

Editor : Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep



ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Sartika, SKM., M.Kes | Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes
Andi Sani, SKM., M.Kes | Intan Kumalasari, APP, M.KM
Herry Hermansyah, AMAK., SKM., M.Kes | Elmi Nuryati, M.Epid
Sherli Shobur, SKM, MKM. | Dr. Budi Yulianto, M.Kes
Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes | Dr. Maksuk., SKM., M.Kes
Ilustri, S.Psi., M.Kes. | Kristy Mellya Putri, SST, M.Kes
Wulan Angraini, SKM., M.KM | Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Dr. Nani Sari Murni, SKM, M.Kes

BOOK CHAPTER

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

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).

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Sartika, SKM., M.Kes
Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes
Andi Sani, SKM., M.Kes
Intan Kumalasari, APP, M.KM
Herry Hermansyah. AMAK., SKM., M.Kes
Elmi Nuryati, M.Epid
Sherli Shobur, SKM. MKM.
Dr. Budi Yulianto, M.Kes
Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes
Dr. Maksuk., SKM., M.Kes
Ilustri, S.Psi., M.Kes.
Kristy Mellya Putri, SST, M.Kes
Wulan Angraini, SKM., M.KM
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Dr. Nani Sari Murni, SKM, M.Kes

Editor:

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Sartika, SKM., M.Kes
Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes
Andi Sani, SKM., M.Kes
Intan Kumalasari, APP, M.KM
Herry Hermansyah. AMAK., SKM., M.Kes
Elmi Nuryati, M.Epid
Sherli Shobur, SKM. MKM.
Dr. Budi Yulianto, M.Kes
Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes
Dr. Maksuk., SKM., M.Kes
Ilustri, S.Psi., M.Kes.
Kristy Mellya Putri, SST, M.Kes
Wulan Angraini, SKM., M.KM
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Dr. Nani Sari Murni, SKM, M.Kes

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Rintho R. Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 253

ISBN :

978-623-362-309-4

Terbit Pada :

Januari 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis
Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book cahpter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Sistematika buku Ilmu Kesehatan Masyarakat ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya. Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 10 Desember 2021
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP DASAR, RUANG LINGKUP DAN TUJUAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	1
Konsep Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	1
Ruang Lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	5
Tujuan Ilmu Kesehatan Masyarakat	8
Sasaran Kesehatan Masyarakat.....	10
2 PRINSIP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	15
Landasan.....	15
Prinsip-Prinsip Dasar.....	18
Upaya Kesehatan Masyarakat.....	21
Kegiatan Kesehatan Masyarakat	22
Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat	23
Domain Kesehatan Masyarakat	24
Determinan Kesehatan Masyarakat	25
Fungsi Utama Kesehatan Masyarakat.....	26
3 PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA.....	29
Masa Pra Kemerdekaan	29
Masa Era Kemerdekaan	33
4 SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	43
Individu	43
Keluarga	44
Kelompok Khusus.....	50

5	PERIODE-PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT	59
	Pendahuluan	59
	Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Dunia ...	60
	Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia	64
	Usaha yang Dilakukan dalam Penanganan Covid-19	68
	Masalah Kesehatan yang Dihadapi Indonesia	68
	Upaya Pemerintah dalam Pemecahan Masalah Kesehatan di Indonesia	69
6	FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT	75
	Definisi Derajat Kesehatan Masyarakat	75
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat	76
7	ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN ..	91
	Pengorganisasian dalam Kesehatan	91
	Prinsip Pokok Organisasi	91
	Administrasi Kesehatan	92
	Unsur – Unsur Pokok Administrasi Kesehatan	93
	Manajemen Kesehatan	97
	Fungsi Manajemen Kesehatan	98
	Unsur-Unsur Manajemen	98
	Tantangan dan Masalah Kebijakan Manajemen Kesehatan	99
	Prinsip-Prinsip Manajemen Kesehatan	99
	Kebutuhan pada Manajemen Kesehatan yang Bermutu	100

	Jenis-Jenis Manajemen Kesehatan	100
	Penerapan Manajemen Kesehatan di Indonesia ..	101
	Fungsi – Fungsi Manajemen	102
	Tahapan dalam Proses Manajemen	104
	Fungsi dan Tingkatan Manajer	105
	Manajemen Puskesmas.....	107
8	KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA.....	113
	Keselamatan Kerja	113
	Kesehatan Kerja.....	114
	Upaya Penyelenggaraan Kesehatan Kerja.....	116
	Dukungan Penyelenggaraan Keselamatan Kerja ...	118
	Landasan Hukum Penyelenggaraan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	119
	Perbedaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	121
	Penyebab dan Akibat Kerugian Kecelakaan Kerja	122
	Konsep Dasar dalam Penyusunan Kebijakan Keselamatan Kerja	125
	Hazard dan Resiko di Tempat Kerja	127
9	PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	133
	Pendahuluan	133
	Penyakit Tidak Menular	135
	Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular	140
10	KESEHATAN LINGKUNGAN	149
	Pendahuluan	149
	Paradigma Kesehatan Lingkungan.....	150

	Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan.....	151
	Faktor Lingkungan Terhadap Kejadian Penyakit	153
	Teori yang Berkaitan dengan Kesehatan Lingkungan.....	154
	Upaya Penanggulangan Masalah Kesehatan Lingkungan.....	158
11	PSIKOLOGI KESEHATAN DAN SOSIOLOGI KESEHATAN	165
	Psikologi Kesehatan	165
	Sosiologi Kesehatan	175
12	KESEHATAN REPRODUKSI	183
	Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	183
	Tujuan Kesehatan Reproduksi	183
	Sasaran Kesehatan Reproduksi	184
	Komponan Kesehatan Reproduksi	185
	Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan	189
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	189
	Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	191
	Masalah Kesehatan Reproduksi	193
	Hak-Hak Kesehatan Reproduksi	195
	Dasar Hukum Kesehatan Reproduksi	198
13	GIZI KESEHATAN MASYARAKAT	203
	Pendahuluan	203
	Gizi Pada Bayi dan Balita.....	205
	Gizi Anak Sekolah, Remaja, Dewasa dan Lansia	212

14	PROMOSI KESEHATAN.....	223
	Pengantar Promosi Kesehatan.....	223
	Visi dan Misi Promosi Kesehatan	224
	Empat Kata Kunci Visi Promosi Kesehatan	224
	Pengertian Promosi Kesehatan.....	226
	Tujuan Promosi Kesehatan	228
	Sasaran Promosi Kesehatan.....	228
	Peran Promosi Kesehatan	229
	Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	230
	Strategi Promosi Kesehatan	231
	Upaya Pencegahan dalam Promosi Kesehatan	233
	Prinsip Promosi Kesehatan	235
15	PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR.....	239
	Definisi	239
	Faktor Penyebab	239
	Pemberantasan Penyakit Menular.....	242
	Pencegahan Penyakit Menular	244
	Imunitas	247
	Pencegahan Penyakit Menular Melalui Imunisasi dan Vaksinasi.....	249

KONSEP DASAR, RUANG LINGKUP DAN TUJUAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Sartika, SKM., M.Kes

Universitas Muslim Indonesia

Konsep Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan salah satu ilmu yang mempelajari tentang kesehatan dalam suatu komunitas. Ilmu kesehatan masyarakat berfokus pada pencegahan (preventif). Kesehatan masyarakat terdiri dari 2 kata dasar yakni sehat dan masyarakat. Sehat berdasarkan definisi WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi sehat terus mengalami perubahan dari tahun ke tahun.

1. Undang-undang No.9 Tahun 1960,

Sehat diartikan sebagai kondisi pada seseorang yang memungkinkan bagi pihak bersangkutan untuk **memenuhi tugas peri-kehidupannya** di tengah-tengah masyarakat **tanpa merasa cemas** di dalam memelihara dan memajukan dirinya sendiri maupun keluarganya sehari-hari.

2. Undang-undang RI No. 23 tahun 1992 pasal 1

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari **badan, jiwa** dan **sosial** yang memungkinkan setiap orang hidup **produktif secara sosial dan ekonomi**.

3. Undang-undang Kesehatan No.36 tahun 2009

Kesehatan adalah keadaan **sehat**, baik secara **fisik, mental, spritual** maupun **sosial** yang memungkinkan setiap orang untuk hidup **produktif secara sosial dan ekonomis**.

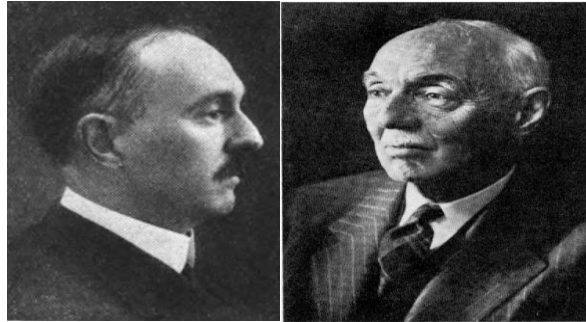
Perkembangan definisi kesehatan dari tahun ke tahun semakin meluas seiring bertambahnya indikator seseorang untuk dikatakan sehat. Ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam menentukan seseorang tergolong sehat atau tidak. Aspek-aspek yang ditinjau adalah:

1. Fisik (Tubuh)
2. Mental (tentang kejiwaan seseorang)
3. Spiritual (tentang hubungan manusia dengan penciptanya/kepercayaannya, 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)
4. Sosial (tentang interaksi manusia yang satu dengan manusia lainnya)
5. Produktif social dan ekonomis (mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Untuk anak dan remaja ataupun bagi yang sudah tidak bekerja maka sehat dari aspek produktif secara ekonomis adalah kemampuan seseorang untuk berlaku produktif secara sosial.

Kata penting selanjutnya adalah masyarakat, masyarakat menurut batasan bebas adalah setiap kelompok manusia yang telah cukup lama hidup dan bekerjasama, sehingga mereka dapat mengorganisasikan dirinya dan berfikir tentang dirinya sebagai suatu kesatuan sosial dengan batasan-batasan tertentu. Sedangkan menurut Linton, keluarga adalah satu bentuk masyarakat yang terkecil. Kumpulan dari keluarga-keluarga menentukan gambaran keadaan masyarakat yang lebih besar dan untuk

mempelajari keadaan masyarakat, kita harus mempelajari tentang kehidupan manusia seperti; sosiologi, anthropologi, ekologi, psikologi, ekonomi dan berbagai disiplin ilmu lainnya. Dari gabungan definisi ini dapat dikatakan bahwa kesehatan masyarakat itu merupakan suatu cabang ilmu pengetahuan yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk menjelaskan fenomena-fenomena kesehatan yang terjadi di masyarakat.

Salah satu tokoh bernama Charles Edward Amory Winslow (1920) telah memberikan batasan yang kompeherensif tentang kesehatan masyarakat. Sekarang ini, Winslow dikenal sebagai Bapak kesehatan masyarakat. Winslow merupakan seorang ahli kesehatan masyarakat dan seorang ahli bakteriologi.



Gambar 1.1 Winslow muda (Sebelah kiri), Winslow di usia tua (Sebelah kanan), Sumber: Wikipedia

Adapun definisi Winslow tentang kesehatan masyarakat yaitu:

Public health is the science and art of: preventing disease, prolonging life promoting health and efficiency through organized community effort for the:

1. *Sanitation of environment*
2. *Control of communicable infection*
3. *Education of the individual in personal hygiene*
4. *Organization of the medical nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and*

5. *Development of the social machinery to ensure everyone a standard of living adequate for the maintenance of health*

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Awalnya kesehatan masyarakat diartikan sebagai upaya untuk mengatasi masalah yang mengganggu kesehatan terkait lingkungan bahkan hanya berfokus pada program sanitasi saja. Diakhir abad ke 18, kegiatan kesehatan masyarakat mulai berkembang, upaya pencegahan penyakit tidak hanya melalui upaya perbaikan sanitasi tetapi juga melalui kegiatan imunisasi. Imunisasi merupakan Imunisasi adalah suatu proses untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh dengan cara memasukkan vaksin, yakni virus atau bakteri yang sudah dilemahkan, dibunuh, atau bagian-bagian dari bakteri (virus) tersebut telah dimodifikasi. Kegiatan imunisasi berkembang setelah ditemukannya vaksin. Batasan Kesehatan masyarakat pun berkembang di awal abad ke 19 yang merupakan integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Dan ditahun 1920, kesehatan masyarakat diartikan sebagai Ilmu dan Seni: mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui “Usaha-usaha pengorganisasian masyarakat yang dicetuskan oleh Winslow.

Dari definisi Winslow tersebut, kesehatan masyarakat tidak hanya sebagai ilmu tetapi juga suatu seni. Ilmu

Kesehatan masyarakat merupakan kombinasi antara teori (ilmu) dan Praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat).

Ruang Lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dari definisi terkait ilmu (teori), pada awalnya kesehatan masyarakat, hanya mencakup 2 disiplin pokok keilmuan, yaitu ilmu bio-medis (*medical biologi*) dan ilmu-ilmu sosial (*social Sciences*). Namun, seiring perkembangan jaman yang mempengaruhi perubahan faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, disiplin ilmu kesehatan masyarakat makin meluas cakupannya yakni ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, ilmu fisika, ilmu tentang lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, ilmu pendidikan dan sebagainya.

Dari definisi terkait seni (praktik), Kesehatan masyarakat pada praktiknya mempunyai ruang lingkup yang luas karena faktor penyebab kesehatan masyarakat adalah multikausal/ banyak penyebab sehingga pemecahannya tidak hanya melalui satu pendekatan disiplin ilmu saja tapi harus dari multidisiplin ilmu. Salah satu kasus kesehatan masyarakat adalah peningkatan balita gizi buruk di suatu wilayah. Pendekatan kesehatan masyarakat tidak hanya memandang kejadian tersebut dari sudut klinis saja, atau ilmu kedokteran saja, tapi juga diselidiki dari sudut pandang ilmu ekonomi (terkait penghasilan/pendapatan keluarga yang mengalami gizi buruk), Sudut pandang Sosiologi (terkait perilaku) dan berbagai multidisiplin lainnya yang berkaitan dengan kejadian tersebut. Jadi seorang ahli kesehatan masyarakat harus bisa memiliki insting seorang 'detective' dalam mencari tahu penyebab suatu maslaah kesehatan masyarakat.

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 (penyuluhan) 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 dan sebagainya

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

1. Ilmu kesehatan masyarakat lebih menekankan pada pemikiran dan tindakan yang bersifat promotif (promosi kesehatan) dan preventive (pencegahan) daripada kuratif (Pengobatan). Pendekatan Kuratif merupakan fokus dari tenaga medis dan paramedis (dokter/dokter gigi dan perawat/bidan)
2. Ilmu Kesehatan Masyarakat lebih fokus pada penanganan tingkat masyarakat atau kumpulan orang, baik yang sehat maupun sakit atau yang bermasalah daripada kumpulan individu (perorangan) yang sakit saja
3. Dalam Ilmu kesehatan masyarakat, faktor lingkungan memegang peranan yang sangat penting dalam kejadian penyakit atau peristiwa kesehatan di masyarakat. Hal ini sesuai dengan batasan kesehatan masyarakat yang tidak hanya melihat faktor penyebab masalah kesehatan masyarakat dari faktor dari dalam saja (faktor internal) akan tetapi faktor dari luar (faktor eksternal) juga harus dipertimbangkan sebagai penyebab masalah kesehatan.
4. Ilmu kesehatan masyarakat menekankan pada upaya-upaya masyarakat yang terorganisasikan. Pada prinsipnya, pengorganisasian masyarakat itu mempunyai orientasi kepada sesuatu kegiatan-

kegiatan tertentu untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat

5. Ilmu kesehatan masyarakat menganggap masyarakat baik sebagai objek dan sekaligus subjek upaya kesehatan. Hal ini diartikan bahwa walaupun masyarakat sebagai objek dalam melaksanakan program kesehatan masyarakat, akan tetapi masyarakat juga harus sebagai subjek yang berpartisipasi aktif dalam mendukung segala upaya yang bertujuan menciptakan kesehatan masyarakat tanpa adanya dukungan dari masyarakat, maka program kesehatan masyarakat tidak akan terlaksana dengan baik
6. Ilmu kesehatan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang multi sektoral yang kait mengait dengan permasalahan lainnya (non kesehatan). Hal ini dimungkinkan karena segala hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan selalu bersinggungan dengan sector lainnya. Mislanya masalah balita gizi buruk, tidak hanya sebagai masalah di sector kesehatan saja akan tetapi menjadi masalah di sector pertanian sebagai penyedia pangan dan sector ekonomi sebagai pengambil kebijakan dalam masalah penanggulangan masalah ekonomi masyarakat (kemiskinan)

Dalam menjelaskan fenomena-fenomena kesehatan di masyarakat, ilmu kesehatan masyarakat memiliki 7 pilar utama yakni:

1. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang frekuensi, penyebaran dan determinan masalah kesehatan masyarakat serta cara penanggulangannya. Epidemiologi biasa dikenal sebagai *the mother science of public health*. 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.

Tujuan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tujuan semua usaha kesehatan masyarakat baik dalam bidang preventif, kuratif maupun rehabilitasi ialah agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat

kesehatan yang setinggi-tingginya baik jasmani, rohani maupun sosialnya. Tujuan kesehatan masyarakat terjabarkan dalam 2 kategori yakni tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah 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.

Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran Kesehatan masyarakat terbagi atas 3 yakni tingkat individu, tingkat keluarga, dan tingkat kelompok khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

1. Individu

Individu atau bisa diartikan perseorangan, merupakan salah satu dari anggota keluarga. Jika salah satu anggota keluarga (individu) mengalami masalah kesehatan maka akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental dan sosial.

2. Keluarga

Dalam tingkatan masyarakat, keluarga merupakan unit terkecil. Keluarga terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan interaksi, bila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota dan keluarga yang lain

3. Kelompok khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasai yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk di antaranya adalah:

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan seperti; ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.
- b. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan, di antaranya penderita penyakit menular dan tidak menular.
- c. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, di antaranya; wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, kelompok-kelompok pekerja tertentu, dan lain-lain.
- d. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, di antaranya; panti werda, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi dan penitipan anak.

Daftar Pustaka

- Grant R. (2012). A bridge between public health and primary care. *American journal of public health*, 102 Suppl 3(Suppl 3)
- Achmadi, U. F. (2013). *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Rajawali Pers.
- Eliana, & Sumiati, S. (2021). *Konsep Kesehatan Masyarakat*. 2021.
- Hariza, A. (2017). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Nuha Medika.
- Kementrian Kesehatan RI. (2021). *Pentingnya Imunisasi*. 2021.
- Untari, I. (2017). *7 Pilar Utama Kesehatan Masyarakat*. Thema Publishing.

Profil Penulis



Sartika

Lahir di Pangkajene Kabupaten Sidenreng Rappang, Provinsi Sulawesi Selatan, 03 Juli 1989. Dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia (2015). Penulis merupakan Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi (2012) dari Universitas Hasanuddin, Makassar. Penulis menjadi tenaga pengajar dengan bidang ilmu kesehatan masyarakat dan menggeluti bidang Epidemiologi, epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular serta berbagai matakuliah umum di program studi Kesehatan masyarakat. Karya tulis Penulis pada pendidikan sarjana satu Sarjana Kesehatan Masyarakat Topik terkait Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Scabies Di Pondok Pesantren sedangkan pada saat mengenyam pendidikan strata dua, magister kesehatan masyarakat, penulis memilih topik terkait Determinan Kejadian Ansietas pada Ibu Hamil.

Email Penulis: sartika.suyuti@umi.ac.id

PRINSIP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes

PSKM STIK Bina Husada Palembang

Landasan

Dalam kesehatan masyarakat menganut berbagai landasan yang berkaitan dengan kegiatan yang dilakukannya, yaitu :

1. Pelaksanaan kegiatan kesehatan masyarakat harus dapat diterima oleh semua lapisan masyarakat
2. Mencakup semua upaya-upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
3. Dalam melakukan kegiatannya selalu melibatkan peran serta aktif masyarakat secara terorganisasi
4. Kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat yang terorganisasi tersebut dalam pelaksanaannya senantiasa melibatkan berbagai bidang spesialisasi.
5. Menggalang kerja sama lintas sektoral dan lintas program dari instansi terkait.

Secara umum fokus kesehatan masyarakat adalah perlindungan terhadap populasi. Populasi tersebut dapat berupa populasi yang kecil atau bahkan yang besar seperti negara, region dan dunia.

Kesehatan masyarakat pada hakikatnya merupakan sekumpulan ilmu-ilmu dan dapat juga merupakan metode pendekatan. Beberapa ilmu yang mendukung tegaknya

kesehatan masyarakat sebagai pendekatan untuk menyehatkan penduduk, diantaranya:

1. Ilmu kesehatan lingkungan dan kesehatan kerja
2. Ilmu gizi masyarakat
3. Ilmu pendidikan kesehatan, ilmu perilaku, promosi kesehatan
4. Administrasi dan kebijakan kesehatan serta pengorganisasian masyarakat
5. Epidemiologi

Dikemukakan oleh Achmadi (2005 dan 2012) bahwa kesehatan masyarakat adalah semua upaya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan menggunakan serangkaian upaya yang sekurang kurangnya terdiri dari unsur-unsur :

1. Berbasis masyarakat

Makna dari berbasis masyarakat adalah bahwa upaya kesehatan harus diterapkan pada sekelompok penduduk tanpa membedakan faktor umur, ras, agama, jenis kelamin atau jenis pengelompokan lainnya. Dalam suatu wilayah, semua harus memiliki kesamaan hak untuk dilindungi dari ancaman bahaya kesehatan, ditingkatkan derajat kesehatan secara adil dan merata.

2. Berorientasi pencegahan dan/atau peningkatan derajat kesehatan

Salah satu ciri kesehatan masyarakat adalah setiap upaya untuk menyehatkan penduduk berorientasi kepada pencegahan dan perlindungan. Bentuk pencegahan dalam upaya peningkatan kesehatan adalah menciptakan lingkungan yang sehat seperti penyediaan air bersih, perumahan sehat, pengelolaan limbah rumah tangga yang baik serta pangan yang sehat dan bebas dari pencemaran.

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

Upaya peningkatan kesehatan yang ditujukan untuk melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tidak mungkin dilakukan sendiri oleh dokter dan ahli bidang kesehatan lainnya. Tenaga ahli kesehatan selain harus dilengkapi dengan kompetensi, juga harus memiliki kemampuan bagaimana menggalang kerjasama dengan berbagai cabang ilmu dan keahlian. Para tenaga ahli di luar bidang kesehatan mencerminkan sektor-sektor atau institusi tempat mereka bekerja.

4. Adanya keterlibatan masyarakat atau partisipasi masyarakat

Partisipasi masyarakat merupakan salah satu unsur utama dalam upaya kesehatan yang menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat. Ahli kesehatan masyarakat harus memiliki kemampuan harus mampu melakukan pendekatan dan pemberdayaan masyarakat dengan cara memberikan penjelasan kepada masyarakat yang disesuaikan dengan bahasa maupun budaya setempat. Melalui keterlibatan masyarakat dapat mendorong agar masyarakat tergerak hatinya untuk ikut serta dalam program-program kesehatan.

5. Terorganisir dengan baik

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan perlu menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat yang terorganisir dengan baik. Dalam pengorganisasian memerlukan kemampuan unsur-unsur manajemen, seperti melakukan identifikasi data dan fakta, perencanaan dan pemantauan atau evaluasi.

Kesehatan memang bukan hanya urusan penyakit, namun tanpa bebas kejadian penyakit kesehatan menjadi tanpa makna. Kejadian penyakit merupakan inti dari kesehatan masyarakat.

Masyarakat sebagai basis dari upaya peningkatan derajat kesehatan dimulai dari unit terkecil dalam masyarakat yaitu keluarga. Keluarga memiliki peranan penting dalam

kegiatan program pencegahan penyakit, kegiatan promotif, serta kegiatan edukasi kesehatan.

Prinsip-Prinsip Dasar

Untuk melaksanakan suatu usaha kegiatan masyarakat perlu memperhatikan beberapa prinsip pokok sebagai berikut :

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan usaha promotif dan preventif daripada kuratif.
2. Dalam melaksanakan usaha promotif dan preventif selalu mempergunakan biaya yang serendah rendahnya dengan mengharapkan hasil yang sebaik baiknya.
3. Usaha kegiatan masyarakat berlandaskan kepada kegiatan masyarakat sebagai pelaku (subjek) maupun sasaran (objek), dengan kata lain usaha kesehatan masyarakat dari, untuk 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 dari masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat sehingga jika masalah tersebut tidak berhasil ditanggulangi maka akan dapat mengancam kesehatan dan keselamatan masyarakat itu sendiri.

Definisi kesehatan masyarakat merujuk pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan disebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Untuk mewujudkan amanat kebijakan pemerintah tersebut dapat diimplementasikan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari masyarakat, maka secara bertahap diharapkan kualitas kesehatan masyarakat akan meningkat secara bermakna.

Pakar kesehatan masyarakat HL Blum (1972) menyatakan status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor yaitu :

1. Faktor genetika (keturunan)

Status kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh faktor genetika (keturunan) merupakan salah satu penyebab timbulnya penyakit pada seseorang karena merupakan penyakit yang diturunkan dari orang tua kepada penerusnya. Sehingga dapat dikatakan bahwa dalam tubuh seseorang sejak lahir kemungkinan sudah membawa bibit penyakit turunan, tetapi timbulnya keluhan penyakit bergantung kepada proses waktu.

2. Faktor perilaku

Perilaku merupakan salah satu faktor yang lebih besar mempengaruhi status kesehatan seseorang. Perilaku merupakan salah satu pilar ilmu kesehatan yang wajib diamalkan karena disadari atau tidak hampir semua penyakit ditimbulkan oleh perilaku masyarakat yang kurang peduli dan kurang memperhatikan pemeliharaan kesehatan diri dan keluarga. Faktor perilaku lebih dominan dibandingkan dengan faktor lingkungan karena lingkungan hidup manusia sangat dipengaruhi oleh ulah atau perilaku manusia. Perlu kesadaran yang tinggi agar masyarakat tetap berada pada kondisi sehat. Perilaku hidup sehat adalah salah satu aspek penting yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatan. Kondisi saat ini yang terjadi masih rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat, dibuktikan dengan masih banyaknya masalah kesehatan termasuk penyakit yang kita hadapi di masyarakat.

3. Faktor lingkungan

Lingkungan adalah salah satu faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap status kesehatan masyarakat. Dalam kehidupan sehari-hari kebutuhan hidup diperoleh dari lingkungan seperti air bersih,

rumah sehat, udara bersih, ventilasi udara dan pencahayaan, pembuangan limbah dan interaksi sosial dalam kegiatan masyarakat. Faktor lingkungan dan perilaku saling berkaitan dan berpengaruh besar dalam mempertahankan status kesehatan seseorang.

Dalam kesehatan masyarakat, kesehatan tidak hanya ditujukan kepada manusia saja, tetapi juga terhadap lingkungan. Lingkungan dapat memberikan pengaruh positif maupun negatif. Lingkungan dapat berupa lingkungan internal dan eksternal yang berpengaruh baik langsung maupun tidak langsung pada individu, kelompok atau masyarakat. Kondisi lingkungan yang dibuat manusia dapat meningkatkan pengaruh terhadap kesehatan masyarakat. Jika keseimbangan lingkungan tidak dijaga dengan baik, maka dapat menyebabkan berbagai macam penyakit. Lingkungan yang mesti dijaga kesehatannya adalah lingkungan kota maupun desa.

4. Faktor pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah suatu wadah atau fasilitas untuk masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan. Tujuan adanya fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai ujung tombak untuk melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada pada tingkat Rukun Warga (RW) dikenal dengan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang pelaksana kegiatannya adalah Kader Kesehatan dan pada tingkat Kelurahan pelayanan kesehatan yang tersedia adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Sedangkan rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dari puskesmas.

Pelayanan kesehatan masyarakat sangat penting untuk menjamin aspek kebutuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang betul-betul dibutuhkan oleh masyarakat. Pemerintah wajib untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus memiliki kualitas dan standar

yang jelas, sehingga pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat aman dan tepat sesuai dengan kondisi kesehatan masing-masing.

Keempat faktor tersebut saling berinteraksi secara dinamis dalam mempengaruhi kondisi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan kelompok masyarakat.

Kesehatan Masyarakat sebagai sebuah keilmuan senantiasa berkembang dan didukung oleh berbagai bidang kajian dan mempunyai sasaran yang berbeda-beda, diantaranya individu/keluarga, masyarakat dan pemerintah/lintas sektor. Masing-masing sasaran tersebut diharapkan dapat berperan serta secara aktif, bersinergi satu sama lain dalam mewujudkan kondisi kesehatan masyarakat yang optimal sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia.

Munculnya berbagai permasalahan kesehatan di masyarakat membuat petugas kesehatan harus mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan yang semakin maju, sehingga petugas kesehatan dituntut harus kreatif, inovatif dan memiliki jiwa pengabdian yang tinggi kepada masyarakat serta kepada bangsa dan negara.

Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan masyarakat meliputi :

1. Promotif (peningkatan kesehatan)

Adalah upaya 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.

2. Preventif (pencegahan penyakit)

Adalah upaya 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.

3. Kuratif (pengobatan)

Adalah upaya yang ditujukan terhadap orang yang sakit untuk dapat diobati secara tepat dan adkuat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.

4. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

Adalah upaya yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya.

Kegiatan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kegiatan dari masing-masing upaya kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Promotif

Upaya yang ditujukan untuk meningkatkan mutu kesehatan meliputi :

- a. Peningkatan gizi
- b. Pemeliharaan kesehatan perorangan
- c. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- d. Olah raga secara teratur
- e. Istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal

2. Preventif

Upaya yang ditujukan untuk pencegahan terjadinya penyakit meliputi :

- a. Pemberian imunisasi pada ibu hamil, bayi dan anak
- b. Pemeliharaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini

3. Kuratif

Upaya yang ditujukan untuk memberikan pengobatan yang tepat dan adekuat terhadap orang yang sakit sehingga dalam waktu yang singkat dapat dipulihkan kesehatannya

4. Rehabilitatif

Upaya yang ditujukan untuk pemulihan meliputi :

- a. Upaya yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya
- b. Upaya pemulihan ini untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan fisik, mental dan sosial pasien akibat dari penyakit yang dideritanya melalui latihan-latihan yang telah terprogram dan dapat pula dilakukan melalui latihan fisioterapi

Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

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

1. Sasaran pelayanan meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
2. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan kesehatan
3. Kegiatan utama pelayanan kesehatan adalah di masyarakat bukan di rumah sakit. Tenaga kesehatan adalah tenaga generalis
4. Peran tenaga kesehatan terpenting adalah sebagai pendidik (health educator) dan pembantu perubahan (agent of change)
5. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat

6. Praktik kesehatan masyarakat dipengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya
7. Praktik kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat
8. Praktik kesehatan masyarakat merupakan gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat

Domain Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat memiliki 3 (tiga) domain, yaitu terdiri dari :

1. Peningkatan kesehatan (*health improvement*)
 Domain ini terdiri dari peningkatan kesehatan, menurunkan ketidakadilan, pencarian terhadap determinan yang lebih luas, kesehatan keluarga dan komunitas, pendidikan kesehatan dan gaya hidup
2. Perlindungan kesehatan (*Health protection*)
 Domain ini terdiri dari udara, air dan makanan yang bersih, surveilans dan kontrol penyakit menular, proteksi dari bahan berbahaya termasuk bahan kimia, kesiapsiagaan terhadap bencana, respon terhadap bencana dan bahaya kesehatan yang ada di lingkungan
3. Kualitas pelayanan kesehatan dan sosial (*health and social care quality*)
 Domain ini mencakup perencanaan sistem kebijakan kesehatan, kualitas dan standar, bukti ilmiah pelayanan kesehatan, efisiensi, penelitian, audit dan evaluasi. Sistem pemberian pelayanan kesehatan adalah sebuah mekanisme untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan individu.

 Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada masyarakat harus memenuhi beberapa aspek penting, misalnya aspek kualitas, kuantitas, kecepatan dan ketepatan pelayanan yang diberikan. Dengan demikian sangat penting untuk

memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan.

Dalam mengaplikasikan konsep kesehatan masyarakat, diperlukan pendekatan yang tepat, sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat, karakteristik dari masyarakatnya dan bagaimana cara memecahkan masalah kesehatan di masyarakat tersebut. Pendekatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan masyarakat diantaranya adalah :

1. Mendefinisikan masalah kesehatan
2. Mengidentifikasi faktor risiko berhubungan dengan masalah kesehatan
3. Mengembangkan level intervensi komunitas untuk mengontrol atau mencegah penyebab masalah kesehatan
4. Mengimplementasikan intervensi untuk meningkatkan kesehatan populasi
5. Memonitoring intervensi yang dilakukan untuk mengkaji efektivitasnya

Determinan Kesehatan Masyarakat

Derajat kesehatan merupakan salah satu determinan pembangunan khususnya pembangunan manusia pada suatu wilayah. Ada tiga determinan pembangunan suatu wilayah, yaitu kesehatan, pendidikan dan tingkat sosial ekonomi. Pembangunan kesehatan berorientasi pada pencegahan, upaya promotif berbasis populasi dengan melibatkan sektor-sektor non kesehatan di semua tingkatan dan harus diprioritaskan. Berbagai studi menunjukkan kejadian kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi dan lingkungan atau kependudukan dan lingkungan. Hubungan interaktif keduanya bersifat timbal balik, sehingga penanggulangannya dapat dilakukan secara menyeluruh atau salah satu diantara keduanya.

Kegiatan promotif dan preventif memberi makna agar semua orang secara sadar mau dan mampu memahami

dan meningkatkan pengetahuan mengenai pola hidup bersih, bersikap dan berperilaku sehat, agar terhindar dari segala bentuk penyakit, kelemahan dan kecacatan yang tidak pernah diharapkan terjadi. Dalam menjalani proses kehidupan nyata sampai saat ini derajat kesehatan masyarakat masih bergerak lambat ketika dikaitkan dengan terjadinya kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) yang disebabkan karena faktor obstetrik baik secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini penting digarisbawahi karena derajat kesehatan masyarakat indikatornya adalah Angka kesakitan dan Umur Harapan Hidup, Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB). Kondisi ini seharusnya membuat individu menyadari pentingnya mengamalkan perilaku hidup sehat dalam upaya menjaga dan memelihara kualitas hidup.

Fungsi Utama Kesehatan Masyarakat

Ilmu Kesehatan Masyarakat memiliki fungsi utama yang dikenal "*The three core functions of public health*" meliputi:

1. *Assesment*

Kesehatan masyarakat berfungsi untuk mengumpulkan, menganalisis data dan informasi tentang kesehatan secara teratur dan sistematis, termasuk statistik status kesehatan, kebutuhan kesehatan komunitas, epidemiologi dan studi lainnya tentang masalah kesehatan.

2. *Policy Development*

Pengembangan kebijakan kesehatan masyarakat dilakukan dengan meningkatkan penggunaan pendekatan ilmiah (*sientific knowledge base*) dalam pengambilan keputusan.

3. *Assurance*

Memastikan bahwa pelayanan yang dibutuhkan untuk pencapaian tujuan, dengan meningkatkan aksi-aksi swasta maupun pemerintah, melalui regulasi maupun pemberian pelayanan langsung.

Daftar Pustaka

- Achmadi, Umar Fahmi. (2013). Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta: Penerbit RajaGrafindo Persada.
- Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia. (2020). Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Eka, Arsita Prasetyawati. (2011). Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan Holistik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Salmah, Sjarifah. (2018). Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Trans Info Media.
- Swarjana, Ketut. (2017). Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep, Strategi dan Praktik. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Syafrudin. (2015). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Trans Info Media.

Profil Penulis



Dian Eka Anggreny

Dilahirkan di Lahat, 27 Juli 1982. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan masyarakat dimulai pada tahun 2005, yakni sejak menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Program Studi Kesehatan Masyarakat STIK Bina Husada Palembang dan pesatnya perkembangan ilmu kesehatan masyarakat di Indonesia.

Untuk lebih menekuni bidang ilmu kesehatan masyarakat, penulis mendapatkan kesempatan melanjutkan pendidikan ke S2 Kesehatan Masyarakat dan selesai pada tahun 2013 dengan bidang peminatan administrasi kebijakan kesehatan. Saat ini penulis adalah seorang dosen pada Program Studi Kesehatan Masyarakat STIK Bina Husada Palembang dan menduduki jabatan sebagai Ketua Program Studi.

Penulis memiliki kepakaran di bidang kesehatan masyarakat khususnya administrasi kebijakan kesehatan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis juga aktif sebagai peneliti dan menulis artikel di bidang kepakaran tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristekdikti. Selain sebagai dosen, penulis juga aktif berperan dalam kegiatan di lingkungan kemasyarakatan dan sebagai anggota profesi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Email Penulis: dianeka_82@yahoo.co.id

PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA

Andi Sani, SKM., M.Kes

Universitas Muslim Indonesia

Kesehatan masyarakat di Indonesia sudah ada sejak lama. Titik awal munculnya pada abad ke 16 pada saat Belanda menjajah Indonesia yang ditandai dengan peningkatan penyebaran penyakit kolera dan cacar di Indonesia. Ilmu kesehatan masyarakat yang diterapkan berupa upaya pemberantasan kedua wabah penyakit menular tersebut. Berdasarkan periodisasi waktu. Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dibagi menjadi beberapa masa atau era yakni:

Masa Pra Kemerdekaan

1. Tahun 1807

Pada masa ini tepatnya pada masa penjajahan Belanda yakni di tahun 1807, seorang Gubernur Belanda yang bernama Jendral Daendels telah melakukan salah satu upaya kesehatan masyarakat untuk masalah angka kematian bayi yang tinggi. Jenderal Daendels mendirikan suatu tempat pelatihan praktik persalinan pada para dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan. Langkah ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi di Indonesia kala itu. Langkah ini tidak berlangsung lama karena kurangnya tenaga pelatih pada saat itu.

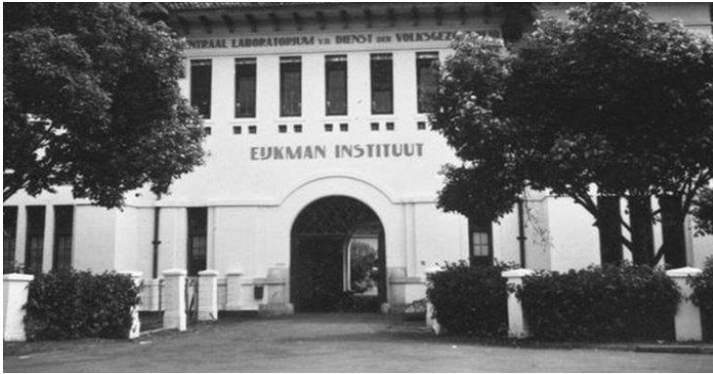
2. Tahun 1851

Peristiwa kedua yang menandakan perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia adalah pendirian sekolah kedokteran Jawa yang didirikan oleh dr. Bosch yaitu kepala pelayanan sipil dan militer di tahun 1851. Sekolah ini dikenal sebagai STOVIA (didirikan sekolah dokter Jawa di Batavia yaitu STOVIA (School Tot Opleiding Van Indiche Arsten).



3. Tahun 1888

Pendirian Pusat Laboratorium Kedokteran di Bandung yang sekarang ini menjadi Lembaga Eykman. Pada tahun-tahun berikutnya didirikan pula beberapa laboratorium kedokteran di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini berfungsi untuk menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, kekurangan gizi dan sanitasi lingkungan.



4. Tahun 1913

Pendirian Sekolah Kedokteran yang kedua di Surabaya yaitu NIAS (Nederland Indische Arsten School).



5. Tahun 1922

Tahun ini ditandai dengan merebaknya penyakit pes sehingga menjadi wabah. Penyakit pes adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Yersinia pestis* yang dibawa oleh kutu yang tinggal di tikus. Orang terinfeksi penyakit pes melalui gigitan kutu tikus atau gigitan tikus yang sudah terinfeksi. Merebaknya wabah ini disebabkan oleh kurangnya perhatian masyarakat terhadap kesehatan lingkungan yakni tempat tinggal yang kurang layak dan lingkungan yang tidak sehat dan hal ini terkait dengan

kesejahteraan penduduk di masa itu. Pada jaman ini, Perhatian pemerintah Belanda hanya sbeatas pada pengurangan angka kematian yang sangat tinggi pada penyakit-penyakit tertentu yang dianggap *epidemic*.

6. 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. pasien mencoba alat spiroanalyzer di Klinik Berhenti Merokok yang disediakan Puskesmas.

7. Tahun 1927

STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan sumber daya manusia (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia.

8. Tahun 1930

Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan.

9. Tahun 1933-1935

pemberantasan Pes dengan DDT dan melakukan vaksinasi massal dilakukan oleh STOVIA dan NIAS sebagai sekolah kedokteran pada jaman itu memegang peranan penting sebagai pelaksana kegiatan vaksinasi dan penyemprotan DDT (Dichloro Diphenyl Trichloroethane) di rumah-rumah penduduk.

Masa Era Kemerdekaan

1. Tahun 1950

Masa ini ditandai dengan pembentukan konsep Bandung (Bandung Plan) yang dicetuskan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah (dikenal dengan Patah-Leimena). Konsep Bandung ini merupakan konsep di bagian pelayanan yang menggabungkan antara pelayanan kuratif (pengobatan) dan preventif (pencegahan). Konsep inipun akhirnya diimplementasikan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO/*World Health Organisation*) dan gagasan ini dianggap sebagai rumusan awal konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan untuk tingkatan dasar. Sistem pelayanan tersebut membentuk unit organisasi dari tingkatan administrasi lebih tinggi ke yang lebih rendah yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969 yang dikenal sebagai Puskesmas.

2. Tahun 1952

Pelaksanaan kegiatan pelatihan untuk dukun bayi.

3. Tahun 1956

Pendirian proyek Bekasi oleh dr. Y. Sulianti di Lemah Abang. Proyek Bekasi merupakan percontohan pelayanan terhadap pengembangan kesehatan pedesaan dan pusat pelatihan tenaga. Setelah itu, didirikanlah *Health Centre* (HC) di beberapa tempat di Indonesia yakni di daerah Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat, Sumatera Utara, Bali, Lampung, Yogyakarta dan Kalimantan Selatan. Pada tanggal 12 November 1962 Presiden Soekarno mencanangkan program pemberantasan malaria dan pada tanggal tersebut menjadi Hari Kesehatan Nasional (HKN).

4. Tahun 1967

Pada tahun ini diadakan seminar konsep Puskesmas yang merupakan hasil pengembangan dari *Bandung Plan*. Hasil seminar ini berupa pembentukan system

Puskesmas dengan tiga tipe yakni tipe A, Tipe B dan Tipe C.

5. Tahun 1968

Pelaksanaan Rapat Kerja Kesehatan Nasional yang menghasilkan keputusan tentang konsep Puskesmas yang merupakan system pelayanan kesehatan terpadu dengan bentuk Puskesmas yaitu Tipe A, B & C. Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan mengembangkan Puskesmas yang awalnya terpadu menjadi pusat pelayan kesehatan masyarakat. Puskesmas merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pengobatan dan pencegahan secara terpadu, dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat dalam lingkup kecamatan atau sebagian kecamatan di suatu kabupaten. Kegiatan Puskesmas saat itu dikenal dengan istilah '*Basic*'. Ada *Basic 7*, *Basic 13 Health Service* yaitu : KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), KB (Keluarga Berencana, Gizi Masyarakat., Kesehatan Lingkungan, Program Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (P3M), PKM, BP (Balai Pengobatan) , PHN (*Public Health Nurse/* Pelayanan Keperawatan Profesional), UKS, UHG (Universal Health Coverage), UKJ, Laboratorium Pencatatan dan Pelaporan.

6. Tahun 1969

Kesepakatan merubah system Puskesmas menjadi 2 tipe Puskesmas yakni Puskesmas tipe A dan Tipe B. Puskesmas dengan system tipe A dikepalai oleh seorang dokter sedangkan puskesmas dengan tipe B dikelola oleh paramedic.

7. Tahun 1969-1974

Tahun ini menjadi awal mula pelaksanaan program kesehatan Puskesmas di beberapa kecamatan dari beberapa kabupaten di setiap wilayah Provinsi.

8. Tahun 1977-1978

Indonesia ikut menandatangani kesepakatan Visi: "*Health For All By The Year 2000*", di Alma Ata, negara

bekas Federasi Uni Soviet, pengembangan dari konsep “*Primary Health Care*”. Deklarasi Alma Ata merupakan bentuk kesepakatan bersama antara 140 negara (termasuk Indonesia). Deklarasi ini dihasilkan dari Konferensi Internasional Pelayanan Kesehatan Primer di Kota Alma Ata Kazakhstan yang disponsori oleh WHO dan UNICEF.

9. Tahun 1979

Tahun ini merupakan tahun dicabutnya system pemberian tipe pada Puskesmas. Jadi hanya ada satu tipe puskesmas saja dan dikepalai oleh seorang dokter. Puskesmas tersebut dibagi tiga tingkatan yakni sangat baik, rata-rata dan standar. Hal lain yang berubah pada puskesmas pada masa ini adalah pembuatan piranti manajerial yang terdiri dari perencanaan atau dikenal dengan istilah *Micro Planning* dan Lokakarya Mini (Lokmin) untuk mengatur kegiatan dan pengembangan kerja sama tim.

10. Tahun 1984

Pengembangan Program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas, selain itu dijabarkan dalam unit Posyandu. Posyandu memiliki 5 program kegiatana yakni Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga berencana, Program Gizi, Penanggulangan Diare dan Imunisasi (Notoadmodjo, 2005). Seiring perkembangan jaman, fungsi posyandu tidak hanya untuk pelayanan Balita tetapi juga memberikan pelayanan kepada ibu hamil. Posyandu pun membuat beberapa program di waktu tertentu misalnya pembagian vitamin A di setiap bulan Februari dan Agustus, pembagian garama beryodium, pemberian makanan tambahan untuk Balita dan beberapa suplemen lainnya.

11. Tahun 1997

Pada tahun ini terjadi krisis moneter di berbagai Negara di dunia termasuk di Indonesia. Inflasi yang tinggi, peningkatan angka kemiskinan, kemampuan

daya beli penurunan daya beli masyarakat. Dari beberapa kejadian tersebut, diinisiasi terbentuknya program kesehatan bernama JPS-BK (Program Jaring Pengaman Sosial di Bidang Kesehatan) yang dikhususkan pada masyarakat miskin. Program ini diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan dan meningkatkan status gizi pada keluarga miskin di Indonesia. Tata cara pemberian pelayanan untuk peserta program JPS-BK adalah peserta harus mempunyai kartu sehat JPS dari pemerintah desa yang didapatkan dengan cara melampirkan surat keterangan tidak mampu dari RT, RW dan kelurahan setempat. Kartu sehat JPS ini digunakan oleh keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis dari puskesmas, bidan desa bahkan untuk memperoleh rujukan ke rumah sakit.

12. Tahun 1998-1999

Peristiwa reformasi politik juga memberikan dampak terhadap sector kesehatan di Indonesia. Khusus untuk sector kesehatan, pemerintah menjadi sumber dana masyarakat miskin melalui program *Social Safety-Net*. *Social Safety-Net* inilah yang nantinya menjadi Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang saat ini dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

13. Tahun 2001

Tahun ini ditandai dengan pemberian kuasa oleh pusat ke daerah untuk mengelola wialayahnya sendiri yang dikenal sebagai otonomi daerah. Hal ini berdampak pada desentralisasi sector kesehata. Desentralisasi sector kesehatan membuat program-program kesehatan dilapangan menjadi desentralisasi dan beberapa program tersebut bernuansa politis. Beberapa program kesehatan pun masih menjadi tanggungan APBN pusat seperti pada program penanganan untuk penurunan angka kematian ibu dan bayi

14. Tahun 2003

Pada tahun ini, JPS-BK (Program Jaring Pengaman Sosial di Bidang Kesehatan) berubah menjadi PKPS-BBM Bidang Kesehatan (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak). Dalam rangka mengurangi beban masyarakat berpenghasilan rendah akibat kenaikan harga Bahan Bakar Minyak, pemerintah telah mengalokasikan dana kompensasi yang disalurkan dalam bentuk Program Kompensasi Pengurang Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Program ini didistribusikan ke dalam 4 bidang yaitu: Bidang Pendidikan, Bidang Kesehatan, Bidang Infrastruktur Pedesaan, dan Bidang Bantuan Langsung Tunai.

15. Tahun 2005

JPS-BK (Program Jaring Pengaman Sosial di Bidang Kesehatan) mengalami perubahan kembali menjadi Askeskin (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin. Ditahun ini pula, mulai dikembangkan Visi Indonesia Sehat Tahun 2010 dengan Paradigma Sehat. Keberadaan Puskesmas dan Posyandu masih nyata dan dibutuhkan oleh masyarakat. Posyandu menjadi hal yang penting dalam melakukan mobilisasai sosial bidang kesehatan. Mobilisasi Masyarakat merupakan strategi yang dikembangkan untuk membantu individu di masyarakat untuk mengidentifikasi dan memilih saluran untuk menekan permasalahan yang ada di lingkungannya sendiri-sendiri. Dalam program Penguatan Posyandu (FRESH), Mobilisasi Masyarakat merupakan proses membangun kapasitas (*capacity building*) dimana individu, kelompok atau organisasi secara partisipatif dan berkelanjutan membuat rencana, menjalankan dan mengevaluasi guna meningkatkan derajat kesehatan mereka. Dalam era otonomi dan demokrasi menuntut akutanbilitas dan kemitraan, sehingga berkembang LSM-LSM baik bidang kesehatan, maupun bukan untuk menuntut akutanbilitas tersebut dalam berbagai bentuk

partisipasi. Sebagai 'partnersship' LSM-LSM tersebut program kesehatan yang bertanggung jawab adalah Promosi Kesehatan. Promosi Kesehatan harus menjadi ujung tombak mewakili program kesehatan secara keseluruhan, baik sebagai pemasaran-sosial Visi Indonesia Sehat 2010 untuk merubah paradigma (Paradigma Sehat). Petugas kesehatan dan masyarakat. Tugas lain promosi kesehatan melakukan advokasi, komunikasi kesehatan dan mobilisasi sosial, baik kepada pihak legislatif, eksekutif maupun masyarakat itu sendiri. Terutama melalui kemitraan dengan LSM-LSM tersebut. Dengan kata lain pada era otonomi/desentralisasi saat ini sektor kesehatan harus diperjuangkan juga secara politik karena sebenarnya saat ini bidang kesehatan disebut juga sebagai era '*Political Health*', maka peranan promosi kesehatan sangat menonjol dalam ikut mengakomodasi upaya tersebut dengan berbagai strategi.

Daftar Pustaka

- Arifianto, & Ruly. (2005). *Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin*.
- Fidiyani, M. (2012). Pemberantasan Wabah Penyakit Pes di Lingkungan Penduduk Praja Mangkunegaran tahun 1915-1929. *PENDUDUK PRAJA MANGKUNEGARAN TAHUN. Jurnal Online Unesa*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Umum Pengolahan Posyandu*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas* (Vol. 85, Issue 1).
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Pembangunan, B. P. K. dan P. (2005). *Program Kompensasi pengurangan Subsidi BBM 2005*. 2021. <http://www.bpkp.go.id/perekonomian/konten/268/pkps-bbm.bpkp>
- Sianturi, E., Pardosi, M., & Surbakti, E. (2019). *Kesehatan Masyarakat* (Wisnu (ed.)). Zifatama Jawa.
- Siyoto, S., & Retnaningtyas, E. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat* (indasah (ed.); I). Forum Ilmiah Kesehatan.

Profil Penulis



Andi Sani, SKM., M.Kes

Dilahirkan di Tomohon, 14 Januari 1990. Menyelesaikan Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin tahun 2011. penulis melanjutkan Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin tahun 2012 dan menyelesaikan studi tahun 2014. Karir Sebagai dosen dimulai tahun 2015, penulis diterima menjadi Dosen pada Universitas Negeri Manado melalui rekrutmen CPNS Kemenristekdikti, Penulis kemudian pindah mengabdikan di institusi di bawah naungan LLDikti IX, Universitas Muslim Indonesia Pada tahun 2021.

Sebagai Dosen yang dituntut tidak hanya memberikan pengajaran dan bimbingan, Penulis Juga menjadi peneliti yang berkaitan dengan bidang Ilmu Kesehatan masyarakat Sebagai besar dibiayai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemendristek Dikti. Menulis buku merupakan harapan bagi penulis untuk dapat memberikan Kontribusi yang positif bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: andi.sani@umi.ac.id

SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT

Intan Kumalasari, APP, M.KM

Poltekkes Kemenkes Palembang

Sasaran Kesehatan masyarakat adalah obyek atau manusia yang menerima kemanfaatan dari sebuah pemikiran atau konsep tentang nilai-nilai kesehatan untuk terciptanya derajat kesehatan yang optimal melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Adapun yang menjadi sasaran kesehatan di masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan (Efendi, F., & Makhfudli, M, 2010)

Individu

Individu adalah kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Individu berasal dari kata latin, “individuum” yang bermakna tak terbagi (Suparmin, M, 2012). Kata individu merupakan sebutan untuk menyatakan suatu kesatuan yang paling kecil. Individu merupakan bagian dari anggota keluarga. Dalam ilmu sosial individu berarti juga bagian terkecil dari kelompok masyarakat, misalnya sebuah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, maka ayah merupakan individu dalam kelompok sosial tersebut (Gandasari, D., dkk, 2021).

Pada dasarnya setiap individu memiliki ciri-ciri yang berbeda dan ada kecenderungan untuk bergabung ke dalam kelompok atau masyarakat yang memiliki

karakteristik yang sama dengan dirinya. Individu _baik dalam kondisi sehat maupun sakit_ merupakan sasaran utama dalam kesehatan masyarakat. Mengapa demikian? karena apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan akibat dari ketidakmampuannya dalam merawat diri sendiri karena sesuatu hal dan sebab tertentu maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga maupun kelompok masyarakat lainnya baik secara fisik, mental dan sosial. Begitu pula ketika nilai-nilai tentang kesehatan telah terinternalisasi menjadi sebuah perilaku dan kesadaran dalam diri seorang individu, maka perubahan sikap dan perilaku individu tersebut akan mempengaruhi anggota keluarga dan kelompok masyarakat dimana individu tersebut berinteraksi. Dengan kata lain bahwa perubahan perilaku dan sikap individu merupakan tolok ukur keberhasilan sebuah program kesehatan dijalankan. Umumnya ketika seseorang individu dikenalkan dengan konsep/nilai-nilai baru maka ada dua sikap penerimaan yang ditunjukkan yaitu; *pertama* menerima konsep atau nilai-nilai baru setelah mendapatkan manfaat atau melihat langsung dampak dari sebuah konsep/nilai-nilai baru tadi ketika tidak dijalankan, *kedua* menerima dengan paksaan karena nilai-nilai baru tadi ditetapkan dalam sebuah kebijakan atau aturan.

Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat terdiri atas kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi dimana satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi (Setiadi, 2008). Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat secara keseluruhan (Waluya, B, 2007). Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) akan mempengaruhi satu atau lebih anggota keluarga. begitu juga jika salah satu atau beberapa

anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dengan kata lain tingkat kesehatan individu berkaitan erat dengan tingkat kesehatan keluarga begitu pun sebaliknya.

Dari permasalahan tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga (baik keluarga sehat maupun keluarga yang anggotanya mengalami gangguan kesehatan) merupakan fokus sasaran kesehatan masyarakat yang strategis. Mengapa demikian? Hal ini karena:

1. Keluarga merupakan lembaga yang perlu diperhitungkan karena merupakan unit utama dan menyangkut kehidupan masyarakat (Ali, H. Z., & SKM, M, 2010). Hal tersebut dikarenakan keluarga adalah organisasi terkecil dan benteng pertahanan terakhir yang menjadi fondasi/dasar utama untuk terbentuknya suatu tatatan masyarakat yang lebih sehat secara optimal. Artinya terbentuknyanya masyarakat yang sehat harus diawali dari keluarga-keluarga yang menjalankan pola hidup dan kebiasaan yang sehat.
2. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga. Jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit maka anggota keluarga yang lainnya akan terlibat untuk merawat dan mencari pengobatannya. Menurut Tinkham dan Voorhies (1984) keluarga mempunyai peran yang penting dalam keperawatan karena keluarga menyediakan sumber-sumber yang penting untuk memberikan pelayanan kesehatan/keperawatan bagi dirinya dan anggota keluarganya.
3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan karena keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan yang ada pada anggota keluarganya. Penemuan suatu kasus atau masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga memberi petunjuk penting bahwa anggota

keluarga beresiko tinggi mengalami masalah yang sama, misalnya, jika salah satu anggota keluarga menderita penyakit infeksi kronis (contohnya TBC), maka seluruh anggota keluarga harus diperiksa dan dirawat.

4. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (decision making) dalam perawatan kesehatan anggota keluarganya (Hafifah, I., & Fithriyah, N, 2018). Sering kali masalah kesehatan muncul karena keterlambatan dalam memperoleh pertolongan pengobatan dan perawatan, hal tersebut dikarenakan terlambatnya keluarga dalam mengambil keputusan untuk mendatangi fasilitas kesehatan karena merasa dapat ditangani sendiri atau karena terbentur masalah ekonomi. Disamping itu budaya patrilineal yang kuat dimana peran ayah sangat mendominasi dalam pengambilan keputusan termasuk masalah perawatan kesehatan keluarga.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat. Masuknya nilai-nilai kesehatan yang kemudian dipahami, diterima dan dijalankan oleh salah satu anggota keluarga, maka nilai-nilai tersebut akan ditransformasikan kepada anggota keluarga yang lain, seperti perilaku membuang sampah pada tempatnya, perilaku tidak merokok, perilaku mencuci tangan sebelum atau setelah memegang sesuatu, dll. Dengan kata lain anggota keluarga yang dapat menunjukkan perilaku hidup sehat akan menjadi contoh yang sangat ampuh bagi anggota keluarga yang lain.

Upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan berfokus pada keluarga merupakan pendekatan yang efektif untuk dilaksanakan, karena menurut Friedman (2010), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (*The Affective Function*) yaitu fungsi keluarga yang utama, mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan

psikososial anggota keluarga. Keluarga yang memiliki nilai-nilai budaya keluarga, maka akan mengenalkan dan mengajarkan anggota keluarganya (utamanya anak-anak) sejak dini norma-norma dan perilaku yang diyakini oleh keluarga sebagai nilai-nilai yang harus mengakar dan dijalankan oleh setiap anggota keluarga, misalnya membiasakan bangun pagi, menggosok gigi sebelum tidur dan setelah sarapan pagi, istirahat dan tidur yang cukup, tidur diawal waktu dan tidak bergadang, membuang sampah pada tempatnya dan kebiasaan-kebiasaan baik lainnya.

2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Hal ini berarti setiap anggota keluarga memiliki tanggung jawab yang sama dalam upaya memelihara dan mempertahankan kesehatan setiap anggota keluarga. Adapun tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan diantaranya:

1. Setiap keluarga harus peka dan mampu mengenal gangguan perkembangan/masalah kesehatan yang terjadi pada salah satu anggota keluarganya. Keluarga harus mampu mengidentifikasi faktor penyebab dan berupaya mencari pertolongan terhadap masalah kesehatan yang muncul dalam keluarga tersebut
2. Setiap keluarga harus mampu mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarganya
3. Setiap keluarga harus mendapatkan pertolongan yang cepat dan mampu memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.
4. Setiap keluarga harus mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan dan kondusif untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya. Perilaku dan kepribadian yang baik akan mengakar bila nilai-nilai yang dianggap baik tadi dijalankan oleh semua anggota keluarga tanpa terkecuali, keteladanan didalam keluarga merupakan kunci utama membentuk karakteristik yang baik seluruh anggota keluarga. sebagai contoh nasihat seorang ayah tentang anjuran tidak merokok tentu tidak efektif bila sang ayah justru merokok di hadapan anggota keluarganya, begitu pula ketika mengharapkan seorang anak tidak terlibat dalam kenakalan remaja, sementara hampir setiap hari anak tersebut menyaksikan kekerasan di dalam rumah tangga.
5. Setiap keluarga harus mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan. Artinya setiap keluarga harus memberikan data keluarga (meliputi komponen rumah sehat (akses/ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat) dan data individu anggota keluarga (meliputi karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan seperti: mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau

pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain) kepada fasilitas kesehatan.

Sebuah keluarga dikatakan memiliki status kesehatan yang baik atau tidak dapat dilihat dari sejumlah penanda atau indikator utama diantaranya ; 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), artinya keluarga tidak hanya merencanakan jumlah anak yang dilahirkan namun juga merencanakan waktu kehamilan dan mengatur jarak antara kehamilan berikutnya, 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan baik di praktik bidan swasta, klinik bersalin, puskesmas maupun rumah sakit, 3) Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap yaitu BCG 1 kali, DPT 3 kali, Hepatitis B 3 kali, Polio 4 kali, Campak 1 kali, 4) Bayi mendapatkan air susu ibu (ASI) eksklusif selama 6 bulan tanpa ditambah dengan makanan pendamping ASI (PASI), 5) Balita mendapatkan pemantauan tumbuh kembang sejak dini untuk menemukan adanya penyimpangan pertumbuhan (status gizi kurang atau buruk, anak pendek), penyimpangan perkembangan (terlambat bicara), dan penyimpangan mental emosional anak (gangguan konsentrasi dan hiperaktif). sehingga dapat ditindaklanjuti segera untuk mendapatkan hasilnya lebih baik, 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar yaitu selama 6-9 bulan tanpa *drop out* obat, 7) Pengobatan dan pengecekan tekanan darah yang teratur bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi, 8) Pengobatan yang teratur bagi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dan tidak ditelantarkan, 9) tidak ada anggota keluarga yang merokok, 10) Setiap anggota keluarga telah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, 11) Keluarga memiliki akses sarana air bersih baik yang berasal dari sumur gali, air tanah maupun PDAM, 12) Setiap keluarga menggunakan jamban sehat yaitu tidak mencemari sumber air minum, letak lubang penampung berjarak 10-15 meter dari sumber air minum, tidak berbau dan tinja

tidak dapat dijamah oleh serangga maupun tikus. Ketercapaian tiap indikator utama dalam keluarga mencerminkan kondisi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dari keluarga yang bersangkutan. Semakin banyak indikator utama yang tercapai dalam sebuah keluarga maka semakin besar perhitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS).

Individu dan keluarga merupakan target/sasaran kesehatan masyarakat yang tidak terpisahkan. Jika petugas kesehatan hanya mengkaji satu individu saja, bukan keluarga, maka ia akan kehilangan bagian yang dibutuhkan untuk memperoleh pengkajian holistik, karena masalah anggota keluarga identik dengan masalah keluarga. terdapat hubungan yang kuat antara keluarga dan kesehatan anggotanya, karena peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan perawatan pencegahan dengan cara memberi petunjuk bahwa anggota keluarga beresiko tinggi mengalami masalah yang sama, tahap peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi. Contohnya keluarga yang peduli akan kesehatannya akan memperhentikan pemberian makanan dengan gizi seimbang pada anggotanya. Memberikan imunisasi sebagai upaya pencegahan pada anak-anaknya. Keluarga merupakan sistem pendidikan yang vital bagi individu, Kedudukan keluarga dalam hal pemenuhan kebutuhan kesehatan mempunyai peranan sangat besar. Keluarga adalah unit terkecil penyusun unit dasar dari masyarakat yang memiliki pengaruh yang kuat terhadap perkembangan seorang individu, bahkan dapat menentukan berhasil tidaknya kehidupan individu tersebut. oleh karena itu keluarga perlu dihargai dan dimasukkan ke dalam perencanaan tindakan perawatan kesehatan individu.

Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah sekumpulan individu yang berinteraksi dan memiliki identitas yang kuat serta kesamaan karakteristik dilihat dari umur, jenis kelamin, risiko, permasalahan kebutuhan, permasalahan kesehatan dan keperawatan dengan tujuan meningkatkan

kemampuan kelompok dan derajat kesehatannya, mengutamakan upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan kepada mereka yang tinggal dipanti dan kepada kelompok-kelompok yang ada dimasyarakat, diberikan oleh tenaga kesehatan maupun keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah kesehatan.

Kelompok khusus adalah sekelompok masyarakat atau individu yang karena keadaan fisik, mental maupun social budaya dan ekonominya perlu mendapatkan bantuan, bimbingan dan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan keperawatan terhadap dirinya sendiri sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya di bidang kesehatan yang pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Mubarak, 2006).

Sasaran kelompok khusus adalah komunitas baik yang sehat maupun sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau perawatan (Efendi, F., & Makhfudli, M, 2009) dengan tujuan meningkatkan kemampuan masyarakat terutama kelompok khusus untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal agar dapat menjalankan fungsi kehidupan sesuai dengan kapasitas yang mereka miliki (Ariani, Nuraeni, & Supriyono, 2015) melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan dan keperawatan. Kelompok khusus yang dimaksud adalah masyarakat berisiko tinggi, termasuk mereka yang tinggal di daerah kumuh, terisolasi, daerah konflik, tidak terjangkau pelayanan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang dihadapi maka Effendy, N. (1998) membagi kelompok khusus menjadi:

1. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan

perkembangan (growth and development) seperti; ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.

2. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan, di antaranya penderita penyakit menular (seperti; kelompok penderita penyakit kusta, kelompok penderita penyakit TBC, Kelompok penderita penyakit kelamin seperti gonore, sifilis dan penyakit HIV/AIDS) dan penderita penyakit tidak menular (hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kanker, stroke dll). Angka kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular seperti penyakit kanker dan kardiovaskular cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Oleh karena itu kelompok dengan kesehatan khusus ini perlu mendapat perhatian.
3. Kelompok khusus yang mempunyai risiko tinggi terserang penyakit dikarenakan pekerjaan maupun tindakannya yang berisiko menimbulkan dampak/gangguan kesehatan, di antaranya; wanita tuna susila (WTS) atau pekerja seks komersial (PSK), kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, kelompok-kelompok pekerja tertentu, dan lain-lain.
4. Kelompok cacat yang memerlukan lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, di antaranya; kelompok cacat fisik, kelompok cacat mental, kelompok cacat social, panti werda, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi dan penitipan anak.

Berdasarkan uraian tentang sasaran tersebut maka dapat ditetapkan beberapa contoh sasaran kesehatan masyarakat baik untuk individu, keluarga maupun kelompok khusus menurut Eliana & Sumiati, S., (2016) diantaranya:

1. Meningkatnya pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan indikator sasaran meningkatkan: kunjungan ibu hamil atau K4, pertolongan persalinan oleh bidan/nakes yang memiliki kompetensi kebidanan, ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk, kunjungan

neonates atau KN2, kunjungan bayi dan balita, kunjungan imunisasi pada bayi di desa/kelurahan hingga 100% dan kunjungan BBLR yang ditangani tenaga kesehatan.

2. Meningkatnya pelayanan anak pra sekolah dan usia sekolah, dengan indikator sasaran: meningkatnya deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah, pemeriksaan kesehatan siswa sekolah dasar atau sederajat oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan remaja
3. Meningkatnya pemantauan pertumbuhan balita, dengan indikator sasaran: meningkatnya kenaikan berat badan balita, menurunnya berat badan balita dibawah garis merah (BGM).
4. Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat, dengan indikator sasaran: meningkatnya ibu hamil mengkonsumsi 90 tablet Fe, meningkatnya balita mendapatkan kapsul vitamin A dua kali per tahun, menurunnya bayi BGM dari keluarga miskin dengan diberi makanan pendamping ASI, seluruh balita gizi buruk mendapat perawatan kesehatan dan meningkatnya wanita usia subur (WUS) yang mendapatkan kapsul yodium
5. Meningkatnya pelayanan KB, dengan indikator sasaran meningkatnya peserta KB aktif
6. Meningkatnya pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi dasar dan komprehensif (PONED dan PONEK), dengan indikator sasaran: Meningkatnya akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonates, meningkatnya ibu hamil risiko tinggi atau komplikasi yang ditangani dan meningkatnya neonatus risiko tinggi atau komplikasi yang ditangani
7. Meningkatnya pelayanan gawat darurat, dengan indikator sasaran: meningkatnya sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan kegawatdaruratan yang dapat diakses oleh masyarakat

8. Meningkatnya pelayanan pengobatan dan perawatan, dengan indikator sasaran: meningkatnya pelayanan kesehatan rawat jalan dan meningkatnya pelayanan kesehatan rawat inap
9. Meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa dengan indikator sasaran: meningkatnya pelayanan kesehatan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum
10. Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja, dengan indikator sasaran: meningkatnya pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal
11. Meningkatnya pelayanan kesehatan usia lanjut, dengan indikator sasaran: meningkatnya pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut.
12. Meningkatnya penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan gizi buruk, dengan indikator sasaran meningkatnya penanganan KLB <24 jam di desa kelurahan dan meningkatnya kecamatan bebas rawan gizi.
13. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio, dengan indikator sasaran: tercapainya penemuan seluruh penderita Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun.
14. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru, dengan indikator sasaran: meningkatnya angka kesembuhan penderita TB Paru BTA Positif.
15. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA, dengan indikator sasaran: Seluruh balita penderita pneumonia mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
16. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV/AIDS, dengan indikator sasaran: seluruh darah pendonor disekrening terhadap HIV/AIDS, penderita HIV/AIDS mendapat penanganan pelayanan kesehatan, penderita Infeksi

- Menular Seksual (IMS) di obati dan penggunaan kondom diwajibkan di seluruh lokalisasi
17. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD, dengan indikator sasaran: seluruh penderita DBD mendapat pelayanan kesehatan.
 18. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit diare, dengan indikator sasaran: seluruh balita penderita diare mendapat pelayanan kesehatan.
 19. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria, dengan indikator sasaran: Seluruh penderita malaria mendapat pelayanan kesehatan.
 20. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta, dengan indikator sasaran: Meningkatnya penderita Kusta yang selesai berobat.
 21. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Filaria, dengan indikator sasaran: Seluruh penderita Filaria mendapat pelayanan kesehatan.
 22. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Lingkungan, dengan indikator sasaran: Meningkatnya institusi yang dibina kesehatan lingkungannya.
 23. Meningkatnya pelayanan pengendalian vector, dengan indikator sasaran: Meningkatnya rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk aedes.
 24. Meningkatnya pelayanan hygiene sanitasi tempat-tempat umum dengan indikator sasaran: Meningkatnya tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan.
 25. Meningkatnya penyuluhan perilaku sehat, dengan indikator sasaran meningkatnya: rumah tangga sehat, bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif, desa/kelurahan dengan garam beryodium, posyandu purnama, desa dengan program PHBS dan meningkatnya peserta BPJS.

Daftar Pustaka

- Ali, H. Z., & SKM, M. (2010). Pengantar keperawatan keluarga. EGC.
- Ariani, R. D., Nuraeni, A., & Supriyono, M. (2015). Efektivitas Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah pada Lansia di Kelurahan Wonosari Semarang. Karya Ilmiah.
- Effendy, N. (1998). Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat. EGC.
- Efendi, F., & Makhfudli, M. (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan.
- Efendi, F., & Makhfudli, M. (2010). Keperawatan kesehatan komunitas.
- Eliana, Suamiti, S. (2016). Kesehatan Masyarakat. Jakarta Kemenkes RI
- Friedman, 1998. Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC
- Gandasari, D., Tamrin, A. F., Syafrizal, S., Prijanto, J. H., Bahri, S., Sugiarto, M., & Sakirman, S. (2021). Dasar-Dasar Ilmu Sosial. Yayasan Kita Menulis.
- Hafifah, I., & Fithriyah, N. (2018). Pengalaman Keluarga dalam Pengambilan Keputusan pada PAsien Kritis di RUANG Intensive Care Unit (ICU) RSUD UlinBanjarmasin. Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, 6(1), 11-18.
- Kemenkes RI. (2017). Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. <https://www.kemkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>
- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. (2006). Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Teori. Jakarta: Sagung Seto
- Siamangunsong, D. E. (2018). Modul Kesehatan Masyarakat. <http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2917/1/Modul%20Kemas%202018.pdf>
-

- Suparmin, M. (2012). Makna psikologi perkembangan peserta didik. *Ilmiah SPIRIT*, 10(2) : 28-68. ISSN: 1411-8319.
- Setiadi. (2008). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Waluya, B. (2007). Sosiologi: Menyelami fenomena sosial di masyarakat. PT Grafindo Media Pratama.

Profil Penulis



Intan Kumalasari

Ketertarikan penulis di bidang kesehatan membuat penulis memilih Akademi Keperawatan Palembang sebagai langkah awal terjun ke dunia kesehatan yang berhasil diselesaikan pada tahun 1996. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Sumatera Utara untuk mendapatkan gelar perawat pendidik pada Prodi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran USU, Medan dan lulus tahun 1999. Tahun 2015 penulis kembali menyelesaikan S2 di Universitas Sriwijaya dengan bidang peminatan Biostatistik Epidemiologi.

Aspek Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi menjadi konsentrasi penulis. Karya fenomenal penulis dalam bentuk buku yaitu Kesehatan Reproduksi tahun 2012, dilanjutkan dengan buku Panduan Prektik Laboratorium Keperawatan Maternitas tahun 2015. Kedua buku tersebut menjadi Best seller yang diterbitkan oleh Salemba Medica. Penulis juga membuat beberapa buku saku yang diterbitkan oleh Candle Publisher dari tahun 2019-2021. Selain itu, penulis juga aktif sebagai peneliti dan pengabdian sesuai dengan bidang keilmuannya. Hasil penelitian dan pengabdian dipublikasikan dalam bentuk artikel, game kesehatan, video edukasi, poster, booklet dan aplikasi android. Salah satu luaran penelitian dalam bentuk Aplikasi SEHATI (sehat Reproduksi) didedikasikan penulis untuk remaja Indonesia sebagai bahan referensi dan sumber informasi bagi remaja agar lebih memahami seluk beluk kesehatan reproduksi remaja dan memiliki tanggung jawab reproduksi. Aplikasi ini telah tersedia di Playstore dan dapat diunduh secara gratis.

Email Penulis: intan@poltekkespalembang.ac.id

PERIODE-PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

Herry Hermansyah. AMAK., SKM., M.Kes

Politeknik Kesehatan Palembang

Pendahuluan

Masalah kesehatan masyarakat sampai saat ini masih menjadi perhatian bagi pemerintah, namun bukan hanya tanggung jawab pemerintah saja melainkan tanggung jawab kita bersama sebagai masyarakat yang baik. Perilaku masyarakat yang masih kurang higienis ditambah dengan lingkungan yang buruk akan berdampak pada kesehatan masyarakat yang tinggal pada pemukiman tersebut. Banyak masalah kesehatan masyarakat yang mungkin akan timbul akibat perilaku masyarakat dan kondisi lingkungan yang tidak memperhatikan kesehatan.

Sebuah journal dari (Silvia Dita, DEti Kurniawati, 2021) menyatakan ada hubungan yang signifikan antara personal hygiene, ketersediaan jamban dan fasilitas air. Peneliti lain menyatakan ada hubungan antara personal hygiene, tempat pembuangan tinja, dengan kejadian kecacingan pada anak di wilayah kerja UPT Puskesmas Barimba, Kapuas. Pada tahun 2019 penelitian (Hafyari, 2020) mengungkapkan bahwa kebiasaan sebelum menyajikan lalapan dan kebiasaan mengkonsumsi lalapan di luar rumah merupakan faktor resiko kejadian infeksi *Soil Transmitted Helminth*. Dari ketiga penelitian

diasas masih banyak ditemukan permasalahan kesehatan tentang persoalan hygiene dan sanitasi terhadap infeksi kecacingan.

Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Dunia

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 periode perkembangan.

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. (Syukra Alhamda, 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, Eropa, 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.

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. (Andi Asri, Ali Imran, 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. Edaward 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 antracis* 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, 2016)

Sepanjang Abad Ke-20 Telah Terjadi Beberapa Kali Wabah di Dunia yaitu:

1. Flu Spanyol (1918)

Flu disebabkan oleh virus H1N1 yang biasa menyerang burung. Penyakit ini berlangsung pada saat Perang Dunia ke-1. Pada musim semi di Madrid menyebabkan pandemi sehingga disebut Flu Spanyol. Faktanya penyakit ini bukan berasal dari Spanyol hanya pemberian nama berasal dari Spanyol sehingga sampai saat ini di sebut sebagai Flu Spanyol.(O'neal, 2008). Sejarah Flu Spanyol, Albert Gitchell bekerja sebagai juru masak perusahaan di Fort Riley, Kansas.

Albert mengalami demam tinggi dan sakit tenggorokan, seluruh tubuhnya sakit. Dokter Rumah Sakit Benteng mengatakan bahwa dia menderita Influenza (Flu). (O'neal, 2008). Dari kasus influenza Albert perlu adanya ruang isolasi untuk penderita Influenza. Faktor kepadatan orang yang mempermudah penularan virus dengan cepat.

2. Flu Burung (1957)

Di Singapura virus Influenza A (H2N2) baru muncul di Asia Timur, memicu pandemi flu Asia. Pertama kali dilaporkan di Hongkong pada bulan April 1957 dan kota-kota besar di Amerika Serikat pada musim panas. Wabah menyebar dari propinsi Guishou ke Singapura, Hongkong dan Amerika Serikat. Jumlah kematian diperkirakan 1,1 juta jiwa di seluruh dunia dan 116.000 jiwa di Amerika Serikat.(CDC, 2019)

3. Hongkong Flu (1968)

Meskipun kematian yang relatif sedikit diseluruh dunia, namun virus sangat menular dan sangat cepat. Dalam waktu 2 minggu virus menyebar ke seluruh Asia Tenggara dan dalam beberapa bulan virus sudah mencapai zona Terusan Panama dan Amerika Serikat, virus terbawa oleh tentara dari Vietnam ke California, menyebar ke Inggris dan negara-negara Eropa Barat.

4. HIV AIDS (1981)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) menyebabkan terjadinya *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS). Berawal dari virus simpanse di Afrika Barat pada tahun 1920 an. Penyakit ini pertama kali ditemukan di Kongo dan ditetapkan sebagai pandemi global sejak tahun 1981 yang menewaskan 36 juta jiwa penduduk dunia.

5. SARS (2002)

Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) terjadi tahun 2002-2003 disebabkan oleh coronavirus.

6. Flu Babi (2009)

Disebabkan oleh virus H1N1 yang berasal dari Meksiko pada tahun 2009. Infeksi yang terjadi mencapai 1,4 miliar orang dengan angka kematian 500.000 orang

7. Ebola (2013)

Petama kali muncul di Sudan dan Demokratik Kongo tahun 1976. Pada tahun 1914 sudah menginfeksi warga Afrika Barat. Tahun 2013-2016 menyebabkan kematian 11,325 orang dari 28.600 orang yang terinfeksi. Virus ini bermula dari kelelawar yang menggigit anak berumur satu tahun di Guinea, Conakry, Afrika. Pada tahun 2014 menyebar ke negara tetangga Afrika Barat seperti Liberoa, Sierra dan Leone. Penyakit ditularkan oleh kelelawar, landak dan hewan primata ke manusia. Menyebar dengan transmisi antar manusia melalui kontak langsung dengan darah, sekresi, organ atau cairan tubuh lain, kontak tidak langsung melalui permukaan bahan-bahan seperti pakaian, alas tidur, handuk yang terkontaminasi dengan cairan terinfeksi.(Widjajanti, 2020).

Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Di Indonesia dibagi dalam 2 priode perkembangan:

1. Periode Pra Kemerdekaan

Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia sudah ada sejak zaman kolonial Hindia Belanda pada abad ke 16. Pada waktu itu Indonesia gencar melakukan pencegahan penyakit cacar oleh virus *Varicella-zoster*, dan cholerae oleh bakteri *Vibrio cholerae*. Penyebaran melalui kapal laut, migrasi, perdagangan dan pengungsi. Penularan melalui air, makanan, lalat dan hubungan manusia-manusia. Dalam air cholera dapat bertahan selama 3 minggu.

- a. Tahun 1807 Pada waktu itu Gubernur Jendral Hendrik William Daendels telah melakukan pelatihan dukun bayi dalam upaya penurunan

- angka kematian bayi. Dukun bayi saat itu masih minim pengetahuan tentang persalinan yang sehat.
- b. Tahun 1817. Pelatihan para bidan pertama di Hindia Belanda.
 - c. Tahun 1849 di Batavia didirikan sebuah sekolah paramedis
 - d. Tahun 1857 Pelatihan kebidanan dihentikan.(Kasmiyati, 2018)
 - e. Tahun 1888 Berdirinya Laboratorium kedokteran di Bandung, Medan, Semarang, Surabaya, Yogyakarta untuk dukung pemberantasan penyakit
 - f. Tahun 1825 Hydrich (petugas kesehatan Belanda): mengembangkan daerah percontohan dengan penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas.
 - g. Tahun 1827 berdirinya School Tot Opleiding Van Indiche Arstein (STOVIA) atau Sekolah untuk Pendidikan Dokter Pribumi. Dalam perjalannya berubah menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia FKUI tahun 1947.
 - h. Tahun 1923 berdirinya Sekolah Kebidanan di Batavia.
 - i. Sejak itu kehadiran bidan terus bertambah, beriringan dengan mulai meningkatnya kesadaran para ibu untuk menggunakan tenaga bidan dibandingkan dukun beranak.(Kasmiyati, 2018)
 - j. Tahun 1930 pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan. Dukun bayi diusulkan dalam program tersebut. Namun kenyataanya upaya merekrut dukun bayi gagal total karena mereka pada umumnya berusia lanjut dan percaya dengan tahayul
 - k. Tahun 1935 dilakukan program pemberantasan pes, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.

2. Periode Kemerdekaan

a. Era Orde Lama

- 1) Tahun 1951 Dr. Y. Leimena dan Dr. Patah memperkenalkan konsep Bandung Plan, menyatakan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan aspek preventif tidak dapat dipisahkan
- 2) Tahun 1952 pelatihan intensif dukun bayi. Pelayanan ibu dan anak secara tradisional dilakukan oleh dukun beranak. Dalam bekerja dukun beranak biasanya menggunakan peralatan yang tidak steril. Hal ini yang mendasari pemerintah mengadakan pelatihan kebidanan di Hindia Belanda. (Kasmiyati, 2018). Tindakan dukun seperti memotong tali pusar dengan menggunakan sembilu (terbuat dari bambu), pisau dapur atau menggunakan silet. Tindakan ini yang sering menyebabkan penyakit tetanus pada bayi yang baru lahir
- 3) Tahun 1956 Dr. Y. Sulianti mendirikan proyek Bekasi (tepatnya lemah abang) sebagai proyek percontohan atau model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia dan sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan. Konsep ini merupakan model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis. (Siyoto, 2016).

b. Era Orde Baru

Di masa orde baru dalam sejarah kesehatan masyarakat Indonesia mengalami perkembangan menurut Ulfa, 2013.

- 1) Pada tahun 1967, diadakan seminar yang merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu. Dibuat konsep Puskesmas oleh Dr Ahmad Podilogo yang mengacu pada konsep

Bandung dan Bekasi. Dalam seminar disepakati sistem puskesmas tipe A,B,C

- 2) Pada tahun 1968 dilaksanakan Rapat Kerja Kesehatan Nasional yang menetapkan Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat. merupakan sistem pelayanan terpadu yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah menjadi Puskesmas.
- 3) Tahun 1979 tidak dibedakan lagi antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja. Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain yaitu *Micro Planning* untuk perencanaan dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan serta pengembangan kerjasama tim.
- 4) Tahun 1984, tanggung jawab puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penaggulangan Diare, Immunisasi) ditingkatkan dengan berkembangnya program Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)
- 5) Awal tahun 1990-an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat.

c. Era Reformasi

- 1) Perubahan Departemen Kesehatan menjadi Kementrian Kesehatan.

Pemerintah melalui Peraturan Presiden No 47 tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementrian Negara (Utama, 2018)

- 2) Penyakit Covid-19

Penyakit Covid-19 masuk dari Wuhan, Tiongkok hanya membutuhkan waktu 48 hari untuk menginfeksi 1.000 orang.

Usaha yang Dilakukan dalam Penanganan Covid-19

Berbagai upaya dilakukan oleh berbagai negara untuk menanggulangi penyebaran Covid-19. Kebijakan yang diambil oleh banyak negara yang terpapar Covid-19 terpusat kepada dua kebijakan utama yaitu *social distancing* dan/atau *lockdown*. Seperti halnya negara lain Indonesia juga melakukan kebijakan yang sama. (Herdiana, 2020). Dari kegiatan Pengabdian Masyarakat di daerah Muna, Buton Utara dan Kolaka didapatkan hasil masih banyak masyarakat yang kurang paham terhadap protokol kesehatan, untuk itu perlu dilakukan upaya kepada masyarakat mulai dari pemberian video edukasi, pemasangan spanduk, pembagian masker, handsanitizer dan lain sebagainya (Rangki et al., 2020). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Vivin Nur Hafifah, 2021) menyimpulkan penanggulangan covid dilakukan dengan penggunaan masker, menjaga jarak, mencuci tangan, meningkatkan immunitas, mengganti baju atau mandi sesampai di rumah, membersihkan benda-benda yang sering ditangani dengan disinfektan.

Sebagai institusi pendidikan kesehatan Politeknik Kesehatan Palembang Palembang turut berperan aktif dalam upaya penanggulangan penyebaran Covid-19 dengan melakukan protokol kesehatan secara ketat dilingkungan kampus, vaksinasi bagi seluruh civitas akademika dan keluarga, membagikan masker kepada masyarakat dipasar tradisional dan penyuluhan kesehatan.

Masalah Kesehatan yang Dihadapi Indonesia

Menurut (Indonesia, 2019) hasil yang dilakukan oleh lembaga riset *The Indonesian Institute* ada tiga masalah yang masih menjadi persoalan dalam bidang kesehatan di Indonesia:

1. Infrastruktur yang belum merata dan kurang memadai.

Masih banyak masyarakat yang tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan karena tidak ada fasilitas yang

disediakan dengan alasan letak geografis yang sulit dijangkau.

2. Distribusi tenaga kesehatan yang belum merata.

Beberapa daerah masih banyak kekurangan tenaga kesehatan terutama dokter spesialis.

3. Pendanaan

Tahun 2014 pemerintah hanya mengalokasikan 2,4% dana APBN untuk bidang kesehatan. Dalam Undang-Undang Kesehatan No 36/2009 mengamanatkan dana kesehatan sebesar 5% dari APBN.

Disamping masalah diatas masih banyak masalah kesehatan terutama masalah penyakit yang masih mendominasi di Indonesia. Ada enam masalah di Indonesia yaitu:(Widyawati, 2020) Masalah kesehatan tersebut antara lain: Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (AKI/AKB), Pengendalian Stunting, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) , Tata Kelola Sistem Kesehatan.

Upaya Pemerintah dalam Pemecahan Masalah Kesehatan di Indonesia

Untuk mengatasi permasalahan yang ada ada beberapa hal yang sudah dilaksanakan seperti yang dinyatakan oleh (Kesehatan, 2015)

1. KIS merupakan wujud program Indonesia Sehat. Isi Program ini:
 - a. Menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan
 - b. Perluasan cakupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan bayi baru lahir dari peserta penerima PBI

- c. Memberikan tambahan manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi

2. Pertemuan Antar Menteri

Pertemuan ini dimaksudkan untuk mensinergikan program kesehatan dengan pembangunan dikementerian lain. Pertemuan telah dilakukan dengan:

a. Menteri Dalam Negeri

Isi pertemuan, mensosialisasikan Jaminan Kesehatan Nasional melalui asosiasi kepala daerah, memperkuat pembekalan tenaga kesehatan yang akan ditempatkan di daerah, Memperbanyak puskesmas di daerah terpencil, membuat surat edaran kepada kepala daerah.

b. Menteri Komunikasi dan Informasi

Isi pertemuan: menandatangani Penguatan SPGDT dengan layanan satu nomor panggil (119) serta pelaksanaan assesment oleh Kemenkominfo terhadap berbagai aplikasi yang ada di kementerian.

c. Menteri Desa, Pembangunan Desa Tertinggal dan Transmigrasi

Isi pertemuan: Menyiapkan infrastruktur pendukung seperti bangunan fisik, jalan, air bersih, sarana komunikasi, sistem keamanan secara khusus untuk wilayah perbatasan terkait dengan pergerakan manusia, hewan, barang, penyakit dan khusus untuk wilayah transmigrasi baru mempertimbangkan juga bidang usaha kecil yang terjamin dan sehat.

d. Menteri Perdagangan

Isi pertemuan: Mempromosikan jamu sebagai warisan budaya Indonesia, mendukung perlindungan masyarakat untuk produk

makanan import, Mendukung pengaturan bahan berbahaya untuk makanan dan minuman, meningkatkan koordinasi perdagangan barang dan jasa dalam rangka menghadapi Masyarakat Ekomnomi Asean (MEA)

e. Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat

Isi pertemuan: Membangun akses masyarakat ke fasilitas pelayan kesehatan primer, meningkatkan pembangunan sarana air bersih dan sanitasi untuk masyarakat, membangun perumahan untuk tenaga kesehatan, mengintegrasikan pembangunan kawasan kumuh dengan program kesehatan (Air bersih, STBM dan PHBS)

f. Menteri Pendidikan dan Kebudayaan

Isi pertemuan: menyusun materi PHBS untuk guru sebagai *agent of change*, merevitalisasi UKS, menghidupkan kembali program pemberian makanan tambahan anak sekolah melalui gerakan sarapan pagi, membangun kegiatan rutin sekolah berupa membaca, olahraga, menyanyikan lagu daerah dan piket membersihkan lingkungan sekolah.

3. Nusantara Sehat

Didalam program ini dilakukan peningkatan jumlah, sebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan berbasis pada TIM yang memiliki latar belakang berbeda mjulai dari dokter, perawat, teknologi laboratoium medis.

Daftar Pustaka

- Andi Asri, Ali Imran, A. A. (2020). Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pengendalian Covid-19. PT Nasya Expanding Management.
- Aswin, L. P. (2020). Peranan Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Penanggulangan Covid-19. Universitas Katholik Indonesia Atma Jaya.
- CDC. (2019). 1957-1958 Pandemic (H2N2 virus). <https://www.cdc.gov>
- Hafyari Harnan, Rico Sitorus, Chairil Anwar, Herry Hermansyah, H. (2020). Hubungan Lalapan dengan Kejadian Infeksi Soil Transmitted Helminths (STH) pada Anak Sekolah di Kecamatan Gandus Tahun 2019. *Journal Analisis Medika Biosains*. <http://jambs.poltekkes-mataram.ac.id>
- Hartono, R. (2017). Flashback Sejarah dan Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Negara Maju dan Berkembang. <http://kesmas-id.com>
- Herdiana, D. (2020). Implementasi Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) Sebagai Upaya Penanggulangan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). *Decision: Jurnal Administrasi Publik*, 2(2). <https://doi.org/10.23969/decision.v2i2.2978>
- Indonesia, Kebijakan Kesehatan. (2019). Tiga Masalah Kesehatan yang Dihadapi Indonesia. Jaringan Kebijakaan Kesehatan Indonesia. <https://kebijakankesehatanindonesia.net>
- Kasmiyati. (2018). Dari Yogyakarta untuk Indonesia, Badan Kesehatan Ibu dan Anak 1952-1969. <https://histma.fib.ugm.ac.id>
- Kementrian Kesehatan. RI. (2020). Enam Isu Kesehatan Jadi Fokus Kemenkes di Tahun 2021. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id>
- Kementrian Kesehatan. RI. (2021a). Level-Situasi-Covid-19-Provinsi_28-September-2021. <https://pusdatin.kemkes.go.id>

- Kementrian Kesehatan. RI. (2021b). Situasi Covid-19. <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Kementrian . Kesehatan, (2015). Program Indonesia Sehat untuk Atasi Masalah Kesehatan. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id>
- O’neal, C. (2008). The Influenza Pandemic Of 1918. Mitchelle Line. <https://books.google.co.id>
- Rangki, L., Alifariki, L. O., & Dalla, F. (2020). Upaya pencegahan dan penanggulangan transmisi covid 19 melalui program KKN Tematik Mahasiswa Universitas Halu Oleo. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 266–274. [//www.jceh.org](http://www.jceh.org)
- Silvia Dita, DEti Kurniawati, M. Y. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Kecacingan Pada Anak Sekolah Dasar Di Kelurahan Legok Kota Jambi Tahun 2020. <http://publikasi.ildikti10.id>
- Siyoto, S. R. (2016). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Syukra Alhamda, Y. S. (2016). POKOK BAHASAN: 6 . Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Derajat. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Ulfa, M. (2013). Sejarah perkembangan pusat pelayanan Kesehatan Masyarakat. 1–25.
- Utama, N. R. (2018). Perubahan Organisasi Institusi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan. Wineka Media.
- Vivin Nur Hafifah, S. N. B. N. M. (2021). Upaya Penanggulangan Covid-19 Dalam Keluarga Civitas Akademika Universitas Nurul Jadid. *Journal Keperawatan Profesional*, 9.
- WHO. (2021). Disease Outbreak News (DONs). <https://www.who.int/emergencies>

- Widjajanti, W. (2020). Penyakit Yang Pernah Menjadi Wabah Di Dunia.
<http://www.b2p2vrp.litbang.kemkes.go.id>
- Widyawati. (2020). 5 Fokus Masalah Kesehatan Tahun 2020.
Sehatnegeriku.<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id>

Profil Penulis



Herry Hermansyah. AMAK., SKM., M.Kes

Penulis saat masih SMP sudah tertarik dibidang kesehatan, untuk mewujudkan ketertarikan tersebut penulis masuk Sekolah Menengah Analis Kesehatan (SMAK) Departemen Kesehatan Palembang. Tahun 1991 diangkat sebagai pegawai negeri sipil sebagai asisten guru praktikum bidang studi Bakteriologi dan pada tahun 1998 mendapat tugas belajar di Akademi Analis Kesehatan (AAK) Departemen Kesehatan Jakarta. Tahun 2000 SMAK ditingkatkan menjadi AAK dan penulis menjadi dosen. Tahun 2002 izin belajar untuk melanjutkan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang. Pada tahun 2007 izin belajar di Program Pascasarjana Universitas Sriwijaya Ilmu Biomedik dengan Bidang Kajian Utama Parasitologi Kedokteran. Sampai saat ini sebagai dosen Parasitologi, Bakteriologi, Promkes dan Epidemiologi di Politeknik Kesehatan Palembang jurusan Teknologi Laboratorium Medis. Sebagai dosen pengampu mata kuliah Promosi Kesehatan dan Epidemiologi menulis buku ini pengalaman pertama bagi penulis. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dibidang kajian Parasitologi dan Bakteriologi yang beberapa sudah terbit di journal dan sudah mendapat sertifikat HAKI pengabdian masyarakat tentang Penyakit Tuberculosis

Email Penulis: herryhermansyah@poltekkespalembang.ac.id

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Elmi Nuryati, M.Epid

Universitas Muhammadiyah Pringsewu

Definisi Derajat Kesehatan Masyarakat

Tujuan utama dari sistem kesehatan adalah untuk meningkatkan aksesibilitas kelompok yang kurang terlayani dan untuk mengurangi ketidaksetaraan pedesaan dan perkotaan dalam memanfaatkan hasil perawatan kesehatan (Salehi Zalani et al., 2016). Derajat kesehatan merupakan salah satu kelompok penting indikator Indonesia Sehat atau merupakan indikator hasil. Gambaran tentang derajat kesehatan meliputi indikator Mortalitas (kematian), Morbiditas (kesakitan), dan Status Gizi. Angka Morbiditas dilihat dari angka kesakitan beberapa penyakit balita dan dewasa (Hasnidar et al., 2020).

Derajat kesehatan ditentukan oleh 40 persen faktor lingkungan, 30 persen faktor perilaku, 20 persen pelayanan kesehatan, dan 10 persen genetika atau keturunan (Rokom, 2019). Dengan kata lain, faktor lingkungan yang dalam hal ini seperti menjaga kebersihan lingkungan dan sanitasi harus baik, menjadi faktor penentu tertinggi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun yang terjadi di masyarakat saat ini, dalam meningkatkan derajat kesehatan justru lebih tinggi pada pelayanan kesehatan. Artinya banyak masyarakat

yang dilakukan pengobatan atau kuratif di fasilitas kesehatan tapi kebersihan lingkungan kurang diperhatikan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Teori klasik Hendrik Bloom (1974) menyatakan bahwa ada 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan secara berturut-turut, yaitu:

1. Faktor perilaku (*life style*);

Faktor perilaku Perilaku sangat berperan penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Kebanyakan penyakit yang menyerang manusia disebabkan oleh perilaku yang tidak bertanggung jawab pada tubuhnya sendiri. Beberapa perilaku yang mempengaruhi kesehatan antara lain pola makan yang sehat, istirahat yang cukup, dan olahraga teratur. Contohnya penyakit yang mungkin timbul akibat tidak menjaga perilaku kesehatan adalah tekanan darah tinggi dan kolesterol, akibat terlalu banyak makan makanan yang berlemak. Selain itu, diabetes akibat terlalu sering makan makanan yang manis

Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan Perilaku (tindakan) seseorang dapat dipengaruhi oleh hal berikut (Surahman, 2016):

- a. *Predisposing factors* mencakup pengetahuan, sikap, dan nilai seseorang.
- b. *Enabling factors* yang mencakup ketersediaan dan keterjangkauan sarana dan sumber daya.
- c. *Reinforcing factors* yang mencakup sikap dan tindakan petugas kesehatan dan aturan lingkungan sosialnya.

Perubahan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku tanpa dasar pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi

perilaku baru. Dalam diri orang tersebut, terjadi proses yang berurutan sebagai berikut:

- a. *Awareness* (kesadaran) seseorang terhadap adanya stimulus (objek) tertentu
- b. *Interest* (merasa tertarik), yaitu munculnya sikap subjek terhadap objek tertentu
- c. *Evaluation* (menimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya
- d. *Trial*, yaitu seseorang mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
- e. *Adoption*, yaitu seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan dan sikapnya terhadap stimulus. Mekanisme tingkah laku tiruan sebagai berikut:
 - 1) Tingkah laku sama (*same behavior*) Contoh: dua orang yang berbelanja di toko yang sama dan dengan barang yang sama.
 - 2) Tingkah laku tergantung (*matched dependent behavior*) Contoh: kakak-beradik yang menunggu ibunya pulang dari pasar. Biasanya ibu mereka membawa coklat (ganjaran). Adiknya yang semula hanya meniru tingkah laku kakaknya, di lain waktu meski kakaknya tak ada, ia akan lari menjemput ibunya yang baru pulang dari pasar.
 - 3) Tingkah laku salinan (*copying behavior*) Perbedaan dengan tingkah laku bergantung adalah si peniru hanya bertingkah laku terhadap isyarat yang diberikan oleh orang lain. Sementara itu, pada tingkah laku salinan, si peniru memperhatikan juga tingkah laku model di masa lalu dan masa yang akan datang. Tingkah laku model dalam kurun waktu relatif panjang ini akan dijadikan

Pada masyarakat modern di mana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/masyarakat terbiasa beraktivitas dengan menggunakan transportasi seperti kendaraan bermotor sehingga individu/masyarakat kurang menggerakkan anggota tubuhnya (berolah raga). Kondisi ini dapat beresiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolah raga ditambah lagi kebiasaan masyarakat modern mengkonsumsi makanan cepat saji yang kurang mengandung serat. Fakta tersebut akan mengakibatkan transisi epidemiologis dari penyakit menular ke penyakit degeneratif. Berikut ini contoh dari *life style* yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang:

- a. Perilaku perokok yang dimulai sejak dini akan meningkatkan risiko kanker pada paru-paru.
 - b. Perilaku mengkonsumsi makanan cepat saji (*junk food*) akan meningkatkan risiko obesitas yang berisiko pada penyakit jantung.
 - c. Kebiasaan menggunakan masker, mencuci tangan dan menjaga jarak pada pandemi covid 19 saat ini akan mengurangi resiko tertular virus covid
2. Faktor Lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya);

Faktor lingkungan Lingkungan yang bersih sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan manusia. Lingkungan yang tidak terawat dan kotor berisiko menimbulkan berbagai penyakit, seperti demam berdarah, diare, dan gatal-gatal. Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya; ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat.

Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik maka akan semakin sulit. Contohnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga kelangsungan hidup, jika individu/masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu atau masyarakat, semakin tinggi tingkat pendidikan individu/masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik (Erliana & Sumiati, 2020).

Dari kualitas udara yang kita hirup hingga kondisi jalan yang sering kita lalui, faktor lingkungan dapat memiliki pengaruh besar pada kesehatan masyarakat. Terlebih lagi, faktor-faktor ini telah berkembang pesat dari waktu ke waktu, baik karena peristiwa alam maupun yang disebabkan oleh manusia. Banyak penelitian yang telah dilakukan berkaitan dengan pengaruh lingkungan terhadap kesehatan telah mencatat banyak cara interaksi ini dapat memengaruhi kebugaran fisik, kerentanan terhadap penyakit, dan aspek lain dari kesehatan manusia (WHO, 2021).

Faktor - faktor lingkungan utama yang mempengaruhi kesehatan menurut WHO 2021 adalah:

a. Keamanan bahan kimia

Bahan kimia yang berbeda dapat berdampak pada kesehatan manusia dengan cara yang berbeda, dan seringkali, paparan zat berbahaya atau asing menciptakan kerentanan kesehatan. Bidang keamanan bahan kimia berkaitan dengan meminimalkan efek bahan kimia alami dan sintetis. Lebih khusus lagi, keamanan bahan kimia berusaha untuk melindungi kesehatan manusia dan lingkungan dari paparan racun potensial; ini berfokus pada bahan kimia yang ada di dunia, serta bahan kimia sintetis yang digunakan dalam proses industri atau merupakan

produk sampingan dari aktivitas manufaktur. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lebih dari 1,6 juta kematian pada tahun 2016 disebabkan oleh paparan bahan kimia tertentu. Beberapa contoh bahan kimia berbahaya di lingkungan adalah logam berat dan racun yang masuk ke pasokan air dan pestisida berbahaya yang masuk ke rantai pasokan makanan.

b. Polusi udara

Penelitian telah menunjukkan bahwa efek polusi udara pada manusia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, tidak hanya karena perannya dalam perubahan iklim, tetapi juga karena paparan polusi udara dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Ketika para peneliti lingkungan berbicara tentang polusi udara, mereka menggambarkan partikel padat atau cair, serta gas, yang tersuspensi di udara dan memiliki efek berbahaya atau beracun. Ketika kita berpikir tentang polusi udara, kita cenderung berpikir dalam hal polutan yang disebabkan oleh manusia, dan memang demikian: Beberapa contoh polusi udara yang paling berbahaya dan ada di mana-mana termasuk knalpot mobil dan truk, serta produk sampingan yang mencemari dari proses industri. Namun, banyak polutan udara alami dapat menyebabkan masalah kesehatan; misalnya, serbuk sari dan spora jamur sering dikaitkan dengan asma dan alergi.

Menurut WHO, efek polusi udara pada manusia sangat signifikan. Misalnya, polusi udara menyebabkan:

- 1) 29% dari semua kematian global akibat penyakit paru-paru
- 2) 24% dari semua kematian global akibat stroke
- 3) 17% dari semua kematian dan penyakit global akibat infeksi saluran pernapasan bawah akut

c. Perubahan iklim dan bencana alam

Isu lingkungan lain yang berdampak serius bagi kesehatan manusia adalah perubahan iklim, seiring dengan meningkatnya bencana alam yang mengiringi perubahan iklim bumi. Asosiasi Kesehatan Lingkungan Nasional mencantumkan perubahan iklim sebagai satu-satunya ancaman kesehatan manusia terbesar di abad ke 21. Perubahan iklim mengganggu alam dalam beberapa cara yang dapat menghambat kesehatan dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit; ini termasuk peningkatan suhu planet dan lebih seringnya hujan lebat dan banjir. Berbagai dampak dapat mengakibatkan kerentanan yang lebih besar terhadap penyakit saraf dan pernapasan, diare, dan banyak lagi. Selain itu, perubahan iklim meningkatkan frekuensi bencana alam, sering kali memiliki efek rakus pada rumah dan masyarakat dan kadang-kadang mengakibatkan hilangnya nyawa. Kebakaran hutan, angin topan, angin topan, dan kekeringan hanyalah beberapa contoh.

d. Penyakit yang disebabkan oleh mikroba

Penyakit yang disebabkan oleh mikroba – juga dikenal sebagai mikroorganisme, menghadirkan area lain yang menjadi perhatian kesehatan masyarakat. Triliunan mikroba ada di dalam tubuh manusia, dan mereka juga hidup di air, tanah, dan udara. Kebanyakan dari mereka tidak memiliki efek kesehatan negatif, dan banyak mikroba melakukan fungsi biologis penting, seperti mendukung kesehatan pencernaan dan kekebalan, menurut *National Human Genome Research Institute*. bakteri, virus, dan jamur adalah jenis mikroba.

Mikroba berbahaya, yang lebih sering disebut patogen atau kuman, dapat menginfeksi manusia dan menyebabkan penyakit. Makan adalah salah satu cara utama di mana manusia dapat tertular

penyakit yang disebabkan oleh mikroba. Salah satu contohnya adalah keracunan makanan dari *E.coli*, sejenis bakteri yang dapat ditemukan di lingkungan dan makanan, dan yang dapat menyebabkan penyakit pernapasan, infeksi saluran kemih, dan efek buruk lainnya bagi kesehatan. Ada juga sejumlah mikroba berbahaya yang hidup di tanah. Manusia dapat bersentuhan dengan mereka dengan menelannya (melalui makanan yang terkontaminasi) atau menghirupnya (melalui partikel tanah di udara). Tetanus dan botulisme adalah contoh penyakit yang disebabkan oleh mikroba tular tanah.

e. Kurangnya akses ke perawatan kesehatan

Faktor lingkungan lain yang berkontribusi terhadap penyakit dan hasil kesehatan yang buruk secara keseluruhan adalah tinggal di daerah dengan kurangnya akses ke layanan perawatan kesehatan. Menurut Healthy People, “Banyak orang menghadapi hambatan yang mencegah atau membatasi akses ke layanan perawatan kesehatan yang dibutuhkan, yang dapat meningkatkan risiko hasil kesehatan yang buruk dan kesenjangan kesehatan.” Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kurangnya akses ke perawatan kesehatan adalah ketidakstabilan ekonomi, transportasi yang tidak dapat diandalkan ke fasilitas klinis, dan kurangnya pendidikan tentang pentingnya perawatan pencegahan.

Individu yang tidak memiliki akses ke layanan perawatan kesehatan (termasuk obat-obatan serta perawatan gigi) berada pada risiko yang lebih tinggi untuk kondisi kronis, yang mungkin termasuk asma, kanker, diabetes, atau penyakit jantung.

f. Masalah infrastruktur

Masalah infrastruktur juga dapat berdampak besar pada kesehatan masyarakat. Contohnya sebagai berikut:

- 1) Jalan yang tidak terawat (meningkatkan risiko kecelakaan mobil)
- 2) Kurangnya akses terhadap air minum bersih
- 3) Kurangnya infrastruktur perawatan kesehatan setempat, seperti klinik yang mampu memberikan vaksinasi

Mengatasi infrastruktur yang buruk memerlukan alokasi sumber daya yang tepat dari pemerintah, serta tenaga kerja yang memenuhi syarat untuk menjaga infrastruktur tetap terpelihara dengan baik.

g. Kualitas air yang buruk

Verywell Health melaporkan bahwa di seluruh dunia, lebih dari 780 juta orang tidak memiliki akses ke air minum bersih; yang mengejutkan, sekitar sepertiga populasi dunia tidak memiliki akses ke layanan sanitasi yang layak (misalnya, kamar mandi bersih). Implikasi kesehatannya serius. Setiap hari, lebih dari 2.200 anak meninggal karena penyakit yang disebabkan oleh kualitas air yang buruk. Sejumlah faktor dapat berkontribusi terhadap kualitas air yang buruk, termasuk limbah dan polusi industri, kurangnya akses ke layanan pengolahan air dan sanitasi yang layak, dan infrastruktur pipa ledeng yang ketinggalan zaman.

h. Isu lingkungan global

Menurut WHO, Masalah lingkungan global menyebabkan lebih dari 12,6 juta kematian setiap tahun. Seiring dengan masalah yang disebutkan di sini, ini dapat mencakup polusi tanah, radiasi ultraviolet, dan hilangnya keanekaragaman hayati. Menurut data, lebih dari 100 penyakit dan

cedera dapat secara langsung dikaitkan dengan masalah kesehatan lingkungan. Seringkali, masalah ini memiliki dampak terbesar pada masyarakat yang miskin dan sudah memiliki kerentanan perawatan kesehatan yang signifikan.

3. Faktor pelayanan kesehatan.

Faktor pelayanan kesehatan Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik akan mempercepat kesehatan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan yang baik meliputi mutu pelayanan yang baik, ketersediaan tenaga kesehatan yang berkompetensi, akses yang mudah, serta mencapai ke pelosok.

Layanan kesehatan adalah produk tidak berwujud dan tidak dapat disentuh, dirasakan, dilihat, dihitung, atau diukur secara fisik seperti barang manufaktur. Namun, kualitas layanan kesehatan tergantung pada proses layanan dan interaksi pasien dan tenaga kesehatan. Beberapa atribut kualitas layanan kesehatan seperti ketepatan waktu, konsistensi, dan akurasi sulit diukur di luar penilaian subjektif oleh pasien (Mosadeghrad, 2014).

Layanan kesehatan dibedakan menjadi tiga komponen kualitas:

a. Kualitas teknis

Kualitas teknis berkaitan dengan efektivitas perawatan dalam menghasilkan keuntungan kesehatan yang dapat dicapai

b. Kualitas interpersonal

Kualitas interpersonal mengacu pada tingkat akomodasi kebutuhan dan preferensi pasien

c. Fasilitas.

Fasilitas termasuk fitur seperti kenyamanan lingkungan fisik dan atribut organisasi penyediaan layanan karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta

kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas sangat berpengaruh oleh lokasi, apakah dapat dijangkau oleh masyarakat atau tidak, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan, serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik.

Kualitas kesehatan yang baik berarti "memberikan pasien dengan layanan yang tepat dengan cara yang kompeten secara teknis, dengan komunikasi yang baik, pengambilan keputusan bersama dan kepekaan budaya dan sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi meningkatkan kemungkinan hasil perawatan kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini" (Schuster, McGlynn, & Brook, 1998).

4. Faktor genetik (keturunan)

Faktor 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.

Namun ada pula beberapa penyakit yang menimbulkan risiko terkena lebih tinggi, namun masih bisa dicegah. Contohnya seperti tekanan darah tinggi, diabetes, dan kanker. Misi profesional kesehatan adalah untuk "memenuhi kepentingan

masyarakat dalam memastikan kondisi di mana orang bisa sehat". Misi ini mengharuskan kita menanggapi prioritas dan kemajuan yang selalu berubah di dunia ilmiah. Beberapa dekade terakhir telah menyaksikan kemajuan teknologi besar. Terobosan dalam genetika manusia memberikan janji besar untuk meningkatkan kesehatan. Penemuan dalam genetika sudah berdampak pada kesehatan masyarakat dalam berbagai cara. Setiap hari, para profesional kesehatan dan masyarakat umum diberikan informasi tentang penemuan-penemuan menarik di berbagai bidang seperti kanker, penyakit jantung, dan cacat lahir, sehingga menciptakan harapan akan layanan kesehatan yang lebih baik.

Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat dan genetik (Aswini & Varun, 2010), dibahas sebagai berikut:

a. Penilaian

Untuk meningkatkan kesehatan, penting untuk memahami bagaimana genetika berinteraksi dengan faktor lain. Oleh karena itu, perlu untuk secara teratur mengumpulkan, menganalisis, dan berbagi informasi, termasuk informasi genetik dan interaksi lingkungan yang terkait dengan kondisi kesehatan, risiko, dan sumber daya masyarakat. Dalam hal ini surveilans diperlukan untuk menentukan:

- 1) Frekuensi populasi varian genetik yang mempengaruhi orang terhadap penyakit tertentu, baik yang umum maupun yang jarang;
- 2) Frekuensi morbiditas dan mortalitas populasi yang terkait dengan penyakit tersebut;
- 3) Prevalensi dan efek faktor lingkungan yang diketahui berinteraksi dengan genotipe tertentu dalam menghasilkan penyakit.

Faktor lain termasuk ketersediaan sumber daya genetik yang berkualitas di masyarakat, kesesuaian teknologi genetik yang ditawarkan

kepada masyarakat, aksesibilitas layanan klinis dan genetik, biaya dan manfaat penggunaan teknologi genetik, dan pengetahuan masyarakat tentang penggunaan genetika untuk meningkatkan kesehatan.

1) Kebijakan pemerintah

Kebijakan kesehatan masyarakat juga memberikan panduan dan informasi yang objektif kepada anggota masyarakat untuk memberdayakan mereka dalam pengambilan keputusan mengenai penggunaan teknologi genetik.

2) Jaminan kesehatan

Secara terprogram, penggabungan informasi genetik terkini di bidang-bidang seperti kesehatan ibu dan anak, kesehatan kerja, dan program pencegahan penyakit akan meningkatkan hasil dengan memberikan informasi pencegahan yang lebih baik. Informasi ini harus tersedia dalam format yang sesuai dengan target audiens dalam hal tingkat membaca dan kompetensi budaya.

Daftar Pustaka

- Aswini, Y. B., & Varun, S. (2010). Genetics in public health: Rarely explored. *Indian J Hum Genet*, 16(2), 47-54. doi:10.4103/0971-6866.69326
- Erliana, & Sumiati, S. (2020). Konsep Kesehatan Masyarakat. Retrieved from <https://pediailmu.com/kesehatan/konsep-kesehatan-masyarakat-bab-1-topik-3/>
- Hasnidar, H., Tasnim, T., Sitorus, S., Hidayati, W., Mustar, M., Fhirawati, F., . . . Susilawaty, A. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Yayasan Kita Menulis*.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*, 3(2), 77-89. doi:10.15171/ijhpm.2014.65
- Rokom. (2019). Derajat Kesehatan 40% Dipengaruhi Lingkungan. Sehat Negeriku. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20190221/3029520/derajat-kesehatan-40-dipengaruhi-lingkungan/>
- Salehi Zalani, G., Bayat, M., Shokri, A., Mirbahaeddin, S. E., Rasi, V., Alirezaei, S., & Manafi, F. (2016). Affecting Factors on the Performance of Community Health Workers in Iran's Rural Areas: A Review Article. *Iran J Public Health*, 45(11), 1399-1410.
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q*, 76(4), 517-563, 509. doi:10.1111/1468-0009.00105
- Surahman, S. S., . (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*, . Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- WHO. (2021). WHO, Public Health, Evironmental , Social and Determinan of Health (PHE). Retrieved from [ttps://www.who.int/home/cms-decommissioning](https://www.who.int/home/cms-decommissioning). [ttps://www.who.int/home/cms-decommissioning](https://www.who.int/home/cms-decommissioning)

Profil Penulis



Elmi Nuryati, M.Epid, lahir di Banjar manis Tanggamus pada tanggal 15 November 1975. Tahun 1996 penulis menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan di STIKes Bani Saleh Bekasi dan setelah lulus bekerja di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi. Kemudian pada tahun 2000 penulis mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Epidemiologi pada Universitas Diponegoro Semarang. Ketertarikan menulis dan meneliti di mulai sejak penulis menyelesaikan pendidikan S1.

Untuk memperdalam bidang penelitian maka pada tahun 2010 peneliti melanjutkan pendidikan S2 Epidemiologi di Universitas Indonesia lulus tahun 2012 dan saat ini sedang menyelesaikan Program Doktor (Phd) pada Mahsa University of Malaysia. Karir sebagai dosen dimulai tahun 1998 pada Akper Muhammadiyah Pringsewu, tahun 2008-2019 di Stikes Muhammadiyah Pringsewu dan tahun 2019 sampai dengan sekarang di Universitas Muhammadiyah Pringsewu. Beberapa buku yang telah ditulis adalah Asuhan Keperawatan Keluarga, Teori dan Aplikasi Epidemiologi Kesehatan, Hipertensi pada Wanita, Penulisan Ilmiah. Penulis mengampu mata kuliah keperawatan dasar, penulisan ilmiah, metodologi penelitian, biostatistik, keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga.

Email Penulis: elmighavind@umpri.ac.id

ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Sherli Shobur, SKM. MKM.

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Pengorganisasian dalam Kesehatan

Pengorganisasian adalah keseluruhan proses pengelompokkan orang-orang, alat-alat, tugas, tanggung jawab atau wewenang sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai satu kesatuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Berdasarkan batasan tersebut diatas, pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) semua kegiatan yang beraspek personil, finansial, material, dan tata cara dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Rimawati (2015) mengatakan bahwa fungsi pengorganisasian dapat diketahui;

1. Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok.
2. Hubungan organisatoris antar orang di dalam organisasi tersebut melalui kegiatan yang dilakukannya.
3. Pendelegasian wewenang.
4. Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik

Prinsip Pokok Organisasi

Herujito (2011) mengutip dari Fanyol (1918) mengatakan bahwa terdapat 14 prinsip dalam pengorganisasian yaitu;

1. Pembagian Kerja
2. Pendelegasian Wewenang
3. Disiplin
4. Kesatuan Komando
5. Kesatuan Tujuan
6. Prioritas
7. Penghargaan atas Prestasi dan Sanksi Kesalahan
8. Sentralisasi dan Desentralisasi Pengambilan Keputusan
9. Wewenang
10. Tata Tertib
11. Keadilan dan Kejujuran
12. Stabilitas dan Regulasi
13. Inisiatif
14. Keselarasan dan Persatuan

Administrasi Kesehatan

Administrasi berasal dari kata *administrare* (latin; *ad* = pada, *ministrare* = melayani) dengan demikian jika ditinjau dari asal kata administrasi berarti memberikan pelayanan kepada masyarakat.(Azrul, 1993). Administrasi merupakan wadah dan proses yang menentukan kebijakan dimana organisasi dan manajemen dipakai sebagai sarana untuk menentukan kebijakan umum, dengan memanfaatkan organisasi dan proses manajemen dalam usahanya untuk mencapai tujuan. Administrasi atau manajemen dalam dunia kesehatan sangat diperlukan agar dalam pelaksanaan program kesehatan dapat berjalan dengan efisien dan efektif. Administrasi pada dasarnya merupakan usaha tertentu untuk mencapai suatu tujuan (Maidin,2004)

Unsur – Unsur Pokok Administrasi Kesehatan

Kelima unsur pokok yang dimaksud ialah masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*target*), serta dampak (*impac*) (Azrul, 1993)

1. Masukan

Yang dimaksud dengan masukan (*input*), dalam administrasi adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Masukan ini dikenal pula dapat melaksanakan pekerjaan administrasi (*tools of administration*). Masukan dan/atau perangkat administrasi tersebut banyak macamnya.

a. Sumber

Yang dimaksud dengan sumber (*resources*) adalah segala sesuatu untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber ini secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yakni:

1) Sumber tenaga

Sumber tenaga (*Labour Resources*) dibedakan atas dua macam, yakni tenaga ahli (*skilled*) seperti Dokter, dokter gigi, Bidan, Perawat serta tenaga tidak ahli (*unskilled*), seperti pesuruh, penjaga malam dan pekerja kasar lainnya.

2) Sumber modal

Sumber modal (*Capital Resources*) banyak macamnya. Jika disederhanakan dapat dibedakan atas dua macam, yakni modal bergerak (*working capital*) seperti uang dan giro serta modal tidak bergerak (*fixed capital*) seperti bangunan, tanah, dan sarana kesehatan.

3) Sumber alamiah

Yang dimaksud dengan sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu

yang terdapat dalam yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal.

b. Tata Cara

Yang dimaksud tentang cara (procedures) adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki dan yang diterapkan.

c. Kesanggupan

Yang dimaksud dengan kesanggupan (capity) adalah keadaan fisik, mental dan biologis tenaga pelaksana. Sacara umum bahwa kesanggupan tenaga pelaksana dari negara yang telah maju lebih tinggi dari pada negara yang lebih maju lebih tinggi dari pada tenaga pelaksana dari tenaga pelaksana dari negara yang masih terbelakang. Mudah dipahami karena memanglah keadaan kesehatan serta keadaan gizi masyarakat di negara yang telah maju, jauh lebih baik dari pada negara yang masih terbelakang.

Selain 3 hal tersebut, unsur-unsur masukan dalam adminstrasi juga terdiri dari orang (man), uang (money), metode (methods), bahan-bahan (materials), mesin-mesin (machines), dan pemasaran (market) disingkat dengan 6 M (Rifa'i & Fadhli, 2013).

Berikut ini pemaparan masing-masing unsur-unsur dari manajemen tersebut:

- a. Man yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana.
- b. Money yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- c. Methods yaitu cara-cara yang dipergunakan dalam usaha mencapai tujuan
- d. Materials yaitu bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.

- e. *Machines* yaitu mesin-mesin/alat-alat yang diperlukan atau dipergunakan untuk mencapai tujuan.
- f. *Market* yaitu pasar untuk menjual barang dan jasa-jasa yang dihasilkan.

Keenam unsur ini memiliki fungsi masing-masing dan saling berinteraksi atau mempengaruhi dalam mencapai tujuan organisasi terutama proses pencapaian tujuan secara efektif.

2. Proses

Yang dimaksud dengan proses dalam administrasi adalah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Proses dalam administrasi dikenal dengan sebutan fungsi administrasi. Pada umumnya fungsi administrasi menjadi tanggung jawab pimpinan (pejabat manajemen). Pada saat ini dikenal beberapa pembagian proses dan ataupun fungsi administrasi tersebut. Beberapa diantaranya yang terpenting ialah:

- a. Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat membedakan fungsi administrasi atas 6 macam, yakni : perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*), pengawasan (*controlling*), pengkoordinasian (*coordinating*) dan penilaian (*evaluation*).
- b. George R. Terry membedakan fungsi administrasi atas 4 macam, yakni perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pergerakan (*actuating*) dan pengawasan (*controlling*). Fungsi administrasi menurut Terry ini dikenal singkatan POAC.
- c. Hendry Fayol membedakan fungsi administrasi atas 5 macam, yakni perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), perintah (*commanding*), pengkoordinasian (*coordinating*) dan pengawasan (*controlling*). (Azrul, 1993)

Dalam praktek sehari-hari untuk memudahkan pelaksanaannya, berbagai fungsi administrasi ini sering disederhanakan menjadi 4 macam saja, yaitu :

- a. Perencanaan (*planning*) yang didalamnya termasuk menyusun anggaran belanja.
- b. Pengorganisasian (*organizing*) yang didalamnya termasuk penyusunan staf.
- c. Pelaksanaan (*implementing*) yang didalamnya termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, pergerakan dan pengawasan.
- d. Penilaian (*evaluation*) yang didalamnya termasuk penyusunan laporan. (Azrul,1993)

3. Keluaran (Output)

Yang dimaksud dengan keluaran (output) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Untuk administrasi kesehatan, keluaran tersebut dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (health service). Pada saat ini pelayanan kesehatan tersebut banyak macamnya, secara umum dapat dibedakan atas 2 macam. Pertama, pelayanan kedokteran (medical services). Kedua, pelayanan kesehatan masyarakat (public health services) (Maidin, 2004).

4. Sasaran (Target)

Yang dimaksud dengan sasaran (target group) adalah kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang dimaksudkan disini dibedakan atas 4 macam, yakni perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (direct target group) atau pun bersifat sasaran tidak langsung (indirect group target) (Maidin, 2004).

5. Dampak (Impact)

Yang dimaksud dengan dampak adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran, untuk administrasi kesehatan, dampak yang diharapkan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat

kesehatan ini hanya akan dapat dicapai apabila kebutuhan dan tuntutan perseorangan, keluarga dan kelompok dan/atau masyarakat terhadap kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (health consumer) (Maidin, 2004).

Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat (Muninjaya, 2004). Manajemen kesehatan adalah suatu proses untuk menggerakkan sumber daya manusia dalam merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengawasi semua kegiatan pelayanan kesehatan dalam organisasi dalam upaya untuk:

1. Mengetahui adanya persoalan pelayanan kesehatan
2. Mendefinisikan persoalan pelayanan kesehatan
3. Mengumpulkan fakta-fakta yang terkait dengan pelayanan kesehatan
4. Data dan informasi yang timbul dalam pelayanan kesehatan
5. Menyusun alternatif penyelesaian persoalan pelayanan kesehatan
6. Mengambil keputusan pelayanan kesehatan dengan memilih salah satu alternatif penyelesaian dan melaksanakan keputusan serta tidak lanjut untuk mencapai tujuan yang harus di capai

Fungsi Manajemen Kesehatan

1. *Planning* (perencanaan) adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi sampai dengan menetapkan alternative kegiatan untuk pencapaiannya.
2. *Organizing* (pengorganisasian) adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi.
3. *Actuating* (*directing, commanding, motivating, staffing, coordinating*) atau fungsi penggerakan pelaksanaan adalah proses bimbingan kepada staff agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugas pokoknya sesuai dengan ketrampilan yang telah dimiliki, dan dukungan sumber daya yang tersedia.
4. *Controlling* (*monitoring*) atau pengawasan dan pengendalian (*wasdal*) adalah proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi jika terjadi penyimpangan (Muninjaya, 2004).

Unsur-Unsur Manajemen

1. Manusia (*Man*)

Pembangun organisasi kesehatan seperti rumah sakit, Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan terlaksananya manajemen.

2. Uang (*money*)

Uang atau anggran sangat diperlukan sebagai biaya yang harus dimiliki organisasi untuk melakukan pelayanan kesehatan, mulai dari perizinan, pembangunan rumah sakit, peralatan, pembayaran tenaga kerja dan lain sebagainya.

3. Bahan baku (*material*)

Meterial adalah obat-obatan yang digunakan organisasi kesehatan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan secara efisien.

4. Mesin (*machine*)

Mesin adalah peralatan yang digunakan dalam pelayanan kesehatan seperti peralatan untuk perawatan gigi, peralatan untuk persalinan, peralatan radiologi dan sebagainya.

5. Metode (*Method*)

Metode adalah cara yang ditempuh untuk melaksanakan sesuatu yang telah dirancang dengan baik sehingga tujuan akan dapat dicapai dengan tepat sesuai dengan perencanaan semula. Metode yang digunakan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan berperdoman pada SOP (Standar Operational Procedure).

Tantangan dan Masalah Kebijakan Manajemen Kesehatan

Globalisasi merupakan tantangan, masalah, dan sekaligus potensi untuk pembangunan nasional berwawasan kesehatan di masa mendatang. Pengaruh globalisasi, liberalisasi perdagangan, dan pelayanan melalui berbagai kesepakatan internasional akan memengaruhi berbagai aspek penyelenggaraan upaya kesehatan dan memerlukan kesiapan pemerintah beserta masyarakat. Pemerintah seharusnya melakukan upaya terpadu dalam pembangunan kesehatan supaya masyarakat mendapatkan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Prinsip-Prinsip Manajemen Kesehatan

Dalam SKN (2004) dikatakan bahwa manajemen kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling

mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perencanaan diperlukan karena pembangunan lebih besar dari pada sumber daya yang tersedia. Melalui perencanaan ingin dirumuskan kegiatan pembangunan yang secara efisien dan efektif dapat memberi hasil yang optimal dalam memanfaatkan sumber daya yang tersedia dan mengembangkan potensi yang ada.

Kebutuhan pada Manajemen Kesehatan yang Bermutu

Perbaikan mutu pelayanan diutamakan pada peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan di samping kinerja dan keadaan fisik institusi. Berbagai teknologi yang digunakan perlu dipilih sehingga memberi manfaat yang optimal sesuai dengan pola pemerintahan masyarakat akan pelayanan kesehatan, situasi setempat, dan daya dukung daerah. Berkaitan hal itu, pengobatan tradisional dan penggunaan obat tradisional harus dikembangkan. Dalam upaya pemerataan pelayanan, penekanan diberikan pada pemenuhan tenaga kesehatan yang paling dibutuhkan masyarakat di samping penyediaan berbagai sasaran kesehatan lain yang diperlukan. Secara khusus, pemenuhan tenaga dan sarana kesehatan ini diarahkan untuk meningkatkan potensi desa tertinggal. Selain itu, peningkatan mutu pelayanan yang didukung kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran juga diarahkan secara bertahap untuk menjadikan pelayanan medis di Indonesia sebagai salah satu pusat rujukan global, baik dalam hal pengobatan modern maupun pengobatan tradisional. Upaya peningkatan daya saing diarahkan pada mutu tenaga medis dan paramedis, mutu pelayanan rumah sakit khusus, khasiat teknik pengobatan tradisional, mutu manajemen kesehatan masyarakat, dan produk obat-obatan.

Jenis-Jenis Manajemen Kesehatan

Manajemen adalah upaya pengelolaan suatu sistem atau entitas dan sumber dayanya dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu. Inti dari upaya ini adalah pengambilan keputusan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa manajemen pada hakikatnya adalah

rangkaian dari proses pengambilan keputusan-keputusan.

Dalam bidang kesehatan dikenal adanya paling sedikit dua jenis manajemen, yaitu:

1. Manajemen Pasien/Klien, yaitu rangkaian proses pengambilan keputusan-keputusan dalam menghadapi masalah kesehatan (penyakit dan lain-lain) yang diderita oleh seseorang, sekelompok orang, atau masyarakat. Tujuannya adalah agar pasien/klien tersebut dapat terhindar atau terbebas dari masalah kesehatan, dengan memanfaatkan sumberdaya yang ada. Dalam hal ini manajer atau pengambil keputusannya adalah setiap petugas kesehatan yang melayani pasien/klien (disebut petugas fungsional – dokter, perawat, bidan, sanitarian, dan lain-lain), baik yang bertugas di Puskesmas dan jaringannya maupun yang bertugas di Rumah Sakit dan sarana-sarana kesehatan lain.
2. Manajemen Unit/Organisasi Kesehatan, yaitu rangkaian proses pengambilan keputusan-keputusan dalam menghadapi masalah yang menghambat atau potensial menghambat kinerja unit/organisasi kesehatan. Misalnya masalah tingginya absensi karyawan, masalah kurangnya dana/anggaran, masalah tidak terawatnya peralatan, masalah tingginya kebocoran pendapatan, dan lain-lain. Tujuannya adalah agar unit/organisasi terhindar atau terbebas dari masalah, dengan memanfaatkan sumberdaya yang ada. Dalam hal ini manajer atau pengambil keputusannya adalah para pimpinan unit/organisasi kesehatan – Menteri Kesehatan dan pejabat terasnya, Kepala Dinas Kesehatan dan staf intinya, Direksi Rumah Sakit, Kepala Puskesmas, dan lain-lain.

Penerapan Manajemen Kesehatan di Indonesia

Manajemen adalah ilmu terapan yang dapat dimanfaatkan dalam berbagai jenis organisasi untuk membantu manajer dalam memecahkan masalah organisasi. Atas dasar pemikiran tersebut, manajemen

dapat diterapkan di bidang kesehatan untuk membantu manajer organisasi kesehatan memecahkan masalah kesehatan masyarakat. Tujuan umum sistem kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, atau mencapai suatu keadaan sehat bagi individu atau kelompok masyarakat.

Administrasi kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga yang lebih banyak berorientasi pada upaya untuk mencari keuntungan finansial. Administrasi kesehatan lebih tepat digolongkanke dalam administrasi umum oleh karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum. Manajemen kesehatan harus dikembangkan di tiap –tiap organisasi kesehatan di Indonesia seperti kantor Depkes, Dinas kesehatan di daerah, rumah sakit, dan puskesmas dan jajarannya. Untuk memahami penerapan manajemen kesehatan di rumah sakit, dinas kesehatan dan di puskesmas memerlukan kajian proses penyusunan rencana tahunan Departemen kesehatan. Khusus untuk tingkat puskesmas penerapan manajemen dapat melalui perencanaan yang disusun setiap lima tahun.

Ruang lingkup manajemen kesehatan meliputi manajemen kegiatan dan sumber daya yang dikelolanya diantaranya manajemen personalia, manajemen keuangan, manajemen logistik manajemen pelayanan kesehatan dan sistem informasi manajemen. Untuk masing-masing bidang tersebut dikembangkan manajemen spesifik sesuai dengan ruang lingkup dan tugas pokoknya. Penerapan manajemen pada unit pelaksana teknis seperti puskesmas dan rumah sakit merupakan upaya untuk memanfaatkan dan mengatur sumber daya yang dimiliki masing-masing unit pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif, efisien dan rasional.

Fungsi – Fungsi Manajemen

1. Planning

Merupakan suatu usaha atau upaya untuk merencanakan kegiatan yang akan dilaksanakan

guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan ini biasanya dituangkan dalam bentuk konsep atau suatu program kerja.

2. *Organizing*

Kegiatan yang meliputi penetapan struktur, tugas dan kewajiban, fungsi pekerjaan dan hubungan antar fungsi.

3. *Staffing*

Termasuk perekrutan karyawan, pemanfaatan, pelatihan, pendidikan, dan pengembangan sumber daya karyawan tersebut dengan efektif. Tujuan dari staffing adalah untuk mengusahakan tersedianya sumber daya karyawan yang terbaik untuk organisasi tersebut.

4. *Directing*

Yaitu fungsi memberikan perintah atau arahan. Selain itu juga termasuk kegiatan kepemimpinan, bimbingan, motivasi, dan pengarahan, sehingga karyawan dapat bekerja dengan lebih efektif.

5. *Coordinating*

Yaitu fungsi mengkoordinir seluruh pekerjaan dalam satu totalitas organisasi pekerjaan.

6. *Reccording and Reporting*

Mencatat dan melaporkan secara terinci dengan tujuan evaluasi terhadap yang telah diperoleh dan yang masih perlu dikembangkan untuk mencapai tujuan.

7. *Budgeting*

Meliputi penyediaan dana ataupun sarana dan prasarana serta penetapan anggaran sebagai strategi untuk pelaksanaan program yang akan berlangsung.

8. *Evaluating*

Menilai kinerja karyawan secara keseluruhan dalam menyelesaikan tugas dan kewajibannya untuk mencapai tujuan organisasi.

Tahapan dalam Proses Manajemen

Empat tahap dalam proses manajemen, yakni:

1. **Perencanaan**

Perencanaan merupakan definisi mengenai organisasi di masa depan dan cara mencapai tujuannya. Perencanaan berarti penentuan sasaran sebagai pedoman kinerja organisasi di masa depan, ditambah dengan penetapan tugas serta alokasi sumber daya yang diperlukan untuk mencapai sasaran organisasi. Ketiadaan rencana atau perencanaan yang buruk dapat menjatuhkan kinerja organisasi. Dalam proses manajemen, rencana jangka panjang untuk kelangsungan organisasi (usaha) sangat diperlukan. Perkembangan organisasi sangat bergantung salah satunya oleh perencanaan yang baik dan tepat sasaran untuk organisasi, tanpa perencanaan, kelangsungan organisasi kedepannya tidak terjamin.

2. **Pengorganisasian**

Pengorganisasian biasanya mengikuti perencanaan dan mencerminkan organisasi yang mencoba untuk menyelesaikan rencana itu. Pengorganisasian melibatkan penetapan dan pengelompokan tugas ke departemen, dan alokasi berbagai sumber daya ke berbagai departemen. Melalui pengorganisasian diharapkan organisasi bersifat lebih sistematis dan tim lebih mempunyai tanggung jawab. Hal itu berguna untuk manajemen pribadi menempati posisi yang seharusnya.

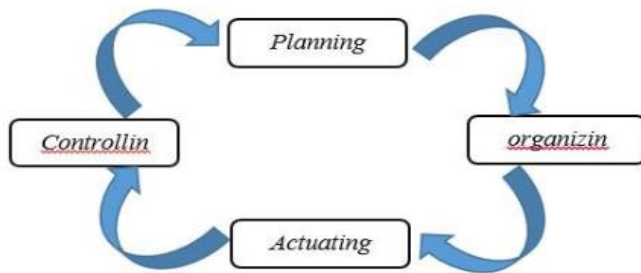
3. **Kepemimpinan**

Dalam organisasi memberikan kepemimpinan menjadi fungsi manajemen yang semakin penting. Kepemimpinan (leading) adalah penggunaan pengaruh untuk memotivasi karyawan agar mencapai sasaran organisasi. Memimpin berarti menciptakan budaya dan nilai bersama, mengkomunikasikan sasaran kepada karyawan, dan memberikan inspirasi agar karyawan berprestasi. Memimpin termasuk memotivasi seluruh departemen, divisi, dan juga orang yang bekerja langsung dengan manajer.

Kompetisi internasional, dan keragaman yang meningkat dalam tenaga kerja, kemampuan untuk membentuk budaya, mengkomunikasikan sasaran, dan memotivasi karyawan merupakan hal penting bagi kesuksesan bisnis. Selain itu, anjuran untuk setiap karyawan memiliki tanggung jawab kepemimpinan, memecahkan masalah, dan membantu memotivasi orang lain akan membuat para karyawan merasa dihargai. Kepemimpinan yang buruk akan menyebabkan pengaruh negatif terhadap sebuah organisasi.

4. Pengendalian

Pengendalian adalah fungsi keempat dalam proses manajemen dan yang terakhir dalam proses manajemen. Pengendalian (controlling) artinya memantau aktivitas karyawan, menjaga organisasi agar tetap berjalan ke arah pencapaian sasaran, dan membuat koreksi bila diperlukan. Para manajer juga harus memastikan bahwa organisasi yang mereka atur bergerak menuju tujuannya

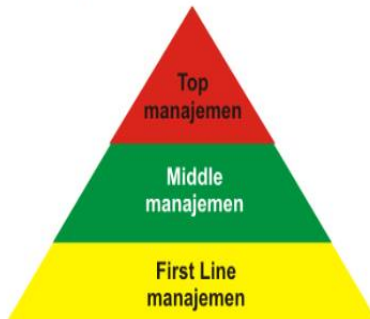


Gambar 7.1 Bagan POAC (Sumber : Ida dkk, 2021)

Fungsi dan Tingkatan Manajer

Sebuah organisasi pasti membutuhkan manajer, yaitu anggota organisasi yang mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pekerjaan dalam sebuah organisasi (Robbins & Stephen, 1999). Organisasi yang baik membutuhkan lebih dari satu manajer untuk mengkoordinasikan sumber daya mereka. Menurut Daft (2000), perusahaan besar umumnya memiliki banyak

manajer pada tiga tingkat yang berbeda. Setiap tingkat memiliki porsi kompetensi tersendiri.



Gambar 7.2. Tingkatan Manajer (Sumber: Ida dkk, 2021)

1. Manajer puncak (*top manager*) memiliki tanggung jawab atas keseluruhan organisasi. Manajer puncak bertanggung jawab untuk menyusun tujuan organisasi, mendefinisikan strategi untuk mencapai tujuan, memonitor dan menginterpretasikan lingkungan eksternal, serta membuat keputusan yang mempengaruhi keseluruhan organisasi. Mereka memandang masa depan dalam jangka panjang dan memperhatikan berbagai tren lingkungan umum serta kesuksesan menyeluruh dari organisasi. Agar suatu organisasi dapat berjalan efektif dan efisien dibutuhkan seseorang yang mempunyai kompetensi manajer untuk mengelolanya. Keahlian yang sangat dibutuhkan dalam mendukung kompetensi manajer puncak ialah keahlian konseptual (*conceptual skill*). Keahlian konseptual merupakan kemampuan kognitif untuk melihat organisasi secara keseluruhan dan keterlibatan di antara berbagai bagiannya (Daft, 2000).
2. Manajer menengah (*middle manager*) bekerja pada tingkat menengah organisasi dan bertanggung jawab atas unit bisnis dan departemen utama. Contoh manajer menengah adalah kepala departemen, kepala divisi, manajer pengendalian kualitas, dan direktur laboratorium riset. Pada bidang kesehatan contohnya

bidang pelayanan medis, sarana, kepegawaian, dan bidang farmasi. Menjadi manajer menengah layak memiliki kemampuan dalam memecahkan konflik. Sikap berhati-hati serta kemampuan pengelolaan perubahan yang terjadi pada organisasi sangat diperlukan. Hal tersebut akan mendukung keberhasilan proses negosiasi dengan berbagai pihak agar konflik dapat teratasi.

3. Manajer lini depan (*First-line manager*) Manajer Lini Depan (*first-line manager*) bertanggung jawab atas produksi barang dan jasa. Mereka berada pada level manajemen pertama atau kedua dan mempunyai jabatan seperti manajer lini, kepala seksi, dan manajer kantor. Mereka bertanggung jawab atas kelompok karyawan non-manajerial. Manajer lini depan juga memiliki andil dan turut serta dalam proses pengimplementasian strategi yang telah ditetapkan. Pada manajer lini depan, lebih tertuju pada hubungan langsung dengan masyarakat. Dalam bidang kesehatan, contoh manajer lini depan seperti dokter, dokter gigi, apoteker, perawat. Manajer lini depan membutuhkan kompetensi manajer berupa keahlian teknis (*technical skill*). Keahlian teknis merupakan pemahaman dan kefasihan dalam melakukan tugas tertentu. Keahlian teknis meliputi penguasaan metode, teknik, dan peralatan yang digunakan di dalam fungsi tertentu (Daft, 2000).

Manajemen Puskesmas

Pemenkes No 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan;

1. Masyarakat memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat

2. Masyarakat mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu hidup dalam lingkungan sehat.
3. Masyarakat memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 bahwa dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi;

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.
2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
2. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
3. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
4. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
5. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
6. Melaksanakan rekam medis.
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.

8. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan.
9. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

Daftar Pustaka

- Azrul, Azwar. 2018. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi kedua, PPT Bina Rupa Aksara
- Daft Richard, L. 2000. Manajemen, edisikelima. Erlangga Jakarta.
- Herujito YM. 2011. Dasar-dasar manajemen. Jakarta: P.T. Grasindo.
- Ida, dkk. 2021. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Malang: Penerbit Literasi Nusantara
- Kongstvedt, Peter R. 2000. Pokok – Pokok Pengelolaan Usaha Pelayanan Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Maidin, Alimin. 2004. Dasar-Dasar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK). Makassar
- Mc Leod, Raymond. 1996. Sistem Informasi Manajemen Jilid 1 Edisi Indonesia. Jakarta: PT. Prenhallindo
- Muninjaya, A. 2004. Manajemen Kesehatan Edisi 2. Jakarta: EGC. Hal 44-49, 129-164
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.
- Rifa'i, M., & Fadhli, M. 2013. Manajemen Organisasi. Medan: Citapustaka Media Perintis
- Rimawati E. Pengorganisasian. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro. 2015
- Ridhotullah, Subekti dan Jauhar, Mohammad Medika. 2015. Pengantar Manajemen. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher
- Wiyono, Djoko. 1997. Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan. Airlangga University Press
- Wiyono, Djoko. 2000. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 1. Airlangga University Press

Profil Penulis



Sherli Shobur

Penulis merupakan dosen yang mengabdikan diri di Institusi di bawah naungan Kementerian Kesehatan, Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan sejak tahun 2001. Minat dan ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai sejak tahun 1996 pada saat menimba ilmu di Program Diploma III Keperawatan Depkes Palembang yang diselesaikan pada tahun 1999.

Minat ini juga membuat penulis melanjutkan studi S1 ke Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan memilih Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan dan berhasil diselesaikan pada Tahun 2002. Setahun berselang, penulis langsung melanjutkan ke S2 di Ilmu Kesehatan Masyarakat UI dengan kembali memilih Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan dengan spesifikasi bidang manajemen dan berhasil diselesaikan pada tahun 2005.

Sebagai dosen yang dituntut tidak hanya memberikan bimbingan dan pengajaran, penulis juga menjadi peneliti yang berkaitan dibidang keahliannya tersebut. Penelitian yang telah dilakukan penulis sebagian besar dibiayai oleh internal perguruan tinggi dan juga Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI. Selain sebagai peneliti, penulis juga aktif di dalam organisasi-organisasi baik yang terkait dengan kesehatan maupun organisasi keagamaan. Penulis juga aktif memberikan bimbingan terkait dengan kesehatan bagi jamaah haji dan umroh dan sudah mendapatkan sertifikasi sebagai pembimbing profesional. Menulis buku merupakan harapan bagi penulis untuk dapat memberikan kontribusi kepada generasi penerus bangsa agar bisa bermanfaat dan terus bisa memberikan manfaat dengan ilmu – ilmu yang sudah didapatkan penulis secara teori selama mengikuti pendidikan maupun praktek langsung yang didapatkan dari pengalaman-pengalaman pribadi penulis selama di lapangan.

Email Penulis: sherlishobur@gmail.com

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Dr. Budi Yulianto, M.Kes

Poltekkes Kemenkes Surabaya

Keselamatan Kerja

1. Definisi

Menurut Occupational Safety and Health Administration (OSHA) Keselamatan Kerja adalah disiplin ilmu terapan yang bertujuan menciptakan sistem kerja yang aman (safe work system). Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat alat kerja, bahan dan proses pengelolaannya, landasan tempat kerja dan lingkungannya serta cara-cara melakukan pekerjaan baik di darat, di dalam tanah, di permukaan air, maupun di udara” (Suwardi dan Daryanto, 2018:1) dan (Tarwaka,2008). Menurut Mangkunegara (2004: 161) Keselamatan kerja menunjukkan pada kondisi yang aman atau selamat dari penderitaan, kerusakan atau kerugian di tempat kerja, sedangkan menurut Buntarto (2015) Keselamatan kerja adalah suatu keadaan terhindar dari bahaya selama melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja adalah salah satu factor yang harus dilakukan selama bekerja. Tidak seorangpun di dunia yang menginginkan terjadinya keelakaan. Keselamatan kerja sangat bergantung pada jenis bentuk, dan lingkungan dimana pekerjaan itu dilaksanakan (Buntarto, 2015:1).

Dari beberapa definisi tersebut disimpulkan bahwa keselamatan kerja merupakan ilmu terapan yang mempelajari upaya menciptakan kondisi tempat kerja yang aman bagi siapapun yang ada di tempat kerja pekerja dan siapa saja termasuk masyarakat disekitar yang ada serta tidak sampai menimbulkan gangguan Kesehatan, kerusakan atau kerugian.

Keselamatan kerja memiliki karakteristik tidak memiliki potensi dapat menyebabkan cacat (injury), tidak terganggunya proses di tempat kerja, serta tidak sampai menimbulkan kerusakan pada bahan, alat atau property.

2. Tujuan Keselamatan Kerja

Menurut Buntarto (2015) penyelenggaraan keselamatan kerja bertujuan:

- a. Melindungi setiap tenaga kerja atas hak keselamatanya dalam melakukan pekerjaan untuk hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional
- b. Terjaminya keselamatan setiap karyawan atau setiap orang yang ada di tempat kerja
- c. Terjaminya pemeliharaan dan penggunaan sumber produksi secara aman dan efisien

Kesehatan Kerja

1. Definisi

Menurut Peraturan Pemerintah No. 88 Tahun 2019 pasal 3 ayat 1, disebutkan bahwa kesehatan kerja merupakan bagian dari kesehatan masyarakat, oleh karena itu kesehatan pekerja perlu mendapatkan perhatian secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan agar pekerja dalam keadaan sehat, selamat, dan produktif sehingga berkontribusi terhadap pembangunan bangsa. Kesehatan kerja adalah suatu kondisi kesehatan yang ditujukan agar masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik jasmani, rokhani, maupun sosial dengan usaha pencegahan dan pengobatan

terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh pekerja dan lingkungan kerja maupun penyakit umum (Buntarto, 2015). Kesehatan kerja adalah ilmu kesehatan dan penerapannya bertujuan mewujudkan tenaga kerja sehat, produktif dalam bekerja, berada dalam keseimbangan yang mantap antara kapasitas kerja beban kerja, dan keadaan lingkungan kerja (Suma'mur, 2013)

Kesehatan kerja adalah suatu bagian dari K3 bertujuan agar seseorang selalu selamat, sehat dan berdaya saing kuat dan dengan demikian, pekerjaan bisa berjalan dengan lancar dan tidak ada kejadian kecelakaan yang terjadi saat melakukan pekerjaan, ataupun pekerja yang sakit yang menjadikannya tidak produktif. Kecelakaan kerja diminimalisasi kejadiannya oleh upaya keselamatan kerja, sedangkan kesehatan kerja bisa dipelihara dan ditingkatkan oleh upaya kesehatan kerja.

Dari definisi tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan kerja adalah suatu keadaan yang aman dan selamat serta terbebas dari gangguan fisik, mental, emosi dan rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan dengan tujuan agar pekerja mendapatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

2. Penyelenggaraan Kesehatan Kerja

Dalam undang-undang No 1 Tahun 1970 disebutkan bahwa setiap orang atau badan yang menjalankan usaha baik formal maupun informal dimanapun wajib memberikan perlindungan keselamatan dan kesehatan kepada semua orang yang berada dalam lingkungan usahanya. Penyelenggaraan kesehatan kerja ditujukan terhadap setiap orang yang berada di tempat kerja. Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 penyelenggara kesehatan kerja wajib dilakukan oleh pengurus, pengelola tempat kerja serta pemberi kerja di semua tempat kerja. Perlindungan kesehatan kerja adalah upaya yang ditujukan untuk melindungi setiap orang yang berada di tempat kerja agar hidup sehat dan

terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan. (Pasal 1 ayat 1 PP No 88 / 2019).

Kesehatan kerja wajib dilaksanakan sesuai dengan standar kesehatan kerja dengan memperhatikan Sistem Kesehatan Nasional dan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan demikian yang bertanggung jawab menyelenggarakan tempat kerja yang aman, nyaman dalam menjalankan pekerjaannya adalah: setiap orang atau badan yang menjalankan usaha formal/informal, pengurus usaha, pemberi kerja, pengelola tempat kerja.

Upaya Penyelenggaraan Kesehatan Kerja

Tempat kerja yang aman, nyaman agar pekerja dapat bekerja dalam keadaan sehat, aman, nyaman serta produktif wajib diwujudkan oleh penyelenggara. Sesuai dengan pasal 2 ayat 2 Peraturan Pemerintah No.88 Tahun 2019, tentang Kesehatan Kerja, disebutkan bahwa untuk mewujudkan kesehatan kerja sebagaimana yang diharapkan dapat dilakukan melalui beberapa upaya, diantaranya melalui upaya:

1. Upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja

Pencegahan terjadinya penyakit merupakan upaya penting dilaksanakan oleh berbagai pihak, baik pengurus, pengelola tempat kerja, serta pemberi kerja, karyawan, dan instansi terkait. Upaya pencegahan penyakit meliputi:

- a. Identifikasi, penilaian, dan pengendalian potensi bahaya
- b. Pemenuhan persyaratan terhadap kesehatan lingkungan kerja
- c. Perlindungan kesehatan reproduksi
- d. Pemeriksaan kesehatan
- e. Penilaian kelaikan kerja

- f. Pemberian imunisasi dan/atau profilaksis bagi Pekerja berisiko tinggi;
- g. Pelaksanaan kewaspadaan standar; dan
- h. Surveilans kesehatan kerja.

2. Upaya Peningkatan Kesehatan (*promotion*)

Upaya peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan:

- a. Peningkatan pengetahuan kesehatan, terutama bagi karyawan yang baru maupun karyawan yang memiliki tanggung jawab baru;
- b. Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat,
- c. Pembudayaan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja;
- d. Penerapan Gizi kerja
- e. Peningkatan kesehatan fisik dan mental

3. Upaya penanganan penyakit

Penanganan penyakit pada karyawan dilakukan sesuai dengan standar kerja, penanganan penyakit dilaksanakan meliputi:

- a. Pertolongan pertama pada cedera dan sakit yang terjadi di tempat kerja
- b. Pertolongan pertama pada cedera dan sakit dilakukan terhadap penyakit akibat kerja dan bukan penyakit kerja yang terjadi di tempat kerja wajib dilaksanakan di tempat kerja.
- c. Diagnosis dan tata laksana penyakit, dilakukan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- d. Penanganan kegawat daruratan medik dan / atau rujukan

- e. Penanganan kasus kegawatdaruratan medik meliputi penanganan lanjutan setelah pertolongan pertama terhadap cedera, kasus keracunan, dan gangguan kesehatan lainnya yang memerlukan tindakan segera.
4. Upaya pemulihan Kesehatan
- Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat. Standar kesehatan kerja dalam upaya pemulihan kesehatan meliputi:
- a. Pemulihan medis yang disesuaikan dengan kebutuhan medis
 - b. Pemulihan kerja, dilaksanakan melalui program kembali bekerja

Dukungan Penyelenggaraan Keselamatan Kerja

Agar keselamatan dan kesehatan kerja dapat mewujudkan sehingga pekerja dapat bekerja dengan aman, nyaman dan produktif, maka dalam penyelenggaraanya perlu diberikan berbagai dukungan. Dukungan yang diperlukan dalam menyelenggarakan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja diantaranya:

1. Sumber daya manusia

Sumber daya manusia pendukung penyelenggara kesehatan kerja dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan harus memiliki kompetensi dibidang kedokteran kerja atau kesehatan kerja. Pelatihan di bidang kedokteran kerja atau kesehatan kerja diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat harus memuat materi mengenai diagnosis penyakit akibat kerja dan penetapan kelaikan kerja dan program kembali kerja. Pelatihan di bidang kesehatan kerja paling tidak meliputi pelatihan kesehatan kerja atau *hygiene* perusahaan dan

kesehatan kerja (dapat dikembangkan sesuai kebutuhan pelayanan pekerja dan perkembangan ilmu dan teknologi)

2. Fasilitas pelayanan Kesehatan

Fasilitas kesehatan dapat berbentuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atau fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

3. Peralatan kesehatan kerja

Peralatan kesehatan kerja sesuai dengan standar pelayanan kesehatan kerja diantaranya: peralatan untuk pengukuran, peralatan untuk pemeriksaan, dan peralatan lainnya termasuk alat pelindung diri sesuai faktor resiko/bahaya keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja

4. Pencatatan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan oleh pemberi kerja, pengurus atau pengelola tempat kerja, dan / atau fasilitas pelayanan kesehatan. Pencatatan pelaporan disampaikan secara berjenjang kepada pemerintah pusat, pemerintah daerah untuk keperluan surveilans kesehatan kerja

Landasan Hukum Penyelenggaraan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Untuk mewujudkan tempat kerja yang aman, nyaman bagi pekerja, sehingga pekerja dapat bekerja dalam keadaan sehat, aman dan produktif diperlukan landasan hukum yang memiliki sifat mengikat bagi pihak tertentu bagi penyelenggara.

1. Undang-undang Nomor 13 TAHUN 2003 tentang Ketenagakerjaan, Pasal 86:

- a. Setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas: (1) keselamatan dan kesehatan kerja, (2) moral dan kesusilaan, (3) perilaku yang sesuai dengan Hasrat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama

- b. Untuk melindungi keselamatan pekerja/buruh guna mewujudkan produktifitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja

Pasal 87:

- a. Setiap perusahaan wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi dengan system manajemen perusahaan
 - b. Ketentuan mengenai penerapan system manajemen keselamatan dan kesehatan kerja sebagaimana dimaksudkan dalam ayat (1) diatur dengan Peraturan Perundang-undangan.
2. Undang-undang No 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

Terkait tempat kerja, jenis dan macam tempat kerja yang memiliki sumber bahaya bagi pekerja. Kewajiban pengurus: melakukan pengawasan tempat kerja, melaporkan setiap kecelakaan kerja. Kewajiban dan hak pekerja, serta ketentuan pidana bagi pelanggar undang-undang.

3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 88 Tahun 2019, tentang Kesehatan Kerja, Secara garis besar berisi penyelenggaraan keselamatan dan Kesehatan kerja, standar Kesehatan kerja, dukungan penyelenggaraan keselamatan dan Kesehatan kerja. Pendanaan dalam penyelenggaraan Kesehatan kerja, peran serta masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan dalam penyelenggaraan Kesehatan Kerja.
4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, yang berisi: manajemen penyelenggaraan keselamatan dan Kesehatan kerja di perusahaan, bagaimana system penerapannya, penyusunan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana K3, pemantauan dan evaluasi kinerja K3, peninjauan dan peningkatan kinerja K3, penilaian SMK3, pengawasan K3.

5. Peraturan Presiden RI Nomor 7 Tahun 2019 tentang Penyakit Akibat Kerja, yang memuat tentang : Batasan penyakit akibat kerja, jenis penyakit akibat kerja, tata cara pencatatan dan pelaporan PAK,
6. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 26 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan penilaian penerapan SMK3, yang berisikan penilaian penerapan SMK3 atau audit SMK3, pelaksanaan Audit, kewajiban & kewenangan Auditor SMK3, mekanisme Audit SMK3, penilaian hasil Audit SMK3,
7. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 5 tahun 2018, tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja, yang berisikan pemenuhan syarat keselamatan dan kesehatan kerja di lingkungan kerja, kewajiban pengusaha/pengurus melaksanakan syarat K3 lingkungan kerja, pengukuran dan pengendalian lingkungan kerja, penerapan hygiene dan sanitasi, personil K3, pemeriksaan dan pengujian, peninjauan berkala Nilai Ambang Batas dan Standar, pengawasan, serta sanksi.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 70 Tahun 2016 tentang Standar dan Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Industri, yang berisi tentang: kewajiban industry memenuhi standar dan menerapkan persyaratan Kesehatan lingkungan kerja industry, pemantauan, pengukuran, pembinaan, pengendalian, surveilans, pembinaan dan pengawasan standar dan persyaratan Kesehatan lingkungan industry.

Perbedaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

No.	Keselamatan Kerja	Kesehatan Kerja
1	Fokus kajiannya terhadap bahaya dan resiko yang menimbulkan kerugian dan bersifat akut	Fokus kajiannya terhadap bahaya dan resiko yang menimbulkan kerugian yang bersifat kronis

2	Memiliki dampak langsung terlihat	Berdampak tidak langsung terlihat dan memerlukan waktu dan besaran bahaya yang terjadi
3	Bisa kita hindari, misal kebakaran, kecelakaan kerja, cedera	Bisa kita antisipasi agar tidak terkena penyakit yang diakibatkan pada saat bekerja.

Penyebab dan Akibat Kerugian Kecelakaan Kerja

Kecelakaan di tempat kerja terjadi karena adanya factor penyebab baik secara langsung atau tidak langsung.

1. Kerugian, akibat kecelakaan kerja merupakan hal yang paling mudah diketahui / dipahami oleh masyarakat umum. Kerugian dapat dalam bentuk material, biaya, kehilangan waktu, dll.
2. Penyebab kecelakaan kerja
 - a. Manusia, penyebab terjadinya kecelaaan kerja sebagian besar disebabkan karena factor manusia baik disengaja maupun tidak disengaja dapat menyebabkan kecelakan kerja. Manusia merupakan faktor penentu apakah kita hendak berperilaku aman atau tidak. Manusia memiliki keterbatasan yang seringa li menjadi penyebab terjadinya kecelaaan kerja, diantaranya panca indera dalam arah pandang, jarak pandang, spektrum warna, rentang frekuensi suara hingga ambient (kondisi lingkungan) (ILO,2013).
 - b. Peralatan, termasuk mesin dan **peralatan kerja** sebenarnya memiliki potensi dan menjadi sumber bahaya terjadinya kecelakaan kerja. Mesin atau **peralatan** yang berputar, bergerak, bergesekan, bergerak bolak-balik, belt atau sabuk yang berjalan, roda gigi yang bergerak, transmisi serta **peralatan** lainnya apabila tidak dielola dengan baik dapat menjadi sumber kecelakaan kerja.

- c. Material, material sebagai bahan baku maupun bahan tambahan dalam proses produksi seringkali berpotensi menjadi sumber kecelakaan kerja. Pengelolaan yang baik terhadap material tersebut dapat meminimalkan resiko terjadinya kecelakaan kerja.

Lingkungan Hal ini berkaitan dengan lingkungan kerja yang tidak sesuai dengan standar keamanan. Lingkungan tempat kerja yang berpotensi menyebabkan kecelakaan kerja diantaranya lingkungan fisik, lingkungan biologi, lingkungan kimia, lingkungan sosial.

3. Kontak

beberapa bentuk atau jenis kecelakaan kerja yang terjadi karena kontak, diantaranya:

- a. *Struck against*, menabrak/bentur benda diam/bergerak
- b. *Struck by*, terpukul/tabrak oleh benda bergerak
- c. *Fall to*, jatuh dari tempat yang lebih tinggi
- d. *Fall on*, jatuh di tempat yang datar
- e. *Caught in*, tusuk, jepit, cubit benda runcing
- f. *Caught on*, terjepit, tertangkap, terjebak diantara obyek besar
- g. *Caught between*, terpotong, hancur, remuk
- h. *Contact with*, listrik, kimia, radiasi, panas, dingin
- i. *Overstresss*, terlalu berat, cepat, tinggi, besar
- j. *Equipment Failure*, kegagalan mesin, peralatan
- k. *Environmental Release*, masalah pencemaran

4. Penyebab langsung

- a. Penyebab tak aman yang dapat menimbulkan kecelakaan kerja disebabkan oleh:
 - 1) Operasi tanpa otorisasi
 - 2) Gagal memperingatkan

- 3) Gagal mengamankan
 - 4) Kecepatan tidak layak
 - 5) Membuat alat pengaman tidak berfungsi
 - 6) Pakai alat rusak
 - 7) Pakai APD tidak layak
 - 8) Pemuatan tidak layak
 - 9) Penempatan tidak layak
 - 10) Mengangkat tidak layak
 - 11) Posisi tidak aman
 - 12) Servis alat beroperasi
 - 13) Bercanda, main-main
 - 14) Mabok alkohol, obat
 - 15) Gagal mengikuti prosedur
- b. Kondisi tidak aman yang dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja:
- 1) Pelindung/pembatas tidak layak
 - 2) APD kurang, tidak layak
 - 3) Peralatan rusak
 - 4) Ruang kerja sempit/terbatas
 - 5) Sistem peringatan kurang
 - 6) Bahaya kebakaran
 - 7) Kebersihan kerapian kurang
 - 8) Kebisingan
 - 9) Terpapar radiasi
 - 10) Temperatur ekstrim
 - 11) Penerapan tidak layak
 - 12) Ventilasi tidak layak
 - 13) Lingkungan tidak aman

5. Penyebab dasar terjadinya kecelakaan kerja, dibedakan menjadi factor pribadi dan factor kerja
 - a. Faktor Pribadi
 - 1) Kemampuan fisik atau fisiologi tidak layak
 - 2) Kemampuan mental tidak layak
 - 3) Stress fisik atau fisiologi
 - 4) Stress mental
 - 5) Kurang pengetahuan
 - 6) Kurang keahlian
 - 7) Motivasi tidak layak
 - b. Faktor Kerja
 - 1) Pengawasan/ kepemimpinan
 - 2) Engineering
 - 3) Pengadaan (*purchasing*)
 - 4) Kurang peralatan
 - 5) Maintenance
 - 6) Standar kerja
 - 7) Salah pakai/salah menggunakan

Konsep Dasar dalam Penyusunan Kebijakan Keselamatan Kerja

Untuk mewujudkan lingkungan kerja yang aman, nyaman, terhindar dari gangguan proses, dan kerusakan terhadap *property* perlu didukung kebijakan yang diarahkan baik bagi setiap orang yang ada di tempat kerja maupun penanggung jawab usaha. Kebijakan penyelenggaraan keselamatan dan kesehatan kerja bersifat operasional disesuaikan dengan karakteristik dan kondisi tempat kerja dengan melalui beberapa pendekatan dalam menyusun kebijakan, diantaranya:

1. Pendekatan teknis (Technical Approach)

Pendekatan teknis menyangkut kondisi fisik, peralatan, material, proses maupun lingkungan kerja

yang tidak aman. Pencegahan kecelakaan kerja yang bersifat teknis dilakukan keselamatan melalui:

- a. Rancang bangun yang aman dengan mempertimbangkan persyaratan teknis dan standar yang berlaku untuk memberikan jaminan kelaikan instalasi atau peralatan kerja yang digunakan. Identifikasi, penilaian, pengendalian potensi bahaya kesehatan; pemenuhan persyaratan kesehatan lingkungan kerja; pelaksanaan kewaspadaan standar
- b. Sistem pengaman terhadap peralatan atau instalasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dalam pengoperasian alat atau instalasi.

2. Pendekatan Manusia (*Human Approach*)

Pendekatan secara kemanusiaan didasarkan hasil statistik yang menyatakan bahwa 85% kecelakaan disebabkan oleh faktor manusia dengan tindakan yang tidak aman.

3. Pendekatan Energi

Energi dapat berupa energi mekanik, nuklir, listrik, panas, radiasi, bunyi, dll). Dalam teori Domino kecelakaan kerja bermula terjadi karena adanya kontak atau aliran energi pada penerima, dimulai dari sumber energi yang mengalir mencapai penerima. Pendekatan energi untuk mengendalikan kecelakaan dilakukan melalui 3 titik, yaitu:

- a. Pengendalian sumber energi terhadap sumbernya, metode pengendalian ini dapat dilakukan secara langsung pada sumbernya baik secara teknis maupun administrasi. Misal; perbaikan secara teknis, substitusi untuk penyesuaian standar.
- b. Pendekatan aliran energi, pendekatan ini dapat dilakukan dengan melakukan penetrasi aliran energi agar intensitas energi yang mengalir/bergerak menuju penerima dapat direduksi, misal penggunaan barrier atau sekat.

- c. Pengendalian terhadap penerima, pendekatan ini dilakukan melalui pengendalian terhadap penerima baik manusia, benda atau material. Pendekatan ini dapat dilakukan jika pengendalian pada sumber atau jalannya energi tidak dapat dilakukan dengan efektif. Contoh: penggunaan alat pelindung, isolasi terhadap benda atau material.
4. Pendekatan Administratif
- Pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja dapat dilakukan melalui pendekatan administrasi yang dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.
5. Pendekatan Manajemen
- Sistem manajemen yang tidak kondusif sering berkontribusi terjadinya kecelakaan kerja & penyakit akibat kerja. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan melalui pendekatan ini diantaranya:
- a. Menerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) terutama pada perusahaan atau tempat kerja yang memiliki lebih dari 100 karyawan, atau perusahaan yang memiliki potensi *hazard* meskipun jumlah karyawan kurang dari 100. (PP no 50 Tahun 2012).
 - b. Mengembangkan organisasi K3 di perusahaan yang efektif dan efisien.
 - c. Mengembangkan komitmen kepemimpinan dalam penerapan K3, terutama untuk manajemen tingkat atas.

Hazard dan Resiko di Tempat Kerja

Bahaya (*hazard*) merupakan sesuatu di tempat kerja yang berpotensi dan memiliki resiko atau berpeluang terjadinya cedera (insiden) dan dapat menyebabkan terjadinya kerugian. Sesuatu berpotensi menimbulkan bahaya keselamatan dan kesehatan kerja dapat berupa berbagai bentuk. Demikian pula risiko dapat berpeluang menjadi

tinggi atau resiko rendah, tergantung pada tingkat peluang bahaya yang ada. Risiko dan konsekuensi di tempat kerja dikategorikan menjadi 4:

1. Kategori A

Potensi bahaya kesehatan ini dapat terjadi apabila seseorang berhubungan langsung (kontak) dengan sesuatu yang berpotensi menyebabkan gangguan/kerusakan pada manusia bila terpajan (*exposure*) secara berlebihan. Potensi *hazard* terhadap kesehatan pekerja dapat terjadi dari lingkungan tempat kerja antara lain berupa:

- a. Faktor kimia berbahaya (padat, cairan, uap, gas, debu, asap atau kabut). Faktor kimia dapat masuk ke dalam tubuh melalui: *inhalasi* (menghirup), pencernaan (menelan), penyerapan melalui kulit atau *invasive*.
- b. Faktor fisik adalah faktor di tempat kerja yang bersifat fisika antara lain: kebisingan, penerangan, getaran, iklim kerja, gelombang mikro, radiasi tidak mengion dan sinar ultra ungu.
- c. Faktor biologi, penyakit akibat kerja dari faktor biologi sangat beragam jenisnya (debu organik, virus, bakteri, jamur). Misalnya: Debu tembakau (*Tabakosis*), debu organik gandum dan gula (*Bagasosis* dan *aspergillus*), jamur (penyakit paru oleh jamur dan *Sporotrichosis*), “grain asma” oleh jamur, Penyakit jamur kuku.
- d. Faktor Ergonomi, pengaturan kerja pada industri barang dan jasa telah mengembangkan kualitas dan produktivitas. Posisi mesin, penyusunan tempat kerja dan tempat duduk yang sesuai harus agar tidak ada pengaruh yang berbahaya bagi kesehatan. Desain kondisi kerja, pengaturan cara kerja memiliki dampak besar pada pekerjaan dan kesehatan. Prinsip ergonomi adalah mencocokkan pekerjaan untuk pekerja.

2. Kategori B

Potensi bahaya yang mengakibatkan risiko langsung pada keselamatan, kategori ini berkaitan dengan masalah/ kejadian berpotensi menyebabkan cedera dengan segera karena kecelakaan kerja.

3. Kategori C

Yaitu resiko terhadap kesejahteraan atau kenyamanan Fasilitas kesehatan kerja ini sering diabaikan karena tidak dipandang memiliki dampak langsung pada produktivitas. Untuk tetap sehat, pekerja sebenarnya membutuhkan fasilitas tersebut diantaranya di air minum yang bersih, toilet, sabun dan air untuk mencuci dan tempat untuk makan dan istirahat. Apabila fasilitas ini tidak dipenuhi akan menimbulkan ketidaknyamanan pekerja. Fasilitas yang mempengaruhi kesejahteraan pekerja dan dirasa selalu penting: akses air minum, toilet dan tempat cuci; kantin/ruang makan yang bersih dan terlindungi cuaca; P3K di tempat kerja; ruang ibu menyusui.

4. Kategori D

Yaitu risiko pribadi dan psikologis, artinya jika perusahaan ingin memaksimalkan produktivitas maka perlu menciptakan tempat kerja yang aman dan dihormati, melampaui keselamatan fisik dan termasuk melindungi kesejahteraan diri, martabat dan mental pekerja. Keamanan tempat kerja juga dirasakan jauh dari intimidasi atau pelecehan yang sering mengancam rasa kesejahteraan dan keamanan pekerja.

Daftar Pustaka

- A.A Anwar Prabu Mangkunegara. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: Remaja Rosda Karya
- Buntarto. 2015. *Panduan Praktis Keselamatan & Kesehatan Kerja untuk Industri*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- International Labour Organization, 2012, *Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Tempat Kerja Sarana Untuk Produktivitas*, Modul 5 Pedoman Pelatihan Untuk Manajer dan Pekerja, Jakarta ISBN: 978-92-2-822012-4
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 88 Tahun 2019 tentang *Kesehatan Kerja*
- Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2012 tentang *Penerapan SKM3*
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 50 Tahun 2012 tentang *Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*,
- Peraturan Presiden RI Nomor 7 Tahun 2019 tentang *Penyakit Akibat Kerja*
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 26 Tahun 2014 tentang *Penyelenggaraan Penilaian Penerapan SMK3*
- Praturan Menteri Ketenaga Kerjaan RI, Nomor 26 Tahun 2014 tentang *Penyelenggaraan Penilaian Penerapan Ssistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 5 tahun 2018, tentang *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 70 Tahun 2016 tentang *Standar dan Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Industri*
- Suma'mur, 2013, *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes)*, Jaarta, Sagung Seto.

Suwardi dan Daryanto. 2018. *Pedoman Praktis K3LH Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan Lingkungan Hidup*. Yogyakarta: Gava Media

Tarwaka, 2008, *Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja*, Harapan Press, Solo

Undang-undang RI No 1 Tahun 1970 tentang *Keselamatan Kerja*

Undang undang No. 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*

Undang-undang Nomor 13 TAHUN 2003 tentang *Ketenagakerjaan*

Profil Penulis



Budi Yulianto

Penulis mulai menekuni belajar dibidang Kesehatan lingkungan sejak menjadi mahasiswa Diploma I di SPPH Madiun 1985. Sejak tahun 1986 penulis menjadi Guru SPPH Madiun sekaligus melanjutkan D III Keguruan di STKIP-

PGRI Ngawi lulus tahun 1990.

Pada tahun yang sama penulis melanjutkan ke S-1 Keguruan di IKIP PGRI Madiun sekaligus mengikuti tugas belajar di APK-TS Surabaya mulai Tahun 1991. Tahun 1993 penulis lulus S-1 dan tahun 1994 lulus dari APK-TS Surabaya. Tahun 2002 penulis menyelesaikan tugas belajar di Magister Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Lingkungan dari Universitas Airlangga Surabaya. Tahun 2018 penulis menyelesaikan tugas belajarnya pada program Doktor Ilmu Lingkungan dengan konsentrasi pada Kesehatan Kerja dari Universitas Sebelas Maret Surakarta. Sejak lulus S₃ penulis terus mengembangkan bidang keahlian sampai saat ini di bidang Kesehatan kerja yang diimplementasikan pada kegiatan penelitian terkait kebisingan di Industri tekstil di Jawa Tengah sebanyak 3 kali, menyusun buku beberapa tentang Kesehatan kerja.

Email Penulis: budyul.by@gmail.com

PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes

Universitas Muslim Indonesia

Pendahuluan

Pada tahun 2016, sekitar 71 persen penyebab kematian di dunia adalah penyakit tidak menular (PTM) yang membunuh 36 juta jiwa per tahun. Menurut WHO, sekitar 80 persen kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah. 73% kematian saat ini disebabkan oleh penyakit tidak menular, 35% diantaranya karena penyakit jantung dan pembuluh darah, 12% oleh penyakit kanker, 6% oleh penyakit pernapasan kronis, 6% karena diabetes, dan 15% disebabkan oleh PTM lainnya.

Permasalahan penyakit tidak menular cenderung meningkat dalam beberapa dekade terakhir ini baik secara global maupun nasional. Morbiditas maupun mortalitas beberapa penyakit tidak menular utama cenderung meningkat di hampir semua negara. Persepsi bahwa PTM merupakan masalah di negara maju ternyata tidak benar. Estimasi penyebab kematian terkait PTM yang dikembangkan oleh WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyebab tertinggi kematian di negara-negara Asia Tenggara, termasuk di Indonesia sebesar 37 persen (Tabel 1). Lebih dari 80 persen dari kematian disebabkan oleh penyakit

kardiovaskuler dan diabetes serta 90 persen dari kematian akibat penyakit paru obstruktif kronik terjadi di negara-negara berpendapatan menengah ke bawah. Disamping itu dua per tiga dari kematian karena penyakit kanker terjadi di negara-negara berpendapatan menengah ke bawah.

Di Indonesia sendiri, persentase kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terus meningkat. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, SKRT tahun 2001, dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 melaporkan bahwa persentase kematian yang disebabkan penyakit tidak menular sebesar 41,7%, 49,9%, dan 59,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2019 persentase penyakit tidak menular di Indonesia sebesar 69,91%.

Menilik dari data Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain penyakit kanker, stroke, ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi penyakit kanker naik dari 1,4% menjadi 1,8%, stroke naik dari 7% menjadi 10,9%, ginjal kronis naik dari 2% menjadi 3,8%, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%, dan hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%.

Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur. Pada tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Prevalensi konsumsi minuman beralkohol pun meningkat dari 3% menjadi 3,3%. Prevalensi aktivitas fisik kurang juga naik dari 26,1% menjadi 33,5%. Selain itu, prevalensi konsumsi buah dan sayur kurang pada penduduk 5 tahun, masih sangat bermasalah yaitu sebesar 95,5%.

Program Kemenkes lainnya yang disinergikan dengan program PTM utama adalah pengendalian gangguan indera serta yang berfokus pada gangguan penglihatan

dan pendengaran serta gangguan disabilitas. Berdasarkan data Riskesdas 2013, prevalensi gangguan pendengaran secara nasional sebesar 2,6% dan prevalensi ketulian sebesar 0,09%. Hasil survei *Rapid Assesment of Avoidable Blindness* (RAAB) menunjukkan bahwa prevalensi kebutaan atas usia 50 tahun Indonesia berkisar antara 1,7% sampai dengan 4,4%. Dari seluruh orang yang menderita kebutaan, 77,7% kebutaan disebabkan oleh katarak. Penyebab lain dari kebutaan di Indonesia adalah kelainan di segmen posterior bola mata (6%), glaucoma (2,9%), dan kelainan refraksi yang tidak terkoreksi (2,3%). Pada prevalensi gangguan pendengaran ditemukan 2,6 % dan ketulian sebesar 0,09 %. Sedangkan pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 disebutkan prevalensi disabilitas pada penduduk umur 18 – 59 tahun sebesar 22%.

Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular adalah penyakit kronis dengan durasi yang panjang dengan proses penyembuhan atau pengendalian kondisi klinisnya yang umumnya lambat. Pengaruh industrialisasi mengakibatkan makin derasnya arus urbanisasi penduduk ke kota besar, yang berdampak pada tumbuhnya gaya hidup yang tidak sehat seperti diet yang tidak sehat, kurangnya aktifitas fisik, dan merokok. Hal ini berakibat pada meningkatnya prevalensi tekanan darah tinggi, glukosa darah tinggi, lemak darah tinggi, kelebihan berat badan dan obesitas yang pada gilirannya meningkatkan prevalensi penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit paru obstruktif kronik, berbagai jenis kanker yang menjadi penyebab terbesar kematian.

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan sehingga dianggap tidak mengancam kondisi orang lain. PTM merupakan beban kesehatan utama di negara-negara berkembang dan negara industri. Berdasarkan laporan WHO, di kawasan Asia Tenggara paling sering ditemui lima PTM dengan tingkat kesakitan dan kematian yang sangat tinggi, beberapa di antaranya adalah penyakit Jantung (Kardiovaskuler), DM, kanker, penyakit pernafasan obstruksi kronik dan penyakit karena kecelakaan.

Kebanyakan PTM dikategorikan sebagai penyakit degeneratif dan cenderung diderita oleh orang yang berusia lanjut.

Menurut Kementerian Kesehatan RI, Penyakit Tidak Menular atau yang biasa disebut PTM merupakan penyakit yang tidak bisa ditularkan dari satu individu ke individu lainnya. Menurut World Health Organization (2018), sebesar 71% penyebab kematian di dunia adalah PTM. PTM merupakan penyakit yang dapat dicegah bila Faktor risiko dapat dikontrol. Hal ini menandakan bahwa kegagalan pengelolaan program pencegahan dan penanggulangan akan memengaruhi perawatan pasien PTM. Pencegahan dan penanggulangan PTM dinilai sebagai upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan oleh petugas dan individu yang bersangkutan secara mandiri. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana mengembangkan suatu sistem pelayanan yang dapat mendukung upaya pemeliharaan kesehatan mandiri, dengan melakukan redefinisi peran dan fungsi seluruh sarana pelayanan kesehatan, untuk menghubungkan pelayanan medis dengan pendekatan promosi dan pencegahan.

PTM beserta faktor risikonya, sangat berkaitan dengan determinasi sosial ekonomi dan kualitas hidup, yang meliputi tingkat pendidikan dan pengangguran. Pilihan gaya hidup cenderung merepresentasikan kemampuan sosial ekonomi disebabkan keinginan individu tersebut. Oleh karena itu, suatu pendekatan yang terpadu dan multi sektoral yang mengacu pada siklus kehidupan (*whole life approach*) bersifat krusial dan sangat dibutuhkan.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan PTM, sejalan dengan pendekatan WHO terhadap penyakit PTM Utama yang terkait dengan faktor risiko bersama (*Common Risk Factors*). Di tingkat komunitas telah diinisiasi pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dimana dilakukan deteksi dini faktor risiko, penyuluhan dan kegiatan bersama komunitas untuk menuju Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Sejak mulai dikembangkan pada tahun 2011

Posbindu, PTM pada tahun 2015 telah berkembang menjadi 11.027 Posbindu di seluruh Indonesia.

Di tingkat pelayanan kesehatan juga telah dilakukan penguatan dari puskesmas selaku kontak pertama masyarakat ke sistem kesehatan. Disadari bahwa pada saat ini sistem rujukan belum tertata dengan baik dan akan terus disempurnakan sejalan dengan penyempurnaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk implementasi dari Universal Health Coverage (UHC) dan diterapkan sejak 1 Januari 2014. Namun demikian hal diatas belum cukup karena keterlibatan multi-sektor masih terbatas.

Dikenali bahwa PTM amat terkait kepada *Social Determinants for Health*, khususnya dalam faktor risiko terkait perilaku dan lingkungan. Sebagaimana dikemukakan diatas, PTM merupakan sekelompok penyakit yang bersifat kronis, tidak menular, dimana diagnosis dan terapinya pada umumnya lama dan mahal. PTM sendiri dapat terkena pada semua organ, sehingga jenis penyakitnya juga banyak sekali. Berkaitan dengan itu, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kesehatan masyarakat (public health). Untuk itu perhatian difokuskan kepada PTM yang mempunyai dampak besar baik dari segi morbiditas maupun mortalitasnya sehingga menjadi isu kesehatan masyarakat (public health issue).

Dikenali bahwa PTM tersebut yang kemudian dinamakan PTM Utama, mempunyai faktor risiko perilaku yang sama yaitu merokok, kurang berolah raga, diet tidak sehat dan mengkonsumsi alkohol. Bila prevalensi faktor risiko menurun, maka diharapkan prevalensi PTM utama juga akan menurun. Sedangkan dalam pendekatan klinis, setiap penyakit ini akan mempunyai pendekatan yang berbeda-beda. Namun demikian, tidak semua PTM dengan prevalensi tinggi mempunyai faktor risiko yang sama misalnya kanker hati dan kanker serviks dimana peran infeksi virus sangat besar. Untuk kondisi ini diperlukan intervensi spesifik. Penyakit yang menjadi perhatian dikarenakan prevalensi mulai meningkat adalah penyakit katarak. Berdasarkan data Riskesdas

Tahun 2013, prevalensi katarak pada semua kelompok umur sebesar 1,8%, jika mengacu pada kriteria yang ditetapkan oleh WHO, hal tersebut menjadi masalah kesehatan masyarakat dan juga masalah sosial. Katarak adalah kekeruhan pada lensa yang menyebabkan penurunan tajam penglihatan (virus), yang banyak di derita oleh kelompok usia diatas 50 tahun. Jika tidak dilakukan upaya pencegahan, maka jumlah penderita katarak akan meningkat seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup masyarakat Indonesia; 80% katarak dapat dihindari, baik dengan cara pencegahan, penyembuhan maupun rehabilitasi.

Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pada indikator-indikator kunci PTM yang tercantum dalam RPJMN 2015-2019, sebagai berikut:

1. Prevalensi tekanan darah tinggi pada penduduk usia 18 tahun keatas meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%;
2. Prevalensi obesitas penduduk usia 18 tahun ke atas meningkat dari 14,8 % menjadi 21,8%;
3. Prevalensi merokok penduduk usia ≤ 18 tahun meningkat dari 7,2% menjadi 9,1%.

Untuk data PTM lainnya menunjukkan hasil sebagai berikut:

1. Prevalensi Asma pada penduduk semua umur menurun dari 4,5% menjadi 2,4%;
2. Prevalensi Kanker meningkat dari 1,4 per menjadi 1,8 per mil;
3. Prevalensi Stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7 menjadi 10,9 per mil;
4. 1 Prevalensi penyakit ginjal kronis ≥ 15 tahun meningkat dari 2,0 per mil menjadi 3,8 per mil;
5. Prevalensi Diabetes Melitus pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 6,9 % menjadi 10,9%;

6. Prevalensi aktivitas fisik kurang pada penduduk umur ≥ 10 tahun meningkat dari 26,1% menjadi 33,5%;
7. Prevalensi konsumsi buah/sayur kurang pada penduduk umur ≥ 5 tahun meningkat dari 93,5% menjadi 95,5%.

Dari beberapa studi dibuktikan terdapat hubungan yang erat antara penyakit tidak menular dengan kemiskinan. Kelompok miskin mengalami *exposure* (paparan) yang lebih besar terhadap pollutant termasuk asap rokok dan lingkungan yang tidak higienis. Kemiskinan juga berpengaruh terhadap akses terhadap layanan baik deteksi dini maupun pengobatan dan upaya promosi kesehatan.

Karakteristik penyakit tidak menular yang kronis membuat mereka lebih sering sakit sehingga mengurangi kesempatan untuk mendapat penghasilan yang layak dan memberikan risiko finansial yang besar bila jatuh sakit. Untuk menarik perhatian dari para pemimpin dunia terhadap hal ini, pada bulan September 2011 PBB telah menyelenggarakan *High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases* yang dihadiri oleh kepala pemerintahan. Pertemuan untuk membahas isu kesehatan di PBB baru terjadi dua kali, yang pertama mengenai HIV-AIDS. Hal ini menunjukkan pentingnya negara untuk memahami masalah penyakit tidak menular, dampak negatif penyakit tidak menular terhadap kesehatan dan status sosio-ekonomi masyarakat, dan melakukan tindakan nyata yang komprehensif untuk mengatasinya baik pada tingkat negara masing-masing maupun internasional.

Meningkatnya kasus PTM secara signifikan diperkirakan akan menambah beban masyarakat dan pemerintah, karena penanganannya membutuhkan biaya yang besar dan memerlukan teknologi tinggi. Hal ini dapat terlihat dari data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) tahun 2017, sebanyak 10.801.787 juta orang atau 5,7% peserta JKN mendapat pelayanan untuk penyakit katastropik dan menghabiskan biaya kesehatan sebesar 14,6 triliun rupiah atau 21,8% dari seluruh biaya

pelayanan kesehatan dengan komposisi peringkat penyakit jantung sebesar 50,9% atau 7,4 triliun, penyakit ginjal kronik sebesar 17,7% atau 2,6 triliun rupiah.

Untuk itu, dibutuhkan komitmen bersama dalam menurunkan morbiditas, mortalitas dan disabilitas PTM melalui intensifikasi pencegahan dan pengendalian menuju Indonesia Sehat, sehingga perlu adanya pemahaman yang optimal serta menyeluruh tentang besarnya permasalahan PTM dan faktor risikonya pada semua pengelola program disetiap jenjang pengambil kebijakan dan lini pelaksanaan. Atas dasar hal tersebut di atas, maka dipandang sangat penting untuk diterbitkannya Pedoman Manajemen Program Pencegahan dan Pengendalian PTM (P2PTM) sebagai acuan penyelenggaraan program yang berkesinambungan sehingga upaya yang dilakukan kepada masyarakat lebih tepat dan berhasil guna meskipun pejabat pengelola program yang ditunjuk nantinya juga akan berganti.

Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Dalam periode tiga dekade terakhir, telah terjadi perubahan beban penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Hal ini dapat dilihat dari perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) lost. Penyebab utama DALYs lost tahun 1990 adalah neonatal disorders, lower respiratory infection, diarrheal disease, tuberculosis dan stroke. Pada tahun 2017, lima penyebab utama DALYs lost adalah stroke, ischemic heart disease, diabetes, neonatal disorders dan tuberculosis. DALYs lost akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 1990 menjadi peringkat pertama pada tahun 2017, dengan peningkatan sebesar 93,4%. Peningkatan yang tajam DALYs lost dari tahun 1990 ke tahun 2017 terutama terlihat pada penyakit diabetes (157,1%), penyakit jantung iskemik (113,9%) dan kanker paru (113,1%)

Hal ini merupakan fenomena yang dialami oleh sebagian besar negara berkembang oleh karena terjadinya perubahan status sosial ekonomi masyarakat yang

berujung pada perubahan gaya hidup. Secara umum faktor risiko penyakit tidak menular dibagi dalam tiga kelompok, yakni faktor risiko gangguan metabolik, faktor risiko perilaku, dan faktor risiko lingkungan.

Faktor risiko utama PTM adalah faktor metabolik (tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, obesitas, dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, malnutrisi pada maternal dan anak), faktor perilaku (perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol), dan faktor lingkungan (polusi udara, kekerasan, kemiskinan).

Pola makan tidak sehat berkontribusi pada terjadinya PTM. Makanan tinggi gula, garam, dan lemak dan rendah serat merupakan kontributor terjadinya PTM. Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu tahun 2016, secara nasional penduduk Indonesia mengonsumsi gula kategori berisiko (>50 gram per orang per hari) sebesar 4,8 persen, serta mengasup natrium dan lemak kategori berisiko (> 2.000 mg dan - 14 - 67 g) masing-masing sebesar 18,3 persen dan 26,5 persen.

Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi Penyakit Tidak Menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi kanker naik dari 1,4 permil (Riskesdas 2013) menjadi 1,8 permil; prevalensi stroke naik dari 7 permil menjadi 10,9 permil; dan penyakit ginjal kronik naik dari 2 permil menjadi 3,8 permil. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%; dan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%.

Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur.

Sejak tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013), 8,8% (Sirkesnas 2016) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Data proporsi konsumsi minuman beralkohol pun meningkat

dari 3% menjadi 3,3%. Demikian juga proporsi aktivitas fisik kurang juga naik dari 26,1% menjadi 33,5% dan 0,8% mengonsumsi minuman beralkohol berlebihan. Hal lainnya adalah proporsi konsumsi buah dan sayur kurang pada penduduk ≥ 5 tahun, masih sangat bermasalah yaitu sebesar 95,5%.

Peningkatan proporsi gangguan jiwa pada data yang didapatkan Riskesdas 2018 cukup signifikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, naik dari 1,7 permil menjadi 7 permil.

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks masa tubuh ≥ 27) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 21,8% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 menjadi 31% di tahun 2018.

Cedera sebagai bagian dari PTM juga harus mendapatkan perhatian. Rumah dan lingkungannya merupakan lokasi terjadinya cedera terbanyak, yakni 44,7%, disusul kemudian di jalan raya (31,4%) dan tempat bekerja (9,1%). Berdasarkan Sample Registration System (SRS) tahun 2014, kecelakaan lalu lintas menempati urutan ke-8 penyebab kematian di Indonesia, dan merupakan penyebab utama kematian pada usia 4 – 14 tahun.

Proporsi penduduk kurang konsumsi sayur dan buah telah meningkat dari 93,5% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 95,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini mengindikasikan bahwa diet orang Indonesia berisiko untuk timbulnya penyakit tidak menular. Untuk memperbaiki pola diet, perlu ditingkatkan upaya edukasi kepada masyarakat dan aksi lintas sektor. Dianjurkan konsumsi Gula, Garam, Lemak (GGL) per hari tidak lebih dari 4 sendok makan gula, 1 sendok teh garam, dan 5 sendok makan lemak. Perlu dukungan aksi lintas sektor terkait labelisasi makanan tinggi gula, garam, dan lemak, termasuk pengenaan pajak khusus.

Merokok adalah faktor risiko keempat yang berkontribusi terhadap *DALYs lost*. Prevalensi perokok pada remaja (usia 10-18 tahun) telah naik dari 7,2% pada tahun menjadi 9,1% pada tahun 2018. Angka ini semakin menjauh dari target RPJMN 2029 yakni sebesar 5,4%. Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan.

Sebagai upaya menurunkan prevalensi perokok, termasuk perokok pemula (remaja), perlu dilakukan upaya;

1. Mengadopsi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau,
2. Menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR),
3. Program stop merokok (*quit smoking*),
4. Menaikkan cukai dan harga rokok (pemberlakuan sin tax), dan
5. Pelarangan iklan, promosi dan sponsor rokok.

Faktor risiko lain terkait penyakit tidak menular adalah kurang aktivitas fisik. Telah terjadi peningkatan proporsi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur ≥ 10 tahun dari 26,1% tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 33,5% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018). Dengan kemajuan ekonomi, teknologi, dan transportasi, maka kehidupan masyarakat cenderung sedentary (kurang gerak).

Faktor risiko penyakit tidak menular berikutnya adalah faktor metabolik, yakni hipertensi, gangguan kadar gula darah, dan obesitas. Data memperlihatkan terjadinya peningkatan prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% pada tahun 2018. Prevalensi diabetes melitus penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan konsensus Perkeni 2011, telah terjadi kenaikan dari 6,9% tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Bahkan, bila menggunakan konsensus Perkeni 2015, prevalensi diabetes tahun 2018 adalah 10,9%. Ini menunjukkan

kecenderungan penyakit diabetes akan naik terus secara tajam apabila pengendaliannya tidak dilakukan secara serius.

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks masa tubuh ≥ 27) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 21,8% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 31% di tahun 2018 (Riskesdas 2018).

Cedera sebagai bagian dari PTM juga harus mendapatkan perhatian. Rumah dan lingkungannya merupakan lokasi terjadinya cedera terbanyak, yakni 44,7%, disusul kemudian di jalan raya (31,4%) dan tempat bekerja (9,1%) (Riskesdas 2018). Berdasarkan Sample Registration System (SRS) tahun 2014, kecelakaan lalu lintas menempati urutan ke-8 penyebab kematian di Indonesia, dan merupakan penyebab utama kematian pada usia 4 – 14 tahun.

Melihat semakin mengkhawatirkannya faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya faktor metabolik dan faktor perilaku, maka diperlukan upaya-upaya strategis diantaranya peningkatan upaya promotif dan preventif serta edukasi kepada masyarakat terkait pencegahan faktor risiko, peningkatan skrining dan deteksi dini PTM di semua puskesmas, jejaring dan jaringannya (pendekatan PIS-PK), penguatan upaya pemberdayaan masyarakat terkait pengendalian penyakit tidak menular (penguatan posbindu, pos UKK), perbaikan mutu pelayanan melalui penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai garda depan (gate keeper) dan sistem rujukan antara FKTP dan FKRTL dan peningkatan aksi multisektoral terkait Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).

Untuk menanggulangi masalah PTM, maka upaya intervensi yang komprehensif dan holistik harus dilakukan, yakni promotif, preventif, kuratif, dan

rehabilitatif, sebagai kesatuan *continuum of care*. Pendekatan strategis untuk menurunkan beban PTM adalah peningkatan upaya promotif dan preventif melalui pembudayaan GERMAS, pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko PTM, dan peningkatan aksi multisektoral.

Daftar Pustaka

- Alizadeh M, Hoseini M, Shojaeizadeh D, Rahimi A AM. 2012. Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under represent of Tehran Metropolitan City. *Asian J Aging*, 7(3):66-73.
- Aljuaid, M. O. E al. 2018. Diabetes-Related Distress Assessment among Type 2 Diabetes Patients. *J Diabetes Res Hindawi*, Volume 201.
- Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit. 2018. Rencana Aksi Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit 2015-2019 (Revisi I - 2018). Jakarta; Dirjen P2P.
- Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit. 2020. Rencana Aksi Program (RAP) Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024.
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal Pencegahan Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. 2017. Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Revisi I – Tahun 2017. Jakarta; Dirjen P2PTM
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2019). Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular. Hal 1–101. Jakarta; Dirjen P2PTM.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). Data dan Informasi Kesehatan Penyakit Tidak Menular. Volume 2. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Potret Sehat Indonesia dari Riskesdas 2018. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.

- Permenkes. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.
- Siregar, L. B. dan Hidajat LL. 2017. Faktor yang berperan terhadap depresi, kecemasan dan stres pada penderita diabetes melitus tipe 2: studi kasus Puskesmas Kecamatan Gambir. Jakarta Pusat', J Ilm Psikol MANASA, Vol 6, No 1, 15-22.
- World Health Organization. 2011. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010. Geneva; WHO.
- World Health Organization. 2014. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Geneva; WHO.
- World Health Organization. 2018. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. Geneva; WHO.

Profil Penulis



Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes.

Dilahirkan di Ujung Pandang, 20 Juni 1990. Menyelesaikan Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Di Universitas Muslim Indonesia tahun 2012 dan melanjutkan Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Di Universitas Muslim Indonesia tahun 2014 dan menyelesaikan studi tahun 2016. Karir sebagai dosen dimulai tahun 2016 sampai dengan sekarang di Universitas Muslim Indonesia. Ketertarikan menulis dan meneliti di mulai sejak penulis menempuh pendidikan S2 dan menjadi dosen.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain menulis buku, penulis juga aktif menulis diberbagai media. Penulis juga aktif dalam meneliti dibuktikan dengan jurnal yang tebit setiap tahunnya.

Email Penulis: ayupuspitasari@umi.ac.id

KESEHATAN LINGKUNGAN

Dr. Maksuk., SKM., M.Kes

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Masalah kesehatan lingkungan merupakan masalah yang perlu mendapatkan perhatian yang sangat serius saat ini baik secara nasional maupun global. Hal ini karena kontribusi lingkungan dalam mewujudkan derajat kesehatan merupakan hal yang sangat penting di samping masalah perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan. Keempat faktor ini merupakan muara akhir dari kejadian suatu penyakit terutama penyakit berbasis lingkungan (Achmadi, 2014). Lingkungan memberikan kontribusi terbesar terhadap timbulnya masalah kesehatan masyarakat setelah perilaku. Beberapa penyakit berhubungan dengan lingkungan diantaranya kanker, penyakit jantung, diabetes, asma, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), obesitas, cedera kerja, artritis, penyakit parkinson, malaria, disentri dan depresi (Resnik & Portier, 2015). Faktor risiko lingkungan yang dapat menimbulkan penyakit yaitu polusi, mikroba di udara, air, atau tanah, kontaminan dalam makanan, cuaca, bencana alam, pestisida dan bahan kimia lainnya, hama dan parasit, radiasi, kemiskinan, kurangnya akses ke pelayanan kesehatan (Resnik & Portier, 2015).

Fakta yang menunjukkan bahwa pencemaran air yang digunakan penduduk saat ini tercemar oleh bahan kimia baik logam maupun pestisida. Hal ini terbukti dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kandungan logam yang ditemukan dalam air sumur penduduk di sekitar tempat pembuangan akhir sampah (Maksuk & Suzanna,

2018) dan ini dapat menyebabkan risiko kesehatan dan akumulasi dalam tubuh apabila penggunaan air tersebut dalam jangka waktu yang lama (Maksuk, 2019). Tidak hanya itu cemaran pestisida karbamat juga ditemukan dalam sungai yang digunakan oleh penduduk di kawasan pertanian padi dan menyebabkan akumulasi dalam tubuh masyarakat yang mengkonsumsi air tersebut (Maksuk, Shobur, & Suzanna, 2021). Masalah pencemaran air ini merupakan masalah di Indonesia terutama berkaitan dengan air baku air bersih (Priyana, 2016). Selain itu polusi udara merupakan hal yang penting yang harus mendapat perhatian secara serius karena dapat menimbulkan penyakit gangguan pernapasan. Studi sebelumnya membuktikan bahwa salah faktor penyebab infeksi saluran pernapasan atas adalah polusi udara (Putra & Wulandari, 2019); polusi udara dalam ruangan juga sangat berhubungan dengan penyakit pernapasan (Mulenga & Siziya, 2019). Disamping itu masalah pengendalian vektor, pemukiman dan pembuangan limbah/sampah juga menjadi masalah kesehatan lingkungan di Indonesia (Kemenkes RI, 2018).. Berdasarkan data Riskesdas (2018) bahwa pemberantasan sarang nyamuk dengan metode 3M di perkotaan sebanyak 32,7% dan di pedesaan 29,4%. Oleh karena itu upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Paradigma Kesehatan Lingkungan

Di era yang semakin maju seperti sekarang ini maka cara pandang kita terhadap kesehatan juga mengalami perubahan, apabila dahulu kita mempergunakan paradigma sakit yakni kesehatan hanya dipandang sebagai upaya menyembuhkan orang yang sakit. Namun sekarang konsep yang dipakai adalah paradigma sehat, yang saat ini ditetapkan sebagai model pembangunan kesehatan di Indonesia, yaitu pembangunan kesehatan yang mengutamakan upaya-upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya-

upaya kuratif dan rehabilitatif (KemenkesRI, 2015). Kesehatan lingkungan merupakan ilmu yang mempelajari dinamika hubungan interaktif antara komunitas/masyarakat dengan berbagai komponen lingkungan hidup manusia yang diperkirakan dapat menyebabkan gangguan kesehatan serta upaya pengendalian dan pencegahannya (Achmadi, 2014). Paradigma kesehatan lingkungan merupakan pola pikir keterkaitan terjadinya suatu penyakit/masalah kesehatan berkaitan dengan faktor-faktor lingkungan, dimana patogenesis penyakit terjadi erat kaitannya dengan media lingkungan (air, tanah, udara dan makanan). Kesehatan lingkungan merupakan bagian dari dasar-dasar kesehatan masyarakat modern yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan nilai-nilai kesehatan manusia pada tingkat setinggi-tingginya dengan jalan memodifikasi faktor sosial dan lingkungan (Purnama, 2018).

Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut *World Health Organization* (WHO) yaitu:

1. Penyediaan Air Minum
2. Pengelolaan air buangan dan pengendalian pencemaran
3. Pembuangan sampah padat
4. Pengendalian vektor
5. Pencegahan/pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia
6. Higiene makanan, termasuk higiene susu
7. Pengendalian pencemaran udara
8. Pengendalian radiasi
9. Kesehatan kerja
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 epidemi/wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk.
17. Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan.

Sedangkan menurut Undang-Undang No 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan (Pasal 22 ayat 3), ruang lingkup kesehatan lingkungan sebagai berikut (DepkesRI, 1992):

1. Penyehatan Air dan Udara
2. Pengamanan Limbah padat/sampah
3. Pengamanan Limbah cair
4. Pengamanan limbah gas
5. Pengamanan radiasi
6. Pengamanan kebisingan
7. Pengamanan vektor penyakit
8. Penyehatan dan pengamanan lainnya seperti pasca bencana.

Sasaran Kesehatan Lingkungan menurut Pasal 22 ayat (2) UU 23/1992 yaitu:

1. Tempat – tempat umum: hotel, terminal, stasiun, pasar, pertokoan, tempat rekreasi dan usaha-usaha yang sejenis lainnya.
2. Lingkungan pemukiman: rumah tinggal, asrama dan tempat tinggal sejenis lainnya.
3. Lingkungan kerja: perkantoran, kawasan industri, perkebunan, pertanian dan lain-lain.
4. Angkutan umum: kendaraan darat, laut dan udara yang digunakan untuk umum.

5. Lingkungan lainnya: misalnya yang bersifat khusus seperti lingkungan yang berada dalam keadaan darurat, bencana perpindahan penduduk secara besar-besaran, reaktor/tempat yang bersifat khusus.

Faktor Lingkungan Terhadap Kejadian Penyakit

Permasalahan kesehatan lingkungan saat ini menjadi masalah baik global maupun lokal, dimana yang faktor penyebab yang paling berperan adalah lingkungan. Faktor lingkungan dapat berupa lingkungan fisik, lingkungan kimia, lingkungan biologis dan lingkungan sosial ekonomi (Achmadi, 2014; DepkesRI, 1992; Purnama, 2018). Beberapa penyakit berhubungan dengan lingkungan diantaranya kanker, penyakit jantung, diabetes, asma, COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*), obesitas, cedera kerja, artritis, penyakit parkinson, malaria, disentri dan depresi (Resnik & Portier, 2015). Faktor risiko lingkungan yang dapat menimbulkan penyakit yaitu polusi, mikroba di udara, air, atau tanah, kontaminan dalam makanan, cuaca, bencana alam, pestisida dan bahan kimia lainnya, hama dan parasit, radiasi, kemiskinan, kurangnya akses ke pelayanan kesehatan (Resnik & Portier, 2015). Penyakit menular yang berhubungan dengan air adalah penyebab utama kematian dan kesakitan di seluruh dunia, dan efek perubahan iklim akan memperburuk tantangan bagi sektor kesehatan masyarakat untuk penyakit yang ditularkan melalui makanan dan air (Cissé, 2019). Faktor lingkungan atau ekologi merupakan faktor utama yang menentukan dalam penularan suatu penyakit, salah satunya yaitu penyakit yang disebabkan oleh nyamuk pada lingkungan yang mendukung perkembangan vector yaitu penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD).

Di kota Palembang sendiri, penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan sepuluh penyakit terbanyak pada kunjungan rawat jalan Puskesmas Kota Palembang (Mardhatilah, Ambiar, & Erlyn, 2020). Kondisi ini juga dibuktikan bahwa lingkungan fisik rumah berhubungan dengan keberadaan larva aedes di Kota Palembang (Tanudjaya, Anwar, & Dalilah, 2019). Selain itu lingkungan fisik rumah berhubungan dengan penyakit

infeksi saluran pernapasan atas di Kota Palembang (Suryananda & Trisnaini, 2019) dan penyakit TB Paru di Kota Surabaya (Muslimah, 2019).

Teori yang Berkaitan dengan Kesehatan Lingkungan

1. Teori John Gordon

Teori ini ditemukan pertama kali oleh John Gordon pada tahun 1950 dan dinamakan model Gordon sesuai dengan nama penemunya atau dikenal juga dengan istilah Segitiga Epidemiologi. Model Gordon ini menggambarkan pola terjadinya penyakit pada manusia/masyarakat, dimana terjadinya penyakit sebagai akibat ketidakseimbangan antara pejamu (*host*), agen (penyebab penyakit) dan Lingkungan (*Environment*). Berikut Gambar 10.1 adalah segitiga epidemiologi dari John Gordon (1950) (Mukono, 2002; Pitriani & Herawanto, 2019):



Gambar 10.1 Teori John Gordon

Host/pejamu merupakan populasi atau organisme yang berisiko untuk mengalami sakit atau gejala penyakit. Elemen pejamu ini sangat penting dalam proses terjadinya penyakit ataupun dalam pengendalian dan pencegahannya, hal ini karena ia sangat bervariasi keadaannya bila dilihat dari aspek sosial ekonomi budaya, keturunan, lokasi geografis, dan lainnya. Selain itu pejamu juga akan sangat menentukan kualitas lingkungan yang ada dengan cara-cara perlakuan yang berbeda-beda sesuai dengan tingkat pengetahuan, sikap, budaya dan lainnya. Sedangkan agen merupakan faktor risiko

utama yang harus ada agar penyakit dapat terjadi. Agen dapat berupa benda hidup, tidak hidup, energi, dan lain sebagainya, yang dalam jumlah berlebih atau kurang merupakan sebab utama dalam terjadinya penyakit. Agen dapat dikelompokkan menjadi agen biologi (virus, jamur, bakteri, protozoa dan metazoa), kimia (golongan logam berat, debu, pestisida dan bahan kimia lainnya), fisik (suhu, getaran, radiasi, kelembangan, cuaca, cahaya dan kebisingan), nutrisi (dan mekanik (gesekan, benturan, trauma dan lain-lain) (Achmadi, 2014; Maksuk, 2018).

2. Teori H.L. Blum

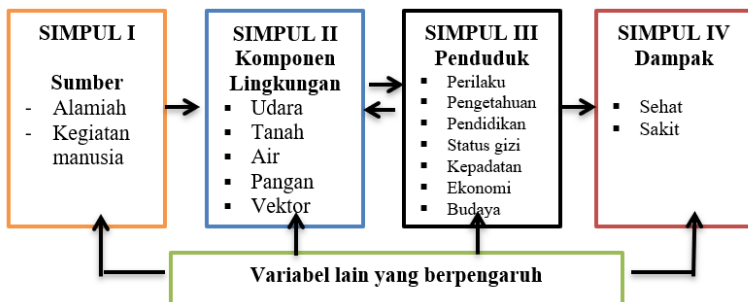
Konsep H.L. Blum ini masih sangat relevan untuk diterapkan sampai saat ini karena Teori Blum dikemukakan oleh Hendrick L. Blum pada tahun 1974, dimana teori ini mengemukakan model tentang sistem pada kesehatan masyarakat. H.L Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan timbulnya masalah kesehatan. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik (keturunan) (Hulu et al., 2020; Notoatmodjo, 2010). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Dari keempat faktor tersebut perilaku/gaya hidup manusia merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sulit ditanggulangi, diikuti dengan faktor lingkungan. Faktor - faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seperti pada Gambar 10.2 dibawah ini:



Gambar 10.2 Teori H.L. Blum

3. Teori Simpul

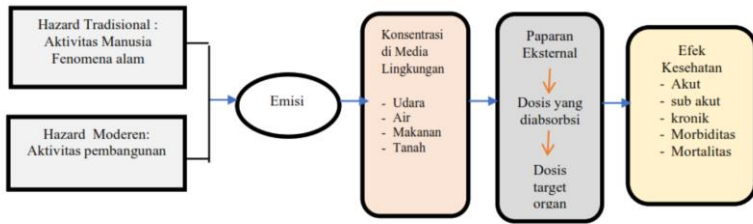
Teori simpul terjadinya penyakit ini dijelaskan pada Gambar 10.3 dibawah ini (Achmadi, 2014):



Berdasarkan gambar tersebut diatas bahwa perubahan-perubahan lingkungan dapat disebabkan oleh kegiatan alam, seperti letusan gunung berapi, atau akibat kegiatan manusia, seperti pembangunan waduk, pembakaran hutan, industri pencemaran udara pencemaran rumah tangga, dan lain-lain.

4. Konsep Sumber Kontaminan dan Hubungan Paparan terhadap Efek Kesehatan

Konsep ini dikemukakan pertama kali oleh Corvalan dan Kjellstrom pada tahun 1995 yang mengemukakan sumber kontaminan dan hubungan paparan terhadap efek kesehatan. Konsep teori tersebut dijelaskan pada Gambar 10.3 dibawah ini :



Gambar 10. 4. Kerangka Konsep Sumber Kontaminan dan Hubungan Paparan terhadap Efek Kesehatan ini (Corvalán & Kjellstrom, 1995)

Pada gambar diatas dijelaskan bahwa sumber kontaminan dibagi dua yaitu hazard tradisional yang disebabkan oleh aktivitas manusia dan fenomena alam, sedangkan hazard moderen akibat aktivitas pembangunan diantaranya perkebunan, pertanian, dan industri lainnya. Aktivitas pertanian dan perkebunan merupakan kegiatan yang merupakan faktor pencemaran di lingkungan terutama akibat penggunaan pestisida pada kegiatan tersebut (Maksuk, 2018). Paparan bahan kimia, pestisida dan bahan kimia dapat mencemari media lingkungan dan juga dapat terakumulasi dalam tubuh manusia melalui inhalasi, ingesti, kulit dan jalur masuk lainnya sehingga berakibat senyawa/zat kimia tersebut terdeposit dalam target organ. Senyawa/zat kimia yang terdeposit dalam tubuh manusia dapat menimbulkan efek kesehatan baik akut, sub akut, kronik bahkan yang paling fatal dapat menyebabkan kematian.

Upaya Penanggulangi Masalah Kesehatan Lingkungan**1. Penyediaan air bersih**

Kebutuhan air bersih terutama meliputi air minum, mandi, memasak dan mencuci. Air minum yang dikonsumsi harus memenuhi syarat minimal sebagai air yang dikonsumsi. Syarat air minum yang sehat antara lain syarat fisik, syarat bakteriologis dan syarat kimia. Air minum sehat memiliki karakteristik tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa, suhu di bawah suhu udara sekitar (syarat fisik), bebas dari bakteri patogen (syarat bakteriologis) dan mengandung zat-zat tertentu dalam jumlah yang dipersyaratkan (syarat kimia). Penyediaan air bersih ini merupakan tanggung jawab dan sinergi dari pemerintah, swasta dan masyarakat.

2. Penyehatan lingkungan pemukiman

Lingkungan pemukiman secara khusus adalah rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar bagi kehidupan manusia.

3. Pengelolaan limbah dan sampah

Limbah merupakan hasil buangan baik manusia (kotoran), rumah tangga, industri atau tempat-tempat umum lainnya. Sampah merupakan bahan atau benda padat yang dibuang karena sudah tidak digunakan dalam kegiatan manusia. Pengelolaan limbah dan sampah yang tidak tepat akan menimbulkan polusi terhadap kesehatan lingkungan. Pengelolaan limbah dan sampah ini merupakan tanggung jawab semua lapisan masyarakat karena pengelolaannya dimulai dari level rumah tangga.

4. Pengelolaan tempat-tempat umum dan pengolahan makanan

Pengelolaan tempat-tempat umum meliputi tempat ibadah, sekolah, pasar dan lain-lain sedangkan pengolahan makanan meliputi tempat pengolahan makanan (pabrik atau industri makanan) dan tempat

penjualan makanan (toko, warung makan, kantin, restoran, cafe, dll). Kegiatan berupa pemeriksaan syara bangunan, ketersediaan air bersih serta pengolahan limbah dan sampah.

5. Pengendalian vektor

Menurut Permenkes RI Nomor: 374/MENKES/PER/III/2010 Tentang Pengendalian Vektor, bahwa Pengendalian vektor merupakan semua kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan populasi vektor serendah mungkin sehingga keberadaannya tidak lagi berisiko untuk terjadinya penularan penyakit tular vektor di suatu wilayah atau menghindari kontak masyarakat dengan vektor sehingga penularan penyakit tular vektor dapat dicegah. Pengendalian vektor ini dilakukan secara terpadu dengan melibatkan berbagai sektor terkait baik interdisiplin maupun multidisiplin. Pengendalian vektor dapat berupa pemberantasan sarang nyamuk dan perilaku hidup bersih dan sehat, seperti mencuci tangan menggunakan sabun.

6. Penyehatan kawasan industri

Menurut Peraturan Pemerintah No. 24 tahun 2009 Tentang Kawasan Industri, Kawasan Industri merupakan kawasan tempat pemusatan kegiatan Industri yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana penunjang yang dikembangkan dan dikelola oleh perusahaan kawasan industri yang telah memiliki izin usaha. Kegiatan usaha industri ini dapat menimbulkan dampak di lingkungan, karena itu perlu dilakukan pengelolaan agar tidak menyebabkan gangguan kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Achmadi, U. F. (2014). *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Rajawali Press.
- Cissé, G. (2019). Food-borne and Water-Borne Diseases Under Climate Change in Low- and Middle-Income Countries: Further Efforts Beeded for Reducing Environmental Health Exposure Risks. *Acta Tropica*, 194, 181–188. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.03.012>
- Corvalán, C., & Kjellstrom, T. (1995). Health and Environment Analysis for Decision Making. *World Health Statistics Quarterly*, 48(2), 71–77.
- DepkesRI. (1992). Undang-Undang No 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- Hulu, V. T., Pane, H. W., Tasnim, T., Zuhriyatun, F., Munthe, S. A., Hadi, S., ... Hasnidar, H. (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Yayasan Kita Menulis.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018.
- KemenkesRI. (2015). Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.
- Maksuk. (2018). *Penilaian Risiko Kesehatan Konsep dan Aplikasi di Puskesmas* (1st ed.). Palembang: CV. Putra Penuntun.
- Maksuk, M. (2019). Tingkat Risiko Konsentrasi Timbal dalam Air Sumur Gali Masyarakat di Sekitar Tempat Pembuangan Akhir Sampah Sukawinatan Kota Palembang. In *Politeknik kesehatan Palembang* (Vol. 2).
- Maksuk, Shobur, S., & Suzanna, S. (2021). Health Risk Due to Carbamate Exposure in Communities Around Paddy Field Areas. *Jurnal Kesehatan Lingkungan (Journal of Environmental Health)*, 13(4), 204–210. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20473/jkl.v13i4.2021.204-210>
-

- Maksuk, & Suzanna. (2018). Kajian Kandungan Timbal Dalam Air Sumur Gali di Sekitar Tempat pembuangan Akhir Sampah Sukawinatan Kota Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 107–114.
- Mardhatilah, S., Ambiar, R. I., & Erlyn, P. (2020). Gambaran Kejadian Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Wilayah Kerja Puskesmas Dempo Kota Palembang. *MESINA (Medical Scientific Journal)*, 1, 23–32.
- Mukono, H. J. (2002). *Epidemiologi Lingkungan*. Airlangga University Press.
- Mulenga, D., & Siziya, S. (2019). Indoor air pollution related respiratory ill health, a sequel of biomass use. *SciMedicine Journal*, 1(1), 30–37. <https://doi.org/https://doi.org/10.28991/scimedj-2019-0101-5>
- Muslimah, D. D. L. (2019). Keadaan lingkungan fisik dan dampaknya pada keberadaan *Mycobacterium tuberculosis*: Studi di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur Surabaya. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(1), 26–34.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan*. Rineka Cipta.
- Pitriani, S., & Herawanto, S. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Lingkungan*. Nas Media Pustaka.
- PresidenRI. (2009). Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Priyana, Y. (2016). Masalah Sumber Daya Air Sungai di Pulau Jawa. *Forum Geografi*, 8(2), 64–73.
- Purnama, S. G. (2018). *Dasar Kesehatan Lingkungan*.
- Putra, Y., & Wulandari, S. S. (2019). Faktor Penyebab Kejadian Ispa. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 37–40. <https://doi.org/https://doi.org/10.35730/jk.v10i1.378>

- Resnik, D. B., & Portier, C. J. (2015). Environment and Health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*. Elsevier Inc, 815–819.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.91004-3>
- Suryananda, U., & Trisnaini, I. (2019). Hubungan Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian Penyakit Ispa Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas 7 Ulu Palembang. Sriwijaya University.
- Tanudjaya, I. S., Anwar, C., & Dalilah, D. (2019). Hubungan Faktor Sanitasi Lingkungan Fisik Rumah Dengan Keberadaan Larva Aedes Sp. Di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Selasa Kota Palembang Tahun 2019. Sriwijaya University.

Profil Penulis



Maksud

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan lingkungan dimulai pada tahun 2004, dimana saat itu penulis sebagai tenaga sanitarian RSU Kabupaten Belitung dan tahun 2006 penulis pindah ke Balai Teknik Kesehatan Lingkungan Palembang. Hal tersebut membuat penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang strata 2 Program Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Lingkungan dan Lingkungan Kerja di STIK Bina Husada Palembang tahun 2008, dan menyelesaikan studi pada tahun 2010. Sebagai seorang dosen yang dituntut senantiasa mengembangkan keilmuan, maka penulis pada tahun 2013 melanjutkan pendidikan Strata 3 pada Program Pascasarjana Ilmu Lingkungan dengan Bidang Kajian Utama Kesehatan Lingkungan di Universitas Sriwijaya dan menyelesaikan studi pada tahun 2017.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Lingkungan, dan saat ini sebagai dosen profesional di Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Palembang, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait bidang ilmu penulis telah dipublikasikan pada jurnal dan prosiding baik secara nasional maupun internasional. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini serta dapat mengembangkan keilmuan kesehatan lingkungan.

Email Penulis: maksud.ikhshan@gmail.com

PSIKOLOGI KESEHATAN DAN SOSIOLOGI KESEHATAN

Ilustri, S.Psi., M.Kes.

STIK Bina Husada Palembang

Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan merupakan cabang psikologi yang mengkaji pengaruh kondisi psikologis terhadap kesehatan seseorang, mengapa orang menjadi sakit, serta bagaimana respon seseorang apabila pada kondisi sakit. Lahirnya psikologi kesehatan ini dilatarbelakangi oleh kemunculan penyakit kronis yang berkaitan dengan gaya hidup, kiprah pengembangan perawatan kesehatan yang melibatkan bidang ekonomi, realitas adanya kontribusi faktor psikologis dan sosial pada kesehatan dan kondisi sakit, pentingnya menunjukkan hegemoni psikologis untuk memperbaiki kesehatan rakyat, adanya metodologis berasal dari penelitian.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat adalah: demografi, sosialisasi awal (model sosial), nilai-nilai keyakinan, lingkungan social, faktor emosional, tujuan personal (hidup), penerimaan gejala, akses sistem perawatan kesehatan dan faktor kognitif. Perilaku sehat dan sakit ini dapat dipelajari melalui berbagai perspektif, yaitu: Perspektif Biologis (fokus pada medis), perspektif Psikologis (fokus pada mental), perspektif Sosiologis (fokus pada relasi antar manusia) dan perspektif Spiritual (fokus pada hubungan transendensi).

1. Konsep Dasar Psikologi

Para ahli memberikan definisi psikologi secara beragam, antara satu dengan yang lain. Berikut definisi psikologi yang diberikan oleh para ahli (Alex Sobur: 2016) adalah sebagai berikut:

- a. Ernest Hilgert (1957) dalam bukunya *introduction to psychology* menjelaskan Psychology may be defined as the science that studies the behavior of men and ather animal (Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan lainnya).
- b. George A. Miller (1974) dalam bukunya *Psychology and Communication: Psychology is the science that attempts to describe, predict and control mental and behavioral events* (Psikologi adalah ilmu yang berusaha menguraikan, meramalkan, dan mengendalikan peristiwa mental dan tingkah laku).
- c. Cliiford T. Morgan (1961) dalam bukunya *introduction to Psychology: Psychology is the science of human and animal behavior* (Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan).
- d. Robert S. Woodworth dan Marquis DG (1957) dalam bukunya *Psychology: Psychology is the scientific studies of individual activities relation to the inveronment* (Psikologi adalah suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari aktivitas atau tingkah laku individu dalam hubungannya dengan alam sekitarnya).

Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa sebagaimana dinyatakan oleh Robert S. Woodworth dan Marquis DG yang menyatakan bahwa Psikologi adalah suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari aktivitas atau tingkah laku individu dalam hubungannya dengan alam sekitarnya, yang berarti bahwa psikologi tidak hanya berorientasi pada perilaku manusia. Lebih dari itu psikologi mengarahkan perhatiannya hubungan manusia

dengan lingkungan sekitarnya, yang dapat berupa binatang maupun lainnya (Alex Sobur : 2016).

Sebagai suatu ilmu pengetahuan, psikologi harus memiliki karakteristik ilmu artinya dalam mempelajari dan membahas ilmunya, psikologi harus memenuhi kriteria berikut:

- a. Dapat menjawab pertanyaan 5W 1H artinya dapat menjelaskan tentang apa itu psikologi, mengapa perlu ada psikologi, kapan ada psikologi, dimana dan oleh siapa serta bagaimana dengan psikologi itu.
- b. Pertanyaan terhadap 5W dan 1H itu dapat dijawab secara rinci sebagai berikut:

- 1) *What* (apa) psikologi itu?

Psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari perilaku manusia dalam interaksinya dengan lingkungan.

- 2) *Why* (Mengapa) perlu psikologi?

Pada masa sebelum Masehi (427 SM) psikologi masih berinduk pada filsafat sebagaimana ilmu-ilmu lain yang ada pada waktu itu. Dengan berjalannya waktu, persoalan yang dihadapi psikologi semakin kompleks, sehingga pada akhirnya psikologi memisahkan diri dari filsafat, untuk membangun keilmuannya secara mandiri dan otonom, sebagaimana bidang keilmuan yang lain.

- 3) *When* (kapan) psikologi itu ada?

Pada tahun 1875-1876, psikologi mulai dapat dieksperimentasikan di laboratorium, maka sejak saat itulah psikologi menyebut dirinya sebagai ilmu pengetahuan dan orang pertama yang berbicara tentang psikologi adalah Wilhelm Wundt, pendiri laboratorium di kota Leipzig Jerman barat.

- 4) *Where* (dimana) tempat lahirnya psikologi?

Tentunya tempat lahirnya psikologi adalah di Leipzeig Jerman, karena di tempat itulah psikologi mulai bisa dieksperimenkan dan dianggap sebagai ilmu pengetahuan.

- 5) *Who* (siapa) yang dinyatakan sebagai bapak psikologi?

Dalam hal ini, yang dianggap sebagai bapak psikologi adalah Wilhelm Wundt yang juga dikenal sebagai bapak psikologi eksperimen.

- 6) *How* (bagaimana) psikologi itu dikembangkan?

Psikologi yang secara umum dapat dipahami sebagai ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam interaksinya dengan lingkungan, pada perjalanan berikutnya dapat terspesifikasi menjadi kajian-kajian yang lebih khusus, misalnya psikologi perkembangan, psikologi klinik, psikologi abnormal, psikologi kesehatan, dan lain sebagainya.

Sebagai suatu ilmu pengetahuan, psikologi dituntut memiliki obyek material dan obyek formal. Obyek material adalah sesuatu yang dipelajari, dibahas dan diselidiki, sedangkan obyek formal adalah cara memandang yang dilakukan oleh sebuah ilmu untuk memahami obyek materialnya. Dalam hal ini obyek material dari psikologi adalah manusia dan obyek formalnya tingkah laku manusia.

Sebagai suatu ilmu pengetahuan, psikologi juga dituntut memiliki metode ilmiah yaitu suatu cara kerja yang mengikuti prosedur ilmiah untuk memperoleh data atau informasi yang diperlukan oleh ilmu pengetahuan, yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Alex Sobur: 2016):

- a. Obyektif, artinya dapat memberikan data atau informasi yang benar sesuai dengan keadaan obyek yang sesungguhnya.

- b. Adekuat, artinya memadai, sesuai dengan masalah dan tujuannya.
- c. Reliabel, artinya dapat dipercaya untuk memberikan informasi yang tepat.
- d. Valid, artinya sesuai dengan kenyataan dan dapat dipertanggung jawabkan.
- e. Sistematis, artinya memberikan informasi yang tersusun dengan baik, sehingga memudahkan dalam penarikan kesimpulan.
- f. Akurat, artinya memberikan data dengan teliti.

Pengembangan kajian psikologi ini dapat dilakukan melalui beberapa metode, yakni metode eksperimental dan metode non eksperimental yang meliputi metode observasi, metode studi kasus, metode survey dan metode korelasional.

2. Pengertian Psikologi kaitannya dengan Kesehatan

Psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari perilaku manusia dalam hubungan dengan lingkungannya. Berdasarkan tujuannya, psikologi dibedakan atas (Alex Sobur: 2016):

- a. Psikologi Teoritis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk mengembangkan ilmu.
- b. Psikologi Praktis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk kebutuhan praktis, khususnya problem solving.

Berdasarkan objek yang dipelajarinya, dibedakan atas (Alex Sobur: 2016):

- a. Psikologi Umum Psikologi umum bertujuan menyelidiki dan mempelajari kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas psikis manusia yang tercermin dalam tingkah laku pada umumnya, khususnya pada manusia dewasa yang normal dan berkultur (tidak terisolasi).
- b. Psikologi Khusus Psikologi Khusus bertujuan menyelidiki dan mempelajari segi-segi kekhususan dari aktivitas- aktivitas psikis

manusia. Psikologi khusus ini lebih bersifat praktis/aplikatif.

Bidang-bidang dalam Psikologi Khusus, antara lain (Alex Sobur : 2016):

a. Psikologi Konseling & Klinis

Psikologi konseling & klinis berusaha mendiagnosa dan mentreatment individu yang memiliki problem psikologi. Problem bisa berat, bisa ringan dan dapat dilakukan oleh psikolog dengan 3-4 tahun pengalaman kerja dan 1 tahun menekuni kesehatan mental. Sebagian besar psikolog berkecimpung dlm bidang psikologi klinis dg menerapkan asas-asas psikologi pada diagnosa dan perawatan masalah emosi dan perilaku. Misalnya: penyakit jiwa, kenakalan remaja, tindak kriminal, kecanduan obat, keterbelakangan mental, konflik perkawinan dan keluarga, serta masalah penyesuaian lain yang tidak begitu serius.

b. Psikologi Eksperimen

Psikologi eksperimen menggunakan metode eksperimen untuk mempelajari tingkah laku manusia (kadang menggunakan hewan percobaan) dan sering melakukan penelitian. Beberapa hal yang sering diteliti antara lain adalah sensasi & persepsi, proses kognitif, learning, ataupun motivasi. Psikologi eksperimen juga mengembangkan metode pengukuran dan pengontrolan yang tepat.

c. *Behavioral Neuroscience & Comparative Psychology*

Bidang ini memfokuskan kajian pada proses biologis, khususnya peran otak pada perilaku (mencoba menemukan hubungan antara proses biologi dengan perilaku), karenanya mereka disebut sebagai ahli psikologi fisiologi. Subjek penelitian biasanya binatang. Mereka

membandingkan temuan pada binatang dengan manusia.

d. Psikologi Perkembangan

Bidang ini memfokuskan kajian pada berbagai faktor yang membentuk perilaku individu mulai dari konsepsi hingga mati. Khususnya melihat bagaimana pengaruh kematangan biologis dan lingkungan terhadap perkembangan manusia.

e. Psikologi Sosial

Bidang ini memfokuskan kajian pada interaksi sosial, hubungan sosial, persepsi sosial, dan sikap sosial individu dengan orang lain. Kita akan paham mengenai perilaku dan mental individu jika kita memahami bagaimana fungsi individu dalam kelompoknya.

f. Psikologi Kepribadian

Bidang ini mempelajari perbedaan individu dengan cara mengelompokkan individu untuk tujuan praktis dan mempelajari kualitas setiap individu yang unik. Psikologi kepribadian memfokuskan diri pada ciri sifat dan karakter.

g. Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan memfokuskan diri pada pemberian perhatian kepada kelompok yang membutuhkan bantuan. Misalnya: membentuk program outreach untuk orang-orang yang membutuhkan.

h. Psikologi Sekolah & Pendidikan

Psikologi sekolah dan pendidikan memfokuskan diri pada anak-anak yang mengalami masalah dalam proses belajar dan penyesuaian diri di sekolah, memberi rekomendasi mengenai penempatan jurusan, rencana sekolah dan pekerjaan, serta meneliti proses belajar dan mengajar.

i. Psikologi Industri dan organisasi

Psikolog industri dan organisasi berfokus pada masalah pemilihan orang yang tepat untuk memegang pekerjaan tertentu, menyusun program latihan ataupun praktek kerja, dan turut serta membentuk pimpinan dalam perusahaan serta mengambil keputusan yang menyangkut semangat kerja dan kesejahteraan para karyawan.

j. Psikologi Lingkungan

Psikologi lingkungan mempelajari transaksi antara individu dengan lingkungan. Misalnya bagaimana pengaruh desain fisik (ruang atau bangunan) terhadap aspek-aspek psikologis, seperti persepsi, kognisi, relasi sosial, perilaku abnormal, dan lainnya.

k. Psikologi Lintas Budaya

Psikologi lintas budaya mempelajari peran budaya terhadap perilaku, pikiran, dan emosi.

Psikologi kesehatan mempelajari faktor psikologis yang mempengaruhi kesehatan. Misalnya: gaya hidup, stres dan coping (Alex Sobur: 2016).

Ruang lingkup psikologi kesehatan meliputi:

- a. Lingkungan akademik yaitu Sekolah dan universitas (fakultas kedokteran, fakultas psikologi, dll)
- b. Klinik yaitu Rumah sakit, pusat kesehatan mental masyarakat (biro konsultasi psikologi)
- c. Praktek pribadi
- d. Organisasi yaitu Instansi pemerintah dan swasta, Industri atau perusahaan

Tujuan dari psikologi kesehatan adalah:

- a. Mengevaluasi tingkah laku dalam etiologi penyakit.
- b. Memprediksi tingkah laku tidak sehat

- c. Memahami peran psikologi dalam experience of illness
- d. Mengevaluasi peran psikologi dalam treatment
- e. Selain itu, teori-teori psikologi juga dapat dimanfaatkan dalam mempromosikan tingkah laku sehat dan mencegah sakit/munculnya penyakit dalam skala individu maupun yang lebih luas (kelompok, komunitas maupun masyarakat).

Perilaku yang berkaitan dengan kesehatan meliputi: Kebiasaan yang merugikan kesehatan (health impairing habits) yang juga disebut “behavioural pathogens seperti merokok, memakan makanan berlemak, atau Tingkah laku yang menunjang kesehatan (health-protective behaviours), atau “behavioural immunogens” seperti mengikuti pemeriksaan kesehatan dan mengikuti kegiatan olah raga secara aktif.

3. Perkembangan Ilmu Psikologi

Sebelum psikologi menjadi ilmu pengetahuan yang mandiri, induk dari psikologi adalah filsafat, sebagaimana ilmu-ilmu yang lain. Seperti telah disinggung diatas, bahwa psikologi memulai kemandiriannya sebagai sebuah ilmu, sejak didirikannya laboratorium psikologi pertama di Leipzig Jerman, pada tahun 1879 oleh Wilhelm Wundt. Sejak psikologi berdiri sendiri dengan menggunakan metode-metodenya sendiri dalam penelitian ilmiahnya, timbullah berbagai corak khusus dalam psikologi yang berbeda antara psikologi lama dan psikologi modern. Secara lebih rinci, perbedaan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Alex Sobur: 2016):

Ciri-ciri psikologi sebelum abad ke-18:

- a. Bersifat elementer, berdasarkan hukum sebab akibat.
- b. Bersifat mekanis

- c. Bersifat sensualistis - antelektualistis (mementingkan pengetahuan dan daya pikir)
- d. Mementingkan kuantitas
- e. Hanya mencari hukum-hukum
- f. Gejala-gejala jiwa dipisahkan dari subyeknya
- g. Jiwa dipandang pasif
- h. Terlepas dari materi-materi

Ciri-ciri psikologi modern adalah sebagai berikut:

- a. Bersifat totalitas
- b. Bersifat teleologis (bertujuan)
- c. Vitalistis biologis (jiwa dipandang aktif dan bergerak dalam hidup manusia)
- d. Melakukan pendalaman dan penyelaman terhadap jiwa
- e. Berdasarkan nilai-nilai
- f. Gejala-gejala jiwa dihubungkan dengan subyeknya
- g. Memandang jiwa aktif dinamis
- h. Mementingkan fungsi jiwa
- i. Mementingkan mutu atau kualitas
- j. Lebih mementingkan perasaan

Dengan uraian yang lebih simple, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Psikologi lama
 - 1) Psikologinya adalah psikologi unsure, yaitu mendasarkan pandangan pada elemen dan unsur-unsur yang berdiri sendiri dan diselidiki sendiri-sendiri
 - 2) Dalam peninjauannya, mencari hukum sebab akibat, hukum kausal dan bersifat mekanis

- 3) Meninjau kehidupan kejiwaan secara terpisah dari subyeknya, yaitu manusia. Oleh karena itu, disebut kehidupan jiwa yang pasif.

b. Psikologi Modern

- 1) Mendasarkan peninjauannya pada psikologi totalitas, yaitu berpangkal pada keseluruhan psychophysis.
- 2) Dalam meninjau kehidupan kejiwaan, melihat hubungan kejiwaan sebagai bagian dari kehidupan manusia sebagai makhluk hidup yang mempunyai tujuan tertentu.
- 3) Psikologi dalam peninjauannya selalu mendasarkan pada peninjauan kehidupan kejiwaan dalam hubungannya dengan subyeknya, yaitu manusia. Jadi, kehidupan kejiwaan yang aktif.

Sosiologi Kesehatan

Sosiologi berasal dari bahasa Latin, Socius yang berarti kawan/teman dan Logos yang berarti kata atau berbicara, jadi Ilmu Sosiologi adalah berbicara mengenai masyarakat. Parsudi Suparlan mengatakan bahwa sosiologi merupakan “ilmu pengetahuan yang secara sistematis mempelajari kelakuan sosial manusia, yaitu yang berkenaan dengan pola-pola dan proses-proses interaksi di antara individu dan kelompok, bentuk-bentuk kelompok sosial, hubungan-hubungan di antara berbagai kelompok sosial, dan pengaruh kelompok sosial terhadap kelakuan individu” (Dewi Rosmalia & Yustiana Sriani : 2017).

Pitirim Sorokin mengatakan bahwa sosiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari hubungan dan pengaruh timbal balik antara aneka macam gejala-gejala sosial (misalnya antara gejala ekonomi dengan agama, keluarga dengan moral, hukum dengan ekonomi, gerak masyarakat dengan politik dan sebagainya); hubungan dan pengaruh timbal balik antara gejala sosial dengan gejala-gejala nonsosial (misalnya gejala geografis, biologis, dan sebagainya); ciri-

ciri umum semua jenis gejala-gejala sosial (Dewi Rosmalia & Yustiana Sriani : 2017).

Sosiologi telah mencapai perkembangan sedemikian rupa sehingga menurut Harsja Bachtiar dapat diuraikan dalam berbagai bidang keahlian khusus (sub-disiplin), antara lain (Dewi Rosmalia & Yustiana Sriani : 2017): 1. Sosiobiologi 2. Sosiologi kesehatan dan sakit (sosiologi kedokteran, sosiologi klinik, sosiologi perawatan) 3. Demografi 4. Sosiologi keluarga dan kekerabatan 5. Sosiologi anak 6. Sosiologi remaja 7. Sosiologi orang tua 8. Sosiologi komuniti dan wilayah (sosiologi pedesaan, sosiologi perkotaan), dan masih banyak sub-disiplin sosiologi lainnya.

Objek dari sosiologi adalah masyarakat yang berhubungan dan juga proses yang dihasilkan dari hubungan tersebut. Sedangkan tujuan dari ilmu sosiologi adalah untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan lingkungan sosialnya.

Sosiologi kesehatan muncul awalnya karena bidang kedokteran memerlukan pemahaman tentang faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan pola penyebaran penyakit (epidemiologi) dalam kelompok-kelompok masyarakat tertentu sehingga muncul disiplin keilmuan yang dinamakan sosiologi kedokteran. Seiring perkembangan ilmu pengetahuan paradigma sehat mengubah pusat perhatian dari penyakit menjadi kesehatan (yang awalnya pusat perhatian mengobati setelah terjadinya penyakit akhirnya berkembang kepada lebih mencegah sebelum terjadinya penyakit). Berdasarkan hal tersebut muncul disiplin keilmuan baru yaitu sosiologi kesehatan.

1. Pengertian Sosiologi kesehatan

Sosiologi kesehatan adalah cabang studi sosiologi yang memberikan penjelasan dan pemahaman tentang hubungan masyarakat dengan kesehatan. Kesehatan dalam suatu masyarakat sangat penting untuk diketahui lebih mendalam, kondisi ini tentu saja tak terlepas daripada kebutuhan dan

keberlangsungan dalam kehidupan bermasyarakat. Oleh karena itulah tulisan ini akan memberikan penjelasan mengenai pengertian, ruang lingkup, dan manfaat sosiologi kesehatan.

Sosiologi kesehatan adalah studi sosiologi yang memberikan penjelasan mengenai perilaku kesehatan, norma sosial para perilaku kesehatan, dan interaksi sosial dalam masyarakat dengan petugas kesehatan. Sosiologi Kesehatan juga menerapkan padangan perspektif diantara manusia dan penyakit (Setia Budhi :2020).

2. Sosiologi Kesehatan

Pengertian Sosiologi Kesehatan Menurut Para Ahli adalah sebagai berikut:

- a. Ruderman (1981) Pengertian sosiologi kesehatan menurut ruderman adalah studi ilmu pengetahuan mengenai perawatan kesehatan dengan lembaga-lembaga sosial dalam masyarakat. Hal ini didasari pada pemahamannya bahwa kesehatan erat kaitannya dengan faktor-faktor sosial yang menjadi pengaruhnya.
- b. ASA (American Sociological Association (1986) Definisi sosiologi kesehatan adalah bidang kajian sosiologi yang memberikan pemahaman mengenai perspektif, konsep, teori dalam menelaah paradigma fakta sosial melalui fenomena penyakit dan kesehatan masyarakat.
- c. Pengertian sosiologi kesehatan adalah cabang ilmu sosiologis dengan kesehatan manusia, sosiologis disini penting untuk dipelajari lantaran berpengaruh besar pada penyakit 8 seseorang yang sedang dialaminya. Tentu saja selain hal tersebut dalam sosiologi kesehatan juga melakukan instrumen penelitian terhadap peran sosial-budaya dalam keberhasilan para petugas medis.
- d. Dari pengertian sosiologi kesehatan menurut para ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa sosiologi

kesehatan adalah cabang studi sosiologi yang memberikan penjelasan tentang gejala-gejala sosial dengan pengaruhnya pada sisi penyakit, dan juga kontribusinya dalam kesehatan. Selengkapnya baca juga; Pengertian Gejala Sosial, Faktor, Jenis, dan Dampaknya. (Setia Budhi :2020).

3. Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan

Dalam sosiologi kesehatan ada beberapa fokus kajian yang dilakukan, antara lain fokus kajian sosiologi kesehatan adalah sebagai berikut (Setia Budhi :2020):

- a. Hubungan Lingkungan Sosial dan Kesehatan
Rung lingkup kajian pertama yang dilakukan dalam studi ilmu sosiologi kesehatan adalah lingkungan sosial. Lingkungan ini tidak hanya pada lingkungan masyarakat akan tetapi lingkungan keluarga menjadi pengaruh di dalamnya. Apalagi jika seseorang berada dalam kondisi sakit, ada pengaruh besarnya dengan hubungan sosiologis antar manusia.
- b. Perilaku Sehat dan Sakit Prilaku individu atau kelompok sosial dalam masyarakat menjadi sisi penting kajian dalam sosiologi kesehatan, sisi penting ini berhubungan dengan interkasi sosial yang dilakukan takalah seseorang merasa sehat dan sakit. Pastinya perilaku ini dipengaruhi besar pada perubahan sosial yang sedang dialaminya.
- c. Praktisi Perawatan Kesehatan dan Hubungan dengan Pasien Karena fokus sosiologi kesehatan adalah masyarakat dan medis maka tak khayal dalam ruang lingkup sosiologi kesehatan, meneliti tentang peraktisi perawatan yang dilakukan. Baik di daerah perkototaan atau pedesaan sekalipun.
- d. Sistem Perawatan Kesehatan Terakhir mengenai ruang lingkup sosiologi kesehatan adalah sistem perawatan kesehatan. Perawatan ini berhubungan erat tentang fasilitas dan kualitas tenaga kesehatan yang diharapkan dapat

membantu masyarakat ketika mengalami permasalahan kesehatan.

4. Manfaat Sosiologi Kesehatan

Banyak terdapat manfaat ketika mempelajari sosiologi kesehatan, manfaat tersebut antara lainnya adalah sebagai berikut (Setia Budhi :2020);

- a. Mempelajari tentang perilaku masyarakat ketika sakit dan meminta pertolongan pada cara tenaga medis
- b. Memberikan analisis yang kuat dalam interaksi sosial antara seorang dokter dengan masyarakat (pasien)
- c. Dapat memberikan pandangan dan kajian mengenai latar belakang ekonomi dengan fasilitas layanan kesehatan yang di dapatkan.
- d. Memberikan analisa sosial dalam hubungannya dengan penyakit. Analisa ini di dapatkan dari metode-metode penelitian sosial
- e. Mengulas tentang beragam fakta sosial secara sosiologis kepada masyarakat yang sedang mengalami permasalahan kesehatan (sakit).
- f. Sosiologi kesehatan secara umum dapat memberikan pemahaman dan penyusunan rencana mengenai tingkat keberhasilan tenaga media (dokter, bidan, perawat, tabib).

5. Istilah Sosiologi Kesehatan

Ada beragam istilah yang penting diketahui dalam sosiologi kesehatan, istilah ini antara lain sebagai berikut (Setia Budhi :2020);

- a. *Sociology in Medicine*, adalah istilah yang dipergunakan dalam sosiologi kesehatan khususnya dipergunakan dalam menganalisa hubungan sosial tenaga kesehatan dengan masyarakat.
- b. *Sociology of Medicine*, adalah istilah dalam sosiologi kesehatan yang dipergunakan untuk

menganalisa tingkat kepercayaan masyarakat dengan tenaga kesehatan.

- c. *Sociology From Medicine*, adalah istilah sosiologi kesehatan yang dihubungkan dengan sosiologi dan pelayanan kesehatan.
- d. *Sociology Around Medicine*, istilah dalam sosiologi kesehatan yang dihubungkan dengan kedekatan dokter dengan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Alex Sobur. 2016. *Psikologi Umum*. Bandung : Pustaka Setia.
- Setia Budhi. 2020. *Bahan Ajar Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta : Komojoyo Press.
- Rosmalina, D. & Sriani, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan Gigi Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Winardi. 2004. *Manajemen Perilaku Organisasi*. Bandung : Prenada Media.

Profil Penulis



Ilustri, S.Psi., M.Kes. Dilahirkan Tanjung Enim, 19 Maret 1989. Menyelesaikan Pendidikan S1 Psikologi Di Universitas Bina Darma Palembang tahun 2011 dan langsung melanjutkan Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di STIK Bina Husada dan menyelesaikan studi tahun 2013.

Karir sebagai dosen dimulai tahun 2013 sampai dengan sekarang di STIK Bina Husada Palembang. Ketertarikan menulis dan meneliti di mulai sejak penulis menyelesaikan pendidikan S2 dan menjadi dosen.

Penulis mulai tertarik menulis terlihat dari beberapa buku yang telah terbit yaitu Buku Ajar Psikologi Kebidanan dan Buku Ajar Psikologi Keperawatan. Selain menulis dan meneliti penulis juga memiliki aktivitas lain yaitu berpengalaman sebagai seorang konselor dan aktif dalam kegiatan psikologi seperti Psikotes, Test Bakat Minat pada anak Sekolah Menengah Pertama (SMP), anak Sekolah Menengah Atas (SMA) dan berpengalaman dalam proses seleksi Penerimaan Mahasiswa Baru (PMB) internal institusi. Selain itu penulis juga berpengalaman dalam kegiatan perekrutan karyawan BUMN dan Swasta, dan penulis juga pernah tergabung dalam Organisasi Women Crisis Center (WCC) yang berperan sebagai lembaga pembelaan bagi perempuan dan anak di Sumatera selatan yang mengalami kekerasan. Penulis juga aktif dalam meneliti dibuktikan dengan jurnal yang terbit setiap tahun.

Email Penulis: ilustri89@gmail.com

KESEHATAN REPRODUKSI

Kristy Mellya Putri, SST, M.Kes

Universitas Adiwangsa Jambi

Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Kemenkes RI, 2016).

Tujuan Kesehatan Reproduksi

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

1. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- b. Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.
- c. Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.

Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal. Tujuan diatas ditunjang oleh undang-undang kesehatan No. 23/1992, bab II pasal 3 yang menyatakan: “Penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat”, dalam Bab III Pasal 4 “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Sasaran Kesehatan Reproduksi

Terdapat dua sasaran Kesehatan Reproduksi yang akan dijangkau dalam memberikan pelayanan, yaitu sasaran utama dan sasaran antara.

1. Sasaran Utama.

- a. Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putra dan putri yang belum menikah.

- b. Kelompok resiko: pekerja seks, masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera.
 - c. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.
 - d. Seksualitas.
 - e. Beresiko/menderita HIV/AIDS.
 - f. Beresiko dan pengguna NAPZA.
2. Sasaran Antara
- a. Petugas kesehatan: Dokter Ahli, Dokter Umum, Bidan, Perawat, Pemberi Layanan Berbasis Masyarakat.
 - b. Kader Kesehatan, Dukun.
 - c. Tokoh Masyarakat.
 - d. Tokoh Agama.
 - e. LSM

Komponan Kesehatan Reproduksi

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Peristiwa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi resikonya karena dapat membawa kematian, makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga, ibu dari anak-anak yang dilahirkan, istri dari suami, anak bagi seorang ibu yang melahirkan, ataupun tulang punggung bagi sebuah keluarga, semua sulit untuk digantikan. Tindakan untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas. Upaya

intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan secara Continuum of Care yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kotrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut.

2. Komponen Keluarga Berencana

Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi akan mendapat “bonus demografi” yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka dikemudian hari. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta

kesejahteraan dirinya. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS.

Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS. Seperti Tuberculosis, Malaria, Filariasis, maupun infeksi yang tergolong penyakit menular seksual, seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, ataupun kondisi infeksi yang mengakibatkan infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/PID) seperti penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang tidak steril. Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat bertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan

keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya. Menurut Mikhail, et al (2021) program pendidikan khusus remaja, pendekatan penelitian tindakan partisipatif dan promosi pusat bersalin dan kebidanan dapat meningkatkan kesehatan reproduksi bagi remaja dan ibu muda dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dan pemuda dalam penelitian intervensi untuk kesehatan reproduksi yang lebih baik. Menurut George, et al (2021) dibutuhkan pendekatan layanan kesehatan reproduksi dan system utama kesehatan remaja yang lebih komprehensif.

5. Komponen Usia Lanjut

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan kemandulan (ISR/PMS). Informasi secara menyeluruh

termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining keganasan (kanker) organ reproduksi. Pengukuran adanya perubahan yang positif terhadap hasil akhir diatas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan reproduksi yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga.

Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (*from womb to tomb*) atau biasa juga disebut dengan "*Continuum of care women cycle*". Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Faktor Demografis - Ekonomi

Faktor ekonomi dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia

pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

3. Faktor Psikologis

Sebagai contoh rasa rendah diri (*“low self esteem”*), tekanan teman sebaya (*“peerpressure”*), tindak kekerasan dirumah/ lingkungan terdekat dan dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidak seimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.

4. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup ketidak sempurnaan organ reproduksi atau cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Dari semua faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi diatas dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya penanganan yang baik, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak

reproduksinya dan menjadikan kehidupan reproduksi menjadi lebih berkualitas.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (life cycle approach) agar di peroleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia.

1. Konsepsi

Perlakuan sama antara janin laki-laki dan perempuan, Pelayanan ANC, persalinan, nifas dan BBL yang aman.

2. Bayi dan Anak

Pemberian ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, dan pemberian makanan dengan gizi seimbang, Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Pencegahan dan penanggulangan kekerasan pada anak, Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada anak laki-laki dan anak perempuan.

3. Remaja

Pemberian Gizi seimbang, Informasi Kesehatan Reproduksi yang adequate, Pencegahan kekerasan sosial, Mencegah ketergantungan NAPZA, Perkawinan usia yang wajar, Pendidikan dan peningkatan keterampilan, Peningkatan penghargaan diri, Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman. Menurut Tilahun et al (2021) faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi remaja dan remaja adalah umur, riwayat pernah berhubungan seksual, pernah mendengar tentang pelayanan SRH, dan mengunjungi fasilitas kesehatan untuk pelayanan lainnya. Oleh karena itu, sebaiknya instansi terkait

berupaya meningkatkan kesadaran remaja dan remaja terhadap layanan SRH dan mengintegrasikan layanan tersebut ke dalam layanan rutin lainnya.

4. Usia Subur

Pemeliharaan Kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, Pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, Pencegahan penanggulangan masalah aborsi, Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, Pencegahan dan manajemen infertilitas.

5. Usia Lanjut

Perhatian terhadap menopause/andropause, Perhatian terhadap kemungkinan penyakit utama degeneratif termasuk rabun, gangguan metabolisme tubuh, gangguan mobilitas dan osteoporosis, Deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi secara “lebih luas”, meliputi: Masalah kesehatan reproduksi remaja yaitu pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual bila kurang pengetahuan dapat terjadi kehamilan diluar nikah, abortus tidak aman, tertular penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS. Remaja saat menginjak masa dewasa dan melakukan perkawinan, dan ternyata belum mempunyai pengetahuan yang cukup untuk memelihara kehamilannya maka dapat mengakibatkan terjadinya risiko terhadap kehamilannya (persalinan sebelum waktunya) yang akhirnya akan menimbulkan risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Dalam kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan seksual yang memuaskan dan aman. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan

terbebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan saling memahami dan sesuai etika serta budaya yang berlaku.

Masalah Kesehatan Reproduksi

Beberapa masalah dapat terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan perempuan, dibawah ini diuraikan masalah yang mungkin terjadi pada setiap siklus kehidupan.

1. Masalah reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

2. Masalah gender dan seksualitas

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian. Seksualitas dikalangan

remaja. Status dan peran perempuan. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

3. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

4. Masalah Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorrhea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes. Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome); Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual. Kebijakan dan progarm pemerintah dalam mengatasi maslah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/Penjaja Seks Komersial). Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

5. Masalah Pelacuran

Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran. Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya.

6. Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung). Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening). Penapisan genetik (genetic screening). Keterjangkauan dan

kesamaan kesempatan. Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Hak reproduksi perempuan sangat jarang dibicarakan, pada kenyataannya perempuan lebih memahami dan menjalankan kewajibannya misalnya sebagai ibu rumah tangga, mendidik anak dan sebagai istri dari pada membicarakan tentang hak-hak reproduksinya.

1. Definisi Hak Kesehatan Reproduksi

Hak adalah kewenangan yang melekat pada diri untuk melakukan atau tidak melakukan, memperoleh atau tidak memperoleh sesuatu. Kesadaran tentang hak sebagai manusia dan sebagai perempuan merupakan kekuatan bagi perempuan untuk melakukan berbagai aktivitas bagi kepentingan diri, keluarga, dan masyarakat. Sedangkan Reproduksi adalah menghasilkan kembali atau kemampuan perempuan untuk menghasilkan keturunan secara berulang.

2. Definisi Hak-hak Reproduksi secara Spesifik sebagai berikut

Hak asasi semua pasangan dan pribadi untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, dan menentukan waktu kelahiran anak-mereka. Mempunyai informasi dan cara untuk memperoleh anak dan hak untuk mencapai standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksinya, dan dapat membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas diskriminasi, paksaan, dan kekerasan. Hak reproduksi perorangan adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga, dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, serta penentuan waktu kelahiran anak dan akan melahirkan.

3. Tujuan Hak Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan dan hak reproduksi adalah sebagai berikut:

- a. Untuk memastikan informasi yang menyeluruh dan faktual serta beragam tentang pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi, ketersediannya, keterjangkauan, dan dapat diterima serta cocok untuk semua.
- b. Untuk memungkinkan dan mendukung keputusan secara sukarela tetapi bertanggung jawab dalam hal kehamilan dan penggunaan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan metode lain sesuai pilihan mereka

4. Hak-Hak Reproduksi

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak azasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Sehingga pengekangan terhadap hak reproduksi berarti pengekangan terhadap hak azasi manusia. Selain itu orang tidak boleh mendapatkan perlakuan diskriminatif berkaitan dengan kesehatan reproduksi karena ras, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, keyakinan/agamanya dan kebangsaannya. Dibawah ini diuraikan hak-hak Kesehatan Reproduksi. Menurut Ganle, et al (2021) Terdapat bukti bahwa perempuan penyandang disabilitas (WWD) mengalami kesulitan paling besar dalam mengakses dan menggunakan layanan dan informasi hak dan kesehatan seksual dan reproduksi (HKSR) di seluruh dunia sehingga dibutuhkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi secara berkualitas dan menyeluruh.

5. Hak Kesehatan Reproduksi (ICPD CAIRO 1994)

- a. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
- b. Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi.

- c. Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
- d. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
- e. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah jender.
- f. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
- h. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
- i. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
- j. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
- k. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
- l. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

Diatas telah dijelaskan hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994, sedangkan Hak- Hak Kesehatan Reproduksi menurut Kemenkes RI (2016) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain:

- a. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.

- b. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
- c. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
- d. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
- e. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- f. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
- g. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

Dasar Hukum Kesehatan Reproduksi

- 1. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi sumber LN. 2014 No. 169, TLN No. 5559, LL SETNEG : 30 HLM
- 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Reproduksi

Dengan Bantuan Atau Kehamilan Di Luar Cara Alamiah sumber BN.2015/NO. 868, kemenkes.go.id : 13 hlm

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan

Daftar Pustaka

- Dewi, Preameswari. 2018. Modul Kesehatan Reproduksi Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM) Jakarta: Kerjasama Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak dengan Rutgers WPW Indonesia.
- Ganle et al. 2021. Testing the effect of an integrated-intervention to promote access to sexual and reproductive healthcare and rights among women with disabilities in Ghana: a quasi-experimental study protocol. *Journal Reproductive Health* (2021) 18:206. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01253-1>
- George et al. 2021. Are rhetorical commitments to adolescents reflected in planning documents? An exploratory content analysis of adolescent sexual and reproductive health in Global Financing Facility country plans *Journal Reproductive Health* 2021, 18(Suppl 1):124. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01121-y>
- Hapsari, Anindya. 2019. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja. Malang : Wineka Media
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan
- Mikhail et al. 2021. Reproductive health interventions for Inuit youth in the north: a scoping review *Journal Reproductive Health* (2021) 18:65 <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01119-6>
- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi sumber LN. 2014 No. 169, TLN No. 5559, LL SETNEG : 30 HLM
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Reproduksi Dengan Bantuan Atau Kehamilan Di Luar Cara Alamiah sumber BN.2015/NO. 868, kemenkes.go.id : 13 hlm

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual

Prijatni, et al. 2016. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Tilahun et al. 2021. Assessment of access and utilization of adolescent and youth sexual and reproductive health services in western Ethiopia. *Journal Reproductive Health* (2021) 18:85
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01136-5>

Profil Penulis



Kristy Melly Putri, SST, M.Kes, lahir di Nipah Panjang pada tanggal 1 Juli 1990. Riwayat Pendidikan: SMA N 5 lulus tahun 2008, memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan dari Poltekkes Kemenkes Jambi tahun 2011, memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan Program Studi Diploma IV Bidan Pendidik dari Universitas Respati Yogyakarta tahun 2013, memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat perminatan Kesehatan Reproduksi dari Universitas Respati Indonesia tahun 2015. Sekarang penulis sedang pendidikan di Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jambi.

Riwayat Pekerjaan: Dosen tetap di Akbid Jakarta Mitra Sejahtera dari 2013-2021, Dosen tetap di Universitas Adiwangsa Jambi dari 2021 sampai sekarang serta telah lulus Sertifikasi Dosen. Penulis juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat, seperti penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat serta keikutsertaan dalam Organisasi Ikatan Bidan Indonesia di Kota Jambi.

Setiap langkah mempunyai arah dan tujuan sehingga setiap orang mempunyai keinginan untuk mencapai sesuatu yang bisa bermanfaat bagi orang lain. Semoga buku ini bermanfaat bagi orang banyak terkhusus para pembaca.

Email Penulis: kristymellyaputri@rocketmail.com

GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

Wulan Angraini, SKM., M.KM

Universitas Muhammadiyah Bengkulu

Pendahuluan

Gizi merupakan sebuah ilmu yang mempelajari segala sesuatu terkait sesuatu makanan dalam hubungan dengan kesehatan yang optimal. Gizi berkaitan dengan kesehatan tubuh dimana berfungsi untuk menyediakan energy, membangun dan memelihara jaringan tubuh serta mengatur proses kehidupan. Selain itu gizi sangat berperan penting untuk menumbuhkan pembangunan dikarenakan berpengaruh dengan berkembang dan tumbuhnya sumber daya manusia. Ilmu gizi itu sendiri berperan sebagai sumber energi yang berfungsi untuk menggerakkan tubuh dan proses metabolisme dalam tubuh. Sumber energi yaitu karbohidrat, protein dan lemak yang memiliki ikatan organik mengandung karbon untuk dapat dibakar. Protein, lemak, vitamin dan mineral yang berperan sebagai membentuk sel-sel pada jaringan tubuh berfungsi sebagai untuk proses pertumbuhan dan mempertahankan jaringan. (Almatsier, 2011).

Mineral merupakan elemen anorganik, jumlahnya dalam tubuh kurang dari 4%. Elemen organik tersebut merupakan sisa pembakaran senyawa organik yang disebut abu. Mineral berasal dari dalam tanah. Tanaman yang ditanam di atas tanah akan menyerap mineral yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan kemudian disimpan dalam akar, batang, daun, bunga, dan buah. Hewan makan tanaman dan akar menyimpan mineral dalam.

Manusia memperoleh mineral melalui konsumsi pangan nabati maupun hewani (Almatsier, 2011).

Mineral makro adalah mineral yang menyusun hampir 1% dari total berat badan manusia dan dibutuhkan dengan jumlah lebih dari 1000 mg/hari, sedangkan mineral mikro merupakan mineral yang dibutuhkan dengan jumlah kurang dari 100mg/hari. Mineral yang termasuk didalam kategori mineral makro utama adalah kalsium (Ca), fosfor (P), magnesium (Mg), sulfur (S), kalium (K), klorida (Cl), dan natrium (Na). Sedangkan mineral mikro terdiri dari kromium (Cr), tembaga (Cu), fluoride (F), yodium (I), besi (Fe), mangan (Mn), silisium (Si) dan seng (Zn). Kalium dalam tubuh orang dewasa lebih banyak terdapat dalam ruang intraseluler, jadi kalium merupakan ion utama dari cairan intraseluler. Sedangkan natrium merupakan ion utama di dalam cairan ekstraseluler. Kalium dan natrium berperan dalam mengatur tekanan osmosis cairan tubuh (Almatsier, 2011).

Berdasarkan (Almatsier, 2011) mineral didalam tubuh berfungsi sebagai berikut

1. Sebagai bahan pembentuk bermacam-macam jaringan tubuh, seperti tulang dan gigi (Ca dan P), rambut, kuku, dan kulit (S) serta sel darah merah (Fe) kalsium dan phospor merupakan mineral yang terbanyak dalam tubuh.
2. Memelihara keseimbangan asam dan basa didalam tubuh melalui penggunaan Cl, P, S, sebagai pembentuk asam dan Ca, Fe, Mg, K, serta Na, sebagai pembentuk basa.
3. Mengatalisis reaksi yang berkaitan dengan pemecahan karbohidrat, lemak, protein maupun mengatalisis pembentukan lemak dan protein tubuh.
4. Merupakan komponen hormon dan enzim, misalnya mineral Fe, merupakan komponen cytochrom oksidase dan Cu, merupakan komponen enzim tyrosinase maupun pembentukan anti bodi.
5. Membantu dalam pengiriman isyarat saraf keseluruhan tubuh (Ca, Mg, K dan Na)

6. Merupakan bagian dari cairan usus (Ca, Mg, K, dan Na)
7. Mengatur kepekaan syaraf dan kontraksi otot (Ca, K, dan Na)
8. Mengatur proses pembekuan darah (Ca)

Gizi Pada Bayi dan Balita

Kebutuhan makanan bayi lebih rendah daripada dibandingkan orang dewasa, namun saat dievaluasi per unit berat badan, kebutuhan nutrisi bayi jauh lebih signifikan daripada tahap perkembangan selanjutnya (Hariyani, 2011). Sumber energy bagi bayi didapatkan dari karbohidrat, lipid dan protein. Protein yang dikonsumsi oleh anak berusia dibawah enam bulan, asupan protein diperlukan kira-kira 2,2 gram per kilogram berat badan, sedangkan pada anak-anak antara enam sampai dengan 12 bulan asupan protein yang diperlukan adalah 1,6 gram per kilogram berat badan. Lemak yang dapat diasup oleh bayi didapatkan dari ASI, susu formula dan makanan padat sehingga dapat menyediakan semua kebutuhan lemak bayi. Karbohidrat yang dapat dikonsumsi oleh bayi pertama kali adalah laktosa yang dapat ditemukan dalam ASI. Laktosa itu sendiri ada sekitar 7% dalam kandungan ASI yang setiap dikonsumsi oleh bayi. Vitamin yang diperlukan oleh bayi adalah apabila seorang bayi mengkonsumsi ASI maka akan secara otomatis terpenuhi juga asupan vitamin bagi bayi. Mineral yang dibutuhkan oleh bayi terpenuhi apabila secara eksklusif ASI diberikan kepada bayi, namun setelah 6 bulan perlu adanya tambahan makanan padat untuk menambah mineral. Kebutuhan akan air seorang bayi akan tercukupi daripada orang dewasa pada saat bayi lahir, jumlah air pada bayi baru lahir meningkat seiring melewati ginjal dan kulit. Makanan lengkap bergizi seimbang bagi bayi sampai usia enam bulan adalah air susu ibu (ASI), yang dilanjutkan dengan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) bagi bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun. ASI juga merupakan langkah primer untuk kesehatan dan pertumbuhan serta perkembangan yang paling optimal bagi bayi (Angraini et al., 2018).

Peningkatan pengetahuan dan sikap ibu terkait ASI eksklusif melalui konseling yang dilakukan kepada para ibu hamil dan para calon ibu dapat meningkatkan angka capaian keberhasilan pemberian ASI Eksklusif pada bayi (Pratiwi et al., 2019). Faktor suami merupakan faktor eksternal yang mempengaruhi pemberian ASI untuk itu semangat dan dukungan dari suami merupakan kunci dari keberhasilan pemberian ASI Eksklusif (Angraini, Pratiwi, & Sagitarius, 2019).

Media paling efektif dalam konseling sebagai upaya peningkatan angka pemberian ASI Eksklusif adalah dengan menggunakan media audio visual dikarenakan dengan menggunakan audio visual para peserta konseling yaitu remaja, calon ibu, ibu hamil dan para ibu dapat dengan mudah memahami apa yang dijelaskan oleh penyuluh. Media audio visual para peserta bukan hanya bisa mendengar tetapi lebih tertarik dengan adanya visual yang berupa video praktek pemberian ASI Eksklusif (Angraini, Prihantoro, Amin, et al., 2019). Pemberian ASI eksklusif dipengaruhi apabila mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan, dukungan suami dan dukungan dari orang tua sehingga akan terwujudnya keberhasilan pemberian ASI Eksklusif (Pratiwi et al., 2019). Pemberian ASI Eksklusif tak selamanya berhasil dengan baik namun sering pula terjadinya kegagalan dalam pemberian ASI Eksklusif, banyak hal yang mempengaruhi hal tersebut adalah adanya paparan iklan susu formula dimana dengan banyaknya media promosi terkait susu formula membuat ibu tergoda untuk memberikannya kepada anak (Pratiwi, Yanuarti, & Angraini, 2020). Ada faktor lain yang mempengaruhi ASI eksklusif yaitu kesiapan dari petugas kesehatan bagian gizi, program promosi yang dilakukan oleh pihak Puskesmas dan Keaktifan Kepala Puskesmas dalam terlaksananya program keberhasilan ASI Eksklusif (Pratiwi, Yanuarti, Febriawati, et al., 2020).

Pola pemberian makanan pada bayi disesuaikan berdasarkan umur dan klasifikasi kemampuan dalam proses pencernaan seorang bayi. Usia bayi 0-6 bulan asupan yang diperlukan oleh bayi hanyalah ASI. ASI memberikan semua atau segala nutrisi yang cukup untuk

bayi sampai pada saat ia berusia 6 bulan, tanpa ada tambahan makanan atau minuman lain karena ASI sudah mengandung semua nutrisi dserta cairan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Usia bayi 6-9 bulan dimana masa telah diperbolehkannya bayi untuk diberikan makanan pendamping ASI untuk emenuhi kebutuhan asupan gizi bayi. Makanan pendamping ASI yang dapat diberikan kepada bayi pada saat berusia 6-9 bulan adalah bubur dan susu kemudian dapat diebrikan pula nasi tim yang dihaluskan. Pemberian makanan pendamping ASI harus memiliki proses pemberian yang sangat bertekstur lembut dan berair pada awalnya kemudian secara berlahan dan bertahap menjadi mengental. Usia bayi 10-12 bulan masa dimana ASI tetap dialnjutkan diberikan kepada bayi namun tetap dnegan memberikan makanan tambahan. Makanan pendamping yang dapat dijadikan tambahan asupan bayi adalah bubur, nasi, dan nasi tim. Pemberian makanan tambahan ini dimaksudkan sebagi asupan tambahan dikarenakan masa ini bayi mulai aktif untuk belajar jalan dan muali bermain. Pemberian makanan tambahan ini harus disesuaikan dengan kemampuan bayi dalam menerima suatu makanan bisa 2 atau tiga kali sehari atau lebih diberikan makanan tambahan tersebut. Selain itu perlu dipertimbangkan jenis, porsi, frekuensi dan komposisi dalam memberikan makanan pendamping ASI sesuai dengan umur dan kemampuannya bayi sehingga tidak menimbulkan kebosanan dan trauma pada bayi dalam mengkonsumsi suatu makanan (Hariyani, 2011). Pemberian ASI tidak hanya dipengaruhi dari eksternal namun juga dipengaruhi dari segi internal sang ibu. Psikologis ibum kelaurga dan budaya terhadap pemberian ASI juga mempengaruhi pemberian ASI kepada bayi. Salah satu yang penting ada adalah persepsi ibu yang beranggapan bahwa air susu mereka sedikit sehingga beranggapan tidak mencukupi asupan gizi sang anak (Muhani et al., 2020).

Balita merupakan anak dibawah usia 1-5 tahun yaitu pada usia 1-2 tahun adalah (BATUTA) dan anak usia 3 tahun (BATUTA). Biasanya pada anak usia 1-5 tahun mengalami aktivitas fisik yang meningkat, pertumbuhan

dan perkembangan yang sangat pesat, kebutuhan zat-zat gizi yang meningkat sehingga asupan frekuensi makan pun meningkat yaitu semua asupan kebutuhan makanan pokok dan snack. Prinsip gizi yang diperlukan adalah:

1. Pola hidangan harus mengandung 3 unsur gizi utama, yaitu adanya asupan zat gizi pembangun, zat tenaga, dan zat pengatur.
2. Kebutuhan kalori (E) lebih banyak.
3. Pada tahun pertama kebutuhan energi adalah 100-200 Kkal/Kg BB, dimana pada 3 tahun berikutnya kebutuhan energi berkurang 10 Kkal/BB.
4. Makanan yang diberikan tidak merangsang dan mudah dicerna.
5. Pada anak balita masih konsumen pasif (apapun yang di berikan oleh IBI/pengasuh masih diterimanya yaitu pada usia 1 sampai 3 tahun).
6. Makanan yang akan dikonsumsi harus matang/lunak karena bisa berpengaruh pada pertumbuhan gigi anak.
7. ASI yang diberikan pada balita di teruskan sampai usia 2 tahun.
8. Makanan pendamping ASI dan makanan selingan (snack).
9. Konsumen aktif (balita usia 3-5 tahun) cenderung dapat memilih makanan dan menolak makanan yang diberikan oleh ibu/pengasuhnya (Milah, 2019).

Pada semua masalah gizi, terdapat dua faktor langsung yang menjadi penyebab gizi kurang pada balita, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong. Sebagai contoh, balita yang tidak mendapat cukup makanan bergizi memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat pada gizi buruk. Oleh karena itu, mencegah terjadinya infeksi juga dapat mengurangi

kejadian gizi kurang dan gizi buruk. Beberapa faktor penyebab langsung dan tidak langsung terjadinya gizi kurang digambarkan dalam kerangka pikir UNICEF (1990) (Setyawati et al., 2018). Faktor penyebab langsung pertama adalah makanan yang dikonsumsi, harus memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang. Konsumsi pangan dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, yang pada tingkat makro ditunjukkan oleh tingkat produksi nasional dan cadangan pangan yang mencukupi, dan pada tingkat regional dan lokal ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan. Ketersediaan pangan sepanjang waktu, dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau sangat menentukan tingkat konsumsi pangan di tingkat rumah tangga. Selanjutnya pola konsumsi pangan rumah tangga akan berpengaruh pada komposisi konsumsi pangan (Setyawati et al., 2018).

Infeksi ini dapat mengganggu penyerapan asupan gizi sehingga mendorong terjadinya gizi kurang dan gizi buruk. Sebaliknya, gizi kurang melemahkan daya tahan anak sehingga mudah sakit. Kedua faktor penyebab langsung gizi kurang itu memerlukan perhatian dalam kebijakan ketahanan pangan dan program perbaikan gizi serta peningkatan kesehatan masyarakat. Kedua faktor penyebab langsung tersebut dapat ditimbulkan oleh tiga faktor penyebab tidak langsung, yaitu: (i) ketersediaan dan pola konsumsi pangan dalam rumah tangga, (ii) pola pengasuhan anak, dan (iii) jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat. Ketiganya dapat berpengaruh pada kualitas konsumsi makanan anak dan frekuensi penyakit infeksi. Apabila kondisi ketiganya kurang baik menyebabkan gizi kurang (Setyawati et al., 2018).

Rendahnya kualitas konsumsi pangan dipengaruhi oleh kurangnya akses rumah tangga dan masyarakat terhadap pangan, baik akses pangan karena masalah ketersediaan maupun tingkat pendapatan yang mempengaruhi daya beli rumah tangga terhadap pangan. Pola asuh, pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan dipengaruhi oleh pendidikan, pelayanan, kesehatan, informasi, pelayanan

keluarga berencana, serta kelembagaan sosial masyarakat untuk pemberdayaan masyarakat khususnya perempuan. Ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial, dapat berakibat pada rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang antara lain tercermin pada maraknya masalah gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat. Upaya mengatasi masalah ini bertumpu pada pembangunan ekonomi, politik dan sosial yang harus dapat menurunkan tingkat kemiskinan setiap rumah tangga untuk dapat mewujudkan ketahanan pangan dan gizi serta memberikan akses kepada pendidikan dan pelayanan kesehatan (Setyawati et al., 2018).

Permasalahan di bidang gizi merupakan suatu hal yang sangat kompleks. Istilah yang dipakai untuk mendefinisikan masalah gizi yaitu malnutrisi. Istilah ini berasal dari kata “mal” dan “nutrisi”. Mal berarti salah, nutrisi berarti gizi. Jika digabungkan berarti gizi yang salah. Arti secara luas yang dimaksudkan kata ini adalah masalah gizi tidak hanya terjadi jika kekurangan asupan gizi saja, tetapi juga akan terjadi masalah gizi jika asupan gizinya berlebihan (Setyawati et al., 2018).

Masalah gizi kurang adalah suatu masalah gizi yang disebabkan karena kurangnya asupan gizi baik dalam jangka waktu pendek maupun panjang. Jenis penyakit masalah gizi kurang ditentukan berdasarkan jenis zat gizi apa yang kurang dikonsumsi. Banyak juga yang terjadi masalah gizi kurang yang kompleks karena kurangnya 2 atau lebih zat gizi. Jenis masalah gizi kurang meliputi:

1. KEP (kekurangan energi protein)

Keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi kebutuhan gizi yang dirangkum berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG). KEP dikelompokkan menjadi 3 berdasarkan derajatnya. Hal ini akan dibahas pada penilaian status gizi klinis (Setyawati et al., 2018).

2. KVA (kekurangan vitamin A)

Rendahnya konsumsi makanan sumber vitamin A menjadi penyebab masalah ini. Akan yang ditimbulkan yaitu gangguan penglihatan berderajat tertentu mulai dari yang kesembuhan dan cacat seumur hidup (Setyawati et al., 2018).

3. GAKY (gangguan akibat kekurangan yodium)

Rendahnya konsumsi makanan yang bersumber yodium menjadi penyebab masalah ini. Biasanya penyakit ini merupakan endemis disuatu wilayah dengan cakupan kompleks. Karakter daerah endemis GAKY ini biasanya juga memiliki tumbuhan dan hewan yang kekurangan yodium (Setyawati et al., 2018).

4. Anemia

Penyakit gizi yang paling sering dialami oleh wanita yaitu anemia. Sebenarnya jika konsumsi makanan sumber-sumber Fe, asam folat, Zn, vitamin B12 mencukupi kebutuhan maka anemia tidak akan terjadi (Setyawati et al., 2018).

5. *Stunting*

Stunting adalah suatu kondisi dimana tinggi badan seseorang lebih rendah dibandingkan orang lain dengan umur dan jenis kelamin yang sama (Setyawati et al., 2018). *Stunting* banyak faktor yang mempengaruhi terjadi pada balita, salah satu faktor yang mempengaruhi *stunting* adalah berat badan lahir (Angraini, Pratiwi, Amin, et al., 2019). Pengetahuan ibu, akses air bersih dan kejadian pada diare merupakan salah satu yang dapat menyebabkan balita akan mengalami *stunting* sehingga diperlukannya pencegahan dari diri ibu sejak dini mulai dari mereka remaja karena pada masa ini mereka akan berpikir bahawa menjaga asupan gizi sangat penting demi kelangsungan masa depan pada saat mereka memutuskan untuk mengandung dan pada akhirnya akan melahirkan seorang bayi (Angraini et al., 2021).

6. Defisiensi vitamin

Sejumlah vitamin dibutuhkan oleh tubuh dengan fungsi tertentu. Jenis vitamin yang ada yaitu A, D, E, K, B, dan C. Kekurangan vitamin tertentu dapat menyebabkan terjadinya defisiensi zat gizi yang mengganggu metabolisme tubuh (Setyawati et al., 2018).

7. Defisiensi mineral

Sejumlah mineral dibutuhkan oleh tubuh dengan fungsi tertentu. Mineral dikelompokkan menjadi mikromineral dan makromineral. Kekurangan mineral tertentu dapat menyebabkan terjadinya defisiensi zat gizi yang mengganggu metabolisme tubuh (Setyawati et al., 2018).

Gizi Anak Sekolah, Remaja, Dewasa dan Lansia

Dalam bidang ilmu gizi dan kesehatan, yang disebut anak sehat meliputi anak pra sekolah usia 1 sampai 6 tahun, anak sekolah 7 sampai 12 tahun, dan golongan remaja usia 13 sampai 18 tahun, tiap golongan mempunyai kebutuhan zat gizi berbeda sesuai dengan kecepatan tumbuh akan aktivitas yang dilakukan. Salah satu cara menilai pertumbuhan dan kesehatan anak adalah dengan secara teratur melakukan pengukuran antropometri yaitu BB, TB yang dikaitkan dengan umur. Daftar berat badan menurut tinggi badan, jenis kelamin, jadwal pemberian makan, yaitu 3 kali makan utama (pagi, siang, dan malam), 2 kali makan selingan. Pola makan yang dianjurkan kepada anak adalah sumber zat gizi tenaga, yaitu nasi, roti, mie, bihun, jagung, gula, dan minyak; sumber zat pembangun, yaitu ikan, telur, ayam, daging, susu, kacang-kacangan, tahu, dan tempe; sumber zat pengatur, yaitu sayuran dan buah-buahan berwarna hijau dan kuning (Milah, 2019).

Makanan anak untuk usia sekolah umur 1 sampai 6 tahun masa dimana peralihan dari bayi menuju anak balita. Pertumbuhan anak usia 1-6 tahun tidak secepat pertumbuhan masa bayi, tapi aktivitasnya lebih banyak. Golongan ini sangat rentan terhadap penyakit

kekurangan kalori protein (KKP), anemia, kurang vitamin A dan penyakit infeksi. Zat makanannya pun harus diberikan adalah makanan yang mudah dicerna dan tidak merangsang pedas. Pada usia 1 sampai 3 tahun anak bersifat konsumne pasif. Makannya tergantung pada apa yang disediakan ibu, sebaiknya anak sudah diarahkan untuk mengikuti pola makan orang dewasa. Pada usia 4 sapai 6 tahun anak bersifat konsumen aktif, yaitu mereka telah memilih makanan yang disukai. kepada mereka telah dapat diberikan pendidikan gizi baik di rumah maupun di sekolah. Makanan anak sekolah umur 7 sampai 12 tahun biasanya mempunyai banyak perhatian dan aktivitas di luar rumah, sehingga sering melupakan waktu makan pagi (sarapan). Perlu diperhatikan untuk mencegah *Hipoglikemia* supaya anak lebih muda menerima pelajaran, anak sekolah mempunyai daya tahan cukup terhadap penyakit (Festi, 2018).

Ada perbedaan pada anak usia sekolah khususnya kebutuhan gizi pada anak laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas fisik, sehingga membutuhkan energi lebih banyak. Sedangkan anak perempuan biasanya sudah mulai haid sehingga memerlukan protein dan zat besi yang lebih banyak. Makanan anak remaja usia 13 tahun sampai 18 tahun terjadi pertumbuhan yang sangat cepat, sehingga kebutuhan gizi untuk pertumbuhan dan aktivitas meningkat. Golongan ini hanya mempunyai nafsu makan baik, sehingga sering berakibat kurang gizi. Oleh karena itu, kepada para remaja perlu diberikan pendidikan gizi, agar mereka makan dengan cara yang lebih baik dan memperoleh zat gizi untuk memenuhi kebutuhannya (Milah, 2019).

Faktor yang mempengaruhi pada masalah gizi anak usia sekolah adalah karena adanya pengalaman baru, kegembiraan di sekolah, adanya rasa takut terlambat ke sekolah. Makanya terjadi penyimpangan kebiasaan pada waktu makan. Prinsip gizi dan cara pengolahan makanan anak sekolah adalah kebutuhan energi jauh lebih besar dari pada sebelumnya, pemberian pada anak laki-laki dan perempuan di bedakan, pada anak sekolah perlu perhatian khusus karena kesibukan di luar rumah,

biasakan makan pagi pada anak sekolah, biasakan membawa bekal dari rumah, makanan tidak merepotkan, praktis, menarik tapi memenuhi semua zat gizi. Adapun faktor yang dapat mempengaruhi gizi anak sekolah adalah karena anak senang sekali jajan, karena anak sering memilih makanan yang salah tapi sangat disukai oleh anak-anak, karena anak terlalu lelah bermain di sekolah, sehingga mengakibatkan nafsu makan dapat menurun (Milah, 2019). Masa anak sekolah adalah fase remaja yang berkeinginan mencoba segala hal termasuk dengan mengonsumsi jajanan. Makanan jajanan yang dikonsumsi oleh remaja tau anak sekolah baiknya makanna yang bergizi dan sehat terhindar dari bahaya makanan atau racun pada makanan.

Kebutuhan gizi usia anak sekolah disesuaikan dengan banyak sedikitnya aktivitas yang dilakukan oleh anak sangat mempengaruhi, untuk itu ada beberapa dan sumber zat gizi yang perlu diketahui tercukupi kebutuhannya. Aktivitas fisik memerlukan energi di luar kebutuhan untuk metabolisme basal. Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Selama aktivitas fisik, otot membutuhkan energi di luar metabolisme untuk bergerak, sedangkan jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan mengeluarkan sisa-sisa tubuh. Masukan gizi yang tepat, baik dalam jumlah maupun jenisnya berpengaruh terhadap proses tumbuh. Usia, berat badan dan tinggi badan mempengaruhi angka kecukupan gizi masing-masing anak namun rata-rata kebutuhan gizi anak usia sekolah dasar untuk angka kecukupan energi yang diperlukan anak usia anak laki-laki dan perempuan usia tahun 7-9 adalah 1850 Kkal, sedangkan untuk usia 10-12 tahun adalah 2100 Kkal dan untuk anak perempuan 2000 Kkal. Kebutuhan gizi harian yang diperlukan anak untuk mendukung aktivitas anak yaitu karbohidrat, protein, lemak, air dan serat. Seorang anak memerlukan energi diperlukan untuk mendukung aktivitas fisik anak agar berjalan lancar dan berproduktivitas optimal. Aktivitas yang cukup tinggi dan kebiasaan makan yang tidak teratur pada anak sering

mengakibatkan ketidakseimbangan antara asupan dan kecukupan gizi. Ketidakseimbangan antara asupan dan kecukupan gizi akan menimbulkan masalah gizi, baik itu masalah gizi lebih maupun gizi kurang (Nugraheni et al., 2018). Masalah gizi erat hubungannya dengan remaja karena masa ini mereka mencoba segala hal, masa remaja juga rentan terjadinya pernikahan usia dini dimana kecukupan gizi yang belum tercukupi ditambah dengan terjadinya pernikahan dini sehingga status gizi remaja sangat diperhatikan untuk ibu dan bayi yang sedang dikandungnya. Upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan pernikahan usia dini ini adalah dengan pengetahuan, usia pertama kali menstruasi dan media. Dimana dengan pengetahuan yang cukup, semakin lama nya usia menstruasi pertama dan media baik massa maupun media sosial dapat mencegah terjadinya pernikahan dini sehingga secara asupan gizipun remaja dapat menyiapkannya secara matang (Angraini, Pratiwi, Febriawati, et al., 2019).

Gizi lebih merupakan salah satu masalah gizi yang terjadi di Indonesia. Persentase orang yang mengalami gizi lebih semakin meningkat, termasuk pada anak sekolah dasar. Gizi kurang dapat menimbulkan dampak tidak baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Gizi kurang pada anak sekolah dapat menyebabkan kurang energi yang menyebabkan tubuh mudah lelah ketika beraktivitas, mudah terserang penyakit, menghambat prestasi pembelajaran, pemberian gizi yang kurang baik terutama terhadap anak-anak, akan menurunkan potensi sumber daya pembangunan masyarakat selain itu gizi yang kurang juga akan membuat sistem imun pada anak lemah. Status gizi digunakan untuk mengetahui kebutuhan gizi anak berdasarkan usianya (Nugraheni et al., 2018). Kebutuhan gizi remaja relatif besar, karena remaja masih mengalami masa pertumbuhan. Selain itu, remaja umumnya melakukan aktivitas fisik lebih tinggi dibandingkan dengan usia lainnya, sehingga diperlukan zat gizi yang lebih banyak. Remaja memiliki kebutuhan nutrisi yang unik apabila ditinjau dari sudut pandang biologi, psikologi, dan dari sudut pandang sosial. Secara biologis kebutuhan nutrisi mereka selaras dengan

aktivitas mereka. Remaja membutuhkan lebih banyak protein, vitamin, dan mineral per unit dari setiap energi yang mereka konsumsi dibanding dengan anak yang belum mengalami pubertas. Adapun apabila ditinjau dari sudut pandang sosial dan psikologis, remaja sendiri meyakini bahwa mereka tidak terlalu memerhatikan faktor kesehatan dalam menjatuhkan pilihan makanannya, melainkan lebih memerhatikan faktor lain seperti orang dewasa yang ada di sekitarnya, budaya hedonistik, lingkungan sosial, dan faktor lain yang sangat memengaruhinya. Masa remaja kebutuhan nutrisi/gizi perlu mendapat perhatian karena kebutuhan akan nutrisi yang meningkat karena adanya peningkatan pertumbuhan fisik dan perkembangan, berubahnya gaya hidup dan kebiasaan makan pada masa ini berpengaruh pada kebutuhan dan asupan gizi/*nutrient*, kebutuhan khusus *nutrient* perlu diperhatikan pada kelompok remaja yang memiliki aktivitas olahraga, mengalami kehamilan, gangguan perilaku makan, restriksi asupan makan, konsumsi alkohol, obat-obatan maupun hal-hal lain yang biasa terjadi pada remaja (Adriani & Wirjatmadi, 2016).

Daftar Pustaka

- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. (2016). Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan. Prenadamedia Group.
- Almatsier. (2011). Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan. PT Gramedia.
- Angraini, W., Amin, M., Pratiwi, B. A., Febriawati, H., & Yanuarti, R. (2021). Pengetahuan Ibu, Akses Air Bersih dan Diare Dengan Stunting di Puskesmas Aturan Mumpo Bengkulu Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa*, 8(1), 19–102.
- Angraini, W., Betrianita, Pratiwi, B. Ag., Yanuarti, R., & Permana, F. (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Frekuensi Konsumsi Makanan Jajanan di Kota Bengkulu. *Jurnal Kesmas Asclepius (JKA)*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jka.v1i1.605>
- Angraini, W., Pratiwi, B. A., Amin, M., Yanuarti, R., Febriawati, H., & Shaleh, M. I. (2020). Edukasi Kesehatan Stunting di Kabupaten Bengkulu Utara. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 14(1), 30–36. <http://jurnal.poltekkespalu.ac>
- Angraini, W., Pratiwi, B. A., Febriawati, H., Yanuarti, R., ANita, B., & Oktarianita. (2019). Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Pernikahan Usia Dini. *Jurnal Biometrika dna Kependudukan*, 8(2), 183–191. <https://doi.org/org/10.20473/jbk.v8i2.2019.183-191>
- Angraini, W., Pratiwi, B. A., & Sagitarius, N. (2019). Analisis Kegagalan ASI Eksklusif Pada Ibu Bekerja di Kota Bengkulu. *Avicenna*, 14(3), 104–111. <http://jurnal.umb.ac.id/index.php/avicenna/article/view/396> DOI: <https://doi.org/10.36085/avicenna.v14i3.396>

- Angraini, W., Pratiwi, B. Ag., Amin, M., Yanuarti, R., & Harjuita, T. R. (2019). Berat badan Lahir sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Kabupaten Bengkulu Utara. *Avicenna*, 14(2), 47–51. <http://jurnal.umb.ac.id/index.php/avicenna/article/view/399> DOI: <https://doi.org/10.36085/avicenna.v14i02.399>
- Angraini, W., Prihantoro, C., Amin, M., Pratiwi, B. A., & Yanuarti, R. (2019). Penerapan Media Audio Visual dalam Peningkatan Angka Pemebrian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif di Desa Kurotidur Kecamatan Argamakmur Kabupaten Bengkulu Utara. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bumi Raflesia*, 2(1), 117–126. <http://jurnal.umb.ac.id/index.php/pengabdianbumi/article/view/293>. DOI: <https://doi.org/10.36085/jpmbr.v2i1.293>
- Angraini, W., Rifa'i, Yanuarti, R., & Astuti, I. P. (2018). Hubungan Inisiasi Menyusu dini dengan Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Pekerja di Wilayah Kerja Puskesmas Curup. *Avicenna*, 13(1), 2786–2791.
- Anita, B., Febriawati, H., Suryani, D., Yandrizal, Pratiwi, B. A., Angraini, W., & Yanuarti, R. (2019). Enhancing the role of public health center as gatekeeper on the national health insurance. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(4), 353–356. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00716.2>
- Chisty, J., & Lamtiur, B. J. (2020). *Status Gizi Lansia*. CV. Budi Utama.
- Febriawati, H., Yanuarti, R., Oktarianita, Yandrizal, & Angraini, W. (2021). Tingkat Kualitas Pelayanan di Puskesmas Betungan Kota Bengkulu Tahun 2020. *Jurnal Window of Health (WOH)*, 4(3), 261–271.
- Festi, W. P. (2018). *Buku Ajar dan Diet*. UM Surabaya Publishing.
- Hariyani, S. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Graha Ilmu.

- Milah, A. S. (2019). *Gizi untuk Keluarga*. Edu Publisher.
- Muhani, N., Wulandari, R., Arayastuti, N., Yanti, D. E., Sefililaisya, S. N., & Angraini, W. (2020). The Relationship Between Maternal Psychology, Family, and Culture with Perception of Breast Milk Insufficiency in Breastfeeding Mothers of Sumur Batu Public Health Centre, Lampung Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 20(3), 67–78. <https://doi.org/https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.20/no.3/art.401>
- Nugraheni, H., Indarjo, S., & Suhat. (2018). *Buku Ajar Promosi Kesehatan Berbasis Sekolah*. CV. Utama Budi.
- Pratiwi, B. A., Angraini, W., Oktarianita, Febriawati, H., & Wati, N. (2020). PKM Meningkatkan Konsumsi Buah dan Sayur Pada Masyarakat Dusun I desa Sri Kuncoro Kecamatan Pondok Kelapa Kabupaten Bengkulu Tengah. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bumi Rafflesia*, 3(1), 283–290. <https://doi.org/https://doi.org/10.36085/jpmbr.v3i1.756>
- Pratiwi, B. A., Oktarianita, & Angraini, W. (2021). Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Pekerja. *Higeia Journal of Public Health*, 5(3), 390–396. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/46739> %0ADOI <https://doi.org/10.15294/higeia.v5i3.46739%0A>
- Pratiwi, B. A., Yanuarti, R., & Angraini, W. (2020). Faktor Penyebab Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Bengkulu. *Avicenna*, 15(2), 146–157.
- Pratiwi, B. A., Yanuarti, R., Febriawati, H., Angraini, W., & Tobing, M. A. (2020). Analysis Of The Implemantation Exclusive Breastfeeding Program In Nusa Indah Public Health Center And Lingkar Barat Public Health Center Bengkulu City. *Amerta Nutrition*, 4(4), 280–290. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20473/amnt.v4i4.2020.280-290>

- Pratiwi, B. A., Yanuarti, R., Wati, N., Angraini, W., & Okavianti, L. (2019). Faktor Pendorong Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Lingkar Barat Kota Bengkulu. *Avicenna*, 14(2), 25–30. <http://jurnal.umb.ac.id/index.php/avicenna/article/view/392> DOI: <https://doi.org/10.36085/avicenna.v14i02.392>
- Setyawati, V., Ana, V., & Eko, H. (2018). *Buku Ajaran Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. CV. Budi Utama.
- Suryani, D., Rizal, Ah., Eliana, Darwis, Pratiwi, B. T., & ANgraini, W. (2019). The Effect of Counseling in Efforts to Prevent and Control Non-Communicable Diseases. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(3), 297–302. <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/kemas.v14i3.10469>
- Suryani, D., Yosephin, B., Miratulhaya, Dailin, Yandrizal, Bintang Agustina, P., & Angraini, W. (2018). Policy and Determinant Analysis in Effort to Control Stunting Case in Bengkulu Province. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(10), 17–22. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01308.6>

Profil Penulis**Wulan Angraini, SKM., M.KM.**

lahir di Bengkulu 30 Agustus 1988. Penulis menamatkan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu tahun 2011.

Pada tahun 2015 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia (FKM UI). Saat ini bekerja sebagai Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya serta berperan aktif dalam penulisan artikel setiap tahunnya.

Email Penulis: wulanangraini@umb.ac.id

PROMOSI KESEHATAN

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Pengantar Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk memberikan pesan-pesan tentang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok khusus dan kelompok masyarakat agar individu, keluarga, kelompok khusus dan kelompok masyarakat dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Dengan adanya promosi kesehatan diharapkan masyarakat dapat memiliki informasi terkait dengan kesehatan serta upaya untuk mencegah masalah kesehatan itu sendiri sebab pemberian promosi kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan cara pemberian penyuluhan atau edukasi tentang kesehatan pada masyarakat sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan masyarakat dalam upaya pencegahan masalah kesehatan pada sasaran individu, keluarga, kelompok khusus dan kelompok masyarakat.

Program promosi kesehatan dapat meningkatkan hasil fisik, psikologis, pendidikan dan pekerjaan untuk individu dan membantu mengontrol atau mengurangi biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan dengan menekankan pencegahan masalah kesehatan, mempromosikan gaya hidup sehat, meningkatkan kepatuhan pasien dan memfasilitasi akses kepada layanan dan perawatan kesehatan. Program promosi kesehatan mempunyai peran utama dalam menciptakan

individu, keluarga, komunitas, tempat kerja dan organisasi yang lebih sehat. Mereka berkontribusi pada lingkungan yang mempromosikan dan mendukung kesehatan individu, keluarga, kelompok khusus secara keseluruhan. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya”.

Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan memiliki visi dan misi dan strategi yang jelas, sebagaimana tertuang dalam SK Menkes RI No. 1193/2004 tentang kebijakan nasional promosi kesehatan, apabila dilihat kembali hal ini sejalan dengan visi global. Visi promotikesehatan adalah PHBS 2010 yang mengindikasikan tentang terwujudnya masyarakat indonesia baru yang berbudaya sehat. Visi tersebut menunjukkan dinamika atau gerak maju dari suasana lama (ingin diperbaiki) suasana baru (ingin dicapai).

Visi promosi kesehatan ini diperlukan agar promosi kesehatan yang diharapkan mempunyai arah yang jelas, dalam hal ini adalah apa yang menjadi harapan dari promosi kesehatan sebagai penunjang dalam program kesehatan yang lain. Visi promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatannya, baik fisik, mental, sosial dan diharapkan pula mampu produktif secara ekonomi maupun sosial sebagaimana dituangkan dalam undang-undang kesehatan No. 23 Tahun 1992 serta organisasi kesehatan dunia WHO.

Empat Kata Kunci Visi Promosi Kesehatan

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatan
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatan

3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan, dan mencari pertolongan pengobatan yang professional bila sakit.
4. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan, karena derajat kesehatan baik individu, kelompok, atau masyarakat itu bersifat dinamis, tidak elastis.

Misi promosi kesehatan secara garis besar dirumuskan sebagai berikut:

1. Advokat (*Advocate*), melakukan kegiatan advokasi / upaya –upaya terhadap para pengambil keputusan diberbagai program / sektor yang terkait dengan kesehatan. Dengan maksud agar program kesehatan yang ditawarkan dipercayai dan perlu dukungan melalui kebijakan-kebijakan / keputusan politik.
2. Menjembatani (*Mediate*), menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Kegiatan pelaksanaan program-program kesehatan perlu adanya suatu kerja sama dengan program lain dilingkungan kesehatan, maupun lintas sektor yang terkait. Untuk itu perlu adanya suatu jembatan dan menjalin suatu kemitraan (*partnership*) dengan berbagai program dan sektor-sektor yang memiliki kaitannya dengan kesehatan.
3. Memampukan (*Enable*), memberikan ketrampilan/kemampuan pada masyarakat agar mereka dipercayai dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Hal ini dimaksudkan agar masyarakat mempunyai kemauan dan kemampuan yang mandiri dibidang kesehatan termasuk kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan diri masing-masing.

Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (SK Menkes No. 1193/Menkes/SK/X/2014). Promosi kesehatan adalah upaya memperbaiki kesehatan dengan cara memajukan, mendukung dan menempatkan kesehatan lebih tinggi, baik secara perorangan maupun secara kelompok (Maulana, 2014). Promosi kesehatan merupakan bidang khusus dalam bidang kesehatan yang melibatkan perubahan terencana dari gaya hidup dan kondisi kehidupan yang berhubungan dengan kesehatan melalui berbagai kebiasaan individu dan lingkungan. Promosi kesehatan adalah serangkaian tindakan untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan sebaik mungkin pada individu maupun kelompok. Promosi kesehatan melibatkan tiga tindakan, yaitu: memberitahu masyarakat bagaimana cara hidup sehat, mengatasi masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat. dan mengutamakan mencegah daripada mengobati penyakit. Promosi kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan melalui berbagai intervensi sosial dan lingkungan yang berdampak positif terhadap kualitas hidup serta pencegahan penyakit tanpa harus menggunakan pengobatan dan perawatan terlebih dahulu. Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial-

budaya, ekonomi, dan politik. Menurut Notoatmodjo (2010) Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak et al., 2007). Menurut Novita dan Franciska (2011), Promosi kesehatan adalah proses peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang disertai dengan upaya memfasilitasi perubahan perilaku dan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perbaikan atau perubahan dalam individu masyarakat dan lingkungan. Menurut Ottawa Charter, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Promosi kesehatan menurut Carr et al (2007) meliputi : (1) Aspek psikis, psikologis, sosial dan kesehatan mental, (2) Pencegahan proses penyakit, (3) Pengembangan kebugaran tubuh, (4) Aktivitas individu, kelompok dan masyarakat, (5) Pendidikan yang berhubungan dengan masalah kesehatan, (6) Pencapaian potensial kesehatan individu atau komunitas.

Promosi kesehatan mempunyai tiga elemen penting yang saling berkaitan, yaitu : (1) Tata kelola kesehatan yang baik. Pemangku kepentingan seperti pemerintah harus membuat kebijakan yang memberikan dampak baik untuk kesehatan masyarakat, (2) Literasi kesehatan. Masyarakat juga harus dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan dalam menjalankan hidup sehat, (3) Kota atau lingkungan yang sehat. Kota atau lingkungan yang bersih serta sehat akan membuat masyarakatnya terlindung dari ancaman bahaya penyakit.

Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan dari promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012). Promosi kesehatan bertujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup sehat dengan cara peningkatan upaya penyuluhan tentang kesehatan pada masyarakat sehingga masyarakat dapat menerapkan perilaku sehat, baik pada diri sendiri, keluarga maupun di masyarakat. Peningkatan pemberian promosi kesehatan dapat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit atau masalah kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk : (1) Tujuan umum yaitu tercapainya perilaku sehat pada masyarakat sebagai akibat dari adanya penyuluhan kesehatan, (2) Tujuan khusus yaitu suatu perumusan perilaku yang meliputi peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sebagai akibat adanya promosi kesehatan (Halajur, 2019).

Menurut Green L.W (1991) bahwa tujuan dari pada promosi kesehatan adalah: (1) Tujuan program yaitu pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan, (2) Tujuan pendidikan, yaitu gambaran perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada pada masalah kesehatan, (3) Tujuan perilaku, yaitu pembelajaran yang harus dicapai (perilaku yang diinginkan). Dalam hal ini tujuan dari pada perilaku adalah berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

Sasaran Promosi Kesehatan

Secara umum, bahwa sasaran dari pada promosi kesehatan ini adalah:

1. Individu/Keluarga.

Individu/keluarga diharapkan dapat:
mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat

(PHBS), memperoleh informasi kesehatan melalui berbagai saluran (baik langsung maupun melalui media massa), berperan serta dalam melakukan kegiatan sosial secara khusus terkait dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) masyarakat, serta memiliki pengetahuan serta kemauan untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.

2. Masyarakat.

Masyarakat diharapkan dapat bekerjasama dalam mewujudkan lingkungan sehat, dan dapat menggalang potensi untuk mengembangkan kegiatan peningkatan upaya kesehatan.

3. Pemerintah/Lintas Sektor/Politisi/Swasta.

Dapat membuat kebijakan sosial dengan memerhatikan dampak dibidang kesehatan, serta memiliki sikap peduli dengan mendukung upaya kesehatan dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat.

4. Petugas/Pelaksana Program

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sehingga masyarakat dapat mengalami kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Kemudian melibatkan komponen promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan (Maulana, 2014)

Peran Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan memiliki peran penting dalam upaya pencegahan masalah kesehatan, serta dapat memengaruhi perubahan perilaku masyarakat bahkan dapat berperan dalam menciptakan individu, keluarga, komunitas, tempat kerja, dan organisasi yang lebih sehat sebagai akibat dari promosi kesehatan melalui kegiatan penyuluhan yang diberikan secara terus menerus kepada seluruh masyarakat baik anak-anak, remaja, ibu hamil, hingga lansia.

Peran dari pada promosi kesehatan adalah:

1. Dapat menjaga dan mendukung hak asasi masyarakat untuk hidup sehat
2. Dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, di antaranya adalah menurunkan angka kesakitan, dan peningkatan sikap dan perilaku hidup sehat masyarakat melalui program-program pelayanan kesehatan.
3. Dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Dapat meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap masalah kesehatan termasuk dalam upaya pencegahan terhadap ancaman penyakit baru.
4. Dapat mengalihkan subsidi pemerintah pada bidang kuratif dan rehabilitatif terutama pada upaya promotif dan preventif.
5. Dapat menambah wawasan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan, pendidikan dan pelatihan.
6. Dapat menciptakan sumber daya manusia yang baik sebab sehat merupakan bagian dari seseorang untuk melakukan aktivitas seperti belajar, bekerja dan berkreasi (Agustini, 2014).

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan meliputi:

1. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (*health education*) yang penekanannya pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan.
2. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial (*social marketing*), yang penekanannya pada pengenalan produk/jasa melalui kampanye.
3. Promosi kesehatan adalah upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi) yang tekanannya pada penyebaran informasi.

4. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (*promotif*) yang penekanannya pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
5. Promosi kesehatan mencakup upaya advokasi di bidang kesehatan, yaitu upaya untuk memengaruhi lingkungan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang/sector, sesuai keadaan).
6. Promosi kesehatan adalah juga pengorganisasian masyarakat (*community organization*), pengembangan masyarakat (*community development*), penggerakan masyarakat (*social mobilization*).

Strategi Promosi Kesehatan

WHO menurumkan tiga hal dalam strategi promosi kesehatan, yaitu:

1. Advocacy (Advokasi)

Advokasi promosi kesehatan adalah upaya mengajak para pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan untuk mau mendukung program kesehatan yang dicanangkan

2. Social Support (Dukungan Sosial)

Dukungan sosial adalah upaya mencari dukungan yang melibatkan tokoh masyarakat formal maupun informal, sehingga melalui mereka program kesehatan lebih mudah diterima oleh masyarakat.

3. Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat)

Pemberdayaan masyarakat adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan langsung kepada masyarakat. Pemberdayaan ini bertujuan untuk mewujudkan visi promosi kesehatan.

Strategi Promosi Kesehatan Piagam Ottawa menghasilkan lima rumusan strategi baru dalam promosi kesehatan yaitu:

1. Health Public Policy (Kebijakan Berwawasan Kebijakan)

Strategi promosi kesehatan yang melibatkan pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan untuk membuat kebijakan atau peraturan publik yang berdampak baik terhadap kesehatan masyarakat.

2. Supportive Environment (Lingkungan yang Mendukung)

Strategi promosi kesehatan yang melibatkan pemerintah daerah atau pengelola tempat umum supaya tersedia sarana dan prasarana fasilitas kesehatan untuk masyarakat.

3. Reorient Health Service (Reorientasi Pelayanan Kesehatan)

Strategi promosi kesehatan reorientasi pelayanan kesehatan melibatkan penyelenggara atau penyedia pelayanan kesehatan seperti pemerintah, swasta serta masyarakat yang secara bersama-sama menciptakan pelayanan kesehatan terbaik.

4. Personnel Skill (Keterampilan Individu)

Strategi promosi kesehatan ini melibatkan seluruh pihak yang terdiri dari individu, keluarga atau kelompok lebih besar lagi untuk dapat meningkatkan keterampilan dalam memelihara serta meningkatkan kesehatan baik kepada diri sendiri maupun kepada pihak lain.

5. Community Action (Gerakan Masyarakat)

Promosi kesehatan akan semakin berjalan efektif serta cepat mencapai tujuan apabila di dalam masyarakat sendiri terdapat gerakan-gerakan yang mempromosikan kesehatan secara berkelanjutan.

6. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan.

Upaya Pencegahan dalam Promosi Kesehatan

1. Upaya Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)

Pencegahan Primer (*Primary Prevention*) adalah program yang mengambil tindakan sebelum timbulnya masalah kesehatan untuk mencegah penyebab terjadinya masalah kesehatan. Strategi promosi kesehatan primer dan pencegahan penyakit termasuk di antaranya: (1) Mengidentifikasi dan memperkuat kondisi ekologi pelindung yang kondusif bagi kesehatan, (2) Mengidentifikasi dan mengurangi berbagai risiko kesehatan.

Pencegahan primer dapat dilakukan pada saat kelompok masyarakat yang belum menderita penyakit, antara lain : (1) Promosi kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit atau masalah kesehatan, (2) Upaya perlindungan khusus atau sering disebut spesifik protection yang merupakan upaya spesifik yang dilakukan dalam mencegah terjadinya proses penularan penyakit dengan cara pemberian imunisasi, peningkatan keterampilan remaja dalam mencegah penyalahgunaan narkoba serta penanggulangan stress dan sebagainya.

2. Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)

Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*) dalam program promosi kesehatan dapat mengganggu perilaku yang kurang di antara mereka yang terlibat dalam pengambilan keputusan yang tidak sehat dan mungkin menunjukkan tanda-tanda awal penyakit atau kecacatan. Contoh program promosi kesehatan jenis ini mencakup program berhenti merokok. Bagi pengguna tembakau dan program peningkatan aktivitas fisik dan perbaikan nutrisi untuk individu

yang kelebihan berat badan dan tidak banyak bergerak.

Pencegahan sekunder ini termasuk di antaranya: (1) Mengidentifikasi, mengadopsi, dan memperkuat perilaku perlindungan tertentu, (2) Deteksi dini dan pengurangan masalah kesehatan yang ada.

Upaya pencegahan sekunder juga dapat dilakukan ketika kelompok masyarakat sudah mengalami masalah kesehatan yang meliputi : (1) Upaya diagnosis dini dan pengobatan segera atau sering disebut sebagai *early diagnosis and prompt treatment* yang meliputi : (a) Upaya pencegahan penyebaran masalah kesehatan jika masalah kesehatan tersebut merupakan penyakit menular, (b) Melakukan upaya pengobatan dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit serta melakukan upaya pencegahan terhadap terjadinya komplikasi dan cacat. (2) Upaya pembatasan kecacatan atau sering disebut *disability limitation* yaitu mencegah terjadinya masalah kesehatan atau penyakit menjadi berkelanjutan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.

3. Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*) dalam rogram promosi kesehatan dapat meningkatkan kehidupan individu dengan penyakit kronis. Contohnya adalah program yang berfungsi untuk meningkatkan kualitas kehidupan untuk penderita kanker atau individu dengan HIV/AIDS.

Promosi kesehatan tersier dan strategi pencegahan penyakit termasuk: (1) Meningkatkan kualitas hidup individu yang terkena gangguan kesehatan, (2) Mencegah kerusakan, mengurangi komplikasi dari gangguan tertentu, dan mencegah kambuh ke perilaku berisiko.

Upaya pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara rehabilitasi. Upaya pencegahan tersier ini diupayakan agar cacat yang diderita tidak menjadi

hambatan sehingga masyarakat yang menderita atau mengalami masalah kesehatan dapat berfungsi optimal baik secara fisik, mental ataupun sosial (Emilia, Prabandari and Supriyati, 2019).

Prinsip Promosi Kesehatan

Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam pelaksanaannya, promosi kesehatan mempunyai prinsip-prinsip yang berguna sebagai dasar-dasar dari pelaksanaan program promosi kesehatan.

Prinsip-prinsip promosi kesehatan tersebut meliputi:

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*). Proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya (*the process of enabling people to control over and improve their health*), lebih luas dari pendidikan atau Penyuluhan Kesehatan. Promosi Kesehatan meliputi Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan, dan di pihak lain Penyuluh/Pendidikan Kesehatan merupakan bagian penting (*core*) dari Promosi Kesehatan.
2. Promosi Kesehatan adalah upaya perubahan/perbaikan perilaku di bidang kesehatan disertai dengan upaya memengaruhi lingkungan. Promosi Kesehatan Masyarakat atau hal-hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan.
3. Promosi Kesehatan juga berarti upaya yang bersifat promotif (peningkatan) sebagai perpaduan dari upaya preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) dalam rangkaian upaya kesehatan yang komprehensif.
4. Promosi kesehatan, selain tetap menekankan pentingnya pendekatan edukatif yang selanjutnya disebut gerakan pemberdayaan masyarakat, juga perlu dibarengi dengan upaya advokasi dan bina suasana (*social support*).
5. Promosi kesehatan berpatokan pada PHBS yang dikembangkan dalam 5 tatanan yaitu di

rumah/tempat tinggal (*where we live*), di sekolah (*where we learn*), di tempat kerja (*where we work*), di tempat-tempat umum (*where we play and do everything*) dan di sarana kesehatan (*where we get health services*).

6. Pada promosi kesehatan, peran kemitraan lebih ditekankan lagi, yang dilandasi oleh kesamaan (*equity*), keterbukaan (*transparency*) dan saling memberi manfaat (*mutual benefit*). Kemitraan ini dikembangkan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat, juga secara lintas program dan lintas sektor.
7. Promosi Kesehatan sebenarnya juga lebih menekankan pada proses atau upaya, dengan tanpa mengecilkkan arti hasil apalagi dampak kegiatan. Jadi sebenarnya sangat susah untuk mengukur hasil kegiatan, yaitu perubahan atau peningkatan perilaku individu dan masyarakat. Yang lebih sesuai untuk diukur: adalah mutu dan frekuensi kegiatan seperti: advokasi, bina suasana, gerakan sehat masyarakat, dan lain-lain (Nabilah, 2020).

Daftar Pustaka

- Agustini, A. (2014). *Promosi Kesehatan*. Deepublish. Yogyakarta
- Carr, S. et al. (2007). *An Introduction to Public Health and Epidemiology*. SECOND EDITION. Available at: www.openup.co.uk (Accessed: 29 October 2020).
- Emilia, O., Prabandari, Y. S. and Supriyati (2019). *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*.
- Halajur, U. (2019). *Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja*. Penerbit ineka Media
- Hulu, VT dkk.(2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Yayasan Kita Menulis, Cetakan 1, November 2020
- Maulana, H. D. (2014) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W. I. et al. (2007) *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Nabilah, D. H. (2020). *Prinsip Prinsip Promosi Kesehatan*
- Notoatmodjo (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo (2012). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, Nesi dan Franciska Yunetra. (2011). *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. 1st ed. edited by S. Carolina. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Green L.W., K. M. W. (1991). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*. California. Mayfield Publishing Co.

Profil Penulis**Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes**

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002.

Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional dan Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan.

Email : atik.cahyo@yahoo.com

PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR

Dr. Nani Sari Murni, SKM, M.Kes

PSKM STIK Bina Husada Palembang

Definisi

Penyakit menular disebut juga penyakit infeksi adalah penyakit yang dapat berpindah dari satu individu kepada individu lainnya, baik secara langsung maupun melalui perantara. Oleh karena itu, penyakit menular ditandai dengan adanya agent (penyebab penyakit) yang hidup dan dapat berpindah tersebut.

Faktor Penyebab

Penyebab penyakit menular dapat dibedakan menjadi tiga, yakni agent (penyebab penyakit), host, dan jalannya penularan.

1. Agent (penyebab penyakit)

Agent dapat dibedakan menjadi:

- a. Golongan virus, misalnya virus influenza, virus flu burung (*avian flu*), cacar, termasuk juga yang sedang pandemi saat ini adalah virus Corona (SARS-Cov2).
- b. Golongan richetsia, misalnya penyebab penyakit Thypoid.

- c. Golongan bakteri, misalnya *Mycobacterium tuberculosis*.
- d. Golongan protozoa, misalnya *Plasmodium*, *Schistosoma*, amuba, dan sebagainya.
- e. Golongan jamur, misalnya *Candida albicans*.
- f. Golongan cacing/helminth, misalnya *Ascaris lumbricoides*, dan *filaria*.
- g. Golongan arthropoda (serangga), misalnya pada penyakit scabies, dan pediculosis.

Agent membutuhkan host untuk tetap bertahan hidup dan berkembang biak maka agent akan berpindah dari satu host ke host yang lain. Agent akan menginfeksi host sehingga host terdiagnosis penyakit menular. Kemampuan agent untuk menginfeksi tersebut merupakan peran penting dalam penyakit infeksi.

Setiap agent membutuhkan host dengan spesifikasi tersendiri, untuk agent bertahan hidup. Oleh karenanya, muncul istilah reservoir. Reservoir dapat diartikan sebagai habitat, tempat agent tersebut bertahan hidup. Reservoir dapat berupa manusia, hewan, ataupun beberapa benda mati.

Penyakit menular yang mempunyai reservoir berupa manusia misalnya, campak (*measles*), cacar air (*smallpox*), thypoid, meningitis, dan sebagainya. Sedangkan penyakit menular yang mempunyai reservoir berupa hewan misalnya pes dan leptospirosis (dengan vektornya adalah tikus), rabies (dengan vektornya adalah anjing), antraks (dengan vektornya adalah sapi), dan sebagainya. Penyakit menular dengan reservoir berupa hewan pada umumnya adalah zoonosis. Selain itu, ada pula reservoir berupa benda-benda mati seperti tanah atau makanan basi. Penyakit menular dengan reservoir berupa tanah misalnya disebabkan oleh saprofit, sedangkan penyakit menular yang terjadi karena makanan basi misalnya keracunan makanan yang disebabkan oleh *Clostridium botulinum*.

2. Host (pejamu)

Host dapat menyebabkan penyakit menular dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya, menurunnya daya tahan tubuh, meningkatnya jumlah agent, atau perubahan lingkungan. Jadi, penyakit menular yang terjadi pada seseorang tergantung dari kondisi individu itu sendiri. Hal ini akan dibahas lebih lanjut pada bagian pencegahan penyakit menular.

3. Transmisi agent

Transmisi agent adalah mekanisme agent ditularkan dari satu host ke host lainnya, atau dari reservoir ke host. Penularan dapat terjadi dengan berbagai cara, seperti:

a. Kontak langsung

Agent berpindah langsung dari satu host ke host lainnya, atau dari reservoir ke host karena kontak erat antara host tersebut. Hal ini dapat terjadi misalnya karena adanya kerumunan, pemakaian fasilitas bersama, dan sebagainya. Kontak langsung misalnya seperti sentuhan, gigitan, ciuman atau hubungan kelamin, atau melalui droplet pada konjungtiva, hidung atau mulut pada waktu batuk, bersin, meludah, bernyanyi, atau berbicara (biasanya pada jarak dekat sekitar 1 meter atau dibawah 1 meter).

b. Secara tidak langsung

Penularan secara tidak langsung dapat diartikan bahwa penularan terjadi akibat benda-benda yang terkontaminasi oleh agent mengenai/memaparkan host, antara lain berupa:

1) *Vehicle borne*

Yakni penularan yang terjadi dari bahan/benda mati yang terkontaminasi, seperti mainan, sapu tangan, pakaian kotor, alat masak, alat makan/minum, produk biologi seperti darah, plasma, serum, jaringan,

atau anggota tubuh atau semua bahan yang dapat dipakai sebagai media perantara agent penyakit menular masuk ke dalam host (pejamu) yang rentan melalui pintu masuk yang sesuai.

2) *Vector borne*

Penularan yang terjadi melalui vektor misalnya serangga yang pada kakinya melekat kotoran kemudian hinggap ke makanan, dan makanan tersebut dikonsumsi oleh host, akibatnya terjadi penyakit dalam tubuh host. Transmisi juga dapat terjadi misalnya melalui gigitan nyamuk yang melakukan injeksi cairan saliva dan membawa agent dalam saliva tersebut, akibatnya host menderita penyakit.

3) *Air borne*

Penularan melalui aerosol yang mengandung partikel-partikel di udara dan juga membawa mikroorganisme bersama udara tersebut, akibatnya terhirup oleh host dan host menjadi sakit.

Pemberantasan Penyakit Menular

Berdasarkan penjelasan diatas bahwa penyakit menular ini akan terus berkembang dan berpindah-pindah tempat selama agent merasa nyaman di habitat (*reservoir*)nya maka untuk itu perlu dilakukan pemberantasan. Pemberantasan penyakit menular dapat dilakukan dengan tiga cara yakni, melakukan eliminasi reservoir, memutus mata rantai penularan, dan melindungi kelompok-kelompok yang rentan.

1. Eliminasi reservoir

Eliminasi reservoir untuk reservoirnya adalah manusia dapat dilakukan dengan melakukan isolasi dan karantina. Isolasi artinya penderita penyakit infeksi dipisahkan dengan orang yang sehat. Penderita penyakit menular harus menempati tempat

khusus untuk mengurangi kontak dengan orang yang sehat. Isolasi harus dilakukan sampai penderita penyakit menular tersebut dinyatakan sehat yakni hasil laboratorium menunjukkan tidak adanya lagi agent dalam tubuh penderita tersebut dan gejala klinis juga tidak didapati lagi. Sedangkan karantina dilakukan bagi orang sehat yang pernah kontak dengan penderita penyakit menular, walaupun orang tersebut belum terlihat/belum muncul gejala klinisnya. Karantina biasanya dilakukan sesuai dengan masa inkubasi penyakit menular tersebut, artinya jika telah melewati masa inkubasi dan orang tersebut tidak menunjukkan gejala klinis terhadap penyakit menular yang diduga tersebut maka orang tersebut dapat kembali melakukan aktifitas sebagaimana biasanya. Terdapat empat tingkatan karantina yang digunakan dalam program kesehatan masyarakat, yakni (1) pemisahan (segregasi), yaitu upaya pengendalian dan observasi terhadap sekelompok orang yang sengaja dipisahkan dan hanya sedikit kontak dengan orang lain untuk mengendalikan dan mengurangi penyebaran penyakit; (2) surveilans perorangan (*personality surveillance*), merupakan penerapan tindakan pemisahan juga tetap gerakannya tidak dibatasi dan penderita berada dalam pengawasan medis yang ketat sehingga setiap penyakit atau infeksi apapun dapat ditemukan dengan cepat; (3) karantina termodifikasi, gerakan penderita akan dibatasi sebagian berdasarkan informasi tentang kerentanan kelompok dan kepastian infeksi yang menyerang pejamu, dan juga penularan penyakit yang bersifat imminen; (4) karantina lengkap, merupakan tingkatan karantina yang paling serius, benar-benar membatasi kebebasan penderita sehingga orang yang sehat dapat terlindungi. Baik isolasi maupun karantina dilakukan sebagai upaya meminimalisasi penularan penyakit menular kepada orang lain (host).

2. Memutus mata rantai penularan

Jika kita ingat kembali, dalam teori terjadinya penyakit perlu adanya peran dari tiga komponen yakni agent, host, dan lingkungan (*environment*) atau sering disebut dengan teori segitiga epidemiologi. Berdasarkan teori ini maka dapat kita lakukan langkah berikutnya untuk pemberantasan adalah memutus mata rantai penularan yakni dengan menjaga imunitas tubuh pada host agar tetap optimal dan mengkondisikan lingkungan untuk tetap baik. Lingkungan perlu diperhatikan sanitasinya, begitu pula host (dalam hal ini manusia) perlu melakukan personal hygiene yang baik karena agent penyakit menular dapat masuk dalam tubuh host jika kondisi lingkungan mendukung dan host juga dalam kondisi yang rentan.

3. Melindungi kelompok yang rentan

Melindungi kelompok yang rentan merupakan upaya pemberantasan dan pencegahan terhadap penyakit menular. Kelompok yang rentan perlu dilakukan perlindungan khusus (*spesific protection*), misalnya dengan memberikan suplemen tertentu sesuai kebutuhan, atau dapat pula dilakukan dengan imunisasi atau vaksinasi. Jika kelompok rentan dapat dilindungi dari penularan penyakit maka perluasan penyakit menular pun dapat dihindari, dan risiko kematian juga dapat diminimalisasi. Khusus untuk pemberantasan dengan melakukan imunisasi dan vaksinasi akan dibahas lebih lanjut pada bagian di bawah ini.

Pencegahan Penyakit Menular

Secara umum, pengertian pencegahan adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Salah satu teori pada ilmu kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan pencegahan timbulnya penyakit adalah teori Leavel dan Clark yakni 5 tingkat pencegahan penyakit. Dalam teori tersebut dikemukakan bahwa pencegahan penyakit dapat dilakukan pada fase sebelum sakit (pencegahan primer), dan pada fase selama proses sakit

(pencegahan sekunder dan tersier). Pencegahan primer disebut juga sebagai pencegahan tingkat pertama, meliputi kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan khusus. Pencegahan sekunder disebut juga pencegahan tingkat kedua, meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Selanjutnya pencegahan tersier atau pencegahan tingkat ketiga meliputi pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi.

1. Pencegahan tingkat pertama (primer)

Pencegahan tingkat pertama merupakan upaya pemantapan status kesehatan, promosi kesehatan, dan pencegahan khusus, yang bertujuan mengurangi penyebab penyakit atau menurunkan risiko untuk menjadi sakit serendah mungkin.

2. Pencegahan tingkat kedua (sekunder)

Pencegahan tingkat kedua ditujukan kepada para penderita, atau yang dianggap menderita (*suspect*), atau yang berisiko menderita penyakit menular. Upaya yang dilakukan adalah dengan pencarian penderita secara aktif dengan meningkatkan kegiatan surveilans, skrining, dan pemeriksaan secara berkala terhadap penyakit tertentu sehingga jika terjadi keluhan dapat segera diatasi dan mencegah terjadinya efek samping maupun komplikasi.

3. Pencegahan tingkat ketiga (tersier)

Pencegahan tingkat ketiga ditujukan pada penderita penyakit menular agar penyakit yang dideritanya tidak berakhir dengan kecacatan, tidak bertambah parah, dan mencegah dari kematian akibat penyakit tersebut. Pada tingkat ini dilakukan upaya rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan upaya pengembalian fungsi fisik, psikologis, dan sosial seoptimal mungkin, baik berupa rehabilitasi fisik/medis, rehabilitasi mental/psikologis, serta rehabilitasi sosial. Upaya yang dilakukan ini antara lain untuk mengembalikan penderita agar dapat menjalani kehidupannya secara normal di masyarakat, tanpa dipengaruhi oleh stigma-stigma

negatif yang mungkin dapat muncul di masyarakat terhadap penyakit yang pernah dideritanya.

Secara epidemiologis, penyakit menular mengalami perkembangan tahapan penyakit yang dapat dibedakan menjadi tahapan pre-patogenesis dan tahapan patogenesis. Pada tahap pre-patogenesis, individu berada dalam keadaan normal/sehat namun tanpa disadari individu dapat terserang penyakit oleh agent yang memaparkan penyakit tersebut. Pada tahap ini sebenarnya telah terjadi interaksi antara host dan agent namun apakah individu (host) akan sakit, hal ini tergantung dari berbagai faktor yang ada dalam diri host dan juga potensi agent untuk menginfeksi (infektifitas). Belum didapati gejala klinis pada host, namun jika infektifitas agent meningkat dan imunitas host menurun maka host mulai mengalami gejala klinis dan terdiagnosis suatu penyakit. Berikutnya, host masuk pada tahapan patogenesis. Tahapan patogenesis terbagi menjadi empat tahap yakni tahap inkubasi, tahap dini, tahap lanjut, dan tahap akhir. Tahap inkubasi merupakan tahap masuknya bibit penyakit (agent) ke dalam tubuh penjamu (host) yang rentan terhadap agent, sampai timbulnya gejala penyakit. Masa inkubasi ini bervariasi antara satu penyakit dengan penyakit lainnya. Masa inkubasi inilah salah satu indikator yang digunakan untuk melakukan isolasi atau karantina pada individu pada pencegahan tingkat pertama. Pada tahap dini, gejala penyakit telah muncul namun masih ringan. Host masih dapat beraktifitas sebagaimana biasanya namun sebenarnya telah ada gangguan patologis. Tahap selanjutnya adalah tahap lanjut, penyakit bertambah parah dan semakin jelas kelainan patologis yang dialami oleh penderita penyakit menular tersebut. Saatnya diagnosis ditegakkan dan diperlukan pengobatan yang tepat untuk menghindari akibat lanjut yang tidak baik. Akhir dari tahap patogenesis adalah tahap akhir, yakni berakhirnya penyakit dengan lima pilihan keadaan yaitu sembuh sempurna (agent menghilang seluruhnya dan tubuh pulih seperti sediakala), sembuh dengan cacat (agent menghilang namun tubuh tidak pulih seutuhnya, terjadi bekas gangguan yang permanen misalnya terjadi

kecacatan), karier (tubuh pulih namun agent masih ada di dalam tubuh namun tidak menunjukkan gejala klinis lagi), penyakit tetap berlangsung kronis, atau berakhir dengan kematian.

Imunitas

Imunitas atau biasa disebut kekebalan merupakan mekanisme pertahanan tubuh terhadap benda asing (mikroorganisme dan produknya, makanan, bahan kimia, obat, dsb). Imunitas dapat berupa bawaan (yaitu bawaan sejak lahir dan tidak berubah) yang dikenal dengan imunitas non-spesifik; dan imunitas yang didapat sebagai akibat respon adaptif, yang dikenal dengan imunitas spesifik. Imunitas non-spesifik meliputi kulit dan membran mukosa, sel-sel fagosit, komplemen, lisozim, interferon, dan berbagai faktor humoral lain. Semua mekanisme pertahanan ini merupakan bawaan (innate); artinya pertahanan tersebut secara alamiah ada dan tidak adanya dipengaruhi secara intrinsik oleh kontak dengan agen infeksi sebelumnya. Mekanisme pertahanan ini berperan sebagai garis pertahanan pertama dan menghambat kebanyakan patogen potensial sebelum menjadi infeksi yang tampak. Komponen sistem imun innate yang berada di jaringan adalah makrofag, sel dendritik, dan sel Natural Killers (NK). Sedangkan komponen sistem imun yang berada di sirkulasi darah atau limfe adalah netrofil, eosinofil, dan monosit. Komponen sistem imun yang berada di sirkulasi darah atau limfe, jika diperlukan dapat segera direkrut ke jaringan.

Imunitas nonspesifik atau adaptif melakukan respon imun berdasarkan sifat khusus limfosit T dan B, dan respon yang terjadi bersifat selektif terhadap ribuan benda asing atau antigen yang berbeda. Hal ini menyebabkan terbentuknya memori spesifik dan perubahan menetap dari pola respon imun yang terjadi. Mekanisme adaptif dapat berfungsi dengan sendirinya melawan antigen tertentu, tetapi sebagian besar efeknya muncul dengan cara interaksi antibodi dengan komplemen dan sel fagosit dari imunitas bawaan, dan sel T dengan makrofag. Melalui aktivasi mekanisme bawaan, respon adaptif sering

kali menimbulkan inflamasi, baik akut maupun kronis; jika hal ini mengganggu maka disebut reaksi alergi (hipersensitivitas). Komponen sistem imun adaptif adalah limfosit T dan limfosit B.

Imunitas yang akan dibentuk sebagai upaya pencegahan maupun pemberantasan terhadap penyakit menular dapat dilakukan dengan imunisasi atau vaksinasi. Namun tentu saja hasil yang diharapkan dari upaya imunisasi maupun vaksinasi ini tergantung dari respon imun yang terjadi pada masing-masing individu. Berbagai hal yang dapat mempengaruhi respon imun individu antara lain:

1. Usia

Usia mempengaruhi respon imun karena kondisi kematangan dari elemen-elemen imun yang ada dalam tubuh individu tersebut, selain itu paparan antigen (sebagai agent) juga semakin meningkat dengan bertambahnya usia. Beberapa penyakit menular menyerang usia tertentu, misalnya hanya menginfeksi usia bayi atau orang tua. Sehingga kelompok ini menjadi kelompok rentan yang perlu dilakukan upaya pencegahan terhadap penyakit menular dengan memberikan imunisasi atau vaksinasi.

2. Jenis kelamin

Pola penyakit menular juga dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin sehingga respon imun individu dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Beberapa penyakit menular lebih mudah menyerang perempuan dibandingkan laki-laki, atau sebaliknya.

3. Gizi

Gizi tentu menjadi faktor yang berperan penting dalam menimbulkan respon imun yang baik pada individu. Dengan asupan gizi yang seimbang maka elemen imun dapat berkembang dengan baik sebagaimana mestinya. Jika elemen imun tersebut tumbuh dan berkembang dengan baik maka respon imun yang diberikan pun akan optimal sebagaimana yang seharusnya terjadi.

4. Trauma

Stres sebagai salah satu bentuk trauma yang sering dialami individu dapat mempengaruhi respon imun seseorang. Stres memicu hormon yang akan menimbulkan reaksi silang pada elemen imun sehingga mengganggu respon imun yang terjadi. Respon imun yang terjadi dapat berkurang atau malahan berlebihan akibat reaksi tersebut.

5. Penyakit yang diderita (komorbid)

Penyakit yang diderita oleh individu juga dapat mempengaruhi respon imun. Seseorang dengan penyakit penyerta yang diberikan imunisasi atau vaksinasi akan menimbulkan respon imun yang berlebihan atau malah menghambat proses terjadinya imunitas yang diinginkan. Hal ini dikarenakan tubuh manusia merupakan suatu sistem, dan jika salah satu bagian terganggu maka akan mengalami gangguan pada bagian yang lain.

Pencegahan Penyakit Menular Melalui Imunisasi dan Vaksinasi

Pada bagian pencegahan penyakit menular telah dijelaskan bahwa dalam pencegahan primer terdapat upaya perlindungan umum dan khusus (*spesifik protection*) yang salah satu kegiatan yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan upaya pencegahan pada kelompok rentan. Upaya yang dapat dilakukan yakni pemberian imunisasi atau vaksinasi. Imunisasi maupun vaksinasi adalah prosedur untuk meningkatkan derajat imunitas, merupakan upaya protektif dengan menginduksi respon memori terhadap pathogen tertentu/toksin dengan menggunakan preparat antigen nonvirulent/nontoksik. Tujuan utama imunisasi adalah melindungi diri dari penyakit infeksi. Berbagai vaksin telah mampu mengeradikasi penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Imunitas dapat dibentuk secara aktif maupun didapat dari lahir (pasif). Imunitas aktif dibuat melalui vaksin yang menginduksi respon imun humoral dan/atau seluler. Imunitas ini biasanya terjadinya dalam jangka panjang. Vaksinasi

dengan menggunakan vaksin yang dilemahkan melibatkan replikasi dari organisme hidup dalam host untuk memberikan peningkatan respon imun yang meniru mekanisme terjadinya infeksi secara alami. Sedangkan imunitas pasif memberikan perlindungan dalam jangka pendek. Imunitas pasif merupakan proses alami yang didapat dari ibu kepada anaknya sejak janin berada dalam kandungan. Elemen imun ditransfer melalui plasenta ke janin.

Imunitas seluler (sel T, makrofag) yang diinduksi oleh upaya vaksinasi adalah esensial untuk mencegah dan melakukan eradikasi bakteri, protozoa, virus, dan jamur intraseluler. Oleh karena itu vaksinasi harus diarahkan untuk menginduksi sistem imun humoral maupun seluler.

Berbagai upaya untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas) terhadap penyakit menular telah diprogramkan secara luas, seperti perbaikan gizi keluarga, peningkatan gizi balita melalui pengisian buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), peningkatan derajat kesehatan masyarakat serta pelayanan kesehatan terpadu melalui Posyandu. Pemerintah telah mencanangkan program imunisasi dasar (*Universal Child Immunization/UCI*) bagi Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yakni imunisasi BCG untuk mencegah penyakit Tuberkulosis, imunisasi DPT untuk mencegah penyakit Difteri, Pertusis, dan tetanus, imunisasi polio untuk mencegah penyakit Poliomyelitis, dan imunisasi campak untuk mencegah penyakit campak (measles). Selanjutnya, dalam 2 tahun terakhir ini (sejak awal tahun 2020), Indonesia dinyatakan pandemi penyakit yang disebabkan oleh virus Corona (SARS-Cov2) atau dikenal dengan istilah Covid-19 maka pemerintah mencanangkan vaksinasi untuk mencegah terjadinya dan juga meminimalisasi tingkat keparahan Covid-19 jika menginfeksi pejamu (host).

Imunisasi atau vaksinasi yang dilakukan pada masyarakat diharapkan dapat menimbulkan kekebalan bukan hanya pada individu tersebut namun juga pada tingkat komunitas atau masyarakat tersebut. Hal ini dikenal dengan istilah *Herd Immunity*. *Herd immunity*

merupakan tingkat kemampuan atau daya tahan suatu kelompok penduduk tertentu terhadap serangan atau penyebaran penyebab penyakit menular tertentu berdasarkan tingkat kekebalan sejumlah anggota kelompok tersebut. Konsep herd immunity (imunitas kelompok) ini didasarkan pada pemikiran yang menyatakan bahwa jika massa (suatu populasi atau kelompok) dilindungi dengan ketat melalui imunisasi atau vaksinasi maka peluang munculnya epidemi besar dapat dikurangi seminimal mungkin. Herd immunity juga dianggap sebagai resistensi yang dimiliki suatu kelompok atau populasi (massa) terhadap invasi dan penyebaran penyakit infeksi (menular). Herd immunity tergantung pada tingkat resistensi yang dimiliki suatu populasi terhadap suatu penyakit menular, dimana proporsi anggota kelompok yang tidak dapat diserang penyakit itu cukup tinggi. Imunisasi atau vasinasi atau pengalaman sebelumnya dengan suatu penyakit dapat mengurangi jumlah anggota yang rentan di dalam populasi. Herd immunity dapat dicapai jika mereka yang rentan berkurang sampai jumlah tertentu dan jumlah orang yang terlindungi dan kebal mendominasi populasi itu.

Daftar Pustaka

- Baratawidjaya, KG. (2006). *Imunologi Dasar Edisi Ke-7*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Bustan, M. N. (2006). *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Galiza, Eva. (2017). *Immunization Key points*. 608–613.
- Noor, Nur Nasry. (1997). *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Playfair, BM. Chain & JHL. (2009). *At a Glance Immunology 9th ed*. Astikawati R, editor. Blackwell Publishing.
- Timmreck, Thomas C. (2001). *Epidemiologi Suatu Pengantar Edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wijayanti, T. & Riyadi, Slamet, A. L. (2011). *Dasar-dasar Epidemiologi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Profil Penulis



Nani Sari Murni

Lahir di Teluk Betung, Propinsi Lampung, 03 Februari 1979. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan masyarakat dimulai pada tahun 2001 silam, yakni sejak penulis menempuh pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di prodi KESEHATAN MASYARAKAT STIK BINA HUSADA PALEMBANG dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2004.

Selanjutnya penulis mengembangkan ilmu kesehatan masyarakat dengan menjadi dosen untuk mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat sejak tahun 2005 s.d 2008, dan mengampu pada mata kuliah lainnya s.d saat ini. Penulis merupakan dosen PNS LLDIKTI Wilayah II yang diperkerjakan di STIK Bina Husada Palembang. Penulis melanjutkan pendidikan ke strata 2 pada tahun 2008 dan berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi BIOMEDIK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SRIWIJAYA pada tahun 2011. Lima tahun kemudian, penulis melanjutkan studi ke strata 3 dan menyelesaikan studi S3 di prodi BIOMEDIK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA, tepatnya pada bulan Agustus 2020 yang lalu, dengan predikat Cum Laude.

Penulis memiliki kepakaran dibidang epidemiologi dan imunologi. Oleh karena itu, sebagai perwujudan karir sebagai dosen professional maka penulis aktif melakukan penelitian dibidang kepakaran tersebut dan hasil penelitian telah dipublikasikan. Selain melakukan penelitian, penulis melakukan penulisan buku ini dengan harapan dapat lebih memberikan kontribusi positif bagi almamater, institusi pendidikan, serta bangsa dan negara tercinta ini.

Email Penulis: syauqi0809@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR, RUANG LINGKUP DAN TUJUAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Sartika, SKM., M.Kes
- 2 PRINSIP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes
- 3 PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA
Andi Sani, SKM., M.Kes
- 4 SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT
Intan Kumalasari, APP, M.KM
- 5 PERIODE-PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT
Herry Hermansyah. AMAK., SKM., M.Kes
- 6 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT
Elmi Nuryati, M.Epid
- 7 ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
Sherli Shobur, SKM. MKM.
- 8 KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
Dr. Budi Yulianto, M.Kes
- 9 PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes
- 10 KESEHATAN LINGKUNGAN
Dr. Maksuk., SKM., M.Kes
- 11 PSIKOLOGI KESEHATAN DAN SOSIOLOGI KESEHATAN
Illustri, S.Psi., M.Kes.
- 12 KESEHATAN REPRODUKSI
Kristy Mellya Putri, SST, M.Kes
- 13 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
Wulan Angraini, SKM., M.KM
- 14 PROMOSI KESEHATAN
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
- 15 PEMBERANTASAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR
Dr. Nani Sari Murni, SKM, M.Kes

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

