

DASAR-DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Submission date: 26-Dec-2023 09:14PM (UTC+0800)

Submission ID: 2264900086

File name: 4._Dasar__Ilmu_Kes-Masy-780.pdf (1.68M)

Word count: 31160

Character count: 213721



DASAR-DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ramli, Rosdiana, Puspita Sari, Lia Fitriyani,
Patemah, Serlie K.A. Littik, Lukman Waris,
Rizki Amalia, Darmin, Ryryn Suryaman Prana Putra,
Nur Sri Atik



ISBN 978-623-198-417-3



DASAR-DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

**Ramli
Rosdiana
Puspita Sari
Lia Fitriyani
Patemah
Serlie K.A. Littik
Lukman Waris
Rizki Amalia
Darmin
Ryryn Suryaman Prana Putra
Nur Sri Atik**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

DASAR-DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Ramli
Rosdiana
Puspita Sari
Lia Fitriyani
Patemah
Serlie K.A. Littik
Lukman Waris
Rizki Amalia
Darmin
Ryryn Suryaman Prana Putra
Nur Sri Atik

ISBN : 978-623-198-417-3

Editor : Mila Sari, S.ST., M.Si

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat ini.

Buku Ini Membahas Prinsip Kesehatan Masyarakat, Pendekatan Kesehatan Masyarakat, Komunikasi dan Informasi Kesehatan Masyarakat, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Kajian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Etika, Hukum, dan Kebijakan Kesehatan, Penanggulangan Penyakit Tidak Menular, Penanggulangan Penyakit Menular, Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Sistem Pelayanan Kesehatan, Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PRINSIP KESEHATAN MASYARAKAT.....	1
1.1 Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	1
1.2 Prinsip-Prinsip Dasar	5
1.3 Upaya Kesehatan Masyarakat	8
1.4 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat	9
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Pendekatan Kesehatan Masyarakat.....	14
2.2.1 Epidemiologi	14
2.2.2 Biostatistik/ Statistik Kesehatan	14
2.2.3 Kesehatan Lingkungan.....	15
2.2.4 Pendiidikan Kesehatan/ Ilmu Perilaku	15
2.2.5 Administrasi Kesehatan Masyarakat.....	15
2.2.6 Gizi Masyarakat.....	16
2.2.7 Kesehatan Kerja	16
2.3 Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit.....	16
2.3.1 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular... 16	
2.3.2 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.....	17
2.3.3 Peningkatan Kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	19
2.3.4 Perbaikan Kualitas Gizi Ibu dan Anak	19
2.3.5 Perbaikan Sanitasi Lingkungan Pemukiman	20
2.3.6 Perbaikan Sanitasi Lingkungan Tempat umum	21
2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	22
2.4.1 Promotif.....	22
2.4.2 Preventif	23

2.4.3 Kuratif.....	23
2.4.4 Rehabilitatif.....	23
2.5 Sasaran	24
2.5.1 Individu.....	24
2.5.2 Keluarga.....	24
2.5.3 Masyarakat.....	25
2.5.4 Kelompok Khusus.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	27
BAB 3 KOMUNIKASI DAN INFORMASI	
KESEHATAN MASYARAKAT.....	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Tujuan Komunikasi Kesehatan.....	30
3.3 Manfaat Komunikasi Kesehatan	32
3.4 Bentuk Komunikasi Kesehatan.....	33
3.5 Perencanaan komunikasi.....	34
3.6 Prinsip – Prinsip Komunikasi Kesehatan.....	35
3.7 Karakteristik Komunikasi Kesehatan	36
DAFTAR PUSTAKA.....	38
BAB 4 ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	39
4.1 Pendahuluan.....	39
4.2 Administrasi Kesehatan.....	39
4.3 Kebijakan Kesehatan	41
4.3.1 Pengertian Kebijakan Kesehatan	41
4.3.2 Tujuan Kebijakan Kesehatan.....	42
4.3.3 Segitiga Kebijakan Kesehatan	42
4.3.4 Hierarki Kebijakan Kesehatan	43
4.3.5 Diagram Siklus Kebijakan (Pengembangan Kebijakan)	44
4.3.6 Analisis Kebijakan.....	46
4.4 Peranan Administrasi dan Kebijakan Dalam Pemecahan Masalah Kesehatan	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49

BAB 5 KAJIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	51
5.1 Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	51
5.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kesehatan Masyarakat	52
5.3 Falsafah	58
5.4 Tujuan	59
5.5 Ruang Lingkup Kegiatan.....	60
5.5.1 Promotif (peningkatan kesehatan).....	60
5.5.2 Preventif (pencegahan penyakit).....	60
5.5.3 Kuratif (pengobatan).....	60
5.5.4 Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)	61
DAFTAR PUSTAKA.....	62
BAB 6 ETIKA, HUKUM, DAN KEBIJAKAN KESEHATAN ...	63
6.1 Pendahuluan.....	63
6.2 Etika Kesehatan	63
6.2.1 Etika, Etiket, dan Hati Nurani	63
6.2.2 Etika, Agama, dan Hukum	65
6.2.3 Etika dan Kesehatan	66
6.3 Hukum Kesehatan	68
6.3.1 Pengertian Hukum Kesehatan.....	68
6.3.2 Batasan dan Ketentuan Umum.....	69
6.3.3 Tanggung Jawab Pemerintah	70
6.4 Kebijakan Kesehatan	71
6.4.1 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan.....	71
6.4.2 Tahapan Pelaksanaan Kebijakan Kesehatan.....	72
6.4 Penutup	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BAB 7 PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR	77
7.1 Pendahuluan.....	77
7.2 <i>Triple Burden Diseases</i>	78
7.2.1 Penyakit menular (<i>infetious diseases</i>).....	78

7.2.2 Penyakit baru muncul dan penyakit lama muncul kembali	79
7.2.3 <i>Neglected Tropical Diseases</i> dan Injury.....	79
7.3 Transisi Epidemiologi Penyakit.....	81
7.4 Penyakit Tidak Menular (<i>non-communicable diseases</i>)...	83
7.4.1 Beban Negara dan Masyarakat.....	83
7.4.3 Pencegahan Penyakit Tidak Menular	87
7.4.4 Program Upaya Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	92
BAB 8 PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR	95
8.1 Pendahuluan.....	95
8.2 Hubungan Sebab Akibat Penyakit.....	96
8.3 Jenis Penularan	98
8.4 Penanggulangan Penyakit Menular	109
DAFTAR PUSTAKA.....	112
BAB 9 KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESELAMATAN KERJA.....	113
9.1 Pendahuluan.....	113
9.1.1 Pengertian Kesehatan Lingkungan	114
9.1.2 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas	114
9.2 Keselamatan Kerja	119
9.2.1 Pengertian keselamatan kerja	119
9.2.2 Syarat-syarat keselamatan kerja.....	120
9.2.3 Kewajiban dan hak tenaga kerja	122
9.2.4 Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Akibat Kerja.....	122
DAFTAR PUSTAKA.....	124
BAB 10 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN	125
10.1 Sistem Pelayanan Kesehatan	125
10.2 Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan	127
10.3 Ruang Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan	128

10.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat	129
10.5 Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Sistem Pelayanan Kesehatan	135
10.6 Transformasi Sistem Kesehatan	138
DAFTAR PUSTAKA.....	143
BAB 11 PROMOSI KESEHATAN DAN PERILAKU	
KESEHATAN	145
11.1 Promosi Kesehatan.....	145
11.1.1 Konsep Promosi Kesehatan	145
11.1.2 Tujuan Promosi Kesehatan.....	146
11.1.3 Komponen promosi kesehatan	147
11.1.4 Prinsip promosi kesehatan	148
11.1.5 Metode Promosi Kesehatan	149
11.2 Perilaku Kesehatan	152
11.2.1 Definisi	152
11.2.2 Kategori Perilaku Kesehatan	153
11.2.3 Determinan Perilaku Kesehatan.....	155
1 11.2.4 Strategi perubahan perilaku kesehatan	156
DAFTAR PUSTAKA.....	159
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan	40
Gambar 4.2. Unsur-Unsur Administrasi Kesehatan	41
Gambar 4.3. Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	42
Gambar 4.4. Hierarki Kebijakan Kesehatan.....	43
Gambar 4.5. Diagram Siklus Kebijakan (Pengembangan Kebijakan).....	44
Gambar 4.6. Diagram Struktur dan Proses dalam Argumentasi Kebijakan.....	47
Gambar 4.6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan	48
Gambar 5.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat	53
Gambar 6.1. Proses Pembuatan Kebijakan.....	72
Gambar 7.1. Penderita Kusta.....	80
Gambar 7.2. Transmisi Epidemiologi Penyakit.....	82
Gambar 7.3. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	89
Gambar 8.1. Patogenesis Penyakit	96
Gambar 9.1. Analisis risiko kesehatan lingkungan	119

BAB 1

PRINSIP KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Ramli

1.1 Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menurut Winslow (1920), ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan derajat kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk: (a) perbaikan sanitasi lingkungan, (b) pemberantasan penyakit-penyakit menular, (c) pendidikan untuk kebersihan perorangan, (d) pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, (e) pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Banyak disiplin ilmu yang dijadikan sebagai dasar ilmu kesehatan masyarakat antara lain, Biologi, Kimia, Fisika, Kedokteran, Kesehatan Lingkungan, Sosiologi, Pendidikan, Psikologi, Antropologi, dan lain-lain. Berdasarkan hal ini maka ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Namun secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain :

1. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK).
2. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP).
3. Epidemiologi.
4. Gizi Kesehatan Masyarakat.
5. Kesehatan Lingkungan (Kesling).
6. Biostatistik/Statistik Kesehatan.
7. Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).

8. Kesehatan reproduksi(Kespro)

12
Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multi disiplin, karena memang pada dasarnya masalah Kesehatan Masyarakat bersifat multikausal, maka pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau prakteknya mempunyai bentangan yang luas. Semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (*preventif*), meningkatkan kesehatan (*promotif*), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (*rehabilitatif*) kesehatan (fisik, mental, sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat.

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain 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. Pembinaan gizi masyarakat
8. Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum
9. Pengawasan Obat dan Minuman
10. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Dari berbagai pengalaman, dan catatan sejarah kesehatan, maka U. F. Achmadi (2005 & 2012) mendefinsikan kesehatan masyarakat adalah semua upaya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan menggunakan

serangkaian upaya yang sekurang-kurangnya terdiri dari unsur-unsur atau ciri-ciri:

a. Berbasis masyarakat.

Yang dimaksud berbasis masyarakat adalah bahwa upaya kesehatan, harus diterapkan pada sekelompok penduduk tanpa membedakan faktor umur, ras, agama, jenis kelamin dan/atau jenis pengeompokan lainnya. Dalam suatu wilayah RT atau RW bahkan suatu negara, semua harus memiliki kesamaan hak untuk dilindungi dari acaman bahaya kesehatan, ditingkatkan derajat kesehatan secara adil dan merata, *regardless* perbedaan-perbedaan tersebut. Kalau upaya atau kegiatan kesehatan anak, tentu diterapkan pada kelompok anak tanpa memandang status sosial, suku, agaman dan tempat tinggal.

b. 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.

c. Dilaksanakan secara lintas disiplin atau bekerjasama dengan 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.

- d. 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.

- e. Terorganisir dengan baik.

Upaya kesehatan dengan menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat memerlukan pengorganisasian dengan baik. Dalam pengorganisasian tentu memerlukan kemampuan unsur-unsur seperti lazimnya manajemen, seperti pengumpulan *evidences* (identifikasi fakta), perencanaan, dan pemantauan atau evaluasi. Pencarian sumber daya dan alokasi sumber daya, pengorganisasian masyarakat untuk mencapai tujuan penyehatan sekeompok penduduk yang menjadi tanggung jawabnya.

Dapat pula dirumuskan bahwa kesehatan masyarakat adalah, *serangkaian upaya untuk menyehatkan sekelompok atau keseluruhan penduduk, berorientasi pencegahan dan/atau*

peningkatan, dilakukan secara lintas sektor atau lintas disiplin, dan melibatkan masyarakat, serta teorganisir dengan baik.

2

1.2 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.

2

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.

5

1.3 Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Hal itu berarti, bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan ini, baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat harus diupayakan. Upaya mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok, masyarakat baik secara melembaga atau pemerintah, ataupun swadaya masyarakat (LSM).

14

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. 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.

1.4 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik maka 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.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi. 2016. *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. RajaGarafindo Persada
- Notoatmodjo, Soekido. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Publichealth.com. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Di Akses Mei 2023, Available at: <http://www.indonesian-publichealth.com/ilmu-kesehatan-masyarakat/>
- R Tambunan, Hefi Nolia et al. 2023. *Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat dan Keselamatan Kerja*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Sartika et al. 2022. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.

BAB 2

PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Rosdiana

2.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat cukup kompleks, karena memiliki keterkaitan yang erat dengan berbagai determinan seperti, struktur sosial, budaya, politik, ekonomi dan lingkungan. Saat ini diketahui berdampak pada kesejahteraan penduduk. Kesehatan masyarakat mulai mengeksplorasi dan menanggapi berbagai tantangan terkait kesehatan dari berbagai paradigma, termasuk kerentanan individu dan populasi terhadap infeksi HIV dan AIDS, pencegahan cedera, penyakit regeneratif (obesitas, kolesterol, asam urat, diabetes, hipertensi) dan berhenti merokok dan masih banyak lagi lainnya. (Richard, 2019)

Kita menyadari masih kurangnya perhatian baik dari pemerintah, swasta maupun masyarakat sendiri dalam menanggapi permasalahan kesehatan masyarakat yang disebabkan perilaku individu, serta kurangnya pendekatan untuk peningkatan pengetahuan, sikap serta perilaku individu, baik melalui penyuluhan atau mempromosikan secara berkala dan berkesinambungan untuk mencapai perubahan perilaku individu. Secara holistik hal ini sangat berkaitan dengan kesehatan dan kesejahteraan baik di dalam maupun di luar individu. (McDonald, 2022)

2.2 Pendekatan Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin, mencakup; Ilmu biologi, kedokteran, kimia, fisika, lingkungan, sosial, antropologi, pendidikan dan multi lainnya. Adapun disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama ilmu kesehatan masyarakat sebagai berikut; (Sumiati, 2016)

2.2.1 Epidemiologi

Teori-teori yang menguraikan tentang distribusi, frekuensi dan penyebab suatu masalah kesehatan dalam bentuk penyakit yang dialami oleh individu/ kelompok atau masyarakat serta cara mengatasi masalah kesehatan tersebut. Adapun tujuan dari mempelajari epidemiologi;

- a. Mengetahui seberapa besar masalah kesehatan yang menimpa masyarakat.
- b. Mengetahui secara etiology suatu penyakit dan sistim penularannya
- c. Mempelajari dan mengetahui riwayat alamiah suatu penyakit
- d. Mempelajari dan mengembangkan program pencegahan masalah kesehatan di masyarakat
- e. Mempelajari, mengembangkan dan mengevaluasi cara pengobatan dan pelayanan dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat.
- f. Menyediakan informasi-informasi terbaru mengenai masalah kesehatan masyarakat agar membantu para pemangku kebijakan dalam mengambil keputusan.

2.2.2 Biostatistik/ Statistik Kesehatan

Salah satu cabang dari statistik yang secara spesifik berhubungan dengan penyajian data sehat-sakit, kelahiran-kematian yang terjadi pada populasi manusia yang diambil dan diproses secara umum ilmu statistik yang berkaitan dengan cara

pengumpulan data, kompilasi, pengolahan dan interpretasi fakta-fakta numerik.

2.2.3 Kesehatan Lingkungan

Suatu keadaan lingkungan yang mampu mendukung status kesehatan manusia bisa terwujud dan terjaga sepanjang waktu. Hal-hal yang perlu dilakukan agar mampu mewujudkan kesehatan manusia yang optimal di dalam lingkungan tersebut antara lain;

- a. Kebersihan rumah
- b. Kepemilikan jamban yang memenuhi kriteria sehat
- c. Penyediaan air bersih
- d. Sistem pembuangan sampah
- e. Saluran pembuangan air limbah
- f. Sumber pencemaran udara, air dan tanah
- g. Kandang hewan ternak

2.2.4 Pendidikan Kesehatan/ Ilmu Perilaku

Suatu ilmu yang mempelajari perilaku manusia, baik secara individu, kelompok atau masyarakat yang bisa menyebabkan ia sakit, dan memberikan pendidikan kesehatan agar manusia mampu berusaha secara mandiri untuk menciptakan kondisi psikologisnya sehat sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan.

2.2.5 Administrasi Kesehatan Masyarakat

Yang biasa dikenal dengan sebutan manajemen kesehatan dimana mengatur rangkaian kegiatan tenaga kesehatan atau para petugas kesehatan dan non kesehatan dalam menjalankan program-program kesehatan agar mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui perencanaan, pengorganisasian, penyusunan personalia, pengkoordinasian, penyusunan anggaran, serta evaluasi.

2.2.6 Gizi Masyarakat

Teori yang membahas tentang makanan dan minuman mulai dari pengadaan, pengolahan dan penyajian bahan makanan serta mengkaji masalah kesehatan/ penyakit yang diakibatkan oleh makanan dan minuman tersebut. Contoh, penyakit kurang kalori dan protein (KKP) baik ringan, sedang, berat atau gizi buruk yang sering terjadi pada usia anak-anak. Atau penyakit obesitas pada orang dewasa di karenakan mengkonsumsi kalori berlebihan dibanding kebutuhan energi yang digunakan.

2.2.7 Kesehatan Kerja

Teori yang membahas tentang upaya individu maupun kelompok kerja untuk menjaga lingkungan kerja agar tetap sehat, aman dan nyaman sehingga dapat meningkatkan produktifitas kerja, mencegah kecelakaan kerja, mencegah peyakit akibat kerja atau lingkungan kerja.

2.3 Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit

Penyakit yang muncul dan menjadi fenomena di tengah masyarakat sangat bervariasi, baik jenis, penyebab, dan cara penularannya hingga media penularannya. (Joranger, 2019)

2.3.1 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Sebelum kita melakukan usaha pencegahan dan pengendalian penyakit menular, perlu kita mengetahui terlebih dahulu jenis penyakitnya, penyebabnya, sistem penularannya dan lain-lain, agar bisa diantisipasi penyebarannya berupa wabah (epidemi) di tengah masyarakat. Penyakit menular yang sering kita temukan di masyarakat antara lain;

- a. Sistem penularan dengan kontak langsung dengan penderita seperti;
Sifilis, HIV-AIDS, penyakit kulit (scabies dll)
- b. Sistem penularan dengan kontak tidak langsung dengan penderita seperti;

- a. Melalui makanan dan minuman;
Makanan dan minuman yang terkontaminasi dengan bibit penyakit patogen dan dikonsumsi oleh manusia yang menyebabkan penyakit kolera, disentri, tifus, hepatitis infectiosa, diare dll.
- b. Melalui perantara benda-benda yang telah terkontaminasi oleh bibit penyakit tersebut, seperti handuk, sapu tangan, pakaian dll digunakan secara bergantian dengan si penderita, contoh scabies dan penyakit kulit lainnya yang disebabkan bacterial atau jamur, HIV-AIDS melalui alat suntik.
- c. Melalui udara, seperti debu dan tetes-tetes ludah halus (droplet infections) di udara yang terkontaminasi dengan bibit penyakit dan terhirup oleh manusia, contoh TBC, influenza, Difteri, pertusis dll.
- c. Melalui vektor yang terinfeksi bibit penyakit tertentu dan menggigit orang yang sehat, seperti nyamuk aedes aegypti, anopheles burung dan dll yang bisa menyebabkan penyakit demam berdarah denque (DBD), malaria, Rabies, flu burung, scabies dan penyakit kulit lainnya yang disebabkan bacterial atau jamur dll

2.3.2 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM) atau dikenal juga dengan penyakit degenerative adalah penyakit yang tidak disebabkan oleh vektor nyamuk, virus atau bakteri lainnya. Kondisi penyakit PTM di Indonesia sangat mengkhawatirkan hal ini disebabkan kematian tertinggi di Indonesia, dan menyerap biaya terbesar dalam JKN. Berdasarkan data BPJS, jumlah kasus dan pembiayaan penyakit katastropik dari tahun 2014 sampai tahun 2018 terjadi peningkatan. Tahun 2014 terdapat 6.116.535 kasus dengan jumlah pembiayaan sebanyak 9.1 trilyun. Sementara tahun 2018 mengalami peningkatan kasus secara drastis yaitu sejumlah

19.243.141 kasus dengan jumlah pembiayaan 20.4 trilyun. Penyakit PTM penyebab kematian tertinggi adalah jantung koroner selanjutnya kanker, hipertensi dan diabete militus.

Penyakit PTM mulai meningkat sejak tahun 2010, hal ini disebabkan pola asuh, pola gerak, pola makan tinggi kalori rendah serat, tinggi garam, tinggi gula dan tinggi lemak diikuti gaya hidup yang serba instan di era teknologi sekarang ini, hingga memilih makananpun serba instan seperti jungk food/ siap saji. Hal ini diperkuat dengan adanya data Riset Kesehatan Dasar (risekdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa 95,5% masyarakat indonesia kurang mengkonsumsi sayur dan buah. Kemudian 33,5% masyarakat kurang aktifitas fisik, 29,3% masyarakat produktif merokok setiap hari, 30% mengalami obesitas sentral serta 21,8% terjadi obesitas pada kelompok usia dewasa. Selain kurang aktifitas fisik, juga didukung oleh stres dan kurang istirahat.

Lebih mengkhawatirkan lagi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan menunjukkan bahwa perkembangan PTM di Indonesia sasaran penderitanya makin meluas, jika dulu hanya dialami oleh kelompok usia 50 tahun ke atas atau lanjut usia dan saat ini mulai mengancam kelompok usia muda, yaitu mulai 10-49 tahun sudah banyak yang terkena PTM. Hal ini berdampak besar terhadap sumber daya manusia (SDM) dan terlebih lagi yang sangat terdampak adalah perekonomian Indonesia ke depan. Karena Indonesia menghadapi bonus demografi di tahun 2030-2040 akan datang, dimana kelompok produktif jauh lebih banyak dibandingkan kelompok usia non produktif. Jika trend PTM pada kelompok usia muda terus meningkat, maka upaya Indonesia untuk menghasilkan generasi penerus bangsa yang sehat dan juga cerdas menuju Indonesia maju pada 2045 mendatang sulit tercapai, karena sehat merupakan investasi awal dari lahirnya produktifitas.

Sebagai warga negara Indonesia, kita semua memiliki tugas untuk bersama-sama menekan angka penderita penyakit tidak menular (PTM). Setidaknya menjaga diri dan keluarga kita agar tidak mengalami salah satu penyakit PTM, melalui pola hidup sehat adalah kebiasaan keluarga. Dengan mengenali faktor resikonya, cek kesehatan secara berkala, rajin beraktifitas fisik, diet sehat dan seimbang, hindari asap rokok, istirahat yang cukup dan kelola stress. Upaya kita dalam rangka menurunkan angka penderita PTM merupakan dukungan pencapaian target pembangunan kesehatan termasuk target SDGs 2030.

2.3.3 Peningkatan Kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Peningkatan kualitas pelayanan Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu rangkaian upaya kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu dan anak, seperti; ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, balita dan anak prasekolah. Kualitas Pelayanan Kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan faktor yang sangat penting, karena dengan tercapainya derajat Kesehatan ibu yang optimal, maka akan terlihat jelas cara dia mengurus keluarga kecilnya menuju norma keluarga kecil bahagia sejahtera. Serta berupaya untuk proses tumbuh kembang anaknya yang optimal sebagai landasan bagi peningkatan kualitas hidupnya di masa depan.(Kemenkes RI, 2020)

2.3.4 Perbaikan Kualitas Gizi Ibu dan Anak

Kualitas gizi pada ibu dan anak merupakan pondasi yang sangat penting dan memiliki peran yang sangat besar ke depannya, karena akan memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap pembangunan suatu bangsa, contoh; investasi kualitas gizi yang baik pada anak sejak usia dini, akan mendukung tumbuh kembang anak secara optimal baik fisik yang sehat maupun kemampuan intelektual yang cerdas, kreatif dan produktif, sehingga menjadi

sumber daya manusia (SDM) yang handal dalam mengisi pembangunan suatu bangsa. Demikian halnya dengan seorang ibu, jika ia memperoleh gizi yang baik, maka akan di dukung fisiologi dan psikologis yang sehat dan optimal, sehingga bisa melahirkan anak-nak yang sehat dan berkualitas dan menjadi SDM yang bisa diandalkan oleh negara dalam mengisi pembangunan.

Kualitas gizi yang baik erat kaitannya dengan pembangunan suatu bangsa. Dalam arti bahwa ke duanya memiliki hubungan timbal balik. Sebagaimana kualitas gizi yang baik akan menentukan keberhasilan suatu bangsa, demikian juga sebaliknya kondisi suatu bangsa akan mempengaruhi kualitas gizi masyarakatnya.

Resiko kurang gizi pada 1000 awal kehidupan berdampak serius terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM) di masa depan nantinya, karena akan menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR), kegagalan pertumbuhan atau kecil, pendek, kurus serta daya tahan tubuh rendah. Selain itu akan mengalami hambatan perkembangan kognitif dan kegagalan dalam pendidikan yang mempengaruhi kualitas hidup rendah di masa depannya. Resiko kurang gizi pada 1000 awal kehidupan ini bisa berdampak pada gangguan metabolik sehingga bisa menyebabkan penyakit degeneratif pada saat memasuki usia dewasa, seperti; stroke, jantung, diabetes dll.

2.3.5 Perbaikan Sanitasi Lingkungan Pemukiman

Perbaikan sanitasi lingkungan pemukiman merupakan bagian dari kesehatan masyarakat, karena sebagian besar penyakit menular (PM) disebabkan oleh buruknya sanitasi dasar di lingkungan pemukiman. Berikut sanitasi dasar di lingkungan pemukiman;

- a. Memiliki sumber air bersih yang memadai
- b. Ketersediaan jamban keluarga yang memenuhi syarat kesehatan

- c. Memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- d. Sistem pembuangan sampah yang teratur dan rapi
- e. mencuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan air mengalir

Berbagai macam program perbaikan sanitasi lingkungan pemukiman yang direncanakan oleh pemerintah maupun swasta, salah satunya adalah sanitasi total berbasis masyarakat (STBM). Pendekatan yang dilakukan untuk program STBM adalah perubahan perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat. Mekanisme penyelenggaraan program STBM melalui strategi pendekatan pembangunan berkelanjutan berbasis masyarakat dengan cara melibatkan masyarakat diseluruh tahap kegiatan. Mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pengawasan hingga pengorganisasian masyarakat dalam upaya berkelanjutan, khususnya dalam hal peningkatan sarana dan prasarana sanitasi berbasis masyarakat dengan tujuan menurunkan separuh dari proporsi penduduk yang belum memiliki akses sanitasi dasar.

Sebagaimana kita ketahui bersama bahwa, tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk melakukan pola hidup sehat serta komitmen untuk mewujudkan hidup sehat dan menjaga sanitasi dasar lingkungan pemukiman bagi setiap orang di suatu wilayah agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Salah satu metode pendekatan yang sedang dijalankan oleh sektor kesehatan adalah gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS), melalui pendekatan GERMAS dapat mewujudkan masyarakat untuk lebih peduli terhadap kesehatan.

2.3.6 Perbaikan Sanitasi Lingkungan Tempat umum

Sanitasi lingkungan tempat umum merupakan tempat yang difasilitasi dengan berbagai macam sarana dan prasarana sesuai kebutuhan dan berpotensi terhadap terjadinya penularan penyakit. Hal ini disebabkan banyaknya orang yang berkumpul untuk

melakukan kegiatan sehari-hari baik itu insidental maupun terus-menerus, baik secara gratis maupun bayar.

Perbaikan sanitasi tempat-tempat umum (STTU) sangat penting dilakukan agar mampu dicegah terjadinya kerugian akibat dari pemanfaatan tempat maupun hasil usaha oleh dan untuk umum terutama yang erat hubungannya dengan timbul dan menularnya penyakit serta peluang terjadinya kecelakaan. Hal ini bisa dilakukan dengan cara mengawasi, mencegah melalui kebijakan-kebijakan aturan, control dan penerapan sangsi serta mengendalikan jika kasus terulang kembali.

Adapun tujuan dari pengawasan sanitasi tempat-tempat umum, antara lain;

- a. Untuk memantau dan mengawasi keadaan sanitasi tempat-tempat umum secara berkala
- b. Untuk membina dan meningkatkan peran aktif masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat di tempat-tempat umum
- c. Untuk mencegah timbulnya berbagai macam penyakit menular (*communicable disease*) dan penyakit akibat kerja (*occupational disease*)

Perlu dipahami bersama bahwa tujuan dari STTU di atas, merupakan upaya-upaya yang dilakukan dalam menjaga kebersihan tempat-tempat umum yang sering digunakan banyak orang dalam menjalankan aktifitas hidup sehari-hari, agar kita terhindar dari ancaman penyakit yang merugikan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara umum.

2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

2.4.1 Promotif

Promotif atau peningkatan kesehatan merupakan usaha yang ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan dalam bentuk usaha perbaikan gizi, pemeriksaan kesehatan secara

berkala, aktivitas fisik secara teratur, mengelola stress dengan baik serta istirahat yang cukup sehingga dapat mencapai status kesehatan yang optimal.

2.4.2 Preventif

Preventif atau pencegahan penyakit, adalah usaha-usaha yang dilakukan agar terhindar dari berbagai masalah kesehatan yang bisa mengancam diri kita sendiri maupun orang-orang terdekat kita di masa yang akan datang. Selain itu usaha pencegahan yang dilakukan lebih baik dari pada mengobati dan hasilnya biaya juga lebih murah. Adapun usaha yang bisa dilakukan antara lain; vaksin, imunisasi pada bayi dan anak, pemeriksaan kesehatan secara berkala, menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan tempat tinggal dll.

2.4.3 Kuratif

Kuratif diartikan sebagai pengobatan atau upaya medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengenal jenis penyakit yang diderita, selanjutnya diadakan pengobatan sesuai diagnosa menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit dengan segera dan tepat. Upaya pengobatan dilakukan setelah sakit atau masalah kesehatan datang, dan tidak semua penyakit bisa disembuhkan secara total. Contoh penyakit diabetes, jantung dll. Sehingga dicegah jauh lebih baik dari pada diobati.

2.4.4 Rehabilitatif

Rehabilitatif adalah usaha yang ditujukan kepada penderita yang baru sembuh dari sakitnya. Atau suatu upaya maupun rangkaian kegiatan yang dilakukan kepada orang yang sudah tidak menderita suatu penyakit dengan tujuan untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan baik itu fisik, mental maupun sosial. Contoh latihan fisioterapi atau latihan lain yang telah terprogram. Usaha rehabilitatif membutuhkan bantuan, pengertian dan kasih sayang

dari seluruh anggota keluarga yang mengikuti program rehabilitatif, sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian dirinya di tengah masyarakat dan kondisinya saat ini. (Ariana, 2016)

2.5 Sasaran

2.5.1 Individu

Individu adalah bagian terkecil dari kelompok masyarakat, contoh, keluarga adalah kelompok kecil di tengah masyarakat, bagian terkecilnya ada anak, ibu, ayah, nenek, kakek dan keluarga lainnya. Individu akan tinggal disebuah lingkungan hidup. Lingkungan hidup itu terdiri dari lingkungan fisik, biologi, sosial.

Jika individu yang memiliki karakter baik, penyayang, bijaksana dan toleransi dll, maka ia akan memiliki hubungan dengan orang disekitarnya juga akan baik, sehingga lingkungan sosialnya sehat. Demikian juga dengan lingkungan fisik dan biologi, jika ia suka menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan tempat tinggal, maka tidak akan ada bibit penyakit seperti bakteri, jamur virus dan tempat berkembang biaknya vector pada diri dan lingkungan tempat tinggalnya, makai a akan bebas dari ancaman penyakit.

2.5.2 Keluarga

Keluarga adalah kelompok kecil yang ada di masyarakat, membahas kesehatan keluarga tidak akan terpisahkan dengan Kesehatan masyarakat. Setiap anggota keluarga pasti ingin sehat, dan satu keluarga, sehat adalah impian terbesarnya bahkan menjadi tujuan agar senantiasa sehat sekeluarga dalam menjalankan rutinitasnya. Mencapai tujuan diperlukan usaha, komitmen yang kuat tanpa kenal lelah dalam menjalani pola hidup sehat. Contoh kiat-kiat pola hidup sehat dalam rumah tangga;

- a. Olah raga secara teratur
- b. Budayakan konsumsi makanan bernutri

- c. Terapkan family quality time
- d. Sharing menjadi kebiasaan keluarga
- e. Membersihkan rumah tempat tinggal selalu terjaga
- f. Tidak ada anggota keluarga yang merokok
- g. Anggota keluarga memeriksakan Kesehatan secara rutin

Jika setiap keluarga dapat menjaga kesehatannya berdasarkan indicator Kesehatan masyarakat, maka masyarakat luas akan merasakan hidup sehat yang seutuhnya. Hal ini disebabkan hubungan sosial yang kuat atau keterkaitan satu keluarga dengan keluarga lainnya di tengah-tengah masyarakat, seperti upacara-upacara kampung (kematian, syukuran, pernikahan, pengajian dll).

2.5.3 Masyarakat

Masyarakat merupakan sekumpulan orang-orang yang saling berinteraksi satu sama lain dan membentuk satu kesatuan dan saling membutuhkan sebagai makhluk sosial dalam menghasilkan suatu kebudayaan atau kebiasaan yang relatif mandiri dengan hidup Bersama dalam kurun waktu yang cukup lama di suatu wilayah.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu (teori) dan seni (Peraktek) untuk memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui beberapa usaha, antara lain;

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan
- b. Pemberantasan penyakit menular dan tidak menular
- c. Pendidikan kesehatan
- d. Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosa dini dan pengobatan
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.(Siregar, 2010)

2 2.5.4 Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah sekelompok orang yang memiliki karakteristik yang sama, seperti jenis kelamin, usia, Pendidikan, ibu hamil, anak sekolah atau sekelompok orang yang keadaannya sama, seperti fisik, mental, sosial, budaya atau ekonomi yang perlu mendapatkan bantuan, baik berupa bimbingan, pelayanan Kesehatan, konseling dan bantuan lainnya yang dibutuhkan karena ketidak mampuan atau ketidak tahuan mereka dalam memelihara kesehatan diri sendiri.(Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Ariana, R. 2016. 'Ruang Lingkup Kesehatan masyarakat', pp. 1-23.
- Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat. 2018. *Pendekatan Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2018*. Available at: https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_60248a365b4ce1e/files/Perenc - Kemas -2018-Final-Dirjen-Kemas_906.pdf.
- Joranger, L. 2019. *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind (Open Access), An Interdisciplinary Approach to the Human Mind (Open Access)*. New York. doi: 10.4324/9781315309699.
- Kemenkes RI. 2020. *Rencana Aksi Kegiatan Setditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024*.
- McDonald, D. A. 2022. *Meanings of Public and the Future of Public Services, Meanings of Public and the Future of Public Services*. New York: Routledge. doi: 10.4324/9781003293002.
- Richard, S. M. A. P. 2019. *Structural approaches In Public Health, Markets*. New York. doi: 10.4324/9781315676593-6.
- Siregar, T. J. 2010. *Kepedulian Masyarakat Dalam Perbaikan Sanitasi Lingkungan Permukiman Kumuh Di Kelurahan Matahlasan Kota Tanjung Balai, Pembangunan Wilayah dan Kota*. Semarang.
- Sumiati, E. and S. 2016. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta Selatan.

BAB 3

KOMUNIKASI DAN INFORMASI KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Puspita Sari

3.1 Pendahuluan

Menurut notoatmodjo (2020) komunikasi kesehatan adalah ialah suatu hal yang dilakukan dengan terukur dan teratur untuk mendapatkan pikiran yang yang diharapkan dengan merubah perilaku menjadi sehat dengan menjalankan prinsip baik itu berkomunikasi denga individu maupun berkelompok. Kemudian berperilaku kesmas dengan merubah perilaku menjadi lebih baik dengan tujuan yang paling utamas merubah perilaku masyarakat dan meningkatkan derajat kesehtan yang diharapkan. (Notoatmodjo 2020) suatu hal yang sedang diajalnkan dengan bertransanksi dengan tim baik itu dnegan pasien atau tenaga kesehatan lainnya dengan berkomunikasi baik itu secara langsung maupun tidak langsung. Dengan cara melakukan edukasi penyuluhan yang baik yang bisa diterima oleh (yuliaty, Kinkin 2021)

Informasi Kesehatan adalah suatu meta data kesehtan yang di jalankan dan mendapatkn nilai yag diharapakan untuk meningkatnya pengetahuan dalam upaya mendukung untuk pembagunan kesehatan. Pada umunya harus didukung oleh masarakat supaya bisa lebih maju lagi kedepannyua dengan berkomunikasi yang baik.(Anita 2019) Komunikasi kesehatan ialah hal yang berguna dalam bermasyarakat yang bisa mempengaruhi masarakat dan kelompok tertentu guna mencapai derajat kesehatan masayarakat.(Basri hasan 2009)

3.2 Tujuan Komunikasi Kesehatan

1. Tujuan strategis

Tujuan komunikasi kesehatan terbagi menjadi dua, diantaranya :

- a. *Relay information*, menyampaikan informasi kepada org lain secara beruntun.
- b. *Enable onformed decisionmaking* ialah memberikan informasi yang benar dan diakui.
- c. *Promote peer information exchange and emotional support*, merupakan bertukarnya pikiran secara terarah dan terstruktur
- d. *Promote health behavior*, memberi informasi dengan hidup yang sehat.
- e. *Promote self care*, memnampilkan dan menjaga diri
- f. *Manage demand for health services*, memenuhi apa yang dimau masyarakat menjalankan dengan sebaik - baiknya

2. Tujuan praktis

- a. Meningkatkan pengetahuan, yaitu sebagai berikut:
 1. Manusia yang mempunyai tjuan yang kuat.
 2. Menjadi seseorang yang lugas, semakang dan konsisten
 3. Menrancang pesan secara langsung dan tidak langsung
 4. Cerdas dalam menargetkan media yang mudah dan melaah ruang lingkup kesehatan
 5. Mempunyai rencana kerja dan menargetkan dengan konteks komkes
 6. Mendapat secara timbal balik berpengaruh dengan pesan yang sedang kita komunikasikan
 7. Dapat menelaah masalah kesehatan
 8. Mempelajari konteks dengan komkes

9. Rencana – rencana penelitian.
- b. Meningkatkan keahlian yang sesuai dan bisa diharapkan.
- c. Membentuk sikap dan perilaku berkomunikasi seperti :
 1. Berbicara dengan komunikasi menggunakan rasa yang empati terhadap lawan bicara
 2. Sellau percaya diri
 3. Membentuk percaya politik dan memperdayakan publik
 4. Bertukar pikiran dengan senang hati
 5. Memberi hadiah terhadap bentuknya komunikasi yang benar. (Happy Nurmalita Sari et al. 2020)

13

Komunikasi kesehatan meliputi informasi tentang pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan pemeliharaan kesehatan, kebijaksanaan pemeliharaan kesehatan, regulasi bisnis dalam bidang kesehatan, yang sejauh mungkin mengubah dan membaharui kualitas individu dalam suatu komunitas atau masyarakat dengan mempertimbangkan aspek ilmu pengetahuan dan etika. Kebutuhan dan keterampilan berkomunikasi juga sudah menjadi bagian dasar yang tidak terpisahkan dalam praktik pelayanan kesehatan yang profesional serta bermutu atau berkualitas. Oleh karena itu, sudah selayaknya tenaga kesehatan, tenaga medis, memiliki keterampilan berkomunikasi tersebut secara baik dan lancar kepada masyarakat. Apabila digunakan secara tepat, komunikasi kesehatan dapat mempengaruhi sikap, persepsi, kesadaran, pengetahuan, dan norma social yang kesemuanya berperan sebagai precursor dalam perubahan perilaku. Komunikasi kesehatan sangat efektif dalam mempengaruhi perilaku karena didasarkan pada psikologi social, pendidikan kesehatan, komunikasi massa, dan pemasaran untuk mengembangkan dan menyampaikan promosi kesehatan dan pesan pencegahan-pencegahan. Komunikasi kesehatan diperlukan

di bidang kesehatan karena komunikasi dalam kesehatan merupakan kunci pencapaian peningkatan taraf atau tingkat kesehatan masyarakat (Harahap reni agustin 2019). Dapat disimpulkan, bahwa komunikasi kesehatan bertujuan untuk mempengaruhi, menginformasikan setiap individu, masyarakat, maupun yang lainnya bahwa kesehatan sangat penting untuk kebutuhan manusia. Komunikasi kesehatan telah banyak dilakukan oleh berbagai pihak, baik pemerintah (pusat dan daerah), rumah sakit, perguruan tinggi, akademi, perusahaan/swasta, lembaga swadaya masyarakat, sekolah, maupun lembaga lembaga lain yang memiliki perhatian dengan persoalan kesehatan

3.3 Manfaat Komunikasi Kesehatan

1. Mampu menelaah berkoumiaksi antar bidang kesehtan baik itu antar individu maupun kelompok.
2. Mampu mebuat sadar seseoarang dengan adanya hal hal isu kesehatan yang lagi hangat dibincangkan.
3. Mampu mempunyai langkah yang jitu menjelaskan pada masyarakt.
4. Mampu berhadapan dan memelihara tentang keadaan kesehatanantar suku, ras dalam bermasyarakat.
5. Mampu tampil menggambarkan tentang keahlian tentang upaya sebagai bentu menjelaskan cara melakukan pencegahann penyakit, yang dikerjakan oleh sistem kesehatan masyarakt.
6. Mampu menyimpulkan dan menganalisa kewajiban.
7. Mampu menjelaskan dengan jiwa perkembangan yang sempurnadialam bidang kesmas untuk waktu tertentu .(Alfyaty 2022)

3.4 Bentuk Komunikasi Kesehatan

Bentuk komunikasi biasanya sedang digunakan dalam pemrograman kesehatan masyarakat ialah komunikasi antar personal (*interpersonal communication*) dan komunikasi berkelompok (*mass communication*).

1. Komunikasi antar pribadi dalam kesehatan

Komunikasi antarpribadi yang sudah memenuhi tiga syarat dibawah ini yaitu :

- a. *Empathy*, ialah merasakan apa yang dirasakan orang lain (orang yang diajak komunikasi)
- b. *Respect*, dan pegang banget tentang rasa lawan bicara.
- c. Berkata dengan sebenarnya untuk merespon lawan bicara yang sedang diajak

Metode komunikasi antarpribadi yang tepat ialah konseling. Proses konseling ini dapat diterapkan dengan mudah akronim berikut ialah :

- a. *Greet clients warmly* (menyapa klien dengan bagus)
- b. *Ask clients about their problems* (bertanya tentang permasalahan yang dengan mereka alami)
- c. *Tell clients problems* (menanyakan masalah klien)
- d. *Help clients solve their problem* (mencoba membantu mencari solusi tentang masalah yang lagi dialami klien)
- e. *Explain how to prevent to have the same problem* (Memaparkan tentang cara pencegahan tentang masalah yang sudah dialami)
- f. *Return to follow - up* (melakukan konseling yang berkelanjutan)

2. Komunikasi massa dalam kesehatan

Komunikasi massa merupakan cara mengunakan mediamassa untuk memberitahu pesan komunikasi kesehatan melalui bermacam media massa yang sering

digunakan seperti tv, radio dll. (Notoatmodjo 2020)

3.5 Perencanaan komunikasi

Berikut ini beberapa pengertian dari perencanaan komunikasi yaitu :

1. Perencanaan komunikasi merupakan cara mengimplementasikan dengan cara berkomunikasi untuk mencapai suatu target bersama. Memanfaatkan Sumber daya bukan sumbu personal tapi bisa sebagai ajang aktivitas suatu kelompok yang didesain sedemikian rupa kemudian menciptakan keterampilan yang luar biasa baik itu personal, berkelompok untuk menjalankan tugas suatu organisasi yang lebih baik.
2. Perencanaan komunikasi ialah cara kerja yang terstruktur dan bisa menyesuaikan keadaan dalam mengkoordinasikan cara kerja manusia terhadap pemanfaatan sumber daya komunikatif secara mudah sehingga bisa terrealisasikan dengan benar.
3. Perencanaan komunikasi merupakan sesuatu hard copy yang nyata yang bisa menjelaskan gambaran cara kerja yang wajib dikerjakan dengan harapan sesuai yang diharapkan dan melihat siap yang mengoperasikan suatu sistem komunikasi yang ditunjuk dengan alat dalam waktu yang relatif lama dan menilai seberapa pencapaian dalam suatu kerja sistem pemrograman.
4. Perencanaan komunikasi ialah suatu karya ilmu dalam mendapatkan suatu tujuan dengan menggunakan sistem komunikasi pasaran, contohnya iklan dll.

Dari keempat pengertian perencanaan komunikasi tersebut dapat disimpulkan menjadi beberapa bagian, yaitu:

1. Perencanaan komunikasi merupakan kerja yang direncanakan

2. Perencanaan komunikasi dibentuk secara hardfile.
3. Perencanaan komunikasi mengimplementasikan ilmu dan karya seni komunikasi
4. Perencanaan komunikasi ialah cara kerja manusia secara terstruktur dan dirancang dengan jangka berkelanjutan dari proses satu ke proses lainnya.
5. Perencanaan komunikasi yang mempunyai target dalam jangka waktu yang sudah ditentukan.
6. Untuk mencapai rencana komunikasi dengan mengadakan alokasi barang dan keahlian manusia.
7. Perencanaan komunikasi dengan menguraikan unsur pesan, target, perubahan sebagai untuk komponen audit.
8. Perencanaan komunikasi yang diukur dapat hasil atau bisa mengevaluasi kerja. (Batoebara and Junaidi 2018)

3.6 Prinsip - Prinsip Komunikasi Kesehatan

Prinsip - Prinsip Komunikasi kesehatan menurut Priyanto sebagai berikut yaitu

1. Mengutamakan pasien menjadi prioritas yang diutamakan
2. Menelaah hal - hal yang intelektual dalam memenuhi pemahaman
3. Mengutamakan untuk membuka diri untuk terapi
4. Mengimplementasikan kebiasaan yang profesional untuk menjalin hubungan terapi
5. Tidak menjalin hubungan sosial terhadap pasien
6. Identitas pasien harus terjaga dan dirahasiakan
7. Menjelaskan informasi berdasarkan teori
8. Melihat merespon baik itu secara langsung dengan pasien dengan menjelaskan dan menghindari informasi jika merubah isi informasi dengan versi yang menyenangkan
9. Memelihara jalinan antar pasien terhadap perilaku untuk memberi simpati dengan pasien
10. Berikan pertunjukan pasien agar menginteraksi kembali

pengalamannya yang sesuai dengan logika(Happy Nurmalita Sari et al. 2020)

3.7 Karakteristik Komunikasi Kesehatan

Berikut ini karakteristik komunikasi kesehatan sebagai berikut yaitu :

1. Ikhlas (genuiness)

Seorang tenaga medis harus mampu ikhlas dalam menghadapi pasien sehingga terjalin interaksi yang sesuai dan mempunyai makna dengan adanya keikhlasan bisa mencegah terjadinya kendala - kendala komunikasi terhadap pasien

2. Empati

Empati sangat berguna untuk tenaga kesehatan tenaga medis atau nakes bisa merasakan apa yang dirasakan pasien supaya tenaga kesehatan mampu bisa merasakan seperti yang pasien rasakan empati bersipat apa adanya jujur dan tidak di buat - buat.

3. Kehangatan

Terjalannya suatu komunikasi dengan antara tenaga medis dengan pasien. Pasien merdeka untuk bercerita dan tidak malu mengungkapkan pendapat tanda takut atau dibatasi oleh hal tertentu. Agar mempermudah kesembuhan pasien

4. Jujur

Seorang dokter harus terjadi komunikasi yang jujur terhadap pasiennya ini bisa berpeluang pasien mengungkapkan pendapatnya secara terbuka dan membuat komunikasi berjalan dengan lancar apalagi melibatakkn komunikasi yang sangat rahasia.

5. Altruistik

Kepuasan terhadap membantu pasien komunikasi bisa dilakukan dengan lancar dan merasa puas sudah membantu pasien dengan lancar

6. Menggunakan etika
Memperlihatkan etika yang bagus dengan pasien sehingga pasien mudah percaya dengan tenaga medis dengan begitu komunikasi bisa berjalan dengan baik.
7. Bertanggung jawab
Bertanggung jawab hal yang paling utama membangun cara kerja yang baik sehingga pasien percaya segala macam komunikasi itu bisa dipertanggung jawabkan oleh tenaga medis(Happy Nurmalita Sari et al. 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Alfyaty, Rizqy. 2022. "Perencanaan Komunikasi Dinas Kesehatan Dalam Menyukkseskan Program Vaksin Covid-19 Di Kota Palu." *Kinesik* 9(1): 71–90.
- Anita, Surya. 2019. "Sistem Informasi Kesehatan." *Journal of Chemical Information and Modeling* 53(9): 1689–99.
- Basri hasan. 2009. *Komunikasi Kesehatan*.
- Batoebara, Maria Ulfa, and Junaidi. 2018. "Perencanaan Komunikasi Fasilitator Kesehatan Dalam Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)." *Jurnal Warta* 58: 2013–15.
- Happy Nurmalita Sari, Marlynda et al. 2020. "Dasar Dasar Komunikasi Kesehatan." : 1–152. https://www.researchgate.net/profile/Vina-Novela-2/publication/346962199_FullBook_Dasar_Komunikasi_Kesehatan/links/5fd4524592851c13fe7beddd/FullBook-Dasar-Komunikasi-Kesehatan.pdf.
- Harahap reni agustin, fauzi eka puta. 2019. *Komunikasi Kesehatan*. 1st ed.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2020. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*.
- yuliaty, Kinkin, neneng siti. 2021. 13 yuliaty, Kinkin, neneng siti *Komunikasi Kesehatan*.

BAB 4

ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Lia Fitriyani

4.1 Pendahuluan

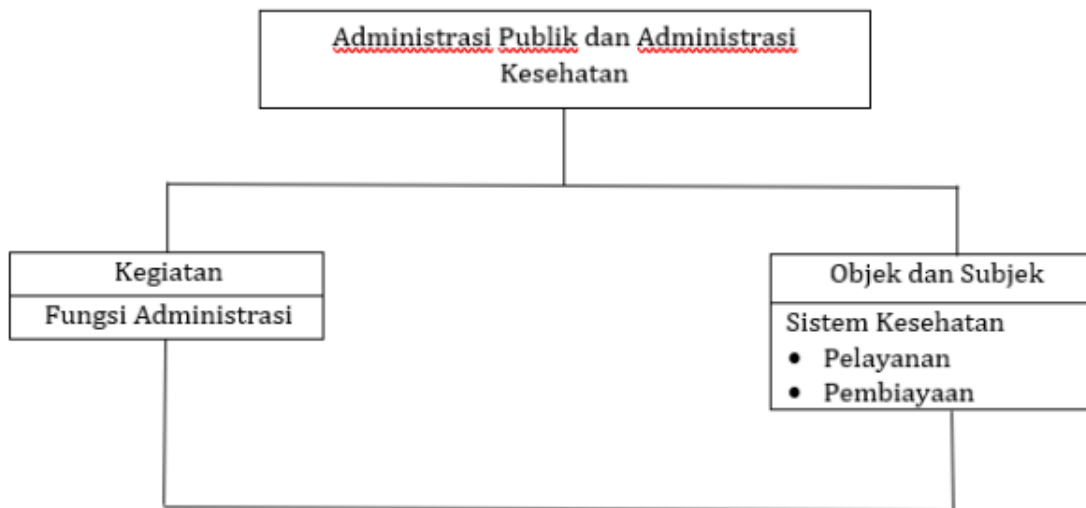
Kesehatan merupakan hal penting dari kesejahteraan masyarakat. Namun dalam kehidupan masyarakat tidak terlepas dari masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang dihadapi tentunya harus didasari manajemen yang baik, khususnya kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan mempunyai peran dalam pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan. Selain itu kebijakan kesehatan juga memiliki peran sebagai salah satu panduan bagi semua lapisan masyarakat dalam bertindak dan berkontribusi terhadap pembangunan kesehatan. Dengan perancangan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan yang baik, maka diharapkan mampu mengendalikan dan memperkuat peran stakeholders guna menjamin kontribusi, menggali sumber daya potensial, serta meminimalisir permasalahan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

4.2 Administrasi Kesehatan

Menurut Dwight Waldo (dalam Haerawati, 2018) administrasi adalah suatu kegiatan kerjasama yang didasarkan pada fungsi yang dilakukan. Administrasi kesehatan adalah suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian dan penilaian terhadap sumber yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan terhadap kesehatan. Dalam menyelenggarakan

administrasi kesehatan berbagai upaya kesehatan dilakukan, baik secara perorangan, kelompok maupun masyarakat. (Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat, dalam Azwar (2010)). Administrasi kesehatan adalah cabang ilmu administrasi yang mempelajari kejadian-kejadian sehat dan sakit pada masyarakat. (Haerawati, 2018).

Ruang lingkup administrasi kesehatan dapat dilihat pada gambar 4.1 dibawah ini:



Gambar 4.1. Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan

Sumber: Haerawati (2018)

Unsur-unsur dalam administrasi kesehatan adalah sebagai berikut (Darmawan, dalam Haerawati (2018)):

1. Masukan (*Input*)
2. Proses (*Process*)
3. Keluaran (*Output*)
4. Sasaran (*Target*)
5. Dampak (*Impact*)



Gambar 4.2. Unsur-Unsur Administrasi Kesehatan

4.3 Kebijakan Kesehatan

4.3.1 Pengertian Kebijakan Kesehatan

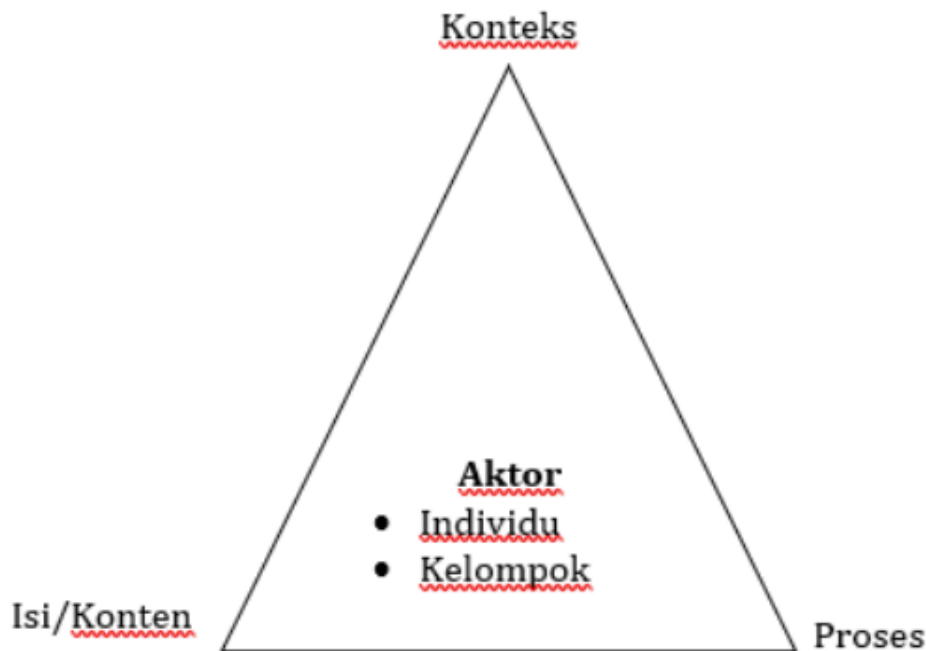
Kebijakan kesehatan merupakan aplikasi dari kebijakan publik ketika pedoman yang ditetapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat suatu negara (Ayuningtyas, 2014). Menurut Walt (dalam Ayuningtyas, 2014) kebijakan kesehatan dilakukan dengan berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan, hal ini meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, keterlibatan aktor (individu, organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan masyarakat) yang akan berdampak pada kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan keputusan yang dikeluarkan oleh peuat kebijakan dan bermanfaat bagi institusi, organisasi, pelayanan dan upaya pendanaan sistem kesehatan (Haerawati, 2018).

4.3.2 Tujuan Kebijakan Kesehatan

Tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap faktor resiko penyakit (Gormley dalam Hasibuan (2020)).

4.3.3 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Segitiga dalam kebijakan kesehatan dapat dihat pada gambar 4.3 dibawah ini:



Gambar 4.3. Segitiga Kebijakan Kesehatan

1. Aktor

Aktor kebijakan atau pemangku kepentingan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan suatu kebijakan yang dapat mempengaruhi maupun dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut. Pemangku kepentingan atau aktor kebijakan terdiri dari

lembaga pemerintahan, masyarakat, organisasi, komunitas dan lainnya.

2. Konteks

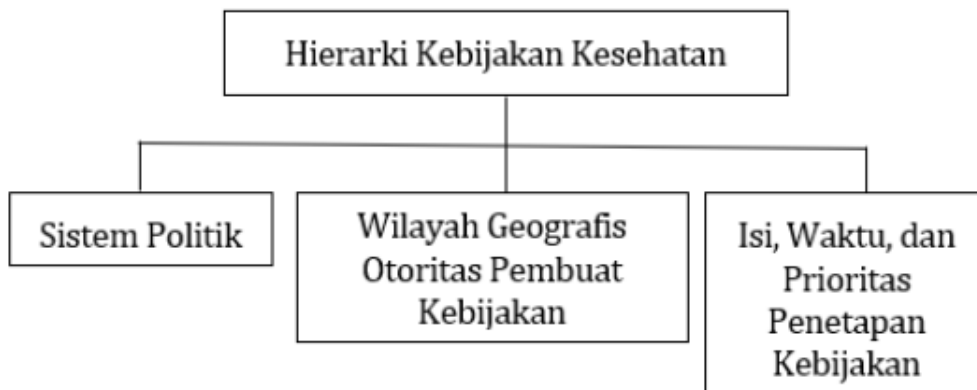
Konteks kebijakan faktor yang mempengaruhi maupun dipengaruhi dalam sistem kebijakan. Contohnya: ekonomi, sosial, politik, nasional dan internasional

3. Proses

Proses dalam menyusun suatu kebijakan terdiri dari penyusunan, negoisasi, komunikasi, pelaksanaan sampai mengevaluasi kebijakan tersebut.

4.3.4 Hierarki Kebijakan Kesehatan

Hierarki kebijakan kesehatan dapat dilihat pada gambar 4.4. dibawah ini:



Gambar 4.4. Hierarki Kebijakan Kesehatan

Sumber: Ayuningtias (2014)

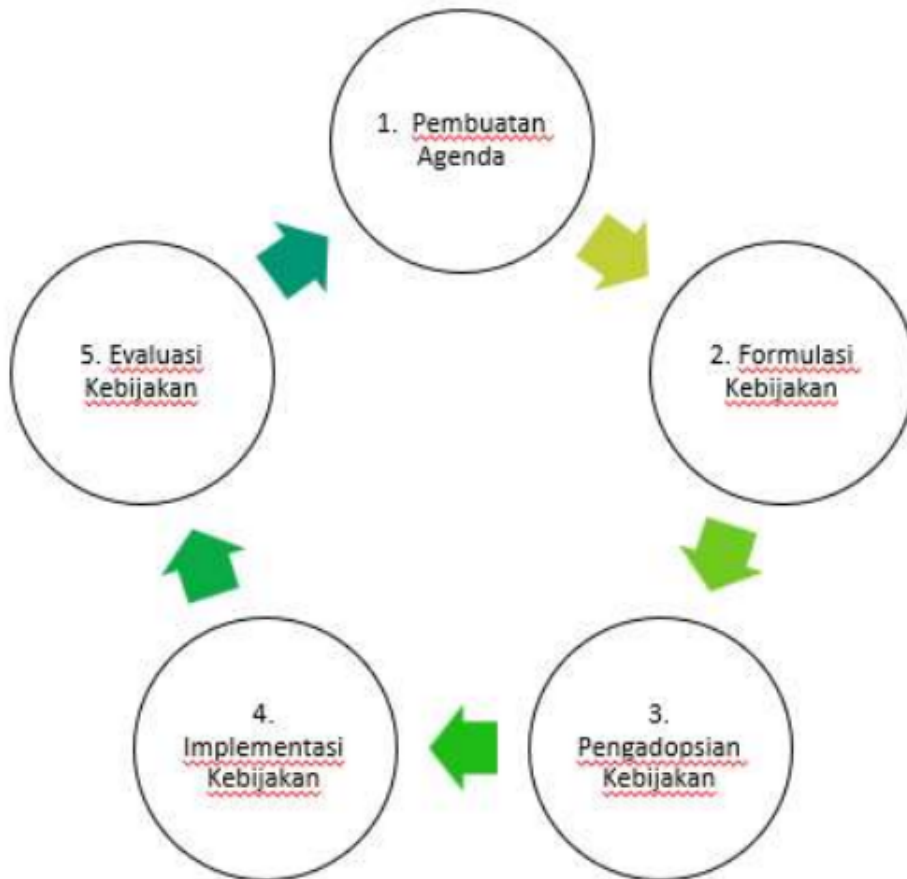
Elemen-elemen dalam kebijakan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Pendekatan Holistik
2. Partisipatori
3. Kebijakan publik yang sehat
4. Ekuitas

5. Efisiensi
6. Kualitas
7. Pemberdayaan masyarakat
8. *Self Reliant*

4.3.5 Diagram Siklus Kebijakan (Pengembangan Kebijakan)

14 Diagram siklus kebijakan (proses pengembangan kebijakan kesehatan) dapat dilihat pada gambar 5 dibawah ini:



Gambar 4.5. Diagram Siklus Kebijakan (Pengembangan Kebijakan)

1. Pembuatan Agenda

Dalam pembuatan agenda ada beberapa hal penting yang menjadi pertimbangan antara lain (Kingdom dalam Ayuningtyas (2014)):

- a. Masalah
- b. Solusi untuk pemecahan masalah tersebut
- c. Keadaan politik

2. Formulasi Kebijakan

Suatu proses yang dilakukan secara berulang-ulang yang melibatkan pemangku kepentingan.

3. Pengadopsian Kebijakan

Suatu proses secara formal dalam hal mengambil atau mengadopsi alternatif solusi kebijakan yang ditetapkan sebagai regulasi yang selanjutnya akan dilaksanakan

4. Pengimplementasian Kebijakan

Pengendalian aksi-aksi kebijakan di dalam kurun waktu tertentu. Ada beberapa alternatif dalam melakukan pengimplementasian kebijakan, antara lain:

- a. Implementasi dalam bentuk program
- b. Membuat kebijakan turunannya

5. Evaluasi Kebijakan

Penilaian setelah suatu kebijakan disusun dan implementasikan.

Pendekatan dalam model siklus kebijakan (proses pengembangan kebijakan kesehatan) kesehatan dibagi menjadi 2 antara lain:

1. Model Kelembagaan
2. Model Sistem
3. Model Kelompok
4. Model Elite Massa
5. Model Rasional
6. Model Inkremental

7. Model Proses
8. Model Pilihan Publik
9. Model Teori Permainan

4.3.6 Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan adalah dalam bentuk suatu aplikasi dalam penelitian yang didapatkan berdasarkan pemahaman yang mendalam tentang isu-isu dan diarahkan untuk pemahaman yang lebih baik (Quande dalam Ayuningtyas (2014)).

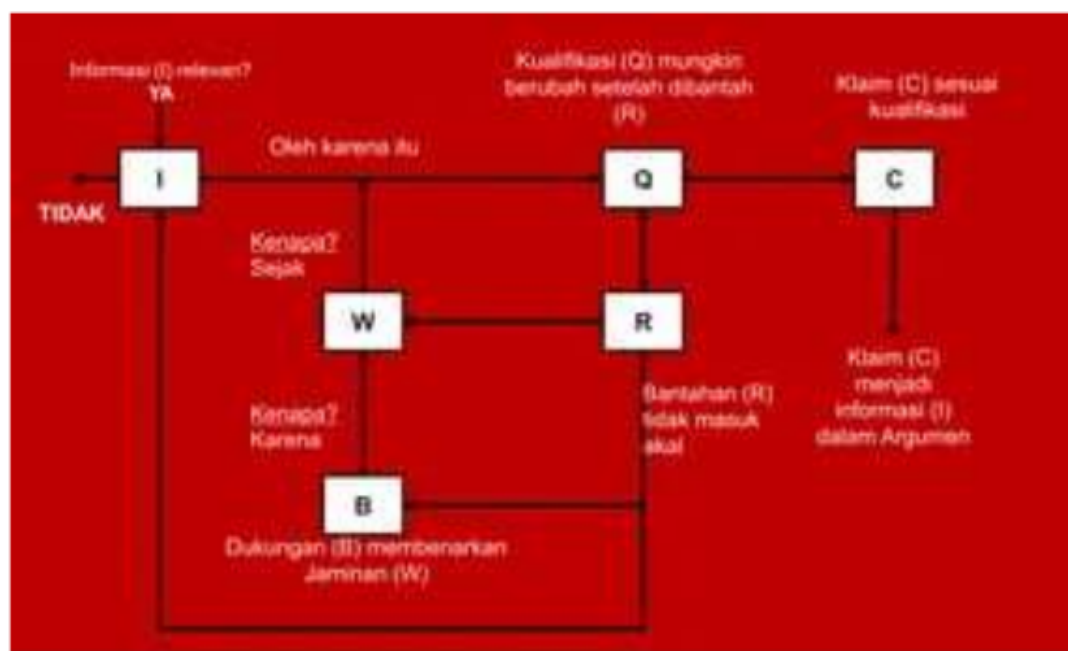
Metode dalam analisis kebijakan kesehatan antara lain:

1. Metode kualitatif
2. Metode kuantitatif

Tahap-tahap dalam analisis kebijakan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Perumusan masalah
2. Peramalan
3. Rekomendasi
4. Pemantauan
5. Evaluasi

Diagram struktur dan proses dalam argumentasi kebijakan dapat dilihat pada gambar 6 dibawah ini (Dunn dalam Ayuningtyas (2014)):



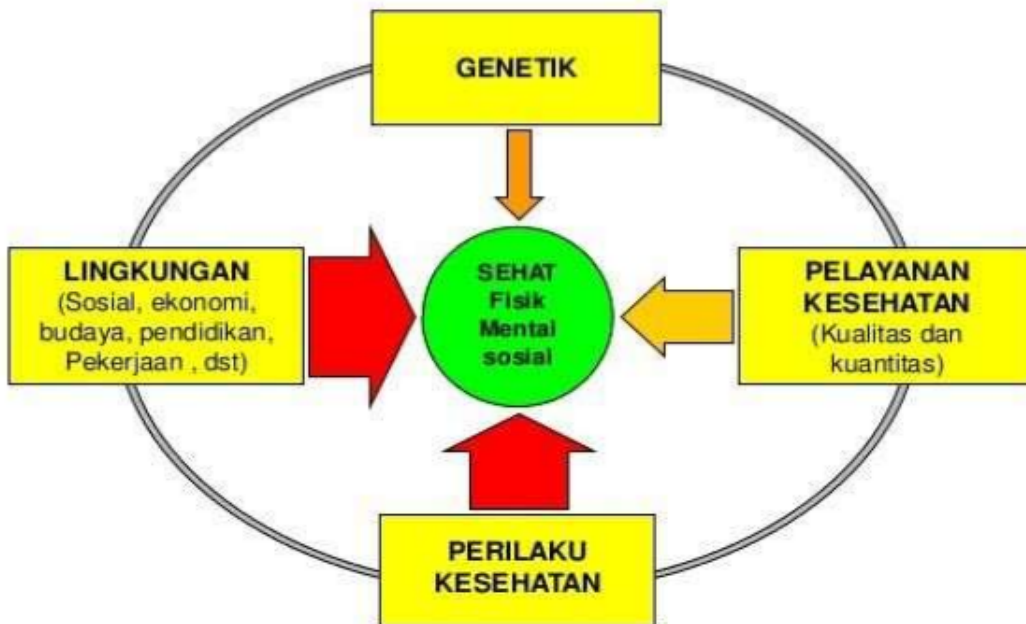
Gambar 4.6. Diagram Struktur dan Proses dalam Argumentasi Kebijakan

4.4 Peranan Administrasi dan Kebijakan Dalam Pemecahan Masalah Kesehatan

Permasalahan di Indonesia pada umumnya disebabkan oleh faktor sosial ekonomi, hal ini dapat mengakibatkan ketidakmampuan seseorang dari berbagai hal, salah satunya adalah menjaga kesehatan diri sendiri. Apabila hal ini dibiarkan dapat menyebabkan permasalahan baik individu, keluarga dan masyarakat. Dampak yang akan terjadi menurunnya kesejahteraan dan kesehatan di masyarakat. Jika keadaan ini berlangsung secara terus menerus akan berpengaruh terhadap produktivitas keluarga maupun masyarakat, hal ini akan membuat sosial ekonomi semakin rendah (Hasibuan, 2020).

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Agar keadaan tersebut dapat

tercapai, ada beberapa hal yang akan mempengaruhinya. Terdapat 4 (empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu (Blum dalam Hasibuan (2020)):



Gambar 4.6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

Sumber: Blum (dalam Hasibuan, 2020)

Peranan utama setelah memahami Administrasi dan Kebijakan Kesehatan adalah pemanfaatan Siklus Pemecahan Masalah (*Problem Solving Cycle*) pada setiap kasus atau program kesehatan yang dijalankan. Penguatan kompetensi administrasi, manajemen dan analisis kebijakan pada seorang merupakan salah satu kunci untuk mengorganisir pelayanan kesehatan, baik dari sisi masyarakat maupun petugas kesehatan itu sendiri. Seperti yang disebutkan Winslow (dalam Hasibuan, 2020) bahwa upaya kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan secara komprehensif: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif harus dikelola secara terorganisir.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik*. Jakarta: PT.Raja Grafindo Perkasa.
- Azwar. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Haerawati Idris. 2018. *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Yogyakarta: Panasea.
- Rapotan Hasibuan. 2020. *Bahan Ajar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Medan: Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.

BAB 5

KAJIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Patemah

5.1 Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Edwin Chadwich dikenal sebagai Bapak Kesehatan Masyarakat (*public Health*). Beliau adalah orang yang pertama dan pemula yang tertarik dengan terjadinya kematian dilingkungan kalangan masyarakat yang ada di kota besar di wilayah Inggris. Dari hasil pengamatan dan pemantauannya yang sangat teliti itu akhirnya mendapatkan suatu data yang ada hubungannya dan keterkaitannya dengan adanya penyakit. Dari hasil pengamatan ini mendapatkan pencatatan yang teliti tentang angka kematian yang ada pada masyarakat. Dengan hasil penelitiannya sebagai titik tolak untuk terjun dan mendalami lebih dalam lagi dalam bidang kesehatan masyarakat, sehingga pada masa itu beliau menjadi pioner dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat. (Effendy Nasrul, 1998)

Winslow adalah murid dari Chadwich yang menjadi generasi penerusnya yang pada masa itu terkenal sebagai pembina kesehatan masyarakat (*public healt modern*). Pada saat itu WHO mengakui definisi yang di ciptakan oleh Winslow yaitu definisi tentang kesehatan masyarakat. Keberhasilan Winslow dalam membuat definisi kesehatan masyarakat ini menumbuhkan dan melahirkan kemunculan berbagai definisi sehat, dan batasan-batasan tentang usaha-usaha pokok kesehatan (*basic health service*). Hasil definisi yang dikemukakan Winslow tentang Kesehatan Masyarakat ini yang membawa pengaruh ke Indonesia

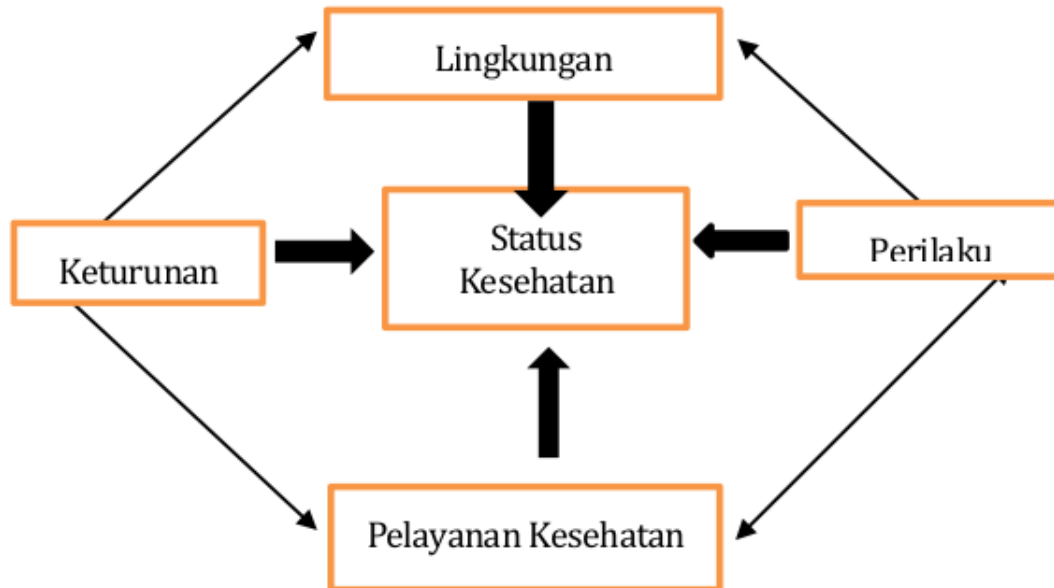
dalam perkembangan kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia. (Effendy Nasrul, 1998).

Perkembangan Kesehatan menurut Barton dibagi menjadi 4 (empat) tingkat yaitu:

1. Tingkat I : Cara-cara pengobatan di klinik sebagai pelaksanaan kesehatan masyarakat Pada tingkat I.
2. Tingkat II : Pada tingkat II ini pelaksanaan kesehatan masyarakat mengalami perluasan dengan melalui cara-cara pengobatan yang ada di poliklinik, tempat BKIA ataupun rumah sakit. Pada unit-unit kesehatan tersebut terus dikembangkan pula upaya pengobatan (kuratif) menjadi pengobatan secara preventif.
3. Tingkat III : tingkat III ini dikembangkan lagi pelaksanaan kesehatan masyarakat dengan berbagai usaha-usaha pokok kesehatan (*basic health service*) dengan secara bersamaan dan semua dilakukan koordinasi dengan secara menyeluruh yang dikenal dengan istilah Pelayanan Kesehatan Terintegrasi (*integrated Health Service*)
4. Tingkat IV : pada tingkat yang ke IV ini, terjadi perkembangan dalam hal orientasi secara lintas sektoral dan multidisiplin di dalam pelaksanaan kesehatan masyarakat.

5.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

Ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat menurut Hendrik L. Blum. Faktor itu adalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (gambar 5.1) (Effendy Nasrul, 1998).



Gambar 5.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesesehatan masyarakat.
(sumber : Effendy Nasrul, 1998)

Gambar tersebut menjelaskan bahwa lebarnya dari anak panah itu menunjukkan betapa besarnya suatu peranan yang dimiliki dan kepentingan dari berbagai faktor yang dapat mempengaruhi suatu derajat kesehatan masyarakat. Pada gambar tersebut menunjukkan bahwa pengaruh dan peranan yang terbesar yaitu lingkungan dan kemudian diikuti dengan peranan perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan. Faktor lingkungan mempunyai variasi yang pada umumnya digolongkan menjadi tiga katagori yaitu : yang berhubungan dengan suatu aspek fisik yang bisa berupa misalnya yaitu air, udara, iklim, sampah, tanah, perumahan dan lain sebagainya. Sedangkan faktor lingkungan sosial merupakan suatu hasil interaksi antara manusia yang satu dengan manusia yang lainnya, yang hasilnya bisa berupa seperti pendidikan, krebudayaan, ekonomi dan lain sebagainya.

Sebagai faktor kedua yaitu perilaku yang akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Perilaku dari seseorang manusia akan menentukan kondisi sehat atau sakit atau tidak sehatnya suatu keadaan lingkungan dari kesehatan seseorang individu itu sendiri, serta kesehatan keluarga dan kesehatan dari masyarakatnya. Selain hal tersebut yang mendukung perilaku seseorang juga ada pengaruh lainnya yang mempengaruhi perilaku seseorang, diantaranya yaitu: kebiasaan yang ada diwilayah yang biasanya dilakukan harus diikuti oleh masyarakat dikelompoknya dan apabila kebiasaan ini tidak diikuti oleh masyarakat di lingkungannya maka di anggap tidak menghormatinya, adat istiadat yang menjadi kebiasaan masyarakat setempat yang telah melekat dengan erat pada masyarakat di lingkungannya yang akhirnya menjadi budaya yang harus dipatuhi dan dihargai dalam setiap aktifitas yang ada di masyarakat, kepercayaan yang telah dipercaya dari turun temurun dari nenek moyang yang ada dilingkungannya harus di ikuti oleh keturunannya yang akhirnya wajib diikuti oleh kelompok yang ada dilingkungan tersebut, pendidikan dari individu seseorang akan menentukan suatu tindakan yang baik atau yang buruk dan harapannya dengan peningkatan pendidikan yang ada di lingkungan masyarakat akan meningkatkan juga derajat kesehatannya karena dengan pendidikan yang tinggi maka pola pikir juga baika yang akan menentukan perilaku seseorang untuk bertindak baik yang berhubungan dengan kesehatannya, sosial ekonomi dalam individu akan terwujud dalam lingkungan keluarga dan masyarakatnya dan sosial ekonomi yang terpenuhi untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya akan mewujudkan derajat kesehatanya dalam perilaku sehari-harinya sehingga sosial ekonomi yang cukup memenuhi kebutuhannya akan meningkatkan kesehatan dalam individu itu sendiri yang juga akan tampak dalam keluarga dan masyarakat yang ada di lingkungan kelompok masyarakatnya, dan

semuanya juga tergantung dari perilaku yang sudah melekat pada diri individu itu sendiri.

Sebagai faktor yang ke tiga yaitu pelayanan kesehatan. Faktor ini akan menentukan dan mempengaruhi kesehatan masyarakatnya. Pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat sangat diperlukan untuk pelayanan yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit yang akan dihadapi masyarakat, pengobatan serta pelayanan keperawatan bagi masyarakat yang sudah mengalami kondisi diserang sakit, baik bagi individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat yang membutuhkannya. Untuk dapat memenuhi kebutuhan semua yang diperlukan oleh masyarakat maka perlu ditinjau kembali pelayanan kesehatan yang sudah disediakan diantaranya yaitu dari segi pelayanan kesehatan dari sisi fasilitas yang ada, bila fasilitas yang ada tidak memenuhi kebutuhan yang dibutuhkan di masyarakat maka masyarakat akan enggan untuk mendatangi pelayanan kesehatan yang telah tersedia dan hal ini seakan-akan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang ada tidak dibutuhkan oleh masyarakat. Lokasi pelayanan kesehatan juga menjadi faktor apakah pelayanan kesehatan itu berdaya guna. Bilamana lokasinya sulit dijangkau dikarenakan medan yang rawan, atau tidak adanya transportasi yang tersedia maka masyarakat yang akan mengunjungi pelayanan kesehatan kesulitan, karena banyak faktor yang dihadapi oleh masyarakat untuk menuju tempat pelayanan kesehatan yang ada misalkan masyarakat jarang yang mempunyai kendaraan, wilayah berbukit atau bergunung yang sulit dilalui kendaraan, kondisi ekonomi yang rendah sehingga kecukupan dana untuk transportasi perlu dipikirkan kembali. Faktor yang tidak kalah pentingnya adalah tenaga pelayan kesehatan itu sendiri. Seorang tenaga kesehatan yang ditugaskan di tempat pelayanan kesehatan masyarakat juga sangat berperan aktif dalam menentukan suatu keberhasilan pelayanan kesehatan. Sikap yang tidak bersahabat, gaya bicara

yang tidak enak dilihat, ucapan yang meremehkan masyarakat, pandangan yang acuh tak acuh, sinis dan tidak memperhatikan, keakraban atau kedekatan dengan masyarakat yang kurang dan masih banyak faktor lain dari petugas yang tidak disukai masyarakat ini akan menurunkan kunjungan masyarakat untuk hadir mendayagunakan pelayanan kesehatan yang sudah tersedia. Jadi sebagai petugas kesehatan yang bertugas di pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan masyarakat yang dilayani harus mempunyai kompetensi yang baik dalam hal berkomunikasi dan bersikap dalam memberikan pelayanan kesehatannya. Dengan Kompetensi komunikasi dan sikap yang baik maka petugas kesehatan yang dekat dengan masyarakat akan dengan mudah untuk memotivasi masyarakat untuk berkunjung ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah tersedia. Dengan keberhasilan memberikan motivasi ini maka petugas kesehatan akan lebih mudah dalam memberikan informasi yang berhubungan dengan kesehatan dan akan dengan mudah menyampaikan program pemerintah yang sedang menjadi tujuan kesehatan bagi masyarakat itu. Jadi petugas yang kompeten ini akan menjadi marketing plan bagi pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dan pada akhirnya akan mempunyai sisi positif dalam kemungkinan keberhasilan suatu program yang sedang dijalankan. Faktor yang mendukung suatu pelayanan kesehatan yang juga perlu diperhatikan adalah program itu sendiri. Perlu ditinjau kembali dalam memilih program yang akan diberikan kepada masyarakat. Bila program yang diberikan kepada masyarakat itu tidak dibutuhkan dengan kebutuhan masyarakat maka program itu tidak akan menarik masyarakat untuk melakukan program yang dicanangkan oleh masyarakat. Jadi orientasi kebutuhan akan program harusnya menilik terlebih dahulu kepada masyarakat kembali sebagai pelaksana dari program itu. Bila program yang dicanangkan itu sesuai dengan kebutuhan masyarakat maka masyarakat akan dengan senang hati

mau menjalankan program yang sudah ditetapkan oleh pemerintah. Jadi orientasi program harus melihat wacana sebagai kebutuhan masyarakat terlebih dahulu, sehingga keberhasilannya sudah bisa diprediksi dengan tingkat kegagalanyang rendah sesuai harapandari pemerintah.

Faktor yang lainnya adalah faktor dari keturunan (genetik). faktor dari keturunan ini juga menentukan akan kesehatan individu yang ada dalam keluarga, kelompok dan masyarakat. Faktor genetik yang berhubungan suatu penyakit yang menurun yang dibawah sejak lahir seperti golongan penyakit diabetes melitus yang menjadi momok yang menakutkan bagi individu yang keluarganya ada yang menderitanya dan dianggap penyakit yang menjadi ketakutan bagi masyarakat yang terkena penyakit tersebut. Penyakit asma bronkial yang juga dialami oleh keluarga akan menjadi penyakit yang membebani keluarga dalam menghadapi kehidupannya karena penyakit ini berhubungan dengan pernafasan dan dianggap menjadi resiko mengalami kematian dalam waktu yang cepat dan hal ini membuat individu menjadi hidup tidak nyaman dan tenang, dan masih banyak penyakit lain yang berhubungan dengan keturunan.

Keempat dari faktor tersebut di atas saling mempengaruhi antara yang satu dengan yang lainnya. Jadi empat faktor tersebut yang saling berkaitan satu sama yang lainnya akan mempengaruhi kondisi kesehatan menjadi lebih buruk bagi individu itu sendiri pada utamanya dan pada keluarga, kelompok dan masyarakat pada umumnya. Jadi faktor-faktor tersebut perlu mendapatkan perhatian yang khusus antara satu dengan yang lainnya agar keberhasilan pelayanan kesehatan masyarakat dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan harapan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Dengan memperhatikan faktor tersebut maka keberhasilan suatu tujuan kesehatan masyarakat akan tercapai dengan maksimal.

5.3 Falsafah

Falsafah yang ada di dalam kesehatan masyarakat menganut dari berbagai macam kegiatan yang dapat dilakukannya (Mansyur, 2020) yaitu :

1. Diterimanya oleh seluruh lapisan masyarakat tentang pelaksanaan kegiatan masyarakat. Jadi kegiatan yang dilakukan ini diketahui dan dipahami oleh masyarakat sehingga akan dengan mudah masyarakat akan menerima kegiatan yang sudah direncanakan. Jadi peran aktif dan dukungan masyarakat sangat dibutuhkan untuk diterimanya suatu kegiatan yang akan diberikan ke masyarakat.
2. Mencakup untuk semua upaya-upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya yang bisa dilakukan untuk mencapai keberhasilan dengan menggali akan kondisi masyarakat dan kebutuhan yang diperlukan dalam peningkatan untuk derajat kesehatan bagi semua masyarakat.
3. Selalu melibatkan masyarakat agar berperan aktif yang terorganisir di dalam melakukan kegiatannya. Keterlibatan dari semua lapisan masyarakat sangat diperlukan dalam melaksanakan keberhasilan suatu kegiatan maka perlu perencanaan yang matang dan sempurna
4. Senantiasa selalu melibatkan berbagai macam bidang spesialisasi di dalam pelaksanaan kegiatan masyarakat yang telah terorganisir. Dengan keterlibatan spesialisasi ini akan memaksimalkan keberhasilan dari kegiatan yang dilaksanakan karena akan dengan mudah dalam mengkoordinasikan semua temuan yang didapatkan dari pelaksanaan kegiatan yang diberikan kepada masyarakat.
5. Menggalang keterlibatan dan kerja sama dari segi lintas program dan lintas sektoral. Untuk mencapai suatu keberhasilan kegiatan maka tidak lepas dari kerjasama dari

semua pihak yang terlibat dalam kegiatan kesehatan masyarakat. Jadi keikutsertaan lintas sektor ataupun lintas program akan mempermudah untuk mencapai keberhasilan tujuan yang telah ditetapkan.

5.4 Tujuan

Tujuan dari Kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan masyarakat bagi setiap warga masyarakat yang setinggi-tingginya baik kesehatan fisik dan mentalnya, kesehatan sosial serta harapan untuk berumur panjang.

Windslow menyampaikan untuk mencapai tujuan tersebut maka menetapkan syarat yang penting yaitu « Harus selalu ada pengertian, bantuan dan partisipasi dari masyarakat secara terus menerus ».

Kalimat yang disampaikan Windslow jelas nyata bahwa keterlibatan masyarakat dalam mencapai suatu tujuan kesehatan untuk masyarakat maka dibutuhkan partisipasi dan komitmen dari masyarakat itu sendiri. Keaktifan masyarakat dalam hal partisipasi yang terintergrasi maka akan meningkatkan keberhasilan dalam mencapai tujuan kesehatan untuk masyarakat. Untuk mencapai tujuan tersebut maka peran aktif dari masyarakat itu sangat dibutuhkan, dan hal ini membutuhkan juga kerjasama dari semua pihak baik lintas program, lintas sektoral dan spesialisasi, pembuat kebijakan program, peran tenaga pelayanan kesehatan. Jadi untuk mencapai keberhasilan tujuan tersebut harus terbentuk kerja tim yang terorganisir satu dengan yang lainnya. Masyarakat yang menyadari akan kebutuhannya akan dengan mudah untuk mengikuti kegiatan program kesehatan yang telah menjadi kebijakan dan keputusan pemerintah.

5.5 Ruang Lingkup Kegiatan

Ruang lingkup dari kegiatan kesehatan masyarakat yaitu meliputi suatu usaha-usaha tentang :

5.5.1 Promotif (peningkatan kesehatan)

Promotif adalah suatu rangkaian upaya pelayanan kesehatan yang sifatnya promosi. Jadi kegiatan dalam batasan promosi ini yaitu suatu usaha yang bisa meningkatkan kesehatan masyarakat. Usaha tersebut bisa dalam bentuk peningkatan gizi masyarakat dengan memanfaatkan tanaman yang ada dilingkungan yang murah dan mudah didapat tapi bergizi tinggi misalkan pemberdayaan dan penggunaan sayuran kelor, membiasakan untuk olahraga yang teratur dan komitmen dalam menjalankannya, istirahat yang cukup sesuai kebutuhannya yaitu normalnya 6-8 jam dalam sehari untuk orang dewasa, pemeliharaan kesehatan bagi perorangan dan lingkungannya, dan tak lupa untuk melakukan rekreasi. (Indah *et al*, 2015)

5.5.2 Preventif (pencegahan penyakit)

Preventif artinya adalah lebih baik mencegah daripada mengobati. Kegiatan pencegahan ini bisa dilakukan dengan melalui upaya pemberian vaksinasi, imunisasi baik bayi, balita, ibu hamil dan masyarakat sesuai dengan program yang sedang di jalankan pemerintah. (Dwisatyadini, 2017)

5.5.3 Kuratif (pengobatan)

Kuratif adalah suatu usaha yang dilakukan secara medis untuk mendiagnosa secara tepat suatu penyakit dan untuk melakukan pengobatan secara cepat dan tepat. Jadi kuratif ini berhubungan dengan orang yang sudah sakit dan harus mendapatkan pengobatan yang tepat dan cepat agar kesehatannya dapat kembali pulih sempurna seperti sedia kala. Jadi partisipasi masyarakat diharapkan akan kesadaran untuk dapat pengobatan yang tepat sehingga tidak sampai terjadi kematian karena

keterlambatan dalam pemberian pengobatan. (Rismawan et al., 2017)

5.5.4 Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

Rehabilitatif adalah suatu proses untuk mengembalikan penderita yang telah sehat dari pengobatan untuk kembali ke masyarakat. Usaha untuk pemulihan ini untuk membantu memperbaiki kondisi fisik dan mental serta sosial yang lemah akibat dari penyakit yang dideritanya dengan latihan yang sudah diprogramkan dan bisa dilakukan fisioterapi dengan ahlinya. Dengan pemulihan yang tepat dan cepat maka akan dapat meningkatkan kesehatan individu untuk kembali bisa bersama dan beraktifitas dengan masyarakat lainnya tanpa ada persaan tidak nyaman dan aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Dwisatyadini, M. 2017. Pemanfaatan Tanaman Obat Untuk Kesehatan Keluarga. *Core*, 237–270.
- Indah, I., Sari, K., Sulistyowati, M., Masyarakat, F. K., & Surabaya, U. A. 2015. Terhadap Phbs Rumah Tangga Ibu Hamil. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 3(2), 159–170. <https://e-journal.unair.ac.id/PROMKES/article/view/4428%0A>
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, 113–123.
- Rismawan, G. P. D. S., Made, I. R. R., Ariani, S., Harditya, K. B., Bhandesa, A. M., Anggaraeni, K. R. T., Wulansari, N. T., Strisanti, I. A. S., & Rismawan, M. 2017. Pemeriksaan Kesehatan dan Pengobatan Gratis Berbasis Fisik, Psikologi dan Budaya di Dusun Selat Desa Perean Tengah Kecamatan Baturiti Kabupaten Tabanan. *Jurnal Paradharma*, 1(2), 109–114.
- Nasrul Efendy. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Notoatmojo,soekidjo. 2008. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta
- Mubarak Wahit Igbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Salemba Medika
- Syafrudin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media

BAB 6

ETIKA, HUKUM, DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Serlie K. A. Littik

6.1 Pendahuluan

Perkembangan zaman dengan gejala erosi moral di berbagai bidang, termasuk bidang kesehatan, dapat merusak citra profesi kesehatan. Etika, hukum, dan kebijakan kesehatan merupakan tiga hal yang berhubungan erat dan saling mempengaruhi. Ketiga hal ini sangat diperlukan untuk mengatur perilaku seorang tenaga kesehatan sehingga mampu memberikan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat. Oleh karena itu, tenaga kesehatan maupun calon tenaga kesehatan wajib memahami etika, hukum, dan kebijakan kesehatan.

6.2 Etika Kesehatan

6.2.1 Etika, Etiket, dan Hati Nurani

Etika dalam bahasa Latin memiliki arti sama dengan moral yang berasal dari kata "*mos*" (tunggal), *mores* (jamak) yang berarti adat, kebiasaan, etik, atau norma yang berlaku. Sedangkan berdasarkan bahasa Yunani, etika berasal dari kata "*ethos*" (tunggal), "*etha*" (jamak). Apabila diartikan dalam kajian ilmu, etika diartikan sebagai ilmu tentang pola perilaku atau kebiasaan seseorang dimana membahas tentang moralitas dan perilaku manusia terhadap manusia lainnya. Etika atau moral berlaku pada kelompok masyarakat tertentu untuk melakukan atau tidak melakukan suatu hal (Notoatmodjo, 2010).

Profesor Frans M. Suseno mengartikan etika sebagai ilmu yang memberi arah dan pijakan pada tindakan manusia. Dengan demikian, manusia dapat hidup teratur, dan dapat menentukan nasibnya sendiri (Suseno, 1992).

Dalam kehidupan masyarakat, seringkali terdapat kekeliruan dalam mengartikan dan menggunakan kata etika dan etiket dikarenakan kedua kata sepertinya sama namun pada dasarnya berbeda pengertian. Etiket merupakan suatu ketentuan perilaku untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan oleh suatu anggota masyarakat dan hanya berlaku dalam kelompok masyarakat dimana ketentuan tersebut disetujui. Etiket lebih menekankan pada perilaku sopan santun guna menjalihkan hubungan baik dengan sesama. Etiket hanya berlaku jika terdapat hubungan dengan orang lain. Misalnya bersalaman ketika bertemu atau mengganggu ketika setuju dengan suatu hal. Apabila etika bersifat universal atau berlaku secara umum, sebaliknya etiket hanya berlaku pada masyarakat atau kelompok tertentu yang menyepakati suatu tindakan atau perilaku. Etiket tidak berlaku jika tidak berkaitan dengan orang lain, misalnya ketika seseorang berteriak keras di tengah orang-orang, dapat disebut tidak memiliki etiket, namun jika ia berteriak dalam kamar dan hanya diketahui oleh dirinya sendiri, maka ia tidak sedang melanggar etiket (Notoatmodjo, 2010).

Selain etika dan etiket, terdapat hal lain yang berkaitan yakni hati nurani. Hati nurani merupakan bentuk kesadaran akan baik dan buruknya suatu hal dan berhubungan dengan tingkah laku nyata seseorang dalam kehidupan bermasyarakat. Hati nurani memberikan peringatan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu yang diwujudkan dalam bentuk perintah atau larangan. Hati nurani erat kaitannya dengan kesadaran dan merupakan sifat dasar manusia untuk mengenal dirinya sendiri dan untuk berkata menyetujui suatu hal atau tidak. Hati nurani sejalan dengan etika dan moral dimana ketika seseorang bertindak sesuai hati

nuraninya, maka sudah pasti yang dilakukan akan sesuai dengan moral dan etika. Hati Nurani berfungsi sebagai pedoman untuk menilai baik buruknya suatu tindakan. Setiap manusia memiliki hak untuk bertindak berdasarkan hati nuraninya, tidak melalui paksaan ataupun perintah dari orang lain. Hati nurani memiliki kedudukan yang kuat dalam kehidupan etika manusia bahkan dapat disebut sebagai ukuran norma terakhir dalam kehidupan sebagai manusia.

Hati nurani dalam implementasinya, dapat dibedakan menjadi dua yakni hati nurani retrospektif dan hati nurani prospektif. Hati nurani retrospektif memiliki arti bahwa seseorang dapat menentukan baik atau buruknya suatu tindakan berdasarkan penilaiannya terhadap hal tersebut di masa lampau. Misalnya, ketika seseorang memutuskan untuk melakukan suatu hal dan kemudian memberikan penilaiannya baik buruknya hal yang telah ia lakukan, maka ketika penilaiannya adalah buruk, ia memiliki keinginan untuk tidak melakukan hal itu lagi, sedangkan apabila ia menilai hal tersebut baik ketika telah dilakukan, maka ia akan kembali melakukan hal tersebut. Berbeda dengan hati nurani prospektif, hati nurani prospektif berarti tuntunan seseorang dalam berperilaku dimana penilaian akan baik buruknya suatu tindakan dilakukan sebelum seseorang melakukan tindakan tersebut. Penilaian dilakukan berdasarkan pertimbangan atau suara hati dari dalam diri sendiri.

6.2.2 Etika, Agama, dan Hukum

Etika tentu erat kaitannya dengan agama karena berkaitan pula dengan moral. Sama seperti etika, agama pun mengatur seperti apa seharusnya hubungan antara manusia dengan manusia; namun perbedaannya adalah agama pun mengatur bagaimana hubungan manusia dengan Tuhan. Seseorang dengan moral yang baik akan selaras dengan kehidupan beragama yang baik pula. Misalnya pada kasus pencurian, pelaku tentu telah melanggar etika

dalam kehidupan bermasyarakat dan tentu telah melanggar aturan agama. Perbedaannya adalah apabila melanggar etika maka pelaku akan dikatakan sebagai orang yang tidak beretika dan mendapat sanksi sosial, namun dalam agama, pelaku disebut telah berbuat dosa.

Etika atau moral sebagai suatu aturan, tidak dibuat secara tertulis dalam dokumen-dokumen, melainkan hanya terus diwariskan dan diajarkan turun temurun dan diimplementasikan dalam kehidupan masyarakat. Hal ini yang membedakan etika dengan hukum. Hukum merupakan aturan tertulis, yang dibuat secara resmi sesuai dengan kaidah dan undang-undang yang berlaku. Sanksi dalam etika dan agama adalah sanksi sosial dan sanksi dari Tuhan, sedangkan dalam hukum, sanksi yang diberikan berupa hukuman pidana maupun perdata. Setiap orang dimanapun berada, selalu mengacu pada ketiga hal ini, yakni etika, agama, dan hukum dan apabila terjadi ketidakselarasan maka akan diperoleh sanksi sesuai dengan pelanggaran yang dilakukan. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa etika, agama, dan hukum merupakan tiga hal yang sama-sama bertujuan untuk mengatur kehidupan manusia yang dibentuk dalam perintah dan larangan.

6.2.3 Etika dan Kesehatan

Etika pada dasarnya dibagi menjadi dua, yakni etika umum dan etika khusus. Etika umum merupakan etika yang secara universal berlaku pada masyarakat; sedangkan etika khusus yang juga sering dikenal dengan etika profesi adalah etika yang berlaku dalam kelompok tertentu, yakni kelompok dalam berbagai bidang profesi. Etika profesi ini dibentuk dengan tujuan untuk mengatur hubungan antara anggota kelompok dan anggota masyarakat yang dilayani oleh profesi tertentu.

Dalam bidang kesehatan, etika profesi mengatur hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat yang mengalami masalah kesehatan. Masalah kesehatan pun pada dasarnya sangat

luas, sehingga pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua bagian besar, yakni pelayanan pada penyakit dan pada faktor-faktor penyebab penyakit. Petugas medis dan paramedis seperti dokter, bidan, dan perawat akan memberikan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitasi (pemulihan) untuk mengatasi masalah penyakit baik yang menular maupun tidak menular. Sedangkan tenaga kesehatan masyarakat seperti entomolog, epidemiolog, promotor kesehatan, dan ahli kesehatan lingkungan akan memberikan pelayanan yang bersifat preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) pada faktor-faktor penyebab penyakit untuk mencegah terjadinya suatu penyakit.

Tidak semua petugas atau orang yang bekerja di bidang kesehatan diakui memiliki profesi kesehatan. Menurut (Notoatmodjo, 2010), ciri-ciri individu yang memiliki profesi kesehatan sebagai berikut:

1. Mengikuti tahapan jenjang pendidikan sesuai standar nasional, hal ini berarti bahwa seseorang diakui profesinya apabila telah menyelesaikan pendidikan secara lengkap dan telah melalui pendidikan profesi. Misalnya dokter, tidak berhenti pada sarjana kedokteran, melainkan perlu melalui tahapan pendidikan profesi dokter
2. Bekerja berdasarkan etik profesi yang berarti seorang petugas kesehatan menjalankan pekerjaannya sesuai dengan etika profesi yang telah ditetapkan organisasi profesinya
3. Memprioritaskan rasa kemanusiaan dibandingkan keuntungan pribadi.
4. Memiliki pekerjaan yang legal
5. Bekerja secara professional selama hidup
6. Bergabung dalam organisasi profesi

Setiap profesi memiliki etik yang berbeda-beda yang disebut dengan Kode Etik Profesi. Kode etik profesi merupakan norma yang ditetapkan dan diterima oleh anggota profesi yang memberi petunjuk kepada anggotanya bagaimana seharusnya

berbuat dan sekaligus menjamin mutu moral profesi itu di mata masyarakat (Bertens, 1994). Dengan kata lain, kode etik profesi adalah aturan tertulis yang memuat kewajiban yang harus dijalankan oleh seluruh anggota profesi yang disusun oleh setiap organisasi profesi. Kode etik profesi mengatur terkait kewajiban umum, kewajiban terhadap masyarakat yang dilayani, kewajiban terhadap rekan kerja, dan kewajiban terhadap diri sendiri. Dalam bidang kesehatan masyarakat, kode etik menjadi panduan bagaimana praktisi kesehatan masyarakat bertindak sehingga dapat meminimalisir pandangan negative dari masyarakat (Wijaya and Widjaja, 2021).

6.3 Hukum Kesehatan

6.3.1 Pengertian Hukum Kesehatan

Hukum merupakan peraturan perundang-undangan yang disusun oleh kekuasaan tertentu untuk mengatur cara hidup bermasyarakat. Masyarakat yang terus berkembang tidak cukup bila hanya diatur dengan aturan-aturan turun temurun yang terkandung dalam etika dan moral, melainkan perlu ada aturan formal yang mengikat dan tertulis. Hukum dikelompokkan menjadi dua, yakni perdata dan pidana. Hukum perdata mengatur hal-hal seperti hubungan antara penjual dan pembeli, penyewa dengan yang menyewakan, juga seperti warisan dalam keluarga dan hubungan perkawinan. Sedangkan hukum pidana merupakan hukum yang mengatur pelanggaran aturan, kejahatan, dan tindakan kriminal yang menimbulkan kerugian pada korban.

Hukum kesehatan merupakan suatu spesialisasi dari ilmu hukum yang ruang lingkupnya meliputi segala peraturan perundang-undangan di sektor pemeliharaan kesehatan (Reni Agustina Harahap, 2021). Hukum kesehatan merupakan segala bentuk aturan dan ketentuan hukum yang mengatur penerapan pelayanan kesehatan. Hukum kesehatan secara tertulis berisi hak dan kewajiban penyelenggara dan penerima layanan kesehatan

baik perorangan maupun kelompok. Etika kesehatan dan hukum kesehatan memiliki persamaan dan juga perbedaan. Persamaannya terletak pada tujuannya yakni untuk mengatur tertibnya hidup bermasyarakat, objeknya adalah masyarakat baik yang sehat maupun sakit, mengatur hak dan kewajiban, dan mengunggah rasa kemanusiaan untuk bertindak secara manusiawi dalam memberi atau menerima pelayanan kesehatan. sedangkan perbedaannya terletak pada subjek pelaksanaannya, jika dalam etika kesehatan berlaku secara khusus pada tiap profesi, hukum kesehatan bersifat umum, selain itu apabila etika kesehatan disusun oleh organisasi profesi, hukum kesehatan ditetapkan oleh pemerintah, dan berbeda pula pada bentuk sanksinya, apabila etika kesehatan jika dilanggar maka sanksi yang didapat berupa “tuntunan” dari organisasi profesi, maka hukum kesehatan bila dilanggar maka akan mendapatkan sanksi berupa “tuntutan” dan dapat dilanjutkan ke hukuman penjara.

6.3.2 Batasan dan Ketentuan Umum

Sejak masa kemerdekaan sampai masa sekarang, Undang-Undang (UU) kesehatan telah berganti sebanyak tiga kali. Dimulai dari UU Pokok Kesehatan No. 9 Tahun 1960, UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, lalu UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang berlaku hingga sekarang. UU No 36 Tahun 2009 ini mengandung 20 bab dan ditambah satu bab ketentuan peralihan serta satu bab ketentuan penutup dengan jumlah pasal sebanyak 205 pasal. Undang-undang ini merupakan perbaikan dari UU No.23 tahun 1992 yang dianggap sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan tuntutan serta kebutuhan hukum dalam masyarakat sehingga perlu digantikan dengan undang-undang yang baru terlebih karena masalah kesehatan yang semakin kompleks. Dasar penetapan UU No.36 tahun 2009 ini pun tentunya berdasarkan pemikiran bahwa kesehatan merupakan hak semua orang yang perlu diupayakan, pembangunan kesehatan

merupakan hal penting dalam pembangunan suatu Negara, dan gangguan kesehatan pada masyarakat tentu akan berdampak pada kerugian Negara. UU Kesehatan yang baru ini pun lebih mengantisipasi tantangan-tantangan bidang kesehatan saat ini dan kedepannya.

Seperti pembangunan di sektor lainnya, pembangunan kesehatan didasari asas perikemanusiaan, manfaat, keseimbangan, perlindungan terhadap hak, adil, nondiskriminatif, dan memperhatikan norma-norma agama yang bertujuan untuk menyadarkan, meningkatkan kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat sebagai bentuk investasi bagi pembangunan bangsa.

Dimensi kesehatan tidak hanya mencakup sehat secara fisik dan mental saja melainkan juga secara spiritual, sosial, dan ekonomi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Selain dari adanya undang undang tentang kesehatan, adapun batasan dan ketentuan-ketentuan umum yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam batasan ini, terdapat sumber daya kesehatan berupa dana, tenaga (orang-orang yang bekerja di bidang kesehatan), fasilitas (alat atau tempat penyelenggaraan upaya kesehatan), sediaan farmasi (obat, bahan obat, kosmetika), dan setiap bentuk alat kesehatan lainnya.

6.3.3 Tanggung Jawab Pemerintah

Pemerintah merupakan penanggung jawab pembangunan. Oleh karena itu sama seperti sektor lainnya, pemerintahlah yang memiliki tanggung jawab dalam mengatur, menyelenggarakan, membimbing, dan memantau pelaksanaan upaya kesehatan secara merata di masyarakat. Aturan tentang Pelayanan Publik yang terkandung dalam UU No. 25 Tahun 2009, juga mengatur tentang kesehatan. Pelayanan publik menjadi tanggung jawab pemerintah yaitu untuk menjamin (Pemerintah Republik Indonesia, 2009):

1. Ketersediaan lingkungan, tatanan, dan fasilitas
2. Ketersediaan sumber daya kesehatan
3. Ketersediaan akses informasi dan edukasi
4. Pemberdayaan yang mendorong peran aktif masyarakat
5. Tersediaanya upaya kesehatan yang bermutu

6.4 Kebijakan Kesehatan

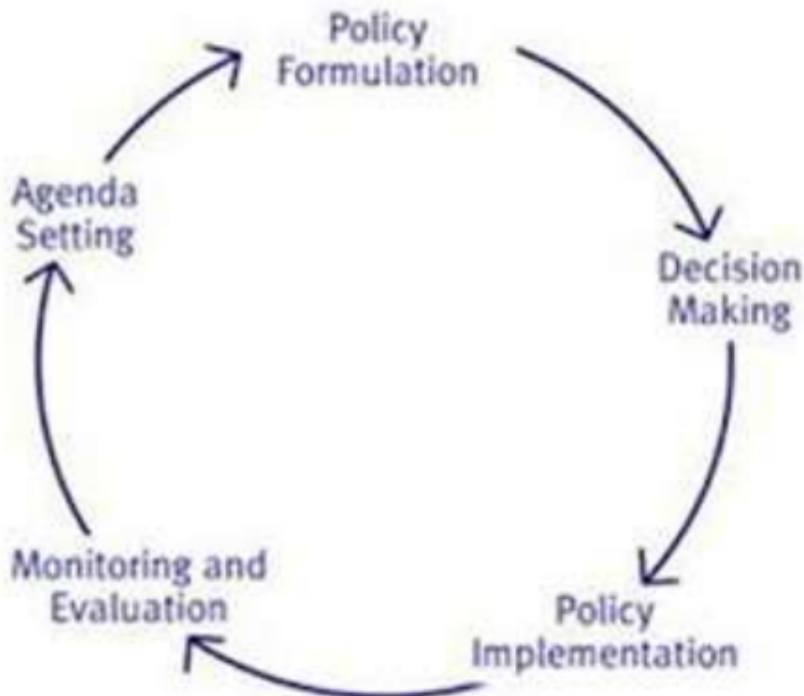
6.4.1 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan

Permasalahan dalam bidang kesehatan yang cukup kompleks tentu sangat membutuhkan perhatian yang serius. Diperlukan banyak sumber daya untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang ada dan tentu sangat membutuhkan tata kelola serta aturan-aturan yang tepat. Pada dasarnya, seluruh program yang dikerjakan oleh lembaga kesehatan termasuk semua rumah sakit dan fasilitas kesehatan akan mengacu ada aturan yang berlaku atau yang disebut sebagai kebijakan.

Menurut Friedrich, kebijakan adalah sekumpulan perilaku atau tindakan yang dirumuskan oleh individu, kelompok dan atau pemerintah di tempat tertentu yang bertujuan untuk mengatasi suatu masalah atau tantangan yang dihadapi (Suseno, 1992). Pihak-pihak yang menyusun kebijakan disebut sebagai pembuat kebijakan. Secara khusus dalam bidang kesehatan, terdapat pula kebijakan yang mengatur atau yang disebut kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian keputusan berkaitan dengan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah dan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Buse, Mays and Walt, 2005). Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik yang juga merupakan bagian dari kebijakan secara umum. Kebijakan kesehatan secara nasional bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan penduduk dalam suatu negara (Ayuningtyas, 2014)

6.4.2 Tahapan Pelaksanaan Kebijakan Kesehatan

Suatu kebijakan pada dasarnya melalui serangkaian tahapan sampai bisa diterapkan dan dievaluasi. Tahapan atau siklus kebijakan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 6.1. Proses Pembuatan Kebijakan
Sumber: (Jay M Shafritz and E.W. Russel, 1997)

Tahapan kebijakan diawali dengan *agenda setting* yakni tahap penentuan masalah yang menjadi fokus permasalahan yang selanjutnya akan dirumuskan kebijakannya. Tahap ini mempertimbangkan tiga hal, yakni masalah, solusi yang memungkinkan, dan situasi politik. Misalnya saat pandemic corona, pandemi menjadi suatu masalah yang membutuhkan penanganan, setelah itu akan dipikirkan solusi yang tepat untuk mengatasinya seperti penetapan aturan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar). Solusi tersebut tentu sangat dipengaruhi dengan kondisi politik karena membutuhkan dukungan agar solusi yang dicanangkan dapat dijalankan karena apabila mendapatkan kontra

secara politik maka akan sukar untuk diterapkan sebagai suatu kebijakan. Setelah tahapan *agenda setting* selesai, dilanjutkan dengan formulasi kebijakan yakni pengembangan kebijakan dengan menetapkan gambaran permasalahan, sasaran dan tujuan, penetapan prioritas, perancangan kebijakan, dan penilaian yang dibuat dalam draft (dokumen) kebijakan. Kemudian adalah tahap pengesahan kebijakan yang telah ditetapkan untuk masuk dalam tahap implementasi (pelaksanaan). Dalam tahap implementasi, ini merupakan tahapan yang penting untuk dilakukan. Suatu kebijakan yang direncanakan sebaik apapun apabila tidak diimplementasikan maka tidak akan mencapai tujuan. Implementasi sendiri merupakan suatu bentuk pelaksanaan yang tentunya dapat berakhir dengan dua kemungkinan, yakni keberhasilan ataupun kegagalan dalam mencapai tujuan. Oleh karena itu, dalam tahap implementasi, sangat diperlukan kesiapan dan perencanaan yang matang. Menurut Hann (2007) dalam (Budiyanti, Sriatmi and Jati, 2020), terdapat dua alternatif implementasi kebijakan yakni dalam bentuk program ataupun membuat kebijakan turunannya.

Mencapai keberhasilan dalam implementasi kebijakan tentunya didukung oleh sumber daya yang memadai, hambatan yang tidak besar, pemahaman yang jelas terhadap tujuan, komunikasi dan koordinasi yang sesuai, dan adanya dukungan pihak otoritas. Sedangkan kegagalan akan dialami ketika penerapannya tidak maksimal, kebijakannya tidak bisa diterima, dan kurang mendapatkan perhatian umum.

Tahapan terakhir yakni evaluasi kebijakan yakni proses peninjauan atau penilaian terhadap kebijakan yang telah diimplementasikan berhasil atau tidak. Proses evaluasi memperhatikan beberapa hal berikut, yaitu:

1. *Output*, digunakan untuk menilai konsekuensi yang langsung diterima oleh masyarakat

2. Akses, berkaitan dengan seberapa mudah sasaran mendapatkan pelayanan dari kebijakan yang diimplementasikan
3. Cakupan, terkait dengan seberapa luas kebijakan tersebut diimplementasikan dengan membandingkan antara jumlah sasaran yang mendapatkan pelayanan program dengan total kelompok sasaran yang direncanakan
4. Bias, merupakan analisis terhadap adanya penyimpangan saat implementasi kebijakan dan apakah terdapat ketidaktepatan program dengan sasaran
5. Ketepatan waktu
6. Akuntabilitas, berkaitan dengan pertanggungjawaban kebijakan.
7. Kesesuaian antara kebijakan dengan kebutuhan, akan dilihat apakah program yang dijalankan sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau tidak

Outcome, berkaitan dengan dampak yang dihasilkan. Pengukuran *Outcome* tidak secepat output. *Outcome* membutuhkan waktu yang panjang untuk menilai apakah kebijakan yang dilakukan berdampak positif terhadap perubahan dalam masyarakat sasaran atau tidak.

6.4 Penutup

Etika, hukum, dan kebijakan merupakan tiga hal yang berbeda namun memiliki tujuan yang sama yakni untuk mengatur kehidupan bermasyarakat. Perbedaannya terletak pada bagaimana ketiga hal tersebut diimplementasikan; subjek pembuat aturannya; dan keberlanjutan ketika aturan dalam ketiga hal tersebut dilanggar. Etika tidak bersifat mengikat dan tidak tertulis; lahir dari adat dan kebiasaan masyarakat secara turun temurun; dan ketika dilanggar maka sanksi yang didapatkan adalah sanksi sosial. Sedangkan hukum bersifat mengikat dan berlaku wajib untuk ditaati. Hukum mengandung peraturan perundang-undangan yang secara rinci tertulis dalam dokumen dan ditetapkan oleh lembaga

yang berwenang secara hukum. Bukan hanya aturan, hukum pun mengatur sanksi-sanksi yang secara langsung diterima oleh pelanggarnya sebagai hukuman (misalnya hukuman penjara). Lain halnya dengan kebijakan, kebijakan merupakan rangkaian keputusan dan ketetapan yang disusun oleh pemerintah selaku pembuat kebijakan yang walaupun tidak bersifat memaksa, namun menjadi pedoman dan dasar dalam pelaksanaan berbagai program ataupun pekerjaan. Apabila kebijakan dilanggar oleh setiap sasarannya (misalnya masyarakat), maka dampak yang akan timbul adalah kegagalan dari kebijakan itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Bertens, K. 1994. *Etika*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Budiyanti, R.T., Sariatmi, A. and Jati, S.P. 2020. *Buku Ajar Kebijakan Kesehatan: Implementasi Kebijakan Kesehatan, Depok: Departemen AKK FKM UI*. Semarang: LPM Undip. Available at: https://doc-pak.undip.ac.id/10968/1/Buku_Ajar_Kebijakan_Kesehatan_Implementasi_Kebijakan_Kesehatan.pdf.
- Buse, K., Mays, N. and Walt, G. 2005. *Making Health Policy (online)*. Open University Press. Available at: <http://lib.myilibrary.com.ez.lshtm.ac.uk/Open.aspx?id=385220>.
- Jay M Shafritz and E.W. Russel. 1997. *Introduction Public Administration*. New York: Longman.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 36 Tentang Kesehatan*.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2009. *Undang-undang No.25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik*.
- Reni Agustina Harahap. 2021. *Etika Hukum dan Kesehatan*. Medan: Merdeka Kreasi Grup.
- Suseno, F.M. 1992. *Bersifat dari Konteks*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wijaya, H. and Widjaja, G. 2021. 'Etika Dalam Kesehatan Masyarakat (Ethics in Public Health)', *Journal of Holistic and Traditional Medicine*, 6(2), pp. 630–643. Available at: <https://jhtm.or.id/index.php/jhtm/article/view/117%0Ahttps://jhtm.or.id/index.php/jhtm/article/download/117/118>.

BAB 7

PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Oleh Lukman Waris

7.1 Pendahuluan

Kejadian kesakitan (morbiditas), kematian (mortalitas) dan masalah kesehatan pada dasarnya karena tiga penyebab yaitu cedera (*injuries*), penyakit menular (*infetious diseases*), dan penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*) (Allen, dkk, 2017). Cedera adalah kejadian bersifat akut yang bisa ditemukan pada kecelakaan lalulintas, kecelakaan kerja atau pada bencana (*disaster*) baik bencana alam maupun non alam.

Penyakit menular menurut WHO adalah penyakit infeksi (klasifikasi ICD-10) yang disebabkan oleh agen biologi (mikroorganisme) patogen. Agen patogen berpindah dari orang terinfeksi kepada orang lain dalam proses transmisi penyakit menular. Agen patogen dapat berupa virus (flu termasuk *Covid-19*, demam berdarah dengue), parasit (protozoa), bakteri (TBC, *Leptospirosis*), jamur (*Candidiasis*, *Histoplasmosis*), *Plasmodium* (malaria), cacing (cacing usus, jaringan atau darah) dan mikroorganisme lainnya. Mekanismes penularannya dapat menular langsung atau melalui media.

Menular langsung berupa pindahnya agen patogen penyebab penyakit dari orang yang terinfeksi kepada orang lain tanpa perantara, misalnya Tuberkulosis (TBC). Penularan melalui media bisa berupa air, udara atau bahan lainnya, maupun melalui media mahluk hidup (biologi) berupa vektor penyakit. Misalnya

Plasmodium penyebab malaria ditularkan melalui *Anopheles* sebagai nyamuk vektor malaria (Ismah., dkk., 2021).

Pada bab ini akan dibahas tentang penyakit tidak menular/PTM (*non-communicable diseases/NCDs*) dari segi aspek beban negara dan masyarakat, transisi epidemiologi penyakit, penyebab penyakit tidak menular, pencegahan penyakit tidak menular dan program upaya penanggulangan penyakit tidak menular.

7.2 Triple Burden Diseases

Indonesia saat ini diperhadapkan pada masalah kesehatan masyarakat yang disebut *triple burden diseases* (Waris, 2020). *Triple burden diseases* adalah kondisi dimana prevalensi penyakit menular belum dapat dikendalikan sementara prevalensi penyakit tidak menular (PTM) semakin meningkat. Dalam waktu yang bersamaan, penyakit-penyakit baru (*new-emerging diseases*) bermunculan dan penyakit-penyakit lama yang seharusnya sudah ter-eliminasi muncul kembali (*re-emerging diseases*).

Selain itu Penyakit-penyakit tertentu yang prevalensinya sudah sangat kecil namun terabaikan (*Neglected Tropical Diseases, NTD*) masih menjadi persoalan pada daerah lokal spesifik. Beragamnya masalah kesehatan masyarakat yang dihadapi oleh Indonesia saat ini sehingga lebih tepat disebut sebagai *multi burden disease* dibanding *triple burden disease*.

7.2.1 Penyakit menular (infetious diseases)

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan karena adanya infeksi agen patogen (klasifikasi ICD-10), seperti diare, tifus, tuberkulosis, malaria, infeksi sistem pernafasan (ISPA dan pneumonia), meningitis, HIV/AIDS, *Covid-19*, Antraks, Demam Berdarah Dengue (DBD) dll.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat diantaranya adalah infeksi

saluran pernapasan akut (ISPA): 13,8%, Pneumonia: 2,0%, TBC: 0,4%, malaria: 1,4‰, dan (DBD): 0,2‰ (Riskesmas, 2018).

7.2.2 Penyakit baru muncul dan penyakit lama muncul kembali

Penyakit baru muncul (*new emerging diseases*) dan penyakit lama muncul kembali (*re-emerging diseases*) pada umumnya adalah penyakit bersumber binatang (*zoonosis*). *Re-emerging diseases* dari *Zoonosis* di Indonesia diantaranya adalah Rabies, Antraks, *Cysticercosis* dan *Japanese encephalitis* (JE). Beberapa *zoonosis* yang berpotensi menjadi epidemik adalah *Haemorrhagic Hanta Virus*, *Toxoplasmosis*, *Leptospirosis*, *Bovine Tuberculosis* dan *Brucellosis* (Simanjuntak, 1997).

Tahun 2019 masyarakat dunia dikejutkan dengan terjadinya pandemik *Covid-19*. *Covid-19* adalah penyakit baru muncul (*new-emerging diseases*). Para epidemiolog tidak terlalu dikejutkan dengan kejadian ini sebab sebelumnya kita mengenal adanya Flu burung (*Avian Influenza, AI*), dan penyakit infeksi saluran pernapasan lain misalnya *Severe Acute Respiratory Syndrome (Sars)* dan *Middle East Respiratory Syndrome (Mers)*. Bahkan pada tahun 1918 telah terjadi pandemik Flu Spanyol yang menewaskan ratusan juta penduduk bumi dalam waktu yang sangat singkat. Penyakit-penyakit tersebut adalah penyakit yang belum pernah dikenal menyerang manusia sebelumnya.

7.2.3 Neglected Tropical Diseases dan Injury

World Health Organization (WHO) mendefinisikan *Neglected Tropical Diseases* (NTD) adalah penyakit-penyakit yang terabaikan karena prevalensinya sudah sangat kecil (Agustin, dkk., 2019). NTD diantaranya adalah penyakit kusta, kaki gajah (*filariasis*), frambusia, *Schistosomiasis*, *Fasciolopsis*, termasuk gigitan ular.

Kusta adalah infeksi *granulomatosa* yang disebabkan oleh organisme intraseluler obligat *M.leprae*. Penyakit ini termasuk dalam program yang di-eiminsi oleh WHO di tahun 2020 namun sampai saat ini kasusnya masih ditemukan sebanyak 17.477 kasus di Indonesia dengan kasus terbanyak di Jawa Timur, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan (Amiruddin, 2019).



Gambar 7.1. Penderita Kusta

(Makula hipopigmentasi & anestesi pada dada)

(Sumber : Amiruddin, *Penyakit kusta: sebuah pendekatan klinis*, 2019)

Penyakit kaki gajah dilaporkan sebanyak 14.932 kasus tahun 2014. Penyakit ini yang disebabkan oleh cacing mikrofilaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening yang ditularkan oleh nyamuk vector, utamanya dari genera *mansonia*. Ada 4 jenis spesies di Indonesia yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori* (Mutiara, dkk., 2016).

Schistosomiasis adalah penyakit yang disebabkan oleh trematoda (cacing darah) dari genus *Schistosoma*. Penyebab utama kesakitan dan kematian ketiga setelah malaria dan penyakit cacing. Di Indonesia terdapat spesies *Schistosomiasis japonicum* menginfeksi penduduk pada lembah Napu dan Bada di Kabupaten

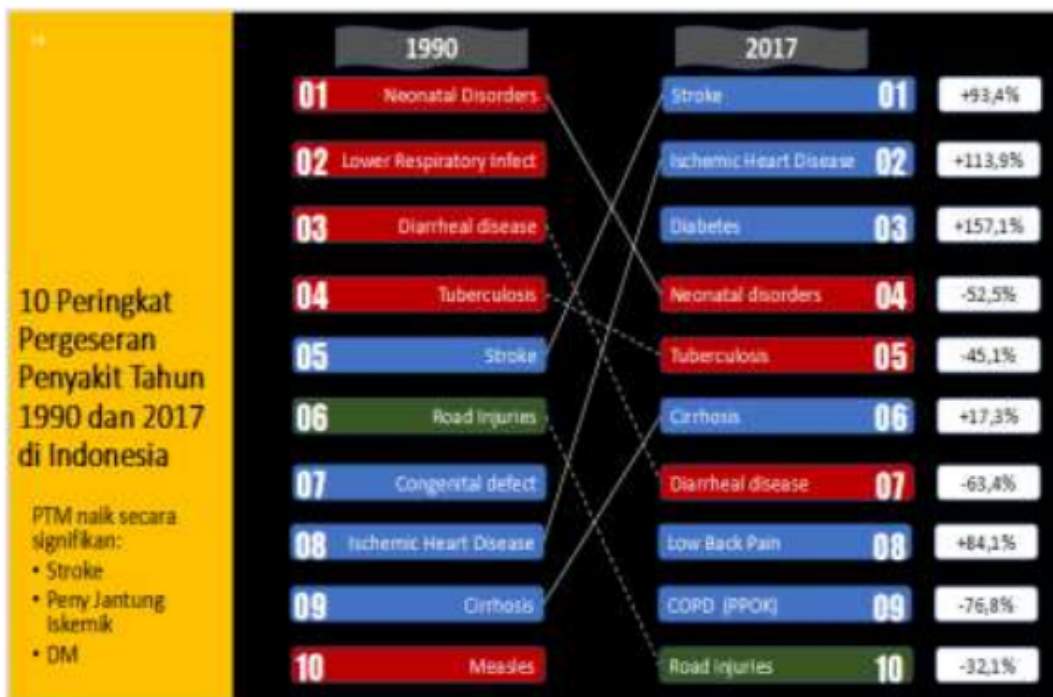
Poso dan lembah Lindu di Kabupaten Sigi Sulawesi Tengah (Vrisca, 2014).

Fasciolopsis buski (*F.buski*) adalah penyakit yang disebabkan trematoda terbesar yang menyerang lumen usus. Prevalensi *F.buski* sebesar 1,2-7,8%. Penyakit cacing ini yang hanya menginfeksi masyarakat di Kabupaten Hulu Sungai Utara Kalimantan Selatan, tersebar di enam desa yaitu Sei Papuyu, Kalumpang Dalam, Sarang Burung, Talaga Mas, Putat Atas dan Padang Bangkal.

Cedera (*injuri*) terutama dialami remaja dan laki-laki dewasa kasusnya sangat tinggi. Diperkirakan 2,5 juta kasus cedera/tahun dengan 58.500 orang/tahun meninggal dunia. 40% cedera karena kecelakaan kendaraan bermotor dengan cedera di kepala (Praptasuganda, 1988).

7.3 Transisi Epidemiologi Penyakit

Pada era sebelum tahun 1990-an, prevalensi penyakit menular mendominasi kasus penyakit di Indonesia, namun sejak tahun 2017, terjadi pergeseran ke penyakit tidak menular (PTM). Apabila pada era 1990-an kelompok penyakit neonatus, infeksi pernapasan, diare dan TBC sebagai penyumbang masalah kesehatan masyarakat terbesar, sejak tahun 2017 maka penyakit stroke, penyakit jantung koroner (PJK) dan Diabetes Melitus (DM) sudah menduduki urutan teratas. Transisi epidemiologi dapat dilihat karena adanya pergeseran penyebab kematian dari infeksi penyakit menular ke PTM. (Khariri, 2021). WHO memperkirakan bahwa PTM berkontribusi terhadap kematian di dunia sebanyak 65% kematian (36 juta kematian). Kontribusi kematian karena PTM bervariasi setiap negara, tergantung kemajuan suatu negara. Semakin modern suatu negara maka semakin tinggi kontribusi kematian akibat PTM (Hunter, 2013). Transmisi epidemiologi penyakit dapat dilihat pada gambar 7.2.



Gambar 7.2. Transmisi Epidemiologi Penyakit
(Sumber :Presentase Menteri Kesehatan RI, 2019)

Transisi epidemiologi di Indonesia mulai terjadi sejak tahun 1970-mengikuti terjadinya transisi demografi. Sebagai negara berkembang menuju ke negara maju, Indonesia memprioritaskan program pengendalian penyakit menular. Seiring dengan keberhasilan program pencegahan termasuk imunisasi dan perbaikan ekonomi masyarakat, berdampak pada semakin menurunnya prevalensi penyakit menular, namun belum sepenuhnya bisa diatasi (Omran, 1998). Disaat penyakit menular belum sepenuhnya dikendalikan, seiring dengan perubahan daya hidup masyarakat dan dampak kemajuan teknologi, PTM semakin berkembang melampaui prevalensi penyakit menular (Djaya, 2012).

7.4 Penyakit Tidak Menular (*non-communicable diseases*)

Penyakit tidak menular bukan disebabkan oleh agen patogen sebagaimana pada penularan penyakit menular sehingga penyakit tidak menular kepada orang lain. PTM lebih disebabkan oleh gangguan fungsi organ dan jaringan tubuh akibat fungsi fisiologi tubuh yang terganggu yang kejadiannya terjadi berlahan dalam jangka waktu yang panjang.

7.4.1 Beban Negara dan Masyarakat

Penyakit Jantung, Kanker, Stroke, dan Ginjal adalah penyakit katastrofik yang membebani pembiayaan kesehatan pada masyarakat dan negara di Indonesia. Program JKN-KIS menghabiskan biaya sekitar Rp. 20 Trilyun atau sekitar 83,31% dari total anggaran dipakai untuk membiayai perawatan medis di fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun 2016-2020 (BPJS, 2021).

Biaya terbesar yaitu Rp. 9,8 trilyun diserap oleh penyakit jantung (49%), Rp. 3,5 trilyun karena kanker (18%), Rp. 2,5 trilyun karena stroke (14%) dan Rp. 2,2 trilyun karena gagal ginjal (11%). Kita masih beruntung karena sudah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menunjuk PT Askes (Persero) sebagai pelaksana BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) bidang kesehatan.

Kehadiran JKN memperkecil risiko beban ekonomi masyarakat Indonesia karena membiayai pelayanan kesehatan, terutama penyakit-penyakit katastrofik yang membutuhkan pelayanan kesehatan lama dan mahal. Tanpa kehadiran JKN maka dapat dipastikan bahwa masyarakat yang menanggung secara pribadi biaya kesehatan (*Out of Pocket*) berpotensi besar jatuh miskin atau semakin memperparah kemiskinan (Xu, dkk, 2003).

Memperkecil risiko pembiayaan kesehatan yang mahal, pihak BPJS telah melakukan program-program pencegahan, terutama pencegahan terjadinya komplikasi pada peserta BPJS

yang didiagnosis menderita penyakit-penyakit katastrofik, misalnya adanya program senam prolans bagi penderita diabetes melitus (DM) dan hipertensi bertujuan untuk menurunkan kadar glukosa darah dan tekanan darah. Senam prolans adalah aktivitas fisik yang diprogramkan bagi peserta secara teratur dan terarah.

7.3.2 Penyebab Penyakit Tidak Menular

PTM adalah penyakit kronik yang tidak terjadi begitu saja, membutuhkan progres di dalam tubuh dalam waktu yang lama. Terjadinya progres disertai dengan penyesuaian yang dilakukan oleh tubuh sehingga penderita tidak menyadari, sampai saatnya dinyatakan telah menderita. Terlebih bila progres tidak disertai dengan gejala. Misalnya seorang penderita DM (tipe2), sebelum mengalami *hiperglikemia*, didahului adanya peningkatan kadar glukosa darah secara perlahan hingga pada tahapan prediabetes (kondisi kadar glukosa darah diatas normal namun belum cukup untuk dinyatakan menderita DM). Apabila tidak dilakukan intervensi makan akan masuk pada tahap "menderita" (Waris, 2018). Progresivitas yang sama juga terjadi pada PTM lain.

a. Komplikasi Diabetes Melitus

Penyakit jantung, hipertensi dan ginjal bisa saja menjadi rangkaian satu penyebab yaitu komplikasi dari DM tipe2. DM adalah apabila hasil pemeriksaan konsentrasi glukosa darah: Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT) ≥ 126 mg/dL atau Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) ≥ 200 mg/dL atau Glukosa Darah Pasca Pembebanan (GDPP) ≥ 200 mg/dL (Perkeni, 2018).

DM tipe2 membawa dampak terhadap kerusakan jaringan dan organ lain akibat mengalami gangguan fungsi sampai pada tahapan gagal fungsi. Kejadian DM tipe2 adalah rangkaian dari penderita mengalami sindrom metabolik (*metabolic syndrome*, MetS). MetS adalah kombinasi beberapa gejala yang saling mempengaruhi sehingga meningkatkan risiko terjadinya

penyakit aterosklerotik kardivaskuler dan DM tipe2 (Eckel, 2005).

Gejala MetS dapat berupa obesitas, kadar trigliserida, kadar kolesterol total, kadar kolesterol LDL (*low density lipoprotein*), penurunan kolesterol HDL (*hight density lipoprotein*), hipertensi dan dislipidemia. Semua kejadian MetS sangat dipengaruhi oleh perilaku (Leger, 2010).

1. Obesitas

Prevalensi obesitas di Indonesia (umur ≥ 18 tahun) sebesar 21,8% (Riskesdas, 2018). Obesitas adalah kelebihan lemak pada tubuh baik pada abdomen (obesitas sentral) maupun berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT). Obesitas sentral apabila lingkaran pinggang laki-laki ≥ 90 cm atau wanita ≥ 80 cm. IMT diukur dalam kg/m^2 , mengalami obesitas apabila hasilnya $\geq 25\%$. Obesitas berkaitan dengan perilaku masyarakat mengkonsumsi makanan berlemak dan kurang aktivitas fisik (Retnaningsih, 2010).

2. Trigliserida

Trigliserida adalah lipid yang terdapat di dalam darah dan sel-sel lemak. Trigliserida yang tinggi (>150 mg/dL) adalah gejala MetS, indikasi terjadinya lipid yang tidak normal. Konsumsi karbohidrat tinggi, daging, makanan berminyak, kadar gula tinggi, alkohol dan kurang aktivitas fisik adalah faktor risiko terjadinya trigliserida tinggi.

3. Kolesterol total

Kadar kolesterol meliputi kolesterol total, kolesterol LDL (*low density lipoprotein*) dan kolesterol HDL (*hight density lipoprotein*). Gejala MetS apabila salah satu atau lebih dari kadar: kolesterol total ≥ 200 mg/dL, kolesterol LDL ≥ 100 mg/dL dan kolesterol HDL rendah (laki-laki: ≤ 40 mg/dL atau wanita ≤ 50 mg/dL).

Penyakit jantung koroner adalah penyakit dengan faktor risiko tingginya kadar kolesterol dan lipida (Soeharto, 2020). Kadar kolesterol dan lipida yang berkaitan dengan pola makan dan perilaku.

4. Hipertensi

Hipertensi penyebab terjadinya kematian terbesar ketiga (9,7% total kematian) di Indonesia setelah stroke dan DM.

Hipertensi adalah apabila tekanan darah sistolik >121mmHg dan diastolik >81 mmHg. Hipertensi berkaitan dengan pola hidup tidak sehat yaitu merokok, kurang aktivitas fisik, stress dan konsumsi makanan kurang serat serta kaya lemak dan karbohidrat.

5. Prediabetes.

Seseorang sebelum menderita DM tipe2, terlebih dahulu melewati tahap prediabetes. Prediabetes kondisi terjadinya toleransi glukosa terganggu/TGT (*impaired glucose tolerance*) dan/atau glukosa darah puasa terganggu/ GDPT (*impaired fasting glucose*). TGT dan GDPT terjadi karena penumpukan glukosa di dalam pembuluh darah akibat tidak diserap oleh jaringan sebagaimana pada situasi normal.

b. Kanker

Kanker adalah adanya pertumbuhan sel tidak terkendali (abnormal) di pada salah satu organ tubuh yang berpotensi menyebar ke organ tubuh lainnya. Salah satu faktor penyebab utama adalah obesitas yang selalu berkaitan dengan pola makan dan perilaku. Menurut Prof, Dr, dr, Aru Wisaksono Sudoyo (ketua Umum Yayasan Kanker Indonesia), deteksi dini pada kanker sangat perlu untuk mengurangi risiko menjadi stadium lanjut yang menyebabkan pembiayaan pengobatan sangat mahal. (BPJS Kesehatan, 2020).

c. Stroke

Stroke adalah seseorang mengalami kondisi pasokan darah ke otak terganggu (berkurang) akibat adanya penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik) sehingga bagian tubuh yang dikendalikan oleh area otak yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik.

Prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9 ‰ (Riskesmas, 2018). Faktor risiko terjadinya stroke selain faktor usia dan hereditas adalah hipertensi, DM, LDL tinggi, obesitas, dan masalah jantung. Kejadian tersebut berkaitan dengan perilaku dan gaya hidup berupa merokok, kurang aktivitas fisik, obat-obatan terlarang dan alkohol.

7.4.3 Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Menurut teori Henrik L Blum (1974), status kesehatan dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu lingkungan, perilaku, fasilitas pelayanan kesehatan dan genetik (Wanananda, 2021). Kejadian PTM sangat relevan dengan teori Hendrik L. Blum. Faktor perilaku merupakan faktor yang dominan dalam progresivitas penyakit menular.

Uraian penyebab terjadinya PTM sebagian besar berkaitan dengan gaya hidup yang memicu terjadinya MetS. Gaya hidup berupa pola makan, aktivitas fisik, merokok, dan konsumsi alkohol sehingga pencegahan PTM berkaitan dengan bagaimana memberikan rangsangan kepada masyarakat untuk dapat hidup dengan gaya hidup sehat.

Peranan pemerintah dalam menyediakan sarana untuk beraktivitas fisik sangat penting termasuk rangsangan berupa *reward* yang diberikan oleh BPJS bagi peserta JKN yang berhasil menjaga dirinya tetap sehat. *Reward* dapat berupa sepatu olahraga, sepeda dan raket agar dapat melakukan aktivitas olah raga

7.4.4 Program Upaya Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Tujuan pembangunan kesehatan nasional sesungguhnya adalah meningkatkan usia harapan hidup (UHH) yang berkualitas yang setinggi-tingginya setiap warga negara. UHH yang berkualitas mempunyai makna bahwa, bukan hanya rata-rata usia warga negara yang panjang namun berkualitas dalam arti tidak membebani ekonomi negara dan masyarakat karena menderita sakit dan jika memungkinkan masih produktif di usia senja.

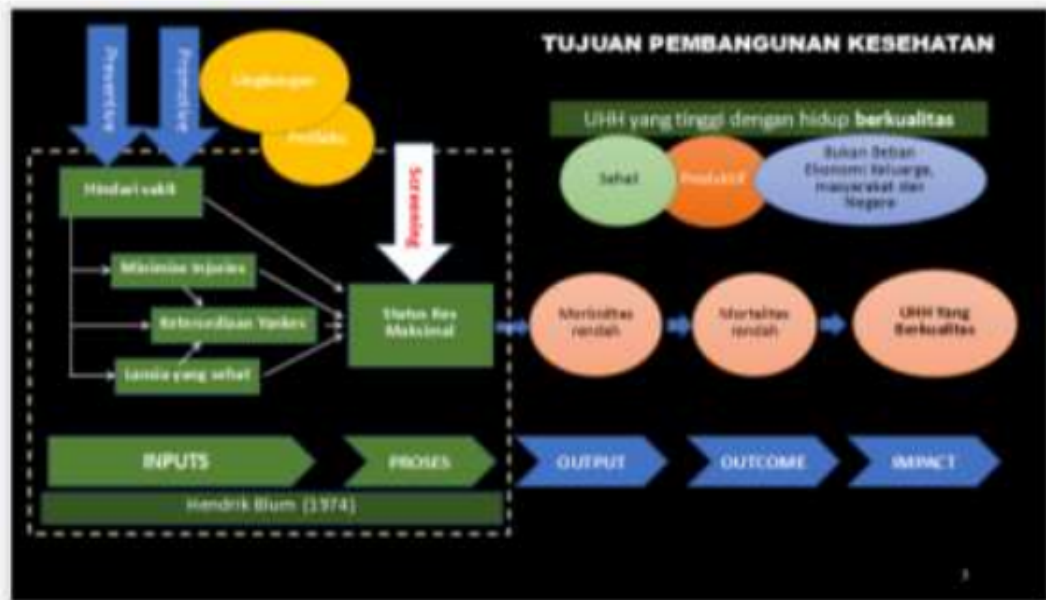
Tujuan UHH yang berkualitas dapat terwujud dengan cara menekan angka kematian dan kesakitan yang membutuhkan perawatan yang lama. Angka kematian dapat ditekan bila prevalensi kesakitan akibat penyakit dan *injury* akibat kecelakaan juga rendah. Transisi epidemiologi yang terjadi di Indonesia saat ini menyebabkan prevalensi kesakitan terbesar adalah PTM sehingga menjadi penyebab tingginya angka kematian sekaligus penyebab biaya perawatan medis yang lama dan mahal.

Kemajuan ilmu kedokteran dan teknologi pelayanan kesehatan yang semakin baik dan adanya JKN yang menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan memberikan dampak yang baik dalam memperpanjang UHH bagi penderita penyakit kronis namun sekaligus memberikan beban pembiayaan kepada negara dan masyarakat.

Upaya yang terbaik dalam mencapai UHH berkualitas adalah mencegah terjadinya PTM pada masyarakat. Kebijakan ini sangat strategis karena sesungguhnya PTM yang memberikan andil besar dalam menghambat tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional dapat dicegah, terlebih kebijakan program kesehatan saat ini lebih dititik beratkan pada upaya pencegahan (*preventive*) dan promotif (*promotive*).

Upaya preventif dan promotif dapat dilakukan oleh tenaga-tenaga kesehatan di Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Kalau selama ini pengelolaan kesehatan di UKBM

serahkan ke kader-kader kesehatan, maka dengan melihat trend transmisi epidemiologi maka sudah sepatutnya pengelolaan kesehatan diserahkan kepada tenaga-tenaga profesional yang memang mempunyai disiplin ilmu di bidang preventif dan promotif.



Gambar 7.3. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
(Sumber :Presentase Webinar Episode 3, 15 Juli 2020, Univ. Faletehen)

a. Tenaga Kesehatan Masyarakat Desa (TKMD)

Tenaga Kesehatan Masyarakat Desa (TKMD) adalah tenaga kesehatan profesional yang mempunyai disiplin ilmu di bidang pencegahan dan promosi kesehatan. TKMD adalah alumni-alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat (SKM) yang telah dididik dalam keilmuan upaya pencegahan dan promosi kesehatan di masyarakat sesuai kebutuhan dan kondisi lokal masyarakat setempat

b. Upaya Preventif dan Promotif

Upaya preventif adalah semua upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan bersama dengan masyarakat untuk

mencegah terjadinya penyakit atau komplikasi dari sebuah penyakit. Pencegahan dapat dilakukan dengan perilaku hidup sehat, lingkungan pemukiman dan perumahan sehat, modifikasi lingkungan dan pengambilan kebijakan yang pro terhadap kesehatan.

Promotif adalah upaya promosi dibidang kesehatan untuk mengajak masyarakat berperilaku sehat. Promosi dapat dilakukan melalui penyuluhan, pendidikan, pelatihan, peran serta masyarakat dan pengorganisasian masyarakat.

c. Skrining

Upaya preventif dan promotif dilakukan oleh TKMD di UKBM misalnya posyandu, posbindu, polindes dll. Kegiatan dimulai dengan melakukan pengukuran antropometri diantaranya mengukur tinggi badan (TB), berat badan (BB), tekanan darah (TD), kadar glukosa darah, lingkar perut, lingkar lengan atas (LILA).

Hasil pengukuran dianalisis oleh TKMD untuk menentukan status kesehatan seseorang apakah sehat, berisiko atau sakit. Masyarakat yang sehat diberikan atensi agar tetap menjaga kesehatannya. Masyarakat yang berisiko dipantau sehingga tidak berkembang menjadi sakit. Masyarakat yang sakit dirujuk ke fasyankes.

Misalnya, dari hasil pengukuran kadar glukosa darah menunjukkan angka normal maka diberi atensi agar tetap menjaga kesehatan dengan melakukan aktivitas fisik. Mereka yang sudah berisiko karena sudah prediabetes dipantau secara intensif agar tidak menjadi DM. Mereka yang DM dirujuk ke fasyankes untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut sehingga tidak berkembang menjadi komplikasi.

d. Pembiayaan

Upaya yang dilakukan oleh TKMD adalah bagian integrasi dari sistem pelayanan kesehatan nasional sehingga logis mendapatkan pembiayaan dari program JKN. TKMD

mendapatkan pembiayaan dengan sistem kapitasi, dibayar berdasarkan jumlah warga yang menjadi tanggungjawab TKMD.

Sistem ini dianggap efektif agar TKMD dapat menjaga kesehatan masyarakat secara optimal agar tetap sehat, dan apabila ada yang sakit maka biaya akan dikeluarkan oleh TKMD. Dengan demikian, maka makin banyak yang sehat maka makin banyak upah jasa yang didapatkan oleh TKMD, namun apabila banyak yang sakit maka TKMD mengeluarkan biaya lebih besar.

Makin banyak masyarakat yang sehat maka makin kecil biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh masyarakat dan negara. Penyakit-penyakit katastrofik yang selama ini menghabiskan biaya kesehatan dapat ditekan seminimal mungkin yang dimulai dari tingkat UKBM.

Skrining yang berhasil akan menemukan secara dini risiko penderita penyakit katastrofik sehingga dapat dilakukan upaya intervensi agar tidak berkembang menjadi penyakit yang kronis sekaligus dapat mencegah terjadinya komplikasi.

e. Dampak terhadap ekonomi masyarakat dan negara

Keberhasilan menekan prevalensi PTM membawa dampak ekonomi terhadap masyarakat dan negara. Negara melalui pengelola BPJS tidak lagi terbebani biaya perawatan medis yang mahal dan lama karena kasus-kasus penyakit katastrofik dampak keberhasilan bisa menekan kasus-kasus penyakit katastrofik.

Menekan prevalensi PTM yang berarti menekan angka kematian di Indonesia dengan demikian membantu mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan nasional berupa UHH yang maksimal dan berkualitas. Keberhasilan mengendalikan PTM juga membawa dampak melahirkan generasi bangsa yang unggul dan berdaya saing.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Herlina, Hidayat, D. R, and Supriadi, Dandi., 2019 *Anatomi Konflik Komunikasi dalam Penanganan Neglected Tropical Disease di Media Sosial.*, Ultimacomm: Jurnal Ilmu Komunikasi Vol. 11 (1), Hal.14-34
- Allen, Luke N., and Andrea B. Feigl., 2017., *What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases.* The Lancet Global Health Vol. 5 (2), Hal. 129-130.
- Amiruddin, M. Dali., 2010., *Penyakit kusta: sebuah pendekatan klinis.* Firstbox Media, 2019.
- Artikel detikHealth., Menkes Buka-bukaan 3 Penyakit yang Bikin Tekor BPJS Kesehatan., <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-6437638/menkes-buka-bukaan-3-penyakit-yang-bikin-tekor-bpjs-kesehatan>
- BPJS Kesehatan, 2020., Penyakit Katastropik Berbiaya Mahal, Media Info BPJS Kesehatan, Edisi 104, Jakarta.
- Djaja, Sarimawar., 2012., *Transisi Epidemiologi di Indonesia dalam Dua Dekade Terakhir dan Implikasi Pemeliharaan Kesehatan Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga, Surkesnas, Riskesdas (1986-2007).*, Indonesian Bulletin of Health Research., Vol. 40 (3). Hal. 20657.
- Eckel, R. H., Grundy, S. M., & Zimmet, P. Z., 2005., *The metabolic syndrome.*, The lancet., Vol. 365 (9468), Hal. 1415-1428.
- Hunter, David J., & K. Srinath Reddy., 2013., *Noncommunicable diseases.*, New England Journal of Medicine., Vol. 369 (14), Hal. 1336-1343.
- Ismah, Z., Harahap, N., Aurallia, N., & Pratiwi, D. A., 2021., *Buku Ajar Epidemiologi Penyakit Menular.*
- Kementerian Kesehatan RI., 2018., *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2018.*, Jakarta.

- Khariri, K & Saraswati, R D., 2021., *Transisi epidemiologi stroke sebagai penyebab kematian pada semua kelompok usia di Indonesia.*, Seminar Nasional Riset Kedokteran. Vol. 2. No. 1.
- Leger, Eleonor., 2010., *Prevalence of diabetes in African-American communities: Risk factors and prevention as a social disease.*
- Mutiara, Hanna & Anindita Anindita., 2016., *Filariasis: Pencegahan Terkait Faktor Risiko.*, Jurnal Majority Vol., 5 (3), Hal. 11-16.
- Omran, Abdel R., 1998., *The epidemiologic transition theory revisited thirty years later.*, World health statistics quarterly Vol. 53. (2, 3, 4), Hal. 99-119.
- Praptasuganda, Suparnadi., 1988., *Kasus Cedera di Indonesia.*, Indonesian Bulletin of Health Research., Vol. 16 (2), Hal. 20488.
- Retnaningsih, Ekowati., 2010., *Model Prediksi Prevalensi Obesitas Pada Penduduk Umur Diatas 15 Tahun di Indonesia.*, Publikasi Penelitian Terapan dan Kebijakan., Vol. 4 (1).
- Simanjuntak, Gindo., 1997., *Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit-penyakit Zoonosa New Emerging dan Re-emerging di Indonesia.*, Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 25 (3&4).
- Soenarta, A.A. et al., 2015. *Pedoman tatalaksana hipertensi pada penyakit kardiovaskular.* Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskuler, Vol. 1, hal.1-2.
- Vrisca, Visia., 2014., *Gambaran Penyakit Schistosomiasis japonicum Ditinjau dari Jarak Antara Rumah Anak yang Terinfeksi Dengan Danau Lindu.*, e-CliniC Vol. 2.(1).
- Wanananda, Andri., 2021., *Henrik Blum.*, Ebers Papyrus., Vol. 27.(1), Hal., 1-3.

- Waris, Lukman., 2020., *Tantangan Menghadapi Triple Burden Disease di Indonesia.*, disampaikan pada webinar episode 3., 15 Juli 2020., Universitas Faletahan Banten.
- Waris, L., Mihardja, L. K., Pratomo, H., Lampe, M., Soewondo, P., Djuwita, R., & Ronoatmodjo, S., 2018., *Understanding Pre-diabetic Life Style as a Determinant Factor of Type-2 Diabetes Mellitus in South Sulawesi Province, Indonesia.* Indian Journal of Public Health Research & Development Vol. 9. (3).
- World Health Organization., 2001., *National Burden of Disease Studies: A Practical Guide Edition 2.0, October 2001.*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO Geneva. [http://www.who.int/healthinfo/nationalburdenofdisease manual.pdf](http://www.who.int/healthinfo/nationalburdenofdisease/manual.pdf).
- Xu, K., Evans, D.B, Kawabata, K., Zeram dini, R., Klavus, J, dan Murray, C., 2003., *Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis*, Lancet Vol. 362, Hal. 111-117.

BAB 8

PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR

Oleh Rizki Amalia

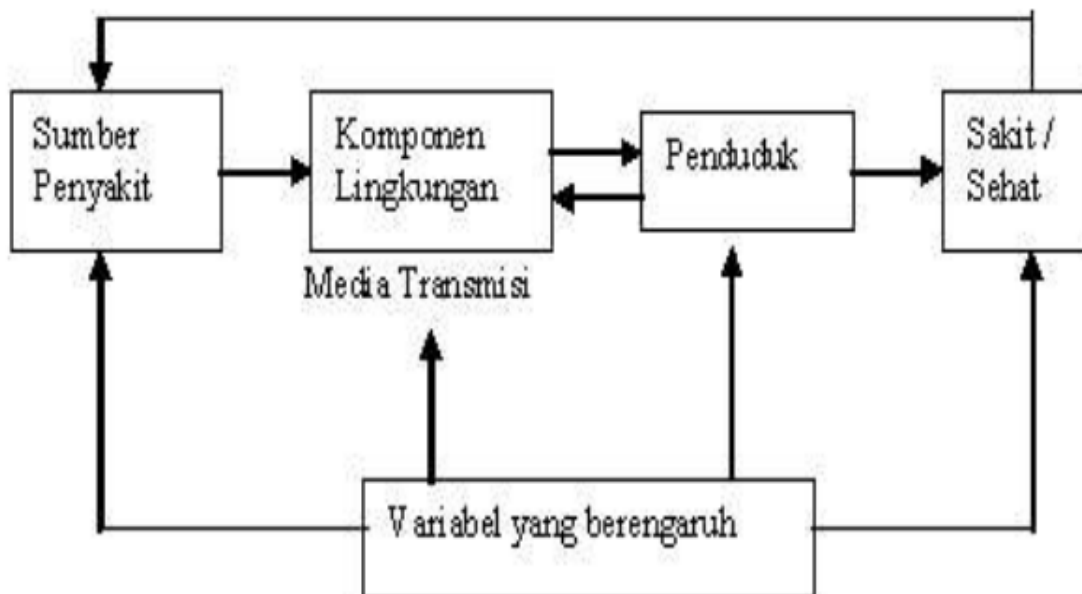
8.1 Pendahuluan

Penyakit Menular adalah penyakit yang dapat menular ke manusia yang disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur dan parasit. Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antardaerah maupun antarnegara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah.

Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus kepada terjadinya wabah. Wabah Penyakit Menular yang selanjutnya disebut Wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.

8.2 Hubungan Sebab Akibat Penyakit

Hubungan sebab akibat penyakit dalam penyakit menular menggunakan model segitiga epidemiologi (*Triangle Epidemiology*). Model ini terdiri dari tiga komponen utama, yaitu *host* (pejamu), *agent* (penyebab), dan *environment* (lingkungan). Dalam model ini, penyakit terjadi akibat ketidakseimbangan hubungan antara pejamu - lingkungan - penyebab. Ketidakseimbangan ini dapat terjadi oleh beberapa sebab (1) perilaku pejamu yang merusak lingkungan sehingga menguntungkan faktor penyebab; (2) pejamu dalam kondisi rentan sehingga mudah dikalahkan oleh agent walaupun jumlah agent dan kondisi lingkungan tetap; (3) ada peningkatan jumlah dan kualitas agent sehingga dapat mengalahkan host.



Gambar 8.1. Patogenesis Penyakit

1. Agent/Penyebab/sumber penyakit

Faktor penyebab (agent) penyakit adalah makhluk hidup atau tak hidup, bersifat nyata atau tidak nyata, yang dalam jumlah

tertentu dapat menimbulkan proses penyakit. Faktor penyebab diklasifikasikan menjadi:

- a. Biologis: virus, bakteri, riketsia, jamur, protozoa, parasit, dan manusia sendiri.
- b. Nutrient: protein, lemak, vitamin, mineral, karbohidrat, dan air.
- c. Kimia: internal (asam lambung, asam urat, glukosa darah, dan lainnya) dan eksternal (debu logam, gas buang kendaraan, pestisida, dan lainnya).
- d. Fisik: suhu, kelembaban, cahaya, getaran, bunyi, tekanan, kebisingan, dan udara.
- e. Mekanik: gesekan, benturan, bacokan, tarikan, dan tekanan.
- f. Alamiah: proses menua (degeneratif), haid, hamil, persalinan, pergantian gigi.
- g. Kejiwaan: perubahan emosional, depresi, kegembiraan.

2. *Host/pejamu*

Faktor pejamu (*host*) adalah individu (manusia atau binatang) yang ditempati agent dan timbul proses penyakit. Pada host terdapat faktor-faktor: umur, jenis kelamin, ras, genetik, zat gizi, status, pekerjaan, imunitas, kebiasaan, budaya, perilaku, dan kejiwaan. Hal tersebut dapat menentukan pejamu menjadi rentan (*susceptible*) atau tahan (*resistant*) terhadap penyakit.

3. *Environment/lingkungan*

Faktor lingkungan (*environment*) adalah sekumpulan (*aggregate*) dari kondisi luar yang berpengaruh terhadap kehidupan dan perkembangan mikroorganisme, manusia, dan masyarakat. Faktor lingkungan terdiri dari lingkungan luar (eksternal) dan dalam (internal). Lingkungan eksternal terdiri dari lingkungan fisik, biologik, dan sosial.

- a. **Lingkungan fisik** mencakup air, udara, tanah, iklim, cuaca, radiasi, getaran, suhu, tekanan, gesekan, musim, dan kelembaban. Faktor ini berbeda antara negara maju dengan negara berkembang.

- b. Lingkungan biologik berupa makhluk hidup yang berada di sekitar manusia, termasuk manusia itu sendiri. Masing-masing memiliki kemampuan untuk bertahan hidup (survival), adaptasi, dan simbiosis (hubungan saling membutuhkan).
- c. Lingkungan sosial merupakan interaksi kompleks antara budaya, sistem nilai, adat, kebiasaan, kepercayaan, sikap, moral, agama, pendidikan, pekerjaan, standar hidup, dan pola interaksi.
- d. Lingkungan internal dapat berupa faktor genetik, fisiologik (termasuk proses hormonal), dan psikologik. Penyakit lebih sering terjadi karena secara psikologis manusia gagal menyesuaikan lingkungan.

8.3 Jenis Penularan

1. Penularan langsung.

Adanya paparan agent/penyebab dari reservoir langsung ke pejamu potensial melalui jalan masuknya penyakit. Contoh penularan langsung orang ke orang: Hepatitis B, AIDS dan lain-lain.

2. Penularan tidak langsung melalui media transmisi.

a. Waterborne diseases

Penyakit yang ditularkan melalui air yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen. Jenis infeksi yang terutama ditularkan melalui kontak atau mengkonsumsi air yang terinfeksi. Frekuensi terbanyak penyakit ini ditularkan pada air tawar yang terkontaminasi. Infeksi umumnya didapatkan ketika melakukan kegiatan seperti selama mandi, mencuci, minum, pengolahan makanan, atau pada saat mengkonsumsi makanan. Kontaminan dalam air dapat berasal dari urine/faeces manusia atau Binatang. Waterborne disease pada umumnya terjadi bila kebutuhan

air minum dari sumber air permukaan, misal: sungai, danau, air hujan.

Penyebab/agent :

- 1) Agent Parasit : *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Schistosoma*, *Taenia*, *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*
- 2) Agent bakteri : *Chlostridium botulinum*, *Campylobacter jejuni*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae*, *Salmonella typhi*
- 3) Agent Virus : Rotavirus, Calicivirus, Enteric Adenovirus, Hepatitis A, Poliovirus

Mekanisme penularan penyakit

- 1) *Waterborne mechanism* : Kuman patogen dalam air yang dapat menyebabkan penyakit pada manusia ditularkan kepada manusia melalui mulut/sistem pencernaan. Seperti : kolera, tifoid, hepatitis, disentri dan poliomyelitis.
- 2) *Waterwashed mechanism* : Mekanisme penularan ini berkaitan dengan kebersihan umum dan perorangan.
Cara penularan :
 - Infeksi melalui alat pencernaan, seperti diare pada anak-anak
 - Infeksi melalui kulit dan mata, seperti scabies dan trachoma
 - Penularan melalui binatang pengerat seperti pada penyakit leptospirosis
- 3) *Water-based mechanism* : Penyakit yang ditularkan dengan mekanisme ini memiliki agent yang menjalani sebagian siklus hidupnya di dalam tubuh vektor atau sebagai intermediate host yang hidup di dalam air. Contohnya: schistosomiasis dan penyakit akibat *Dracunculus medinensis*.

4) *Water-related insect vector mechanism* : Agent penyakit ditularkan melalui gigitan serangga yang berkembang biak di dalam air. Contoh: filariasis, dengue, malaria dan yellow fever.

Pencegahan *waterborne diseases* :

- 1) Penggunaan air minum yang bersih dan aman, antara lain misalnya dengan selalu memasak air untuk keperluan konsumsi sehari-hari.
- 2) Disamping itu, upaya yang dapat dilakukan untuk memperoleh air minum yang bersih dan aman dilakukan dengan teknik pengolahan menggunakan chlorine, ozone, atau radiasi sinar ultra violet.
- 3) Pembuangan faeces yang aman, dengan berperilaku hanya buang air besar pada jamban sehat

b. *Foodborne diseases*

Foodborne disease adalah suatu penyakit yang merupakan hasil dari pencernaan dan penyerapan makanan yang mengandung mikroba (mikroorganisme) oleh tubuh manusia. Mikroorganisme tersebut dapat menimbulkan penyakit baik dari makanan asal hewan yang terinfeksi ataupun dari tumbuhan yang terkontaminasi. Makanan yang terkontaminasi selama proses atau pengolahan dapat berperan sebagai media penularan juga. Penularan *foodborne disease* oleh makanan dapat bersifat infeksi, yang berarti bahwa suatu penyakit disebabkan oleh adanya mikroorganisme yang hidup, biasanya berkembangbiak pada tempat terjadinya peradangan.

10

Gejala *foodborne diseases* diantaranya: Penyakit akibat bawaan makanan tidak memiliki suatu gejala khusus, melainkan masing-masing memiliki gejala yang berbeda-beda. Walaupun demikian, mikroba ataupun racun tersebut kesemuanya memasuki tubuh manusia melalui saluran

pencernaan (*gastrointestinal tract*) dan seringkali menyebabkan sebuah gejala disana. Jadi, rasa mual (*nausea*), muntah, nyeri kontraksi perut dan diare dapat dikatakan sebagai gejala umum yang tampak pada banyak penyakit yang ditularkan oleh makanan.

Makanan dapat terkontaminasi oleh mikroba karena beberapa hal antara lain: mengolah makanan dan minuman dengan tangan kotor, memasak sambil bermain dengan hewan piaraan, menggunakan lap kotor untuk membersihkan meja dan perabotan lainnya, dapur yang kotor, alat masak yang kotor, memakan makanan yang sudah jatuh ke tanah, makanan disimpan tanpa tutup sehingga serangga dan tikus dapat menjangkau, makanan yang masih mentah dan yang sudah matang disimpan secara bersama-sama dalam satu tempat, makanan dicuci dengan air kotor, pengolahan makanan yang menderita penyakit menular.

Penggolongan Foodborne Diseases:

- 1) *Food Infection (bacteria dan viruses)* atau makanan yang terinfeksi seperti terinfeksi *Salmonella, Shigella, Cholera, Tularemia, Tuberculosis, Brucellosis, Hepatitis*.
- 2) *Food Intoxication (bacteria)* atau keracunan makanan bakteri seperti *Staphylococcus food poisoning, Clostridium perfringens food poisoning, Botulism food poisoning, Vibrio parahaemolyticus food poisoning, Bacillus food poisoning*.
- 3) *Chemical Food Borne Illness* atau keracunan makanan karena bahan kimia, seperti *Cadmium, zink, insektisida* dan bahan kimia lain.
- 4) *Poisoning Plant and Animal* atau keracunan makanan karena hewan dan tumbuhan beracun, seperti jengkol, jamur, kentang, ikan buntal.

5) *Parasites* atau penyakit parasit seperti cacing *Taeniasis, Cysticercosis, Trichinosis* dan *Ascariasis*.

Berbagai jenis mikroba patogen dapat mencemari makanan yang akan menimbulkan penyakit. Penyakit karena patogen asal pangan dapat digolongkan menjadi dua kelompok, yaitu infeksi dan intoksikasi (keracunan). Infeksi adalah penyakit patogen dapat menginfeksi korbannya melalui pangan yang dikonsumsi. Dalam hal ini diakibatkan masuknya mikroba patogen ke dalam tubuh melalui makanan yang sudah tercemar mikroba. Intoksikasi merupakan keracunan pangan yang disebabkan oleh produk toksik patogen (baik itu toksin maupun metabolit toksin). Mikroba tumbuh pada makanan dan memproduksi toksin, jika makanan tertelan, maka toksin tersebut ¹⁰ng menyebabkan gejala bukan patogennya. Pola penyebarannya yaitu:

- 1) Bakteri yaitu melalui daging hewan mentah, *seafood* (makanan laut) seperti kerang-kerangan mentah
- 2) Virus yaitu melalui seperti kontak langsung dengan orang yang terinfeksi atau melalui konsumsi makanan dan minuman yang telah terkontaminasi
- 3) Jamur yaitu melalui makanan yang berasal dari tumbuhan seperti sayuran, kacang-kacangan yang tidak diolah secara maksimal.

Setelah mengkonsumsi makanan/minuman ada selang waktu hingga terjadinya gejala yang disebut masa inkubasi. Masa inkubasi ini tergantung dari pangan yang telah terkontaminasi oleh agent biologis atau kimianya. Pada umumnya bahan kimia lebih cepat menimbulkan gejala biasanya kurang dari satu jam. Sedangkan bahan biologis tergantung jenis patogennya, bisa dalam selang waktu jam, hari ataupun minggu. Selama inkubasi, patogen tersebut melewati lambung, usus halus

dan biasanya menempel pada dinding usus halus dan mulai memperbanyak sel. Beberapa patogen akan tetap di dinding usus tersebut, ada yang menghasilkan racun dan racunnya terserap pada aliran darah, dan beberapa patogen ada yang menginvasi beberapa jaringan yang lebih dalam lagi. Gejala yang timbul bervariasi. Beberapa patogen dapat menyebabkan gejala yang mirip, antara lain diare, kejang perut, dan mual. Banyak patogen memiliki kesamaan dalam gejala dan harus dibuktikan melalui uji laboratorium.

7 Pencegahan yang bisa dilakukan diantaranya, pemeriksaan hewan/ternak di peternakan/rumah potong hewan. Ternak-ternak yang akan dipotong harus berasal dari peternakan yang bebas penyakit. Peningkatan personal hygiene mulai dari pekerja kandang, petugas rumah potong hewan, penjual daging, pekerja pada industri makanan, juru masak sampai kepada konsumen. Pengawasan terhadap kebersihan/sanitasi lingkungan di peternakan, rumah potong hewan, alat transportasi, ruang pengolahan, peralatan dapur atau pengolahan makanan dan peralatan saji. Pengolahan makanan (daging, susu, telur dan produknya) secara higienis dengan pemanasan yang cukup, pasteurisasi, dan atau sterilisasi. Penyimpanan bahan pangan dengan baik. Bahan baku segar seperti sayuran, daging, susu sebaiknya disimpan dalam lemari pendingin. Makanan cepat basi disimpan dalam suhu dingin, 7isahkan raw material dengan makanan sudah matang. Diagnosa infeksi melalui pemeriksaan laboratorium guna menentukan jenis organisme penyebabnya. Perawatan penyembuhan terhadap penyakit bawaan makanan. Jenis perawatan disesuaikan dengan jenis penyakit bawaan makanan yang diderita, dan bergantung dari gejala yang dirasakan.

c. Airborne diseases

Penyakit yang penularannya melalui udara. Penyakit menular yang tersebar ketika tetesan patogen dikeluarkan ke udara, misalnya karena batuk bersin atau berbicara. Penyakit menular dengan cepat dan berpotensi menimbulkan wabah. Penyakit ini pada umumnya menular melalui saluran pernafasan.

Transmisi air borne adalah bentuk transmisi dimana penularan terjadi melalui media secara rutin dibawa masuk ke dalam tubuh melalui udara, makanan atau cairan. Penularan air borne biasanya terjadi ketika tetesan (droplet paling sering mukosa) pada udara sebagai Aerosol (tetesan sangat kecil) dan terkait dengan partikel debu.

Penyakit air borne yang paling umum dan menjadi perhatian adalah : Meningitis, Cacar air, Tuberkulosis (TB), Influenza. Penyebaran bibit penyakit melalui "Port d'entre" yang sesuai, biasanya saluran pernafasan. Aerosol berupa partikel ini sebagian atau keseluruhannya mengandung mikro organisme. Partikel ini bisa tetap melayang-layang diudara dalam waktu yang lama sebagian tetap infeksius dan sebagian lagi ada yang kehilangan virulensinya. Partikel yang berukuran 1 - 5 micron dengan mudah masuk kedalam alveoli dan tertahan disana. Percikan (droplet) dan partikel besar lainnya tidak dianggap sebagai penularan melalui udara (airborne).

Penularan melalui saluran pernafasan dengan cara :

- 1) *Direct droplet* : penderita bersin dan langsung terhirup oleh calon penderita
- 2) *Direct airborne* : droplet menjadi kering dan terkena angin lalu terhirup
- 3) *Indirect airborne* : droplet menempel di debu dan menjadi kering sehingga berhamburan ke udara dan terhirup oleh pejamu.

Cara Pemberantasan :

1) Penderita :

- Pengobatan
- Isolasi
- Edukasi

2) Contact Person :

- Imunisasi
- Profilaksi
- Proteksi
- Peningkatan Imunitas
- Edukasi

3) Lingkungan :

- Rumah sehat
- Usahakan cahaya matahari masuk ke dalam ruangan
- Desinfeksi lantai, alat dan sebagainya
- Aerasi ruangan

d. *Vectorborne diseases*

Vektor adalah binatang/organisme/serangga yang dapat menularkan, memindahkan, atau menyebarkan penyakit dari orang sakit ke orang yang tidak sakit. yang tidak menyebabkan penyakit tetapi menyebarkannya dengan membawa patogen dari satu inang ke yang lain. Vektor Penyakit : Arthropoda yang dapat memindahkan/ menularkan suatu "infectious agent" dari sumber infeksi kepada induk semang yang rentan (*susceptible host*). Vektor penyakit merupakan organisme hidup yang dapat menularkan agent penyakit dari satu hewan ke hewan lain atau ke manusia

Peran Vektor Penyakit dalam Kesehatan :

- 1) Menularkan atau memindahkan penyakit disebut vektor
- 2) Menyebabkan penyakit (parasit atau agent)
- 3) Mengandung dan menghasilkan zat racun (toksin)

- 4) Menimbulkan dan menyebabkan gangguan (nuisance)
- 5) Menimbulkan rasa takut atau ngeri (entomophobia)

Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit di Indonesia telah teridentifikasi terutama terkait dengan penyakit menular tropis (*tropical diseases*), baik yang endemis maupun penyakit menular potensial wabah. Mengingat beragamnya penyakit-penyakit tropis yang merupakan penyakit tular Vektor dan zoonotik, maka upaya pengendalian terhadap Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit menjadi bagian integral dari upaya penanggulangan penyakit tular Vektor, termasuk penyakit-penyakit zoonotik yang potensial dapat menyerang manusia.

8. Mekanisme penularan penyakit

1) Penularan Mekanik

- Penularan mekanik berlangsung karena kuman penyakit terbawa dengan perantara alat-alat tubuh vektor.
- Kuman penyakit dalam tubuh serangga tidak bertambah banyak ataupun berubah bentuk.
- Pada penularan penyakit melalui vektor secara mekanik, maka agen dapat berasal dari tinja, urine maupun sputum penderita hanya melekat pada bagian tubuh vektor dan kemudian dapat dipindahkan pada makanan atau minuman pada waktu hinggap/menyerap makanan tersebut.
- Contoh :
 - a) Lalat Tabanus melalui probosisnya menularkan basil Anthrax dan Trypanosoma evansi
 - b) Lalat rumah (*Musca domestica*) dengan perantara kaki dan badannya, menularkan telur cacing dan bakteri

2) Penularan Biologis

- Penularan biologis berlangsung dengan bertindak sebagai tuan rumah(host), berarti adanya kelanjutan hidup kuman penyakit yang dipindahkan.
- Penularan penyakit melalui vektor secara biologis, agen harus masuk kedalam tubuh vektor melalui gigitan ataupun melalui keturunannya.
- Selama dalam tubuh vektor, agen berkembang biak atau hanya mengalami perubahan morfologis saja, sampai pada akhirnya menjadi bentuk yang infeksi melalui gigitan, tinja atau cara lain untuk berpindah ke pejamu potensial.
- Pada penularan penyakit melalui vektor secara biologis, perubahan bentuk atau perkembangbiakan agen dibedakan sebagai berikut:
 - a) *Propagative transmission*
Agen berkembang biak di dalam tubuh vektor tanpa mengalami perubahan stadium.
Contoh : Yersinia pestis (agen pes) di dalam tubuh pinjal (flea) Xenopsyllacheopis. Pinjal sebagai vektor bisa mati oleh Yersinia pestis.
 - b) *Cyclo propagative transmission.*
Agent mengalami perubahan stadium dan perkembangbiakan didalam tubuh vektor.
Contoh : Plasmodium (agen malaria) di dalam tubuh nyamuk Anopheles.
 - c) *Cyclo developmental transmission.*
Agent mengalami perubahan stadium hingga mencapai stadium infeksi di dalam tubuh vektor tetapi tidak mengalami perkembangbiakan.
Contoh : Cacing filaria di dalam tubuh nyamuk dengan genus Mansonia dan Anopheles, serta spesies nyamuk Culex quinquefasciatus

d) *Transovarian/Hereditary* (keturunan).

Generasi yang terkena infeksi tidak menularkan penyakit pada manusia, tetapi menularkan pada anaknya. Penularan terjadi melalui generasi berikutnya.

Contoh: Penyakit Scrub thypus yang disebabkan oleh *Rickettsia tsutsu gamushi* dari tikus. *Trombicula akamushi* (sejenis tungau atau mites)

Pengendalian *vector borne diseases*.

Penyakit tular vektor ditularkan dari manusia ke manusia atau dari hewan ke manusia oleh serangga, yaitu nyamuk dan pinjal. Upaya pengendalian vektor telah dilaksanakan di Indonesia sejak enam dasa warsa yang lalu. Upaya ini mencakup deteksi jenis vektor nyamuk dan serangga lainnya yang berpotensi menularkan penyakit tular vektor. Upaya ini juga diperkuat dengan kegiatan surveilans vektor untuk memantau perkembangan dan penyebarannya.

Ada 6 penyakit tular vektor yang masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia, yaitu : Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Filariasis, Chikungunya, Japanese Encephalitis, dan Pes. Penyakit-penyakit ini berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) dan pengendaliannya merupakan prioritas Pembangunan Kesehatan.

Dengan demikian apabila diketahui cara bagaimana penyakit itu menular, maka dapat dijalankan usaha - usaha yang tepat untuk menghilangkan sumber infeksi, dan memutuskan rantai penularan penyakit. Sehingga dapat mengurangi kejadian (incidence) penyakit menular.

8.4 Penanggulangan Penyakit Menular

Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antar daerah maupun antar negara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah.

a. Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan dilakukan melalui beberapa kegiatan :

- 1) Promosi kesehatan;
- 2) Surveilans kesehatan;
- 3) Pengendalian faktor risiko; ditujukan untuk memutus rantai penularan dengan cara: perbaikan kualitas media lingkungan; pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit; rekayasa lingkungan.
- 4) Penemuan kasus; meliputi dua cara :
 - Penemuan kasus aktif ; kegiatan penemuan kasus dipopulasi umum dimana tenaga Kesehatan melakukan kunjungan rumah penderita atau yang memiliki factor risiko
 - Penemuan kasus pasif ; kegiatan penemuan kasus pada pelayanan Kesehatan, dimana tenaga Kesehatan menunggu pasien yang datang ke pelayanan Kesehatan.
- 5) Penanganan kasus;
- 6) Pemberian kekebalan (imunisasi) ; untuk mencegah dan menangkal terjadinya penyakit tertentu. Suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu antigen, sehingga jika terpapar oleh antigen yang sama tidak terjadi infeksi. Pencegahan dengan vaksin relatif lebih baik; namun proses pembuatan vaksin sejak munculnya penularan atau infeksi; cukup lama dan punya perjalanan panjang dengan berbagai tahapan.

Pembuatan vaksin selain memakan waktu yang lama juga memerlukan biaya tinggi, dimulai dengan identifikasi virus atau mikroorganisme, pembuatan, percobaan pada hewan, percobaan pada manusia, sampai dinyatakan aman untuk digunakan sebagai vaksin.

7) Pemberian obat pencegahan secara massal;

8) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat;(PHBS), meliputi :

- Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS);
- Pemberantasan jentik nyamuk;
- Menggunakan air bersih untuk keperluan rumah tangga;
- Mengonsumsi makanan Gizi Seimbang;
- Melakukan Aktivitas Fisik setiap hari;
- Menggunakan jamban sehat;
- Menjaga dan memperhatikan kesehatan reproduksi; dan
- Mengupayakan kondisi lingkungan yang sehat.

9) Mengurangi Kontak yaitu mengurangi kontak dengan orang yang sakit dan mengurangi kontak dengan binatang pembawa penyakit. Perilaku mengurangi kontak antara lain : mengenakan masker, menjaga jarak, dan tidak mengunjungi tempat yang sedang terdapat wabah.

a. Berdasarkan prevalensi/kejadian kesakitan dan karakteristik Penyakit Menular, target program Penanggulangan Penyakit Menular meliputi:

- 1) Reduksi; merupakan upaya pengurangan angka kesakitan dan/atau kematian terhadap Penyakit Menular tertentu agar secara bertahap penyakit tersebut menurun sesuai dengan sasaran atau target operasionalnya.

- 2) Eliminasi; merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan.
- 3) Eradikasi. merupakan upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan melalui pemberantasan dan eliminasi untuk menghilangkan jenis penyakit tertentu secara permanen sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat secara nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Fahmi Achmadi, Umar. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan* (ed.1-2). Jakarta: Rajawali Perss. 2012.
- Juli Soemirat Slamet; *Epidemiologi Lingkungan*; Yogyakarta; Gadjah Mada University Press. 2006.
- Anies A. *Managemen Berbasis Lingkungan*; Jakarta; Komputindo. 2006.
- Anies A. *Penyakit Berbasis Lingkungan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media. 2015.
- Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular. 2014

BAB 9

KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESELAMATAN KERJA

Oleh Darmin

9.1 Pendahuluan

Visi dan misi hidup sehat merupakan cita-cita masyarakat. Sumber daya manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomi merupakan modal dalam mendukung pembangunan nasional, termasuk pembangunan kesehatan. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, keinginan dan kemampuan setiap orang untuk hidup sehat, sehingga terwujud kesehatan masyarakat yang sebesar-besarnya. Kesehatan merupakan investasi pembangunan sumber daya manusia (SDM). Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diperlukan upaya kesehatan yang terintegrasi dan menyeluruh dengan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan dapat dipandang sebagai kualitas lingkungan yang sehat, baik secara fisik, kimiawi, biologis maupun sosial, yang memungkinkan tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap individu. Kesehatan lingkungan dilaksanakan melalui upaya kesehatan, keselamatan dan pengendalian yang diterapkan di hampir semua lingkungan, baik pemukiman, rekreasi/wisata, tempat kerja, maupun tempat atau fasilitas umum.

9.1.1 Pengertian Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan faktor risiko lingkungan untuk mencapai kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, dan sosial, yang memungkinkan setiap individu dan masyarakat mencapai kesehatan yang optimal. Kesehatan lingkungan juga dapat diartikan sebagai keadaan lingkungan yang optimal atau sebagai kondisi yang juga berpengaruh positif terhadap tercapainya keadaan optimal (Notoadmodjo, 2003). Tujuan kesehatan lingkungan adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan semua bahaya dan ancaman terhadap kesehatan dan kesejahteraan manusia, untuk menerapkan langkah-langkah pencegahan melalui pengelolaan sumber daya lingkungan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan standar hidup masyarakat, dan untuk bekerja sama dan mengintegrasikan program yang dilaksanakan di dalam masyarakat dan lembaga pemerintah serta lembaga swadaya masyarakat untuk tanggap bencana atau wabah penyakit (Sumantri, 2017).

9.1.2 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas

Pelaksanaan pekerjaan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perseorangan dilakukan di Puskesmas sebagai pusat kesehatan pertama sebagai penunjang primer dan upaya preventif, dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitasi. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya preventif, aktif, dan kuratif yang dilaksanakan secara terpadu, prosedural/sistematis, dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal di tempat kerja. wilayah masing-masing Puskesmas.

Pelayanan kesehatan lingkungan adalah rangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan lingkungan yang berkualitas,

sehat, baik secara fisik, kimia, biologi, maupun sosial untuk mencegah penyakit atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh faktor risiko lingkungan. Kualitas media lingkungan dapat mempengaruhi timbulnya penyakit dan gangguan kesehatan di masyarakat. Oleh karena itu, setiap puskesmas harus memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada pasien, yang juga mencakup pekerjaan pelayanan kedokteran lingkungan. Bentuk pelayanan kesehatan lingkungan puskesmas adalah sebagai berikut:

A. Konseling

Layanan konseling ditawarkan kepada pasien yang menderita faktor risiko lingkungan. Pelayanan konseling dilaksanakan secara terpadu dengan pelayanan pengobatan dan rehabilitasi. Layanan konseling diberikan oleh staf Kelling dengan menggunakan bahan ajar, contoh dan berbagai media informasi, baik cetak maupun elektronik. Fokus utama konsultasi adalah pada masalah kesehatan klien/pasien. Tahapan konsultasi adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

- Menyiapkan tempat yang aman, nyaman dan tenang untuk klien atau pasien.
- Menyiapkan daftar pertanyaan yang akan digunakan untuk memperoleh informasi yang diperlukan dari pasien atau klien.
- Mempersiapkan media dan alat peraga seperti poster, flipboard, brosur, maket (rumah sehat, toilet sehat, dll) dan alat peraga lainnya sesuai kebutuhan untuk memudahkan pelayanan konseling kepada pasien atau klien.

2. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan konseling, tenaga kesehatan lingkungan menggali berbagai informasi kepada pasien atau

keluarganya,. Informasi ataupun data yang diperlukan seperti data individu atau keluarga dan data lingkungan, perilaku atau kebiasaan pasien/klien, kondisi kualitas kesehatan lingkungan, dugaan penyebab, serta saran dan rencana tindak lanjut. Ada enam prosuderu dalam melaksanakan konseling yang biasa disingkat dengan "SATU TUJU" yaitu : SA = Salam, Sambut, T = Tanyakan, U = Uraikan, TU = Bantu, J = Jelaskan, U = Ulangi.

B. Inspeksi Kesehatan Lingkungan

Inspeksi kesehatan lingkungan adalah rangkaian kegiatan pemeriksaan dan pengamatan langsung terhadap instrumen lingkungan yang dirancang untuk memantau dan mengendalikan kesesuaian dengan norma, standar, dan baku mutu dalam masyarakat, untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat. Pemeriksaan kesehatan lingkungan dilakukan berdasarkan hasil konseling pasien untuk mencegah penyebaran penyakit dan infeksi serta morbiditas yang disebabkan oleh faktor risiko lingkungan. Inspeksi kesehatan lingkungan secara berkala dilakukan sehubungan dengan wabah/KLB (kejadian luar biasa) dan program kesehatan masyarakat lainnya. Pemeriksaan kesehatan lingkungan dilakukan oleh tenaga kesehatan, ahli entomologi dan mikrobiologi. Pelaksanaan pemeriksaan kesehatan lingkungan mengharuskan petugas puskesmas untuk memimpin program atau mengundang petugas dari puskesmas pembantu, rumah sakit atau bidan. Peran profesional kesehatan lingkungan dan inspeksi kesehatan lingkungan lintas program adalah sebagai berikut:

- Sinergisitas dan terintegratif, upaya promotif, preventif dan kuratif.
- Melakukan kunjungan rumah dalam rangka monitoring dan memberikan konseling

- Melakukan lokakarya mini untuk melaporkan jika dilapangan 5 menemukan penderita penyakit karena faktor risiko lingkungan

Inspeksi Kesehatan Lingkungan dapat dilakukan pada berbagai media seperti media air, udara, tanah, pangan, sarana 5 an bangunan, vektor dan binatang pembawa penyakit. Adapun metode Inspeksi kesehatan lingkungan dilakukan dengan cara atau metode yaitu sebagai berikut:

- ✚ Pengamatan fisik media lingkungan

- ✓ Air

5 Pengamatan terhadap sarana yang digunakan dan kepemilikan sarana dalam penyediaan air minum dan air untuk keperluan hygiene sanitasi, selain itu juga dilakukan pengamatan terhadap kualitas air secara fisik untuk memastikan air minum tidak berasa, berwarna, atau berbau.

- ✓ Udara

Pengamatan terhadap 5 ap ketersediaan ventilasi agar ada sirkulasi udara, luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai, sementara khusus ventilasi dapur minimal 20% dari luas lantai dapur agar asap keluar dengan sempurna.

- ✓ Tanah

Pengamatan kualitas tanah yang dapat menjadi salah satu sebab media penularan penyakit.

- ✓ Pangan

Pengamatan terhadap bahan, pengolahan, penyimpanan, masak, pengangkutan, dan penyajian makanan agar kualitas media pangan, yang hygiene sanitasi.

- ✓ Sarana dan Bangunan 5

Pengamatan terhadap kualitas bangunan dan sarana tempat tinggal pasien, seperti kondisi atap,

langit-langit, dinding, lantai, jendela, pencahayaan, jamban, sarana pembuangan air limbah, dan sarana pembuangan sampah sementara.

✓ **Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit**

Pengamatan terhadap vektor dan binatang pembawa penyakit seperti tempat berkembang biaknya jentik dan nyamuk yang dapat berpotensi menyebabkan penyakit DBD atau penyakit lainnya yang dapat disebabkan oleh vektor atau binatang.

5 **Pengukuran media lingkungan di tempat.**

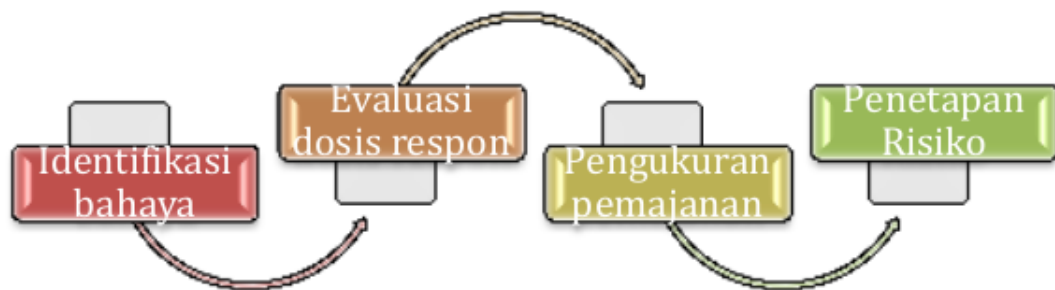
Pengukuran media lingkungan di tempat bertujuan untuk mengetahui kualitas media lingkungan. Proses pengukuran dilakukan dengan cara pengambilan sampel yang dibutuhkan untuk pemeriksaan lanjutan di laboratorium.

5 **Uji laboratorium**

Uji laboratorium dilakukan untuk mengetahui jika hasil pengukuran in situ membutuhkan penegasan lebih lanjut, maka perlu dilakukan uji laboratorium pada laboratorium yang terakreditasi.

5 **Analisis risiko kesehatan lingkungan.**

Analisis risiko kesehatan lingkungan bertujuan untuk mengkaji dan menelaah secara mendalam dalam rangka upaya mengenal, memahami, dan memprediksi kondisi dan karakteristik lingkungan yang berpotensi terhadap timbulnya risiko kesehatan. Analisis risiko kesehatan lingkungan juga dilakukan untuk mencermati besarnya risiko. Upaya analisis risiko kesehatan lingkungan dapat dilakukan dengan pola sebagai berikut:



Gambar 9.1. Analisis risiko kesehatan lingkungan

9.2 Keselamatan Kerja

Setiap Tenaga Kerja atau Tenaga Kesehatan berhak mendapat perlindungan atas keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional (UU No 1 Tahun 1970).

9.2.1 Pengertian keselamatan kerja

Keselamatan kerja adalah terciptanya kondisi kerja yang aman dengan peralatan keselamatan, penerangan yang baik, lantai dan tangga bebas dari air, minyak, nyamuk dan pemeliharaan persediaan air yang baik (Agus, 1989). Keselamatan kerja adalah perlindungan kesejahteraan fisik, yang tujuannya adalah untuk mencegah kecelakaan atau cedera di tempat kerja (Malthis dan Jackson, 2002). Kesehatan kerja adalah keadaan tidak adanya gangguan fisik, emosional, mental, atau sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja (Mangkunegara, 2001). Keselamatan kerja bertujuan untuk menciptakan kondisi yang aman bagi karyawan dengan menjaga lingkungan kerja agar karyawan dapat menikmati pekerjaannya. Rasa aman dalam bekerja sangat penting bagi karyawan untuk memperbaharui motivasinya dalam bekerja (Rahmawati, 2007).

10.2.2 Tujuan keselamatan kerja

Menurut Suma'mur (1993), tujuan dari keselamatan kerja adalah:

- a. Menjamin keselamatan dan kesehatan kerja terhadap setiap tenaga kerja
- b. Setiap perlengkapan dan peralatan kerja digunakan sebaik-baiknya
- c. Memelihara keamanan semua hasil produksi
- d. Menjamin pemeliharaan dan peningkatan gizi pegawai
- e. Meningkatkan kegairahan, keserasian kerja dan partisipasi kerja
- f. Mencegah gangguan kesehatan atau penyakit akibat kerja yang disebabkan oleh lingkungan kerja
- g. Memberi rasa aman dan terlindungi pekerja dalam bekerja.

9.2.2 Syarat-syarat keselamatan kerja

Upaya pencegahan dan penanggulangan kecelakaan kerja baik pada sektor formal maupun informal bertujuan untuk mencegah terjadinya risiko kecelakaan dengan mengimplementasikan berbagai syarat-syarat keselamatan kerja yaitu sebagai berikut:

- a. Menghindari dan mengurangi kecelakaan dengan menerapkan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3)
- b. Cegah, kurangi, dan padamkan kebakaran dengan menyiapkan alat pemadam kebakaran, tangga darurat, dan pintu darurat.
- c. Mencegah dan mengurangi risiko ledakan dengan mengidentifikasi potensi bahaya kesehatan dan keselamatan serta mengelola risikonya.
- d. Keadaan darurat bencana memberikan kesempatan atau cara untuk menyelamatkan diri jika terjadi kebakaran atau kejadian berbahaya lainnya

- e. Berikan pertolongan pertama yang cepat dan akurat kepada pekerja/karyawan/dan/atau orang lain di tempat kerja yang sakit atau cedera saat bekerja. Pertolongan pertama adalah tindakan pertolongan dan pengobatan sementara bagi korban kecelakaan sebelum mendapat pertolongan penuh dari dokter atau paramedis.
- f. Penyediaan alat pelindung diri (APD) gratis untuk pekerja, dan APD akan disediakan sesuai standar.
- g. Mencegah dan mengendalikan munculnya atau penyebaran suhu, kelembaban, debu, kotoran, asap, uap, gas, angin, cuaca, cahaya atau radiasi, suara dan getaran
- h. Mencegah dan menanggulangi terjadinya Occupational Disorders (OCD) dengan menciptakan lingkungan kerja yang sehat, aman dan nyaman demi terwujudnya karyawan yang sehat, aman dan produktif.
- i. Pelaksanaan sistem penerangan/pencahayaan (lighting/iluminasi) sesuai persyaratan keselamatan kerja (K3).
- j. Menjaga suhu dan kelembaban yang baik sesuai standar yang berlaku
- k. Sediakan ventilasi yang cukup untuk sirkulasi udara
- l. Menjaga kebersihan, kesehatan dan ketertiban di lingkungan kerja
- m. Keselarasan antara tenaga kerja dengan peralatan kerja yang digunakan, lingkungan, metode kerja dan proses yang aman dan tidak berbahaya.
- n. Mengamankan dan mempercepat pengangkutan orang, hewan, tumbuhan atau barang
- o. Manajemen aset dengan mengamankan dan memelihara bangunan dari segala jenis hal.
- p. Mengamankan dan mempercepat pekerjaan bongkar muat, menangani dan menyimpan barang
- q. Cegah paparan arus listrik berbahaya dengan

menempelkan simbol atau label peringatan

- r. Sesuaikan dan tingkatkan keselamatan kerja di mana risiko kecelakaan meningkat.

9.2.3 Kewajiban dan hak tenaga kerja

- a. Memberikan informasi yang benar ketika diminta oleh seorang manajer atau spesialis keselamatan kerja.
- b. Gunakan alat pelindung diri yang diperlukan sesuai dengan risiko tempat kerja dan sifat pekerjaannya.
- c. Amati dan patuhi semua persyaratan kesehatan dan keselamatan yang diwajibkan.
- d. Meminta manajemen untuk mematuhi semua persyaratan kesehatan dan keselamatan yang diwajibkan.
- e. Penolakan untuk bekerja di tempat kerja di mana persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja dan perlengkapan perlindungan diri yang diperlukan dipertanyakan, kecuali pengawas memutuskan sebaliknya dalam kasus khusus dalam kerangka kerja yang wajar.

9.2.4 Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Akibat Kerja

Pengkajian risiko (*risk assesment*), hirarki pengendalian (*hierarchy of control*) dapat secara efektif dan efisien dalam meminimalisir risiko dan probabilitas kecelakaan kerja pada karyawan. (Djarmiko, R. D. (2016).

- a. Eliminasi (*Elimination*) Yaitu eliminasi terhadap berbagai sumber bahaya atau Menghilangkan setiap potensi bahaya yang terdapat dilingkungan kerja.
- b. Substitusi (*Subtitution*) yaitu pengendalian bahaya dengan cara mengganti bahan, proses, dan alat yang memiliki potensi bahaya terhadap tenaga kerja.
- c. Teknik (*Engineering*) yaitu pengendalian terhadap mesin dengan memodifikasi atau perancangan alat dan mesin

yang lebih aman.

- d. Administratif (*Administrative*) yaitu pengendalian bahaya melalui regulasi atau kebijakan seperti pelatihan K3, SOP, Jadwal kerja, dan jadwal istirahat.
- e. Alat Pelindung Diri (APD) yaitu pengendalian bahaya dengan cara melindungi sebagian atau seluruh bagian tubuh dengan menggunakan alat pelindung diri yang diwajibkan sesuai risiko pada masing-masing pekerjaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Djatmiko, R. D. 2016. *Keselamatan dan kesehatan kerja*. Deepublish.
- Notoadmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan.
- Sumantri, A. 2017. *Kesehatan Lingkungan*, Penerbit Kencana, Depok.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan Di Puskesmas.
- Malthis, Robert dan Jackson. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Salemba 4.
- Suma'mur. 1993. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*. Jakarta: Gunung Agung.
- Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: Rosda.
- Rachmawati, Ike Kusdyah. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Andi.
- Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja.

BAB 10

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Ryryn Suryaman Prana Putra

10.1 Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem memiliki banyak pengertian, diantaranya adalah sistem merupakan gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan. Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien. Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Utami dkk, 2015).

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 menjelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (Anonim). Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 yang tertuang dalam Undang-Undang tentang Kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan (*health care*

service) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan (Komalawati, 1999).

Sistem pelayanan kesehatan adalah bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dimana melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan cara efektif, efisien dan tepat sasaran keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan diantaranya perawat, dokter, atau tim kesehatan lain yang saling menunjang. Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, para perawat diharapkan juga dapat memberikan layanan secara berkualitas (Abram dkk, 2017).

Sistem pelayanan kesehatan merupakan sistem, terutama organisasi, yang didirikan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan populasi sasaran. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sistem pelayanan kesehatan dapat berfungsi dengan baik jika memiliki mekanisme pembiayaan, tenaga kerja yang terlatih dengan baik dan dibayar dengan memadai, informasi yang dapat diandalkan yang menjadi dasar pengambilan keputusan dan kebijakan, fasilitas kesehatan yang terpelihara dengan baik untuk memberikan obat-obatan yang berkualitas, dan teknologi. Sistem pelayanan kesehatan yang efisien berkontribusi pada ekonomi, pembangunan, dan industrialisasi suatu negara. Sejak lama, pelayanan kesehatan dianggap sebagai penentu penting dalam meningkatkan kesehatan fisik dan mental, serta kesejahteraan penduduk di seluruh dunia (WHO, 2019).

Pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem terdiri dari sub sistem pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rawat inap, rawat jalan dan sebagainya. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan diantaranya perawat, dokter atau tim

kesehatan lain yang satu dengan yang lain saling menunjang. Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai yang ada di masyarakat (Utami dkk, 2015).

10.2 Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan

Komponen sistem pelayanan kesehatan adalah (Utami dkk, 2015) :

1. *Input* (masukan). Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Seperti sistem pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga kesehatan, sarana kesehatan dan lainnya.
2. *Process* (proses). Suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut, sebagaimana contoh dalam sistem pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.
3. *Output* (keluaran). Hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Dalam sistem pelayanan kesehatan hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas, efektif, efisien, serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien bisa mendapatkan kesembuhan dan kesehatan.
4. *Outcome* (dampak). Merupakan akibat yang dihasilkan dari output (keluaran). Setelah hasil dicapai sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan, maka dampaknya akan menjadikan masyarakat sehat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian adanya pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat.
5. *Feedback* (umpan balik). Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi.

Umpan balik dalam sistem pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan yang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat.

6. Lingkungan. Lingkungan disini adalah semua keadaan di luar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan. Lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan strategis, atau situasi kondisi sosial yang ada di masyarakat seperti institusi di luar pelayanan masyarakat.

10.3 Ruang Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan

Ruang lingkup system pelayanan kesehatan menurut Utami (2015) adalah sebagai berikut :

1. *Tertiary Health Service* : tenaga ahli/ sub spesialis (rumah sakit tipe A atau B).
2. *Secondary Health Care* : rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis.
3. *Primary Health Care* : puskesmas balai kesehatan.

Sistem pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health*) (Utami dkk, 2015). Pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan juga menjelaskan pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

1. Pelayanan Kesehatan Perseorangan (*Medical Service*). Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, dan praktik mandiri.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Service*). Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

10.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Masalah Kesehatan Masyarakat adalah multi kausal sehingga pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau praktiknya mempunyai bentangan yang luas. Semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat. Selain upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier yang di kalangan dokter dan praktisi kesehatan masyarakat dikenal sebagai lima tingkat pencegahan, juga dikenal empat tahapan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat, empat tahapan itu (Rossenberg, Me⁶y and Annest, 1998 dalam Utami dkk, 2015) :

- a. Apa masalahnya (surveillance). Identifikasi masalah, apa masalahnya, kapan terjadinya, dimana, siapa penderitanya, bagaimana terjadinya, kapan hal itu terjadi apakah ada kaitannya dengan musim atau periode tertentu.
- b. Mengapa hal itu terjadi (identifikasi faktor risiko). Mengapa hal itu lebih mudah terjadi pada orang tertentu, faktor apa yang meningkatkan kejadian (faktor risiko) dan faktor apa yang menurunkan kejadian (faktor protektif).
- c. Apa yang berhasil dilakukan (evaluasi intervensi). Atas dasar kedua langkah terdahulu, dapat dirancang upaya yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah,

menanggulangi dengan segera penderita dan melakukan upaya penyembuhan dan pendampingan untuk menolong korban dan menilai keberhasilan tindakan itu dalam mencegah dan menanggulangi masalah.

- d. Bagaimana memperluas intervensi yang efektif itu (implementasi dalam skala besar). Setelah diketahui intervensi yang efektif, tindakan selanjutnya bagaimana melaksanakan intervensi itu di berbagai tempat dan setting serta mengembangkan sumber daya untuk melaksanakannya.

Dalam perkembangan selanjutnya, seolah-olah terjadi dikotomi antara kelompok kedua profesi, yaitu pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*), dan pelayanan pencegahan/preventif (*preventive health care*) (Utami dkk, 2015):

a. Pendekatan Kuratif

- 1) Dilakukan terhadap sasaran secara individual.
- 2) Cenderung bersifat reaktif (menunggu masalah datang, misal dokter menunggu pasien datang di puskesmas/tempat praktek).
- 3) Melihat dan menangani klien/ pasien lebih kepada sistem biologis manusia/ pasien hanya dilihat secara parsial (padahal manusia terdiri dari biopsikososial yang terlihat antara aspek satu dengan lainnya).

b. Pendekatan Preventif

- 1) Sasaran/ pasien adalah masyarakat (bukan perorangan).
- 2) Menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu masalah datang, tetapi mencari masalah. Petugas turun di lapangan/masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah dan melakukan tindakan.

- 3) Melihat klien sebagai makhluk yang utuh, dengan pendekatan holistik. Terjadi penyakit tidak semata karena terganggunya sistem biologis tapi aspek biopsikososial.

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut (Utami dkk, 2015):

- a. Pemberantasan Penyakit, baik Menular maupun Tidak Menular
- b. Perbaikan Sanitasi Lingkungan
- c. Perbaikan Lingkungan Pemukiman
- d. Pemberantasan Vektor
- e. Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat
- f. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
- g. Pembinaan Gizi Masyarakat
- h. Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum
- i. Pengawasan Obat dan Minuman
- j. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Pengendalian penyakit menular ini dimungkinkan karena orang mengetahui antara lain berbagai cara penularannya. Cara penularan dapat terjadi secara langsung, yaitu kontak langsung antara penderita dengan orang yang peka. Atau pun secara tidak langsung, yaitu lewat suatu media, seperti air, udara, makanan, tanah, pakaian, serangga, tangan, dan seterusnya. Untuk kepentingan pemberantasan yang menggunakan strategi menghilangkan cara transmisi penyakit, maka penyakit seringkali dikelompokkan atas dasar cara penyebarannya. Hal ini sangat penting untuk mencegah menjalarnya penyakit dari satu daerah ke daerah lain. Di sinilah pentingnya peran kesehatan lingkungan, yakni mencegah menyebarnya penyakit lewat lingkungan. Adapun

pengelompokan tersebut adalah sebagai berikut (Utami dkk, 2015)

:

- a. Penyakit bawaan air dan makanan (*water and food-borne diseases*)
- b. Penyakit bawaan udara (*air borne diseases*)
- c. Penyakit bawaan tanah
- d. Penyakit bawaan vektor (*vector borne diseases*)

Program pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan vaksinasi yang benar dan teratur. Pencegahan penyakit menular melalui 3 cara yaitu eliminasi, memutus siklus, dan imunisasi (vaksinasi). Prinsip “Mencegah lebih baik dan murah daripada mengobati” dapat dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, khususnya dapat dilakukan dengan 3 cara pendekatan yaitu (Utami dkk, 2015):

- a. Menghilangkan reservoir, yaitu menghilangkan reservoir manusia sebagai sumber penyebaran penyakit.
- b. Mengisolasi penderita (pasien), yaitu menempatkan pasien di tempat yang khusus untuk mengurangi kontak dengan orang lain.
- c. Karantina adalah membatasi ruang gerak penderita dalam jangka waktu tertentu dan menempatkannya bersama-sama penderita lain yang sejenis pada tempat yang khusus didesain untuk itu.

Memutus mata rantai penularan penyakit dengan melakukan pemberantasan penyakit pengendalian vektor dan hospes penyakit. Vektor adalah hewan yang berperan membawa atau menularkan suatu penyakit, tetapi agen penyebab penyakit tersebut tidak mengalami perkembangbiakan pada tubuh hewan tersebut. Sebagai contoh lalat menularkan penyakit disentri. Nyamuk *Aedes aegypti* menularkan demam berdarah Dengue (DBD). Pengendalian vektor dan hospes penyakit dapat dilakukan

dengan berbagai cara baik secara mekanik, khemis, dan biologis (Utami dkk, 2015) :

- a. Secara mekanik dengan memberantas tempat hidup (sarang) yang disukai vektor dan hospes penyakit tersebut. Sebagai contoh program 3M (menguras, menutup, dan mengubur).
- b. Secara khemis dengan menggunakan obat-obatan pembasmi vektor dan hospes penyakit tersebut. Sebagai contoh pemberantasan nyamuk dengan menggunakan insektisida (DDT), larvisida (abate) dan sebagainya.
- c. Secara biologis dengan menggunakan predator (hewan pemangsa) vektor dan hospes penyakit tersebut. Sebagai contoh pemberantasan nyamuk menggunakan ikan, bakteri, cacing, dan jenis nyamuk lainnya.
- d. Secara terpadu yaitu menggunakan ketiga cara tersebut bersamaan. Cara terpadu merupakan cara pengendalian vektor dan hospes penyakit yang terbaik dan efektif. Meningkatkan sanitasi lingkungan dan hygiene perorangan adalah merupakan usaha yang penting untuk memutus hubungan atau mata rantai penularan penyakit menular. Desinfektansia ialah zat-zat kimia yang dapat membunuh hama-hama penyakit dan jasad-jasad renik lainnya. Misalnya karbol, formalin, sublimat, kaporit, yodium, alkohol dan lain-lain.

Melindungi masyarakat dari penyakit dengan imunisasi. Imunisasi berasal dari kata imun yang berarti kebal. Anak diimunisasi, berarti diberikan vaksin untuk merangsang timbulnya kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu sesuai dengan jenis vaksin yang diberikan. Oleh karena itu, seseorang yang divaksinasi kebal terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Vaksin ialah suatu perbenihan kuman-kuman yang sudah dibunuh atau dilemahkan. Imunisasi bertujuan untuk

merangsang timbulnya kekebalan dari dalam tubuh dengan memasukkan vaksin. Jadi tujuan vaksinasi dengan vaksin ialah untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit yang bersangkutan. Kadar antibodi di dalam darah lambat laun akan menurun. Karena itu penyuntikan dengan vaksin-vaksin perlu diulangi dan suntikan ulangan ini tergantung pada macamnya vaksin. Imunisasi atau vaksinasi hanya diberikan kepada orang-orang yang sehat saja. Kekebalan terhadap suatu penyakit menular dapat digolongkan menjadi 2, yakni (Utami dkk, 2015) :

- a. Kekebalan tidak spesifik adalah pertahanan tubuh pada manusia yang secara alamiah dapat melindungi badan dari suatu penyakit. Misalnya kulit, air mata, cairan-cairan khusus yang keluar dari perut (usus) dan adanya refleks-refleks tertentu, misalnya batuk, bersin dan sebagainya.
- b. Kekebalan spesifik dapat diperoleh dari 2 sumber, yakni:
(1) Genetik, kekebalan yang berasal dari sumber genetik.
(2) Kekebalan dari vaksin.

Pada dasarnya ada 2 jenis imunisasi, yaitu (Utami dkk, 2015) :

- a. Imunisasi pasif (*Passive Immunization*). Imunisasi pasif adalah immunoglobulin. Jenis imunisasi ini dapat mencegah penyakit campak (measles pada anak-anak).
- b. Imunisasi aktif (*Active Immunization*). Imunisasi yang diberikan pada anak adalah DPT untuk mencegah penyakit-penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Polio untuk mencegah penyakit poliomyelitis. Campak untuk mencegah penyakit campak (measles). BCG untuk mencegah penyakit TBC.

10.5 Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Sistem Pelayanan Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh layanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mengatasi hal itu pada tahun 2004 di keluarkan UU No. 40 Tahun 2004 bahwa jaminan sosial wajib seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Negara dengan layanan kesehatan primer yang kuat dan berkualitas akan mampu menciptakan sistem layanan kesehatan yang bermutu. Pemerintah Indonesia telah menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan peran sistem pelayanan Primer yang vital dalam memenuhi hajat sehat masyarakat luas. Sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan Nasional, kedudukan tenaga kesehatan di layanan primer yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya. Pelayanan kesehatan primer, penguatan sistem kesehatan juga dilakukan melalui sistem rujukan yang efektif, layanan yang kuat di rumah sakit (IDI, 2016).

Pada tanggal 1 Januari 2016 masuklah Indonesia ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang baru yang disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem ini merombak pelayanan kesehatan di Indonesia di berbagai tingkat pelayanan dari primer, sekunder dan tertier. Syarat supaya sistem ini bisa berjalan adalah penataan sistem rujukan yang mengedepankan pelayanan kesehatan primer sebagai ujung tombak sistem pelayanan pada JKN. Beberapa permasalahan yang muncul pada awal JKN dengan keluarnya Permenkes 455 tahun 2013 dimana peran Profesi tidak diakomodasi terpecahkan dengan keluarnya Permenkes 252 tahun 2016 yang memasukkan peran profesi dalam pelaksanaan JKN. Masalah lain yang menjadi akar permasalahan JKN adalah premi

yang tidak sesuai dengan nilai keekonomian, terutama premi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang mencakup lebih dari 60 % peserta JKN. Rendahnya besaran premi ini tentu akan sangat berpengaruh dengan kualitas layanan di lapangan. Untuk masalah kompetensi dokter usulan IDI ditingkatkan dengan P2KB yang terstruktur dan terjangkau. Permasalahan yang mendesak diselesaikan saat ini adalah redistribusi kepesertaan dari FKTP pemerintah ke klinik dan praktek perseorangan seperti diatur dalam Perpres 29 tahun 2016 (IDI, 2016). 4

Dijelaskan sebelumnya bahwa syarat supaya sistem pelayanan kesehatan yang baru yang disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini bisa berjalan adalah penataan sistem rujukan yang mengedepankan pelayanan kesehatan primer sebagai ujung tombak sistem pelayanan pada JKN. Tanggung jawab yang besar pada Pelayanan Kesehatan Primer ini seharusnya diikuti dengan penguatan pada kualitas pelayanan dengan menekankan bukan hanya pada peningkatan kompetensi dokter tetapi juga pada ketersediaan obat dan alkes, perbaikan sarana dan prasarana, perbaikan tata kelola dan tentunya penghargaan yang adil dan layak pada jerih payah dokter. Dengan ini diharapkan kualitas layanan primer akan lebih baik, dengan angka rujukan seperti yang diharapkan sehingga tercipta kendali mutu-kendali biaya dengan tetap mengutamakan keselamatan pasien (IDI, 2016). 4

Pelayanan kesehatan primer memiliki fungsi utama yakni mengatasi masalah kesehatan yang belum jelas batasnya, mengobati penyakit ringan, mengelola penyakit kronis, mencegah penyakit dan melakukan promosi kesehatan. Berbagai masalah kesehatan tersebut merupakan masalah kesehatan sehari-hari yang ada di masyarakat dan mencakup lebih dari 90% masalah kesehatan individu dan keluarga, dan probabilitas kejadiannya besar. Pelayanan kesehatan primer merupakan pondasi dan bagian terbesar dari sistem ini berfungsi sebagai mitra masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat, memelihara kesehatan dan

sebagian besar masalah kesehatan sehari-hari, oleh sebab itu tempatnya harus sedekat mungkin dengan masyarakat yang dilayani dokter di fasilitas kesehatan pelayanan primer sebagai gate keeper untuk memenuhi sebagian besar kebutuhan kesehatan masyarakat (upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif). Di era Jaminan Kesehatan Nasional termasuk fasilitas kesehatan primer (tingkat pertama) terdiri dari Puskesmas, Praktek Dokter Mandiri, Praktek Dokter Gigi, dan Klinik Pratama (IDI, 2016).

Sistem pelayanan kesehatan primer terjadi perubahan fundamental di era JKN antara lain :

- a. Pelayanan kesehatan dari komoditas (hanya dapat dinikmati oleh yang mampu membeli) menjadi hak setiap penduduk NKRI.
- b. Pembiayaan kesehatan *fee for service, ot of pocket* dan *multi payers* menjadi *pre payment* dan *single payer*.
- c. Sistem pelayanan kesehatan dan sistem rujukan tidak terstruktur menjadi terstruktur.

Untuk keberhasilan JKN faktor pencetus yang perlu diperhatikan adalah (IDI, 2016) :

- a. Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama bermutu dan dokter yang bertugas di pelayanan primer yang handal dan tersebar merata di seluruh NKRI.
- b. Biaya kapitasi yang masih rendah diharapkan ada penghitungan ulang kapitasi sesuai nilai keekonomian.
- c. Rayonisasi atau regionalisasi fasilitas kesehatan sesuai pola rujukan.
- d. Perkuat upaya kesehatan masyarakat (UKM) dengan cara mempermudah regulasi pendirian FKTP non pemerintah dan kerjasama FKTP non pemerintah dengan BPJS.
- e. Pengaturan FKTP dan dokter belum merata.
- f. Distribusi peserta JKN dan FKTP tidak seimbang, sebagian besar terdaftar di Puskesmas. Perlunya redistribusi peserta

JKN dan FKTP pemerintah ke non pemerintah dan dokter praktek mandiri, perbaikan kualitas layanan, tekan angka rujukan.

10.6 Transformasi Sistem Kesehatan

Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2022 melalui paparan dalam Program Prioritas Nasional Tahun 2022 menjelaskan mengenai komitmen untuk melakukan transformasi sistem kesehatan yang terdiri dari 6 pilar transformasi penopang Kesehatan Indonesia. Dalam paparan tersebut dijelaskan mengenai visi Presiden Republik Indonesia untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan. Maka ditetapkanlah outcome RPJMN bidang Kesehatan yakni (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi
- b. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat
- c. Memperbaiki pengendalian penyakit
- d. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)
- e. Memperkuat sistem kesehatan & pengendalian obat dan makanan

Enam pilar transformasi penopang Kesehatan Indonesia yang dipaparkan dalam dalam Program Prioritas Nasional Tahun 2022 adalah (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Transformasi Layanan Primer.
 - 1) Edukasi Penduduk. Tujuh kampanye utama: imunisasi, gizi seimbang, olahraga, anti rokok, sanitasi & kebersihan lingkungan, skrining penyakit, kepatuhan pengobatan.
 - 2) Pencegahan Primer. Penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen dan perluasan cakupan di seluruh Indonesia

- 3) Pencegahan Sekunder. Skrining 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di tiap sasaran usia, skrining stunting, & peningkatan ANC untuk Kesehatan ibu & bayi.
 - 4) Meningkatkan Kapasitas dan Kapabilitas Layanan Primer. Pembangunan Puskesmas di 171 kecamatan, penyediaan 40 obat esensial, pemenuhan SDM Kesehatan primer.
- b. Transformasi Layanan Rujukan. Meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder & tersier. Pembangunan rumah sakit di Kawasan Timur, jejaring pengampunan 6 layanan unggulan, kemitraan dengan world's top health care.
 - c. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan.
 - 1) Meningkatkan Ketahanan Sektor Farmasi & Alat Kesehatan. Produksi dalam negeri 14 vaksin rutin, top 10 obat, top 10 alkes by volume & by value.
 - 2) Memperkuat Ketahanan Tanggap Darurat. Jejaring nasional surveilans berbasis lab, tenaga cadangan tanggap darurat, *table top exercise* kesiapsiagaan krisis.
 - d. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan. Regulasi pembiayaan Kesehatan dengan 3 tujuan: tersedia, cukup, dan berkelanjutan; alokasi yang adil; dan pemanfaatan yang efektif dan efisien.
 - e. Transformasi SDM Kesehatan. Penambahan kuota mahasiswa, beasiswa dalam & luar negeri, kemudahan penyeteraan nakes lulusan luar negeri.
 - f. Transformasi Teknologi Kesehatan. Pengembangan dan pemanfaatan teknologi, digitalisasi, dan bioteknologi di sektor kesehatan.

Empat komponen utama yang menjadi fokus pengembangan rumah sakit BLU melalui transformasi system layanan kesehatan memiliki tujuan yakni rumah sakit yang

memberikan pelayanan minimal setara level Asia (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Perbaikan Pengalaman Pasien. Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien.
- b. Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan. Meningkatkan produktifitas kerja dengan melakukan perbaikan system remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan.
- c. Peningkatan Mutu Layanan Klinis. Standardisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan clinical pathway, serta peningkatan riset medis.
- d. Peningkatan Tata Kelola Rumah Sakit. Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan.

Penguatan upaya preventif di layanan primer terus dilakukan melalui 3 program utama termasuk skrining 14 penyakit prioritas (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Imunisasi Rutin
 - 1) Dari 11 menjadi 14 jenis vaksin yaitu BCG, DPT-Hib, HepB, MMR/MR, Polio (OPV-IPV), TT/DT/td, JE, HPV, PCV, Rotavirus.
 - 2) Kanker Serviks merupakan satu-satunya kanker yang bisa dicegah dengan imunisasi *Human Papillomavirus* (HPV).
 - 3) Pneumonia dan diare merupakan 2 dari 5 penyebab tertinggi kematian balita di Indonesia yang dapat dicegah dengan imunisasi (PCV dan Rotavirus).
- b. Perluasan Deteksi Dini. Screening penyakit penyebab kematian tertinggi di setiap sasaran usia:
 - 1) Hipotiroid kongenital
 - 2) Talasemia

- 3) Anemia
 - 4) Stroke
 - 5) Serangan jantung
 - 6) Hipertensi
 - 7) Penyakit paru obstruksi kronik
 - 8) Tuberkulosis
 - 9) Kanker paru
 - 10) Hepatitis
 - 11) Diabetes
 - 12) Kanker payudara
 - 13) Kanker serviks
 - 14) Kanker usus
- c. Peningkatan Kesehatan Ibu Dan Anak.
- 1) Pemantauan tumbuh kembang anak di Posyandu dengan alat antropometri terstandar.
 - 2) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dari 4 kali menjadi 6kali, termasuk 2kali USG dengan dokter pada trimester 1 dan 3.

Kemenkes melakukan transformasi di layanan kesehatan primer melalui 4 inisiatif utama (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Jaringan & Struktur
 - 1) Revitalisasi jaringan dan struktur layanan kesehatan primer yakni Puskesmas dan Posyandu serta UKBM lainnya. Termasuk pola kerja dan interaksi/rujukan antar tingkatan.
 - 2) Revitalisasi jaringan dan struktur Laboratorium untuk fungsi kesehatan masyarakat (deteksi dini dan surveilans).
- b. Standardisasi Layanan
 - 1) Integrasi paket layanan kesehatan primer menurut kebutuhan siklus hidup untuk tiap tingkatan pelayanan.

- 2) Standardisasi dan peningkatan pelayanan untuk memperkuat fungsi layanan primer, misalnya ANC menjadi 6 kali, termasuk 2 kali USG dengan dokter; Screening 14 penyakit prioritas, termasuk Tuberkulosis dan Penyakit Tidak Menular; Peningkatan i⁶unisasi menjadi 14 jenis antigen; dan Pelaksanaan intervensi spesifik untuk penurunan stunting (misalnya pemantauan tumbuh kembang, ⁶emberian Tablet Tambah Darah)
 - 3) Standardisasi dan integrasi layanan Labkesmas untuk tiap tingkatan.
- c. Edukasi Kesehatan
- 1) Penguatan peran kader sebagai agen pemberdayaan kesehatan masyarakat.
 - 2) Penguatan kampanye-kampanye dan gerakan-gerakan, terutama untuk program prioritas misalnya stunting.
 - 3) Penggunaan platform edukasi terintegrasi melalui media sosial untuk menjangkau masyarakat secara ⁶ luas.
- d. Digitalisasi. Integrasi sistem informasi secara digital untuk mendukung pelaporan layanan secara real-time serta pengawasan capaian program dan beban penyakit secara detail (untuk tiap program dan tiap tingkatan daerah).

Merujuk pada standar WHO, Kemenkes melakukan transformasi Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas) yang dibedakan menjadi 5 tingkatan (Kemenkes RI, 2022) :

- a. Laboratorium Puskesmas
- b. Labkesda Kabupaten/ Kota
- c. Labkesda Provinsi
- d. Laboratorium Regional

DAFTAR PUSTAKA

- 4
IDI. 2016. Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Primer “Mewujudkan Sistem Pelayanan Nasional yang Berorientasi Pelayanan Primer dalam Menuju *Universal Coverage* dan Memenangkan Persaingan di Era Globalisasi”. Jakarta : Ikatan Dokter Indonesia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. *Program Prioritas Nasional Tahun 2022*. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Orpa Ovelia Abram, Johnny Hanny Posumah, & Novie R. A. Palar. 2017. *Sistem Pelayanan Kesehatan Puskesmas Akelamo Di Kecamatan Sahu Timur Kabupaten Halmahera Barat*
- Veronica Komalawati. 1999. *Hukum dan Etika Dalam Praktik Dokter*. Bandung : Pustaka Sinar Harapan
- Veronica Komalawati. 2002. *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien)*. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti
- 2
Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Utami, Tri Niswati and Nur'aini, Nur'aini and Zurimi, Suardi. 2015. *Perspektif Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Deepublish, Yogyakarta. ISBN 978-602-280-906-7
- World Health Organization. 2019. "*Health Topics: Health Systems*". www.who.int. World Health Organization.

BAB 11

PROMOSI KESEHATAN DAN PERILAKU KESEHATAN

Oleh Nur Sri Atik

11.1 Promosi Kesehatan

Mengubah perilaku individu atau masyarakat untuk mencapai kesehatan yang optimal merupakan tantangan besar bagi para profesional promosi kesehatan. Hal ini memerlukan berbagai strategi atau model untuk mencapai promosi kesehatan dan mengubah perilaku individu atau masyarakat. Perilaku individu itu sendiri merupakan faktor yang sangat penting yang mempengaruhi keadaan kesehatan seseorang. Selain faktor perilaku yang mempengaruhi tingkat kesehatan individu, ada juga faktor genetik, lingkungan, dan kesehatan (Hasnidar et al., 2020). Faktor-faktor ini saja tidak mempengaruhi tingkat kesehatan individu atau komunitas. Keempat faktor tersebut saling melengkapi dalam mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan masyarakat. Artinya, praktik promosi kesehatan harus mampu mempromosikan keempat faktor tersebut secara optimal (Hulu et al., 2021).

11.1.1 Konsep Promosi Kesehatan

Green, L.W. dan Kreuter (2005) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai pendekatan pendidikan, politik (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan ramah kesehatan dan kondisi kehidupan bagi individu, kelompok, atau komunitas. Didefinisikan sebagai kombinasi dari inisiatif. Promosi kesehatan juga dipahami sebagai perilaku yang dimotivasi oleh

keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan manusia (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

WHO mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan orang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan mereka. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2005), Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 (Tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit) menyatakan bahwa rumusan promosi kesehatan harus merupakan proses yang memberdayakan masyarakat. Mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta berperan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan menuju kesehatan yang optimal.

11.1.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Susilowati (2016) menjelaskan bahwa tujuan promosi kesehatan dapat dilihat dari segi berikut:

Menurut WHO

1. Tujuan Umum : Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan
2. Tujuan Khusus
 - a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bermakna bagi masyarakat
 - b. Membantu individu untuk mengambil tindakan, baik secara individu maupun kelompok, untuk mencapai tujuan hidup sehat
 - c. Mendorong Pembangunan dan Pemanfaatan yang Tepat dari Fasilitas Perawatan Kesehatan yang Ada

Menurut Lawrence Green, Tujuan Promosi Kesehatan terdiri dari tiga tingkatan tujuan.

1. Tujuan Program: Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam waktu tertentu yang berhubungan dengan derajat kesehatan.

2. Tujuan Pendidikan: merupakan deskripsi tindakan yang akan dicapai untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada.
3. Tujuan Perilaku: Pengajaran atau pembelajaran ditujukan untuk mencapai perilaku yang diinginkan. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan dan sikap.
4. Tujuan Intervensi: Perilaku dalam Promosi Kesehatan dapat mengurangi perilaku kesehatan yang negatif, dapat meningkatkan perilaku positif kesehatan dan mencegah penurunan kesehatan positif.

11.1.3 Komponen promosi kesehatan

Promosi kesehatan terdiri dari tiga komponen yaitu pendidikan kesehatan, perlindungan kesehatan dan pencegahan penyakit (Tannahill, 2009).

Para ahli dan WHO menjabarkan ketiga faktor tersebut sebagai berikut:

1. Berdayakan individu, keluarga, dan kelompok untuk membuat keputusan kesehatan yang terinformasi.
2. Penanggulangan Penyakit Suatu kegiatan atau rangkaian kegiatan yang bersifat preventif yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan dengan tujuan untuk menghindari dan mengurangi risiko dan akibat buruk penyakit. Kegiatan pencegahan penyakit digunakan untuk mencegah penyakit di masa depan dan menjaga kesehatan individu dan masyarakat. Tindakan pencegahan didefinisikan sebagai intervensi yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu dan mengurangi kejadian dan prevalensinya dalam populasi.
3. Perlindungan Kesehatan Tindakan yang dilakukan oleh seseorang dengan maksud khusus untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit secara dini, atau memaksimalkan kesehatan dalam keadaan sakit.

Tujuan perlindungan kesehatan adalah untuk mengurangi kemungkinan bahwa individu atau komunitas akan terpapar bahaya lingkungan atau berperilaku tidak aman atau tidak sehat. Intervensi bertujuan untuk mencegah orang sakit atau menjadi sakit dengan membangun mekanisme perlindungan. Perlindungan kesehatan di era kesehatan masyarakat modern terutama difokuskan pada pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan perlindungan dari radiasi, bahan kimia, dan bahaya lingkungan.

1

11.1.4 Prinsip promosi kesehatan

Menurut Mubarak (2012), prinsip promosi kesehatan meliputi:

1. Promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya (*the process of enabling people to control over and improve their health*), lingkup yang lebih luas dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan
2. Promosi kesehatan adalah setiap upaya untuk mengubah/memperbaiki perilaku kesehatan yang melibatkan upaya untuk mempengaruhi lingkungan dan hal-hal lain yang berdampak signifikan terhadap peningkatan perilaku dan kualitas kesehatan.
3. Promosi kesehatan juga mengacu pada upaya yang bersifat promosi sebagai perpaduan antara upaya preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam satu pendekatan kesehatan yang menyeluruh.
- 2
4. Promosi kesehatan yang selanjutnya disebut gerakan pemberdayaan masyarakat juga harus dibarengi dengan upaya advokasi dan dukungan sosial, disamping menekankan pentingnya pendekatan pendidikan artinya Di rumah/rumah (tempat tinggal kita), sekolah (tempat kami belajar), tempat kerja (tempat kami bekerja), tempat umum

- (tempat kami bermain dan melakukan segalanya), dan fasilitas kesehatan (tempat kami berada)
5. Peran kemitraan lebih ditekankan dalam promosi kesehatan. Peran ini didasarkan pada keadilan, keterbukaan (transparency) dan saling menguntungkan (mutual benefit). Kemitraan ini akan dikembangkan oleh pemerintah dan masyarakat, termasuk sektor swasta dan lembaga swadaya masyarakat, lintas program dan sektor.
 6. Promosi kesehatan juga lebih menekankan pada proses dan upaya tanpa meremehkan pentingnya hasil dan output kegiatan.

11.1.5 Metode Promosi Kesehatan

Dalam pelaksanaannya Promosi Kesehatan sendiri berkaitan erat dengan strategi ataupun metode dalam pelaksanaannya guna mencapai tujuan Promosi Kesehatan sebagaimana yang telah direncanakan dan yang dikehendaki dalam berbagai situasi ataupun kondisi yang dihadapi.

Menurut *World Health Organization* (WHO) Promosi Kesehatan (PROMKES) adalah suatu proses yang mempunyai tujuan untuk memberdayakan satu individu atau kelompok dalam meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kesehatannya sendiri dan meningkatkan status kesehatan berdasarkan filsafat atau pemahaman yang jelas tentang arti dan penerapan pemberdayaan diri (*self empowerment*) dalam kehidupan.

Sejak Lahirnya promosi kesehatan pada tahun 1980-an, PROMKES telah bertumbuh dan berkembang sehingga memiliki peranan yang cukup besar dalam memengaruhi perubahan status kesehatan satu individu yang dapat dimulai dari pembentukan dan perubahan pola perilaku yang berdampak pada satu peningkatan dalam kualitas hidup baik terhadap satu individu maupun kelompok masyarakat luas (World Health Organization, 2017).

1 Menurut perumusan dalam panduan buku ajar yang disusun oleh PPSDMK KEMENKES RI, dalam pengembangan dan pelaksanaan Metode dibagi ke dalam kriteria yang berbeda sesuai dengan kebutuhan metode belajar yang dibagi menjadi (Pusdik SDM 2016):

1. **Metode Individual (Perorangan)** Menurut fungsinya dalam Pendidikan atau penyuluhan kesehatan, metode ini dirancang dengan sifat individual yang bertujuan untuk digunakan dalam membina perilaku baru, atau membina satu individu yang menunjukkan sikap ketertarikan terhadap suatu inovasi atau perubahan pola perilaku. Misalnya membina seorang ibu yang baru saja menjadi peserta (akseptor) dalam satu kegiatan promosi Kesehatan, atau seorang ibu yang sedang hamil dan tertarik dengan informasi mengenai imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengar kan penyuluhan kesehatan.

Pendekatan bagi ibu untuk menjadi change seeker (penerima terus menerus) atau partisipasi ibu hamil berdasarkan informasi yang diperoleh melalui program yang diikutinya. Diimplementasikan dengan pendekatan individual. Pribadi atau personal disini maksudnya bukan hanya ibu yang bersangkutan, tetapi juga mungkin suami atau keluarga ibu. Dasar dari pendekatan individu adalah bahwa setiap orang memiliki masalah dalam hidup karena alasan yang berbeda. Itu bisa datang dari penerimaan yang berbeda dan perilaku baru. Metode atau metode ini harus digunakan untuk memastikan bahwa praktisi medis mengetahui dan dapat membantu. Pendekatan yang dapat dilakukan adalah melalui bimbingan, konseling dan wawancara

2. **Secara Kelompok.** Dalam menentukan tindakan kelompok sebagai strategi untuk digunakan, ukuran atau besarnya kelompok sasaran dan tingkat pendidikan formal individu

sasaran harus dipertimbangkan dan kebutuhan mereka dipertimbangkan kembali. Untuk kelompok besar, caranya berbeda dengan kelompok kecil. Keefektifan atau keberhasilan metode tergantung pada besarnya tujuan pendidikan.

Kelompok Besar yaitu kelompok dengan 15 atau lebih peserta penyuluhan tergolong kelompok besar. Ceramah dan seminar adalah metode yang baik untuk kelompok besar ini.

Kelompok Kecil Jika kegiatan memiliki kurang dari 15 peserta, kelompok tersebut diklasifikasikan sebagai kelompok kecil. Di bawah ini adalah beberapa metode yang masuk dalam kategori kelompok kecil, seperti diskusi kelompok, brainstorming, permainan bola salju, permainan peran, simulasi permainan kerumunan atau publik.

- 3. Pendekatan massal** adalah metode yang paling tepat untuk digunakan pada masyarakat yang jumlahnya besar atau massal. Karena tujuan promosi ini bersifat umum, yaitu tidak dibedakan berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dll, maka pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus bersifat massal. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan inovasi dan belum diharapkan untuk mengarah pada perubahan perilaku. Tetapi jika anda dapat memengaruhi perubahan perilaku selanjutnya, hal itu juga bias terjadi. Secara umum, bentuk penyampaian informasi metode massa ini tidak langsung. Biasanya melalui penggunaan atau media massa. Contoh metode yang dapat digunakan antara lain public speaking, pidato/diskusi, simulasi, tulisan, dan poster. Metode-metode ini dapat digabungkan atau dimodifikasi oleh tim kebugaran tergantung pada penerima pesan dan bahan-bahannya. Selain itu, metode

yang digunakan juga sesuai dengan tujuan promosi kesehatan yang dilaksanakan (Pusdik SDM, 2016)

11.2 Perilaku Kesehatan

Dalam beberapa dekade terakhir, ada fokus khusus pada kontribusi perubahan perilaku untuk promosi kesehatan. Perilaku promosi kesehatan merupakan hasil dari model promosi kesehatan. Perilaku sehat tidak hanya mengarah pada peningkatan kesehatan, tetapi juga meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik di semua tahap perkembangan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

Fokus utama promosi kesehatan adalah untuk membantu orang membatasi perilaku tidak sehat dan menggantinya dengan perilaku sehat (Glanz, Lewis, dan Rimer, 2008), motivasi, nilai, persepsi, dan faktor kognitif lainnya; sifat kepribadian, termasuk keadaan emosional dan emosional dan karakteristik; Ini adalah atribut pribadi dalam peningkatan kesehatan (Glanz, Lewis dan Rimer, 2008).

11.2.1 Definisi

Definisi Perilaku adalah setiap kegiatan atau kegiatan manusia yang dapat diamati secara langsung atau tidak dapat diamati oleh orang luar (Fitriani S, 2011).

Perilaku adalah tingkah laku individu yang berkaitan dengan respon seseorang terhadap suatu stimulus (Suryani 2003 dalam Fitriani S, 2011).

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap rangsangan dan objek yang berhubungan dengan penyakit, kelemahan, sistem kesehatan, makanan dan minuman, dan lingkungan (Notoadmojo, 2010)

11.2.2 Kategori Perilaku Kesehatan

Casl dan Cobb mendefinisikan tiga kategori perilaku kesehatan (Glanz, Lewis, Rimer, 2008).

1. *Preventive health behavior*, Menurut Casl dan Cobb 1966, perilaku kesehatan preventif juga digambarkan sebagai kegiatan yang dilakukan oleh orang yang menganggap dirinya sehat untuk mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam kondisi subklinis (Wacker, 1990)

2. *Illness behavior*, dimana beberapa kegiatan dilakukan oleh orang yang merasa tidak enak badan untuk menentukan status kesehatan dan mencari pengobatan yang tepat. Perilaku sakit umumnya dianggap sebagai tindakan yang dilakukan seseorang setelah gejala muncul dan dirasakan (Wacker, 1990)

3. *Sick role behavior*, dimana seseorang yang meyakini dirinya sakit melakukan suatu aktivitas dengan tujuan menjadi sehat, termasuk pengobatan oleh pelayanan kesehatan. Menurut Parsons, ada empat komponen peran penyakit. Yaitu (Wacker, 1990): A. Seseorang tidak bertanggung jawab atas penyakitnya. B. Penyakit memberi seseorang alasan yang sah untuk tidak berpartisipasi dalam tugas dan tanggung jawab. C. Mereka yang sakit diharapkan menyadari bahwa penyakit adalah kondisi yang tidak diinginkan dan mereka membutuhkan motivasi untuk sembuh. D. pemulihan penyakit ini diduga berkaitan dengan upaya mencari bantuan dari fasilitas pelayanan Kesehatan.

15.2.1 Faktor –faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence Green (Mubarak, 2011), perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk oleh tiga faktor:

1. Faktor Predisposisi yang diwujudkan dalam pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, dll.
2. Faktor pendukung yang diwujudkan dalam fasilitas atau sarana, alat kontrasepsi, jamban, dll

3. Faktor pendorong (reinforcing factor) pada sikap dan perilaku petugas kesehatan dan petugas lainnya sebagai acuan perilaku masyarakat

15.2.2 Perubahan perilaku dan indikatornya

Menurut Fitriani S (2011), secara teori, perubahan perilaku atau seseorang yang mengadopsi suatu perilaku dalam hidupnya melewati tiga tahap, yaitu:

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi suatu perilaku, ia harus terlebih dahulu, mereka mengetahui apa artinya atau apa manfaat yang akan mereka dapatkan dari perilaku tersebut, baik untuk diri sendiri atau keluarga. Indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran kesehatan dapat dikelompokkan menjadi beberapa kelompok sebagai berikut:

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit
- b. Pengetahuan tentang cara menjaga kesehatan dan cara hidup sehat
- c. Informasi tentang kesehatan lingkungan

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, tindakan selanjutnya adalah evaluasi atau perilaku yang berkaitan dengan stimulus atau objek kesehatan tersebut, sehingga indikator sikap kesehatan juga sesuai dengan pengetahuan kesehatan seperti di atas, yaitu:

- a. Sikap terhadap sakit dan penyakit
- b. Sikap menjaga pola hidup sehat
- 6 c. Sikap tentang kesehatan lingkungan

3. Praktek atau tindakan

Jika seseorang merasakan stimulus atau objek yang sehat dan kemudian membuat penilaian atau pendapat tentang apa yang diketahui, tindakan selanjutnya adalah

menerapkan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disampaikan (dinilai dengan baik). Indikator praktik kesehatan ini juga mencakup poin-poin yang disebutkan di atas, yaitu: a. Kegiatan yang berhubungan dengan penyakit b. Kegiatan memelihara dan meningkatkan kesehatan c. Tindakan lingkungan

11.2.3 Determinan Perilaku Kesehatan

Meskipun perilaku merupakan reaksi atau tanggapan terhadap rangsang atau rangsangan dari luar individu, namun sebenarnya pemberian tanggapan itu bergantung pada karakteristik individu yang bersangkutan. Artinya, meskipun stimulus sama untuk beberapa orang, respon setiap individu mungkin berbeda.

Faktor-faktor yang membedakan tanggapan terhadap rangsangan yang berbeda disebut penentu perilaku. Faktor penentu perilaku dapat dibedakan menjadi dua bagian yaitu (Notoatmodjo, 2010); (Irwan, 2017):

1. Determinan atau faktor internal, yaitu karakteristik yang dimiliki oleh individu yang bersangkutan seperti kecerdasan, tingkat emosi, jenis kelamin, dll.
2. Faktor atau faktor eksternal, yaitu pengaruh lingkungan atau pengaruh luar terhadap individu yang bersangkutan, serta lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dll. Faktor lingkungan inilah yang seringkali menjadi faktor dominan yang mewarnai perilaku manusia.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dikatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari beberapa faktor, baik internal maupun eksternal. Benjamin Bloom membagi perilaku manusia menjadi tiga bidang menurut tujuan pendidikan. Bloom menyebutkan tiga domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotorik. Dalam perkembangannya, teori Bloom diadaptasi untuk mengukur luaran

pendidikan kesehatan yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan (Conner, 2015)

1

11.2.4 Strategi perubahan perilaku kesehatan

Mempromosikan perilaku sehat dan mengurangi perilaku yang mengancam kesehatan merupakan tantangan utama bagi profesional kesehatan. Berikut ini adalah strategi perilaku kesehatan yang dapat digunakan oleh profesional kesehatan untuk mengubah perilaku kesehatan klien mereka (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019):

1. Meningkatkan kesadaran

Kesadaran Model transtheoretical menekankan pentingnya kesadaran ketika klien tidak berniat mengubah perilakunya atau baru mulai mempertimbangkan untuk mengubah perilakunya. Penting untuk menilai alasan mengapa seseorang tidak mau berkomitmen untuk berubah, seperti kurangnya pengetahuan, kurangnya keterampilan, kurangnya sumber daya dan dukungan, dan kurangnya waktu. Peningkatan kesadaran penting bagi klien untuk menyadari masalah kesehatan atau perilaku yang perlu ditangani. Perawat dapat menggunakan alat literasi dan audio-visual yang sesuai dengan budaya dan preferensi pribadi pasien.

2. Evaluasi diri

Ini mengacu pada teori kognitif sosial, yang menjelaskan bahwa perubahan disebabkan oleh adanya ketidakpuasan dalam diri seseorang, yang mengarah pada penilaian terhadap orang tersebut terkait dengan perilakunya. Misalnya, apakah saya akan lebih menyukai diri sendiri jika saya berhenti merokok? Ketika pelanggan percaya bahwa mereka dapat mengatasi hambatan, mereka cenderung mengubah perilaku mereka. Jika klien tidak percaya dia bisa berubah, perawat harus menilai alasan mengapa klien

menolak untuk berubah dan hambatan yang dihadapi klien dalam keinginan untuk berubah.

3. Menetapkan tujuan untuk perubahan

Ketika klien siap untuk berubah, mereka harus membuat komitmen dan membuat rencana tindakan untuk memulai perilaku baru. Keterlibatan adalah strategi yang efektif untuk memulai perubahan. Klien harus menetapkan tujuan dan perawat dapat menasihati klien. Misalnya, klien menetapkan tujuan untuk berjalan kaki selama 10 menit setiap hari.

4. Meningkatkan efikasi diri

9 Klien harus dibimbing agar dapat berperilaku sesuai tujuan. Perawat juga harus memberikan umpan balik positif untuk meningkatkan efikasi diri klien. Belajar dari pengalaman orang lain dan mengamati perilaku orang lain adalah salah satu strategi kognitif sosial yang paling efektif untuk meningkatkan efikasi diri.

Berikut beberapa pertimbangan yang dapat diperhatikan untuk modifikasi perilaku:

- a. Pelanggan harus dapat berbagi jenis kelamin, usia, etnis, ras, dan bahasa mereka.
- b. Klien harus dapat mengamati perilaku yang diinginkan.
- c. Klien harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk berpartisipasi dalam perilaku.
- d. Klien harus merasakan manfaat dari perilaku target.
- e. Klien harus memiliki kesempatan untuk mempraktekkan perilaku

5. Meningkatkan manfaat perubahan

Pemberian penghargaan atau penguatan merupakan cara untuk meningkatkan manfaat perubahan perilaku. Pentingnya penguatan didasarkan pada premis bahwa semua perilaku ditentukan oleh konsekuensi. Jika konsekuensinya

positif, perilaku tersebut lebih mungkin diulangi. Namun, jika konsekuensinya negatif, perilaku tersebut kecil kemungkinannya untuk diulangi. Pemberian penguatan positif lebih efektif dalam mengubah perilaku daripada pemberian penguatan atau hukuman negatif (pengalaman yang tidak menyenangkan).

6. Menggunakan umpan balik untuk melakukan perubahan
Penggunaan umpan balik tidak dapat sepenuhnya dihilangkan, tetapi dapat dikurangi atau dibatasi. Misalnya saat makan, pilihlah salad dan sayuran saja daripada makanan lainnya.

7. Manajemen hambatan untuk berubah
Hambatan untuk berubah adalah blok bangunan utama dari model kepercayaan kesehatan, model kognitif sosial dan model promosi kesehatan. Contoh hambatan dari dalam adalah:
 - a. Tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang tidak jelas
 - b. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan
 - c. Kekurangan dana
 - d. Kurangnya motivasi
 - e. Kurangnya dukungan

Hambatan seperti itu seringkali harus diatasi ketika memulai proses perubahan dengan meningkatkan kesadaran akan diri sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Conner, M. 2015. *Health Behaviors', International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, (December), pp. 582–587. doi:10.1016/B978-0-08-097086-8.14154-6.
- Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. 2008. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4th ed. Jossey-Bass.
- Green, L.W. and Kreuter, M. W. 2005. *Precede-proceed. Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th edn. New York: McGraw-Hill.
- Hasnidar et al. 2020. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Hulu, V. T. et al. 2020. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Irwan. 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta :Absolut Media
- Pusdik SDM Kesehatan .2016. *Modul Bahan Ajar Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan. Von bppsdmk.kemkes.go.id:<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/modul-bahan-ajar-tenaga-kesehatan/> abgerufen
- Mubarak Wahit, 2011. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W. I. 2012. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan* (P. Puji Lestari (ed.); 1st ed.). Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta :Rineka Cipta.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M. A. 2015. *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.,.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 74. Tahun 2015 TENTANG
UPAYA PENINGKATAN KESEHATAN DAN PENCEGAHAN
PENYAKIT

Susilowati, D. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan*. Cetakan pertama. Jakarta: PPSDM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Tannahill, A. 2009. *Health promotion: the Tannahill model revisited* (DOI:10.1016/j.puhe.2008.05.009)', *Public Health*. W.B. Saunders, pp. 396–399. doi: 10.1016/j.puhe.2008.05.021

Wacker, R. R. 1990. *'The Health Belief Model and preventive health behavior: an analysis of alternative models of causal relationships'*, *Retrospective Theses and Dissertations*

World Health Organization (WHO). 2010. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Available at: http://www.who.int/social_determinants/ (Accessed: 4 February 2021).

World Health Organization. 2017. *Promoting health in the SDGs*. Shanghai: World Health Organization

BIODATA PENULIS



Ramli, SKM., M.Kes

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU)

Penulis adalah Anak dari (*Alm*) Drs. La Ode Rijal Abdul Gani (Ayah) & Ani Muhammad (Ibu). Lahir di Kota Tidore Kepulauan Provinsi Maluku Utara, Tanggal 20 April 1984. Menikah dengan Ety Salim, SKM dan memiliki putra bernama Rosyid Ramli. **Pendidikan:** SD Dufa-Dufa Pantai 1 Lulus Tahun 1996, MTsN Ternate Lulus Tahun 1999, Madrasah Aliyah Negeri (MAN) Ternate Lulus Tahun 2002. Melanjutkan Kuliah (S.1) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU) Wisuda Tahun 2007. Kemudian Lanjut Studi (S.2) Program Studi Kesehatan Masyarakat (Konsentrasi Promosi Kesehatan) pada Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar Tahun 2011-2013. Diangkat menjadi Dosen Tetap Yayasan pada Fakultas Ilmu Kesehatan UMMU Sejak 2008-2023 (Sampai Sekarang). **Mengajar Mata Kuliah:** Sosio Antropologi Kesehatan, Dinamika Kelompok, Komunikasi Kesehatan, Manajemen Advokasi (Advokasi Kesehatan) dan

Praktikum PKIP (Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku). Selain itu Penulis Aktif Mengikuti Seminar Nasional & internasional, Aktif Menulis Buku dan Jurnal Penelitian serta Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nasional dan Internasional. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8506-1678>) **Jabatan:** Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKes UMMU Periode 2014-2018 dan Periode 2022-2026. **Hasil Karya Buku :** (1) *COVID-19 Suatu Perspektif Ilmiah*, (UMMU Press dan Gramasurya, Yogyakarta 2020). (2) *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan* (CV. Cakra, Bandung 2021), merupakan Hasil Lulus Seleksi Buku Ajar Tingkat LLDIKTI-XII (Wilayah Maluku & Maluku Utara). (3) *Gizi Kebugaran dan Olahraga* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Aceh 2021). (4) *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat*, (5) *Teori Psikologi Komunikasi* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Pidie, Aceh 2022). (6) *Epidemiologi Penyakit Menular*, (7) *Komunikasi Kesehatan*, (8) *Antropologi Sosiologi Kesehatan*, (9) *Promosi Kesehatan Masyarakat*, (10) *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*, (11) *Gizi Kronis Pada Anak Stunting*, (12) *Kepemimpinan dan Berfikir Sistem Dalam Kesehatan Masyarakat*, (13) *Penelitian Ilmu Kesehatan* (PT. Global Eksekutif Teknologi, Padang 2022). (14) *Pengantar Ilmu Komunikasi* (CV. Tahta Media Group, Surakarta 2023), (15) *Konsep dan Advokasi Kesehatan*, (16) *Sosiologi Kesehatan dan Penyakit*, (17) *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan* (GET Press, Padang 2023), (18) *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Pidie, Aceh 2022). (19) *Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat dan Keselamatan Kerja* (CV. Media Sains Indonesia, Bandung, 2023) semua Karya Buku Ber-ISBN dan terdaftar di <https://www.perpusnas.go.id/>. **Organisasi:** Anggota Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial Pimpinan Wilayah Muhammadiyah (PWM) Maluku Utara, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Malut, Anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Provinsi Maluku

Utara, PJSI Malut, FOKAL UMMU, P4I Cabang Maluku Utara, Pimpinan Wilayah KKST Maluku Utara, serta sebagai Anggota Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT) Periode 2021-2026.

Email Penulis: ramli.fikes@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widyagama Mahakam
Samarinda

Penulis lahir di Tuppu 05 Desember 1976. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Widyagama Mahakam Samarinda. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Peminatan Kesehatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar. Lulus S2 tahun 2010 pada Prodi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta Solo, Pada tahun 2016 menyelesaikan S3 di universitas yang sama (UNS) Surakarta Solo dengan peminatan Promosi Kesehatan. Penulis menekuni bidang menulis promosi Kesehatan dan ilmu perilaku.

BIODATA PENULIS



Lia Fitriyani, SKM., MKM

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi Pondok Karya Pembangunan (PKP) DKI Jakarta

Penulis lahir di Bogor tanggal 25 April 1994. Penulis adalah dosen tetap pada program studi sarjana terapan manajemen informasi kesehatan di Institut Kesehatan dan Teknologi Pondok Karya Pembangunan (PKP) DKI Jakarta (2020 s.d sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis menekuni bidang menulis dibidang kesehatan.

BIODATA PENULIS



Patemah, S.SiT., M.Kes.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 17 Mei 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D1V Kebidanan dan melanjutkan Study S2 pada Jurusan MKIA di Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2013.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan Pendidikan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Selain menulis buku, penulis juga mengembangkan diri dan ilmu pengetahuan dibidang praktisi di ATMA HOME CARE.

Email Penulis: patemah17@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Dr. Serlie K.A. Littik, SP., MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Kupang tanggal 23 September 1977. Menyelesaikan S1 Sosial Ekonomi Pertanian Universitas Nusa Cendana pada tahun 2001, S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2005, dan S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga pada tahun 2017. Sejak tahun 2006 telah menjadi dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Dr. Lukman Waris
Dosen Univ. Faletihan Banten

Penulis lahir di Maros Sulawesi Selatan, 22 Desember 1968 dan saat ini berkarir sebagai dosen tetap pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Faletihan Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 Epidemiologi Univ. Hasanuddin Makassar tahun 1992, S2 Magister Manajemen Rumahsakit Fak. Kedokteran UGM Yogyakarta tahun 1999, Tahun 2002, melalui proyek *Intensified Communicable Disease Control-Asian Development Bank (ICDC-ADB)* penulis menyelesaikan S2 Magister Epidemiologi Kesling Univ. Indonesia Jakarta dan S3 Doktor Epidemiologi Univ. Indonesia Jakarta tahun 2017. Penulis juga pernah mengikuti *Clinical Tropical Medicine Course di School of Medicine, Mahidol University Bangkok, Thailand*. Semua Jenjang pendidikan pasca sarjana yang dilalui penulis adalah tugas belajar yang pembiayaan studinya berasal dari Pemerintah Republik Indonesia.

Sebelum menjadi dosen, penulis adalah ASN Kementerian Kesehatan dan memasuki purnatugas tahun 2020. Awal karier penulis sebagai PNS ditempatkan sebagai tenaga WKS Puskesmas

Inpres tahun 1993 dan menjadi Kepala Puskesmas Satui kabupaten Kotabaru.

Penulis juga pernah menjabat sebagai Kepala Seksi Penyuluhan dan Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Kotabaru Kalsel, Kepala UPF Vektor dan Reservoir Penyakit Balai Penelitian Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga Jawa Tengah, Kepala Stasiun Lapangan Pemberantasan Vektor (SLPV) Kanwil Kesehatan Provinsi Kalsel, Kepala Balai Litbang Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Tanah Bumbu Kementerian Kesehatan RI, Peneliti senior di Badan Litbangkes Kemenkes RI, Ketua Peneliti Riset Evaluasi Nusantara Sehat Team Based dan Wakil Ketua Riset Evaluasi Tematik JKN. Ketua Dewan Redaksi Jurnal Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemkes RI dan sederet jabatan lain yang pernah dipercayakan kepada penulis.

Pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti oleh penulis adalah Epidemiologi dan Manajemen Malaria, Entomologi dan Parasitologi Malaria, Parasitologi Intestinal, Pengendalian Demam Berdarah Dengue, Pemeriksaan Parasitologi, Diklat Jabatan Fungsional Peneliti Tingkat Lanjut, Diklatpim IV, Diklatpim III dan Pendidikan Para Dasar dan Para Lanjut (*Free Fall*) Depo Diklat Puspaskhas TNI-AU Margahayu Bandung.

Penulis pernah aktif di organisasi diantaranya adalah Ketua Asosiasi Pengendali Nyamuk Vektor Penyakit (APNI) cabang Kalsel, Ketua Asosiasi Parasitolog Indonesia Cab. Kalsel, Anggota Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia, Wakil Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Cab. Kalsel, Wartawan kampus Unhas, Pendiri Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia, Pengurus Inti Senat Mahasiswa Perguruan Tinggi (SMPT) periode pertama Universitas Hasanuddin, Anggota Ikatan Alumni Resimen Mahasiswa Indonesia, Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia dan Dewan Pakar IAKMI Cab. Banten.

Penghargaan yang pernah diterima penulis adalah Satya Lencana Karya Satya X dari Presiden RI (2003), Bakti Karya Husada

Dwi Windu dari Menteri Kesehatan RI (2008) dan Satya Lencana
Karya Satya XX dari Presiden RI (2013).

BIODATA PENULIS



Rizki Amalia, SKM, M.Kes (Epid)

Dosen Program Studi Sanitasi Lingkungan
Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Jepara tanggal 6 Agustus 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi pada tahun 2004 di Universitas Muhammadiyah Semarang dan melanjutkan S2 pada Magister Epidemiologi lulus tahun 2008 di Universitas Diponegoro Semarang.

Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Dasar Epidemiologi, Epidemiologi Kesehatan Lingkungan, Penyakit Berbasis Lingkungan, Surveilans Epidemiologi, Penginderaan Jauh Kesehatan, Manajemen Darurat Bencana, Pengendalian Penyakit Infeksi.

BIODATA PENULIS



Darmin, S.KM., M.Kes

Dosen Program Studi Gizi

Fakultas Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Bima

Penulis lahir pada tanggal 27 Agustus 1988 di Kabupaten Bima. Penulis memperoleh gelar S.KM dari Universitas Muslim Indonesia Makassar tahun 2010, kemudian memperoleh gelar M.Kes dari Universitas Airlangga Surabaya tahun 2015. Penulis mulai bekerja sebagai dosen pada tahun 2017 di STIKES Griya Husada Sumbawa. Kemudian pindah menjadi dosen di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kota Kotamobagu pada tahun 2020 – April 2023, Saat ini Penulis Sebagai Dosen Tetap di Universitas Muhammadiyah Bima (UMB). Penulis Pernah menjabat sebagai Kaprodi S1 Keperawatan Tahun 2017, Kaprodi S1 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2018 di STIKES Griya Husada Sumbawa. Ketua Lembaga Penjaminan Mutu (LPM), Wakil Rektor III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika. Penulis sudah pernah menulis bebarapa buku diantaranya Manajemen *Patient Safety*, Manajemen Sumber Daya Manusia di Perusahaan, Konsep Diri dan Motivasi Belajar, Epidemiologi Stunting, Konsep Dasar Manajemen Kesehatan,

Konsep Dasar Budaya Organisasi, Kompensasi Finansial dan Kinerja, Predisposisi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Penulis juga pernah mendapatkan Hibah Penelitian Dosen Pemula dari Kemendikbud Ristekdikti yaitu sebanyak 4 judul pada tahun 2019-2022.

BIODATA PENULIS



Ryryn Suryaman Prana Putra, SKM, M.Kes.

Dosen Tetap Program Studi S1 Adminsitasi Rumah Sakit
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis adalah anak pertama dari bapak Jamaluddin dan Mastang. Pada tahun 2014 menyelesaikan Pendidikan Strata 2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2011 sampai 2015 penulis menjadi asisten dosen, staf administrasi, dan pengelola jurnal artikel ilmiah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak tahun 2015 sampai sekarang penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Bidang Penelitian pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV Hasanuddin Makassar. Buku yang telah ditulis oleh penulis adalah Buku Monograf "Pengaruh Penerapan Pelayanan Prima terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di RSUD Labuang Baji Makassar", Buku Monograf "Analisis GAP Harapan dan Kenyataan Pasien JKN terhadap Kualitas

Pelayanan Rawat Jalan dengan Metode SERVQUAL dan *Importance Performance Analysis* di RSUD H. Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar”, Buku Manajemen Pemasaran, Buku Manajemen Rumah Sakit (Teori Dan Aplikasi), Buku Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif, Buku Hukum Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Buku Hukum Kesehatan, Buku Ekonomi Kesehatan, Buku Gizi Kronis pada Anak Stunting, Buku Penelitian Ilmu Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Buku Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, serta Buku Manajemen dan Analisis Data.

BIODATA PENULIS



Nur Sri Atik, S.ST, M.Kes.

Dosen Program Studi Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa Semarang

Penulis lahir di Pati, tanggal 10 Mei 1985. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 pada bidang kebidanan pada universitas Sebelas Maret Surakarta dan melanjutkan pendidikan di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak pada Universitas Diponegoro Semarang (2012 – 2014). Selain sebagai Dosen, Penulis juga merupakan praktisi kebidanan dan juga sebagai mompreneur dibidang kesehatan.

DASAR-DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

ORIGINALITY REPORT

22%

SIMILARITY INDEX

23%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	4%
2	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	4%
3	lms-paralel.esaunggul.ac.id Internet Source	3%
4	es.scribd.com Internet Source	3%
5	www.scribd.com Internet Source	2%
6	id.scribd.com Internet Source	2%
7	wimuliasih.blogspot.co.id Internet Source	1%
8	www.researchgate.net Internet Source	1%
9	repositori.unsil.ac.id Internet Source	1%
10	matakuliahbiologi.blogspot.com Internet Source	1%
11	nonamutti.blogspot.com Internet Source	1%
12	wathansaipul.blogspot.com Internet Source	1%
13	opac.perpusnas.go.id Internet Source	1%

14

repository.stikes-bhm.ac.id

Internet Source

1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On