety improvement, specific health-related education, are also part of the system.

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Perpres 72/2012 Pasal 1 angka 2 menyatakan bahwa sistem kesehatan nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C. TUJUAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

1. Meningkatkan status kesehatan masyarakat. Indikatornya banyak, antara lain Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya.

2. Meningkatkan *responsiveness* terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan.
3. Menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan.

D. ELEMEN - ELEMEN DALAM SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem yang berupa aktor-aktor pelaku; dan berupa fungsi dalam sistem yang saling terkait dan dimiliki oleh elemen- elemen sistem. Secara universal fungsi di dalam Sistem Kesehatan *System is interconnected parts or elements in certain pattern of work) interconnection*. Sistem kesehatan hal yang perlu diperhatikan, yakni: berdasarkan berbagai referensi dapat dibagi menjadi:

1. Regulator dan/atau *stewardship*
2. Pelayanan Kesehatan
3. Pembiayaan Kesehatan
4. Pengembangan Sumber Daya

Pelaku Sistem Kesehatan Nasional : Masyarakat, Pemerintah: pusat, provinsi, kabupaten kota, Badan Legislatif: Pusat dan daerah, Badan Yudikatif: Penegak hukum dan peraturan

E. PERKEMBANGAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

1. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 99 tahun 1982
2. Undang-Undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-
3. Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan.
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang SKN.
5. peraturan presiden RI nomor 18 tahun 2021 tentang kementerian Kesehatan

F. LANDASAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Landasan Sistem Kesehatan Nasional meliputi:

1. Landasan idiil, yaitu pancasila
2. Landasan konstitusional : UUD 1945, khususnya pasal 28 A, 28 H ayat (1) dan ayat (3), serta pasal 34 ayat (2) dan (3), 28 B ayat (2), 28 C ayat (1)
3. Landasan operasional, meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

G. SUB SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sub Sistem Upaya Kesehatan yang meliputi upaya promotif preventif kuratif dan rehabilitatif

1. Sub Sistem pendanaan dalam Kesehatan
Tersedia dana kesehatan yang cukup secara adil dan merata serta dapat dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
2. Sub Sistem Sumber Daya Manusia Kesehatan
Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dalam merencanakan, mengadakan, mendayagunaan, serta membina, dan mengawasi mutu secara optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Sub Sistem Alat kesehatan , farmasi, dan Makanan
Pengadaan dan pengelolaan serta penggunaan alat kesehatan, dan makanan. Adapun tujuannya adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan yang terjamin untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
4. Sub Sistem Manajemen, Informasi dan Regulasi Kesehatan
Pengelolaan dan kebijakan pengelolaan data dan informasi kesehatan, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
5. Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat
Pengelolaan dan penyelenggaraan kesehatan meliputi : perorangan, kelompok, masyarakat terencana, terpadu, dan berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

6. Sub Sistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan teknologi dan teknologi kesehatan, untuk menghasilkan teknologi kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

H. KEBIJAKAN SKN

Sistem kesehatan nasional untuk mengintegrasikan berbagai komponen baik tingkat bawah sampai atas kabupaten atau kota sampai pemerintah Pusat, provinsi dan kabupaten/Kota membutuhkan pemaknaan mengenai kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memadukan berbagai upaya guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan untuk kesejahteraan rakyat sesuai Undang-undang Dasar 1945.

Sistem Kesehatan Nasional disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

1. Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata,
2. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat,
3. Kebijakan pembangunan kesehatan,
4. Kepemimpinan. SKN juga disusun dengan memperhatikan inovasi/terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan.

Sistem Kesehatan Nasional dapat berfungsi dengan baik apabila ada Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan untuk dapat berguna dan berdaya guna, hingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

DAFTAR PUSTAKA

- Citra puspa juwita 2021 Modul sistem kesehatan nasional universitas kristen indonesia jakarta
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional
- Putri Ririn Noviyanti. 2019, Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju, Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, Vol 19 (1).
- Suryani Yudiyanti 2022 modul sistem kesehatan nasional Fakultas kedokteran sultan agung Semarang.
- Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

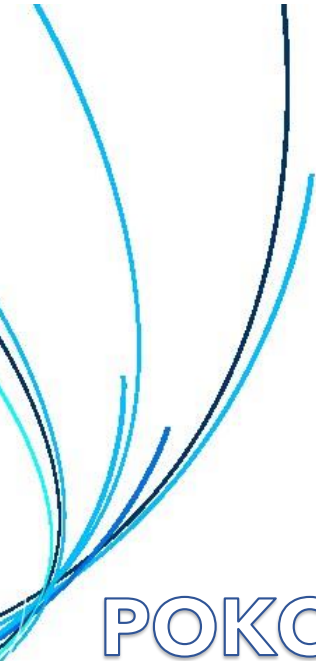
PROFIL PENULIS



Siswanto Dosen Politeknik Insan Husada Surakarta

Pendidikan S1 Keperawatan UNDIP 2003

Pendidikan S2 di UNS 2012



BAB 9

POKOK SUBSISTEM DARI SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes
STIKES Hang Tuah Tanjungpinang



A. PENDAHULUAN

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, tertuang tujuan Nasional Bangsa Indonesia yang akan dicapai yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial, maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu faktor penentu dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat Indonesia karena pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi, melalui upaya yang dilakukan oleh semua komponen bangsa.

Proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. SKN perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

SKN disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan yang meliputi cakupan pelayanan

kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan.

SKN merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

B. SISTEM KESEHATAN

Sistem adalah suatu keterkaitan di antara elemen-elemen pembentuknya dalam pola tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (System is interconnected parts or elements in certain pattern of work). Berdasarkan pengertian ini dapat diinterpretasikan ada dua prinsip dasar suatu sistem, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem; dan (2) interconnection, yaitu saling keterkaitan antar komponen dalam pola tertentu. Keberadaan sekumpulan elemen, komponen, bagian, orang atau organisasi sekalipun, jika tidak mempunyai saling keterkaitan dalam tata-hubungan tertentu untuk mencapai tujuan maka belum memenuhi kriteria sebagai anggota suatu sistem.

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (supply side) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (demand side) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Sistem kesehatan tidak terbatas pada seperangkat institusi yang mengatur, membiayai, atau memberikan pelayanan, namun juga termasuk kelompok organisasi yang memberikan input pada pelayanan kesehatan, terutama sumber daya manusia, sumber daya fisik (fasilitas dan alat), serta pengetahuan/teknologi (WHO SEARO, 2000). Organisasi ini termasuk universitas dan lembaga pendidikan lain, pusat penelitian, perusahaan konstruksi, serta serangkaian organisasi yang memproduksi teknologi spesifik seperti produk farmasi, alat dan suku cadang.

WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai seluruh kegiatan yang mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Berdasarkan definisi tersebut, maka pelayanan kesehatan formal dan non formal, seperti halnya pengobatan tradisional merupakan bagian dari sistem kesehatan. Selain aktivitas kesehatan masyarakat tradisional seperti promosi

kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan, pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan bagian dari sistem.

Sistem kesehatan mempunyai 4 fungsi pokok yaitu: Pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, penyediaan sumber daya dan stewardship / regulator. Fungsi-fungsi tersebut akan direpresentasikan dalam bentuk subsistem dalam sistem kesehatan, dikembangkan sesuai kebutuhan. Masing-masing fungsi/subsistem akan dibahas tersendiri. Di bawah ini digambarkan bagaimana keterkaitan antara fungsi-fungsi tersebut dan juga keterkaitannya dengan tujuan utama Sistem Kesehatan.

Berdasarkan pengertian bahwa System is interconnected parts or elements in certain pattern of work, maka di sistem kesehatan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem yang berupa aktor-aktor pelaku; dan (2) interconnection berupa fungsi dalam sistem yang saling terkait dan dimiliki oleh elemen-elemen sistem. Secara universal fungsi di dalam Sistem Kesehatan berdasarkan berbagai referensi dapat dibagi menjadi: (1) Regulator dan/atau stewardship. (2) Pelayanan Kesehatan. (3) Pembiayaan Kesehatan. (4) Pengembangan Sumber Daya

Dalam batas-batas yang telah disepakati, tujuan sistem kesehatan adalah: (1) meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dengan Indikato, antara lain Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya. (2) meningkatkan responsiveness terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan. (3) menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan.

C. SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang Kesehatan.

SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi.

D. SUBSISTEM KESEHATAN NASIONAL

Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem. Subsistem Kesehatan Nasional terdiri dari:

1. Upaya kesehatan;

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya

dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Tanggung jawab Pemerintah dikhususkan pada pelayanan publik, dalam bentuk :

- a. Ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- b. Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- c. Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- d. Memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.
- e. Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.
- f. Pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Upaya kesehatan dilakukan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional dan diselenggarakan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Konsep SKN pada Perpres 72/2012 memuat tentang upaya kesehatan yang terdiri dari Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Pribadi (UKP). Upaya kesehatan memiliki tingkatan, yaitu: primer, sekunder, tersier dengan penyelenggaraan sistem rujukan.

Tabel.9.1. Konsep UKM dan UKP dalam Perpres 72/2012

	UKM	UKP
Primer	Kecamatan → Puskesmas	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
Sekunder	Kab/Kota → Dinkes	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) spesialis
Tersier	Prop/Pusat → Dinkes/Pusat	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) subspecialis

2. Penelitian dan pengembangan kesehatan;

Penelitian dan pengembangan kesehatan adalah kegiatan ilmiah yang dilakukan menurut metode yang sistematis untuk menemukan informasi ilmiah dan/atau teknologi yang baru, membuktikan kebenaran atau ketidakbenaran hipotesis sehingga dapat dirumuskan teori atau suatu proses gejala alam dan/atau sosial di bidang kesehatan, dan dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk tujuan praktis di bidang kesehatan.

Penelitian dan pengembangan kesehatan bertujuan untuk memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan dilaksanakan oleh penyelenggara penelitian dan pengembangan Kesehatan berdasarkan standar profesi penelitian kesehatan.

Penelitian dan pengembangan kesehatan dapat dilakukan terhadap manusia atau mayat manusia, keluarga, masyarakat, hewan, tumbuh-tumbuhan, jasad renik, atau lingkungan. Pelaksanaan dan penerapan penelitian dan pengembangan Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan norma yang berlaku dalam masyarakat serta Upaya pelestarian lingkungan.

Perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami peningkatan, antara lain:

- a. Hasil penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan telah dimanfaatkan oleh pihak industri dan masyarakat, diantaranya yaitu produksi vaksin flu burung, dan lain sebagainya;
- b. Keberhasilan dalam pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan riset-riset di bidang kesehatan lainnya yang hasilnya telah dijadikan indikator kemajuan pembangunan kesehatan baik secara nasional maupun lokal atau daerah;
- c. Telah dimulainya penyelenggaraan program saintifikasi jamu sejak awal tahun 2010 dalam rangka pemanfaatan sumber daya tumbuh-tumbuhan dari alam sebagai bagian dari pemeliharaan dan pengobatan penyakit.

Beberapa masalah yang dihadapi dalam perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan antara lain :

- a. Rendahnya penguasaan dan penerapan teknologi kesehatan oleh sumber daya manusia Indonesia khususnya oleh tenaga kesehatan;
- b. Rendahnya sumbangan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
- c. Lemahnya sinergi kebijakan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
- d. Terbatasnya sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi dalam menjalankan profesi peneliti kesehatan;
- e. Terbatasnya kemampuan adopsi dan adaptasi teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- f. Rendahnya kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan hasil penelitian dan mengembangkan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- g. Lemahnya dukungan penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- h. Hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan termasuk hasil penelitian kebijakan dan hukum kesehatan belum banyak dimanfaatkan sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program dalam pengelolaan kesehatan.

Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan oleh Pemerintah untuk mendapatkan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti. Pengelolaan penelitian dan pengembangan Kesehatan terbagi atas penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, kebijakan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

3. Pembiayaan kesehatan;

Kesehatan merupakan salah satu faktor penentu kesejahteraan masyarakat dalam suatu bangsa. Kesehatan bukan sebatas hak dari warga negara, tetapi juga sebagai barang investasi yang menentukan pertumbuhan perekonomian suatu negara. *Health for All* yang artinya bahwa negara berkepentingan agar seluruh warga negaranya sehat, sehingga dibutuhkan kelembagaan menuju pelayanan kesehatan semesta. Kesehatan merupakan hak dasar setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan, dengan biaya yang terjangkau (Bhisma Murti, 2010).

Sistem pembiayaan kesehatan dalam suatu negara merupakan salah satu pendukung tercapainya cakupan semesta yang diharapkan. Sistem pembiayaan yang tepat untuk suatu negara adalah sistem yang mampu mendukung tercapainya cakupan semesta. Pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana Kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan pembiayaan kesehatan agar tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pembiayaan kesehatan sebagai fungsi sistem kesehatan berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif dalam sistem kesehatan (WHO, 2000). Sistem pembiayaan kesehatan sangat bervariasi di tiap negara, tergantung pada pemerintah tiap negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan tiap negara ini berbeda karena adanya perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi dan geografis. Oleh karena itu penting bagi Indonesia belajar dari pengalaman beberapa Negara dalam upayanya mencapai tujuan pembiayaan kesehatan yakni tercapainya “*Universal Health Coverage*”.

4. Sumber daya manusia kesehatan;

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan adalah komponen kunci untuk menggerakkan pembangunan kesehatan. SDM Kesehatan berperan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal.

Undang-undang no 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 21 menyatakan bahwa “Pemerintah mengatur perencanaan, Pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan dalam SKN, pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan dilakukan dengan 4 pokok yaitu : (1) perencanaan SDM Kesehatan, (2) pengadaan SDM Kesehatan, (3) pendayagunaan SDM Kesehatan serta (4) pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan.

Dalam upaya pemenuhan SDM kesehatan di era pelayanan kesehatan semesta harus mencakup pada empat faktor yaitu: ketersediaan jumlah dan jenis SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan, kompetensi/kualitas SDM Kesehatan dan Kinerja SDM Kesehatan. Kondisi saat ini dalam upaya memenuhi SDM Kesehatan masih ditemukan gap pada ke empat indikator SDM Kesehatan tersebut sehingga banyak yang harus dilakukan dengan fokus pada percepatan pemenuhan SDM Kesehatan agar akses masyarakat pada SDM Kesehatan lebih terjangkau lagi sehingga pencapaian pelayanan kesehatan semesta bisa cepat direalisasikan.

Upaya memperkecil gap perlu dilakukan berbagai pendekatan, misalnya pada ketersediaan SDM Kesehatan maka diperlukan perencanaan dan investasi yang adequate (memadai) dengan mempertimbangkan kondisi wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Pendekatan yang dilakukan harus didasarkan pada spesifik karakteristik kewilayahan sehingga perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan harus menggunakan cara yang berbeda, dengan pendekatan ratio penduduk, berbasis Fasyankes ataupun metoda spesifik bagi daerah pegunungan dan kepulauan yang sebaran penduduknya tidak terkonsentrasi.

Pada gap distribusi SDM kesehatan, diperlukan pengembangan sistem insentif yang mengakibatkan meningkatnya retensi SDM kesehatan di daerah yang tidak diminati seperti DTPK atau di daerah bermasalah kesehatan, dan untuk daerah tertentu bisa dengan pendekatan redistribusi. Untuk memperkecil gap kompetensi SDM Kesehatan diperlukan Pendidikan dan pelathan baik pre servis atau in servis, pembinaan dan pengawasan, pemberian tugas belajar dan fellowship kepada SDM Kesehatan agar bisa selaras dengan peningkatan tuntutan masyarakat akan akses pada pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pada indikator SDM Kesehatan, Kinerja SDM Kesehatan terdapat gap produktifitas pelayanan kesehatan maka untuk memperkecil gap tersebut perlu insentif yang layak, system jenjang karir yang layak, dan diterapkannya system merit sehingga produktifitas pada kinerja SDM baik dan masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, sesuai prosedur dan paripurna.

5. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

Sebagai salah satu subsistem dari SKN, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan dapat direpresentasikan dengan elemen-elemen yang saling terkait sebagai sebuah sistem yang (1) saling berinteraksi sebagai komponen sebagai sebuah proses; (2) interrelasi dalam menjalankan proses sebagai sebuah sistem; dan (3) interkoneksi diantara sistem yang berjalan dinamis sesuai perubahan waktu dan kondisi lingkungannya.

Sesuai dengan ketentuan dalam SKN, secara terstruktur elemen-elemen tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut:

- a. Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu, dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya; Dalam hal ini tujuan direpresentasikan dalam bentuk pelangi.
- b. Pencapaian tujuan tersebut dilakukan dengan melaksanakan 5 (lima) upaya penyelenggaraan, yang direpresentasikan dalam bentuk atap meliputi:
 - 1) Upaya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan;
 - 2) Upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan alat kesehatan;
 - 3) Upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian;
 - 4) Upaya penggunaan obat yang rasional; dan
 - 5) Upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.
- c. Unsur-unsur (digambarkan dalam tiang), meliputi: (1) komoditi; (2) sumber daya; (3) pelayanan kefarmasian; (4) pengawasan; dan (5) pemberdayaan masyarakat.
- d. Selanjutnya untuk dapat menghasilkan nilai tambah yang optimal, seluruh aktivitas elemen dalam subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus patuh pada prinsip-prinsip dasar, yang meliputi: (1) aman, berkhasiat, bermanfaat, dan bermutu; (2) tersedia, merata, dan terjangkau; (3) rasional; (4) transparan dan bertanggung jawab; dan (5) kemandirian.

6. **Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan**

Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

a. Kebijakan kesehatan;

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah. Kebijakan kesehatan pada hakekatnya adalah serangkaian aturan yang dapat berupa kebijakan yang ditetapkan Pemerintah sebagai pedoman penyelenggaraan urusan kesehatan.

b. administrasi kesehatan;

Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pengaturan, dan pembinaan serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

c. hukum kesehatan;

Hukum kesehatan merupakan keseluruhan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan segala upaya penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan hukum, terutama kepada individu dan masyarakat, dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.

- d. informasi kesehatan;

Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

- e. sumber daya manajemen kesehatan.

Sumber daya manajemen kesehatan meliputi sumber daya manusia, dana, sarana, prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

Prinsip-prinsip subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

- a. inovasi atau kreativitas;

Penyelenggaraan manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan harus mampu menciptakan daya tahan dan kesinambungan kinerja sistem melalui inovasi/kreatifitas dalam menghadapi perubahan dan tantangan pembangunan kesehatan dengan lebih baik.

- b. kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan;

Kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan adalah kepemimpinan yang mempunyai visi, keteladanan, dan bertekad dalam pembangunan kesehatan.

- c. sinergisme yang dinamis;

Pendekatan manajemen kesehatan merupakan kombinasi dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergi yang dinamis. Dalam manajemen ini penting adanya interaksi, transparansi, interelasi, dan interdependensi yang dinamis di antara para pelaku pembangunan kesehatan. Dalam manajemen kesehatan ini prinsip efisiensi, efektifitas, dan transparansi sangat penting. Perencanaan kebijakan, program, dan anggaran perlu disusun secara terpadu.

- d. kesesuaian dengan sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan menjadi pendukung utama dalam pelaksanaan desentralisasi dengan mempertimbangkan komitmen global dalam pembangunan kesehatan.

Dalam rangka mencapai tujuan nasional, pembangunan kesehatan menjadi salah satu dari arus utama pembangunan nasional. Untuk itu, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan diselenggarakan

dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan. Penyelenggaraan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

a. kebijakan kesehatan;

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada kebijakan pembangunan kesehatan nasional, penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai stakeholders terkait yang berorientasi pada kepentingan masyarakat serta didukung dengan sumber daya manusia yang kompeten untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis. Salah satu kegiatan pengelolaan kesehatan adalah pengaturan penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya. Dalam kaitan ini pengelolaan kesehatan perlu dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan pengaturan:

- 1) Pemerintah menetapkan kebijakan kesehatan;
- 2) pemerintah daerah provinsi membimbing dan mengendalikan kebijakan kesehatan; dan
- 3) pemerintah daerah kabupaten/kota menyelenggarakan bimbingan dan pengendalian operasionalisasi urusan kesehatan.

b. administrasi kesehatan;

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pengaturan dan pembinaan, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung sumber daya manusia yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi, dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain, pusat dan daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance).

c. hukum kesehatan; dan

Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan perundang-undangan, dokumentasi dan informasi hukum, sinkronisasi, dan harmonisasi di tingkat pusat dan daerah, pemberian pertimbangan dan bantuan hukum, fasilitasi penegakan hukum termasuk upaya penyidikan oleh penyidik pegawai negeri sipil bidang kesehatan, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan, dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan, keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan. Peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

d. informasi kesehatan.

Tujuan penyelenggaraan sistem informasi kesehatan adalah untuk menyediakan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan serta berhasil guna dan berdaya guna. Data dan informasi ini digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor desentralisasi, kecukupan data termasuk data terpilih yang responsif gender, dan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, antara lain meliputi:

- 1) pengelolaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi landasan hukum, perencanaan kebijakan dan program, pengorganisasian, kerjasama dan koordinasi, monitoring dan evaluasi, serta pembinaan dan pengawasan;
- 2) pelaksanaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi data dan informasi serta indikator, sumber data dan pengelolaan atau pengumpulan, pengolahan, penyajian dan analisa data serta informasi kesehatan;
- 3) sumber daya sistem informasi kesehatan, yang meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, ilmu dan teknologi serta sarana dan prasarana seperti sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras;

- 4) pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan, yang meliputi pengembangan indikator, pengembangan metode dalam sistem informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan sistem informasi kesehatan;
- e. peningkatan produk dan diseminasi informasi kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat

Subsistem Pemberdayaan Masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik secara perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan subsistem pemberdayaan masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. Unsur-unsur dari subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari 4 unsur yaitu:

- 1) Penggerak Pemberdayaan
Pemerintah, masyarakat dan swasta menjadi inisiator, motivator dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun nonformal.
- 2) Sasaran Pemberdayaan
Sasarannya adalah Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat) kelompok (organisasi dan masyarakat luas serta pemerintah dan pemerintah daerah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subyek pembangunan kesehatan).
- 3) Kegiatan Hidup Sehat
Kegiatan ini meliputi Kegiatan hidup sehat yang dilakukan sehari-hari oleh masyarakat, sehingga membentuk kebiasaan dan pola hidup, tumbuh dan berkembang serta melembaga dan membudaya dalam kehidupan bermasyarakat.

4) Sumber Daya

Sumber daya disini adalah potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta dan pemerintah dan pemerintah daerah yang meliputi dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Prinsip-prinsip subsistem pemberdayaan masyarakat terdapat 4 prinsip yaitu:

1) Berbasis Masyarakat

Pembangunan kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga dan masyarakat sesuai dengan keragaman sosial budaya, kebutuhan, permasalahan, serta potensi masyarakat (modal sosial).

2) Edukatif dan Kemandirian

Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas dasar untuk menubuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pengembangan kesehatan. Kemandirian bermakna sebagai upaya kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat sehingga mampu untuk mengoptimalkan dan menggerakkan segala sumber daya setempat serta tidak bergantung kepada pihak lain.

3) Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan

Masyarakat mempunyai kesempatan untuk menerima pembaruan, tanggap terhadap aspirasi masyarakat dan bertanggungjawab, serta kemudahan akses informasi. Mengemukakan pendapat dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

4) Kemitraan dan Gotong Royong

Semua pelaku pembangunan kesehatan baik sebagai penyelenggara maupun sebagai pengguna jasa kesehatan dengan masyarakat yang dilayani berinteraksi dalam semangat kebersamaan, kesetaraan, dan saling memperoleh manfaat. Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

Penyelenggaraan subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari 5 langkah yaitu:

1) Penggerakan Masyarakat

Pembangunan masyarakat perlu digerakan oleh masyarakat dan masyarakat mempunyai peluang yang penting dan luas dalam pembangunan kesehatan. Dalam kaitan ini keterlibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan dilakukan mulai dari pelaahaan situasi masalah kesehatan, penyusunan rencana termasuk dalam penentuan prioritas kesehatan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi upaya kesehatan sehingga terwujud kemandirian hakekatnya pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh, dari, dan untuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat ditunjukan guna terwujudnya penguatan upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, maupun pemulihan secara tersendiri atau terpadu.

Perencanaan pemberdayaan masyarakat didasarkan pada fakta dan masalah kesehatan yang menjadi perhatian masyarakat setempat maupun masyarakat luas serta dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dan nilai-nilai sosial budaya masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat, termasuk pergerakan masyarakat, merupakan hal yang penting dalam pembangunan kesehatan, hal ini mengingat penekanan atau fokus pembangunan kesehatan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

2) Pengorganisasian dalam Pemberdayaan

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan, kelompok dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasil guna serta berdaya guna. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ketatanan, kelompok, seperti rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan memperhatikan karakteristik dan kekhususan masyarakat, seperti masyarakat di desa, kota, daerah pesisir, daerah pegunungan dan aliran sungai.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan metoda yang tepat, memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang, serta dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan sosial budaya yang berlaku. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai saluran media dan teknik promosi kesehatan.

Peranan pemerintah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, menyiapkan masyarakat dengan membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya kesehatan dan mendorong terbentuknya upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) seperti poskestren, mushola sehat, desa siaga, pemuda siaga peduli bencana, dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dengan cara mendirikan fasilitas pelayanan kesehatan maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) kepada masyarakat. Dalam kaitan ini termasuk pengembangan desa siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

3) Advokasi

Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintah lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan. Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasil guna dan berdaya guna. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan kritik yang membangun bagi kepentingan seluruh masyarakat.

4) Kemitraan

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan kemitraan berbagai pihak, seperti seluruh sector terkait, lembaga legislatif, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan perguruan tinggi, dan masyarakat agar terwujud dukungan sumber daya dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan.

Pembinaan dilakukan untuk kesinambungan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan melalui berbagai cara, antara lain pemberian insentif, pendampingan, lomba, dan kompetisi.

5) Peningkatan Sumber Daya

Dalam pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan berbagai sarana lain yang berkaitan. Dalam pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator, dan dinamisator dalam proses pemberdayaan masyarakat.

Ketersediaan sumber daya tersebut sangat penting agar dapat tercapai masyarakat berperilaku hidup sehat dan mandiri, termasuk pentingnya ketersediaan tenaga penggerak/promosi kesehatan, seperti di puskesmas dan rumah sakit yang mempunyai kompetensi dan integritas tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. (2020). Rencana Aksi Program 2018-2024. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 50. https://e-renggar.kemkes.go.id/file_performance/1-416151-01-3tahunan-835.pdf
- Bahjuri, P., Ardhiantie, Arifi, M. dzulfikar, Trisnantoro, L., Handono, D., Kurniawan, M. F., Siswoyo, B. E., Ariani, M., & Nirmalasari, E. (2017). Modul Sinkronisasi RPJMD-RPJMN Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat. *Modul Sinkronisasi RPJMD-RPJMN Bidang Kesehatan Dan Gizi Masyarakat*, 129. [https://www.bappenas.go.id/files/modul-sinkronisasi-rpjmd-rpjmn-sub-bidang-kesehatan/Modul Sinkronisasi/Modul Sinkronisasi Rev 06032017 bersih.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/modul-sinkronisasi-rpjmd-rpjmn-sub-bidang-kesehatan/Modul%20Sinkronisasi/Modul%20Sinkronisasi%20Rev%2006032017%20bersih.pdf)
- Kemenkes RI. (2008). Naskah Akademik UU Rumah Sakit [Academic Review on Hospital Law]. *Jakarta:Kementerian Kesehatan RI, December 12*, 1–53. [http://www.hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum/Naskah Akademik RUU Rumah Sakit.pdf](http://www.hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum/Naskah_Akademik_RUU_Rumah_Sakit.pdf)
- Kementrian PPN & Bappenas. (2022). *Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas, 2022*.
- MenKumHAM. (2012). *Perpres No 72 Tahun 2012 Tentang SKN. 193*, 1–89. www.djpp.depkuham.go.id
- Undang-undang. (2014). Undang-undang Republik Indonesia nomer 38 tahun 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia, 38*, 1–32.

PROFIL PENULIS

Penulis merupakan Dosen Akuntansi pada Program Studi Akuntansi STIKES Hang Tuah Tanjungpinang. Sebagai seorang yang sepenuhnya mengabdikan dirinya sebagai dosen, selain pendidikan formal yang telah ditempuhnya penulis juga mengikuti berbagai pelatihan untuk meningkatkan kinerja dosen, khususnya di bidang pengajaran, penelitian dan pengabdian. Penulis juga merupakan praktisi di perusahaan xxx. Beberapa buku yang penulis telah hasilkan, di antaranya Akuntansi Dasar, Akuntansi Dasar, Akuntansi Dasar, dan Akuntansi Dasar. Selain itu, penulis juga aktif melakukan penelitian yang diterbitkan di berbagai jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pemakalah diberbagai kegiatan dan menjadi narasumber pada workshop/seminar/lokakarya tertentu.



BAB 1 PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati)

BAB 2 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

Lutfiyah Rizqulloh, SKM., MKM (Politeknik Bina Trada Semarang)

BAB 3 KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Gusman Arsyad, SST, M.Kes, (POLTEKKES KEMENKES Palu)

BAB 4 KONSEP DAN TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Nurliyani, S.S.T., M.Kes (Universitas Malahayati)

BAB 5 KONSEP MASYARAKAT KAITANNYA DENGAN EPIDEMIOLOGI PENYAKIT

Dr. Abdullah, S.K.M., M.P.H (Universitas Aisyah Pringsewu)

BAB 6 DIFERENSIASI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta)

BAB 7 KONSEP KEILMUAN MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes (Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar)

BAB 8 SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Siswanto, M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB 9 POKOK SUBSISTEM DARI SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Dr. Syamilatul Khariroh, S.Kp., M.Kes (STIKES Hang Tuah Tanjungpinang)



CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedigroup
Telp/WA : +62 896 5427 3996

ISBN 978-623-147-124-6



9 786231 471246