

Editor: Arif Munandar

# KESEHATAN MASYARAKAT

## (KONSEP DAN APLIKASI)

Arif Munandar | Nur Afni Maftukhah  
Atik Badi'ah | Pipit Festi Wiliyanarti  
Arijanti S. Ulang | Afif Kurniawan  
Yohanes Jakri | Rani Ardina  
Rus Andraini | Lujeng Galih Pradana  
Nia Novita Sari | Ernawati  
Freny Ravika Mbaloto | Linta Meyla Putri  
Dwi Juwartini | Fatiyani Alyensi  
Yesiana Dwi Wahyu Werdani | Arman Rifat Lette  
Aswati | Zahratul Aini | Wa Ode Nurul Mutia  
Tatu Rija | Munadiyah Wahyuddin  
Dian Lestari | Lidia Br Tarigan  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih  
Yosep Andri Putra | Muhammad Taufik Page  
Falerisiska Yunere | Wuri Ratna Hidayani  
Ricky Perdana Poetra



BUNGA RAMPAI

**KESEHATAN MASYARAKAT  
(KONSEP DAN APLIKASI)**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

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

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

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

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

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

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

# **KESEHATAN MASYARAKAT (KONSEP DAN APLIKASI)**

Arif Munandar | Nur Afni Maftukhah  
Atik Badi'ah | Pipit Festi Wiliyanarti  
Arijanti S. Ulnang | Afif Kurniawan  
Yohanes Jakri | Rani Ardina  
Rus Andraini | Lujeng Galih Pradana  
Nia Novita Sari | Ernawati  
Freny Ravika Mbaloto | Linta Meyla Putri  
Dwi Juwartini | Fatiyani Alyensi  
Yesiana Dwi Wahyu Werdani | Arman Rifat Lette  
Aswati | Zahratul Aini | Wa Ode Nurul Mutia  
Tatu Rija | Munadiah Wahyuddin  
Dian Lestari | Lidia Br Tarigan  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih  
Yosep Andri Putra | Muhammad Taufik Page  
Falerisiska Yunere | Wuri Ratna Hidayani  
Ricky Perdana Poetra

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

## **KESEHATAN MASYARAKAT (KONSEP DAN APLIKASI)**

Arif Munandar | Nur Afni Maftukhah  
Atik Badi'ah | Pipit Festi Wiliyanarti  
Arijanti S. Ulnang | Afif Kurniawan  
Yohanes Jakri | Rani Ardina  
Rus Andraini | Lujeng Galih Pradana  
Nia Novita Sari | Ernawati  
Freny Ravika Mbaloto | Linta Meyla Putri  
Dwi Juwartini | Fatiyani Alyensi  
Yesiana Dwi Wahyu Werdani | Arman Rifat Lette  
Aswati | Zahratul Aini | Wa Ode Nurul Mutia  
Tatu Rija | Munadiah Wahyuddin  
Dian Lestari | Lidia Br Tarigan  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih  
Yosep Andri Putra | Muhammad Taufik Page  
Falerisiska Yunere | Wuri Ratna Hidayani  
Ricky Perdana Poetra

Editor:

**Arif Munandar**

Tata Letak:

**Anjar Rahman**

Desain Cover:

**Nathanael**

Ukuran:

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman:

**xiv, 527**

ISBN:

**978-623-195-659-0**

Terbit Pada:

**November 2023**

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir untuk memberikan kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Kesehatan Masyarakat (Konsep dan Aplikasi)**.

Sistematika buku Kesehatan Masyarakat (Konsep dan Aplikasi) ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Pada buku ini terdiri dari 31 BAB yaitu konsep dasar Kesehatan masyarakat, sejarah Kesehatan masyarakat dan sistem Kesehatan nasional; ruang lingkup Kesehatan masyarakat, dinamika masyarakat dan sasaran Kesehatan masyarakat; perkembangan Kesehatan masyarakat dan derajat Kesehatan masyarakat; program-program pelayanan Kesehatan dan metode penelitian Kesehatan masyarakat; Kesehatan reproduksi dan Kesehatan ibu-anak; biostatistik dan kependudukan; sistem informasi Kesehatan dan komunikasi Kesehatan; dasar-dasar epidemiologi, pencegahan penyakit dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular; gizi Kesehatan masyarakat, gizi anak dan balita; hygiene perusahaan Kesehatan dan keselamatan kerja dan penyakit akibat kerja; penyuluhan Kesehatan dalam masyarakat; pemberdayaan dan pengorganisasian masyarakat; dasar administrasi dan kebijakan Kesehatan; ekonomi Kesehatan, pembiayaan dan penganggaran Kesehatan; perencanaan dan evaluasi Kesehatan; tanaman obat keluarga dan pemberdayaan masyarakat melalui herbal medicine; advokasi, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat untuk mendukung Kesehatan ibu dan anak; pencatatan dan pelaporan Kesehatan masyarakat; sistem pelayanan Kesehatan dan sistem rujukan; teknologi tepat guna dalam kebidanan; etika dalam Kesehatan masyarakat dan hukum Kesehatan; manajemen bencana

dan masalah Kesehatan masyarakat; keluarga berencana, revitalisasi desa siaga dan posbindu; sanitasi lingkungan, pengelolaan air limbah dan sampah; usaha Kesehatan sekolah, posyandu dan puskesmas; konsep sehat, sakit dan kejadian penyakit; perilaku Kesehatan dan perubahan perilaku; antropologi dan sosiologi dalam Kesehatan masyarakat; surveilans Kesehatan masyarakat, kota sehat dan pemanasan global serta vector dan penyehatan makanan/minuman. Oleh karena itu, diharapkan buku ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada **Penerbit Media Sains Indonesia** sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 30 September 2023  
Editor

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

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT, SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT, DAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL.....	1
Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat.....	1
Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	2
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan .....	7
Sistem Kesehatan Nasional.....	10
Elemen-Elemen Sistem Kesehatan.....	12
2 RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT, DINAMIKA MASYARAKAT DAN SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	23
Latar Belakang .....	23
Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	24
Dinamika Masyarakat.....	27
Sasaran Kesehatan Masyarakat.....	28
3 PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT.....	37
Perkembangan Kesehatan Masyarakat.....	37
Derajat Kesehatan Masyarakat .....	46
4 PROGRAM PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DAN METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	55
Layanan Kesehatan Masyarakat Esensial .....	55
Program Program Pelayanan Kesehatan.....	57



	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat .....	57
	Program Perbaikan Gizi Masyarakat .....	58
	Program Pengembangan Lingkungan Sehat .....	59
	Kegiatan Pokok .....	60
	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular .....	60
	Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan .....	61
	Kegiatan Pokok .....	62
	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Masyarakat .....	62
	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita .....	62
	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia .....	63
	Penelitian Kesehatan dan Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat .....	63
	Jenis Penelitian berdasarkan Metode .....	63
	Jenis Penelitian Ditinjau dari Segi Manfaat dan Kegunaan Penelitian Kesehatan .....	66
	Penelitian Ditinjau dari Segi Tujuan Penelitian .....	68
	Jenis Penelitian Berdasarkan Tempat .....	68
5	KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN IBU-ANAK .....	71
	Latar Belakang .....	71
	Definisi .....	72
	Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak .....	73
	Tujuan Kesehatan Reproduksi .....	74

	Masalah Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak.....	74
	Hak-Hak Reproduksi .....	78
	Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu-Anak .....	78
6	BIOSTATISTIK DAN KEPENDUDUKAN .....	87
	Sejarah Statistik dan Kependudukan.....	87
	Pengertian Biostatistika .....	89
	Peran dan Kegunaan Biostatistika .....	89
	Macam-Macam Statistika .....	90
	Data.....	92
	Pengelompokkan Data .....	92
	Skala Pengukuran .....	93
	Konsep Demografi.....	94
	Teori-Teori Kependudukan.....	95
	Sumber Data Kependudukan.....	97
	Fertilitas .....	98
	Ukuran-Ukuran Fertilitas .....	98
	Mortalitas .....	99
	Ukuran-Ukuran.....	99
	Migrasi.....	100
	Ukuran-Ukuran Migrasi .....	101
7	SISTEM INFORMASI KESEHATAN DAN KOMUNIKASI KESEHATAN.....	105
	Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan.....	105
	Batasan Sistem Informasi Kesehatan.....	106
	Peran Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Kesehatan.....	107

	Komponen Sistem Informasi Kesehatan .....	108
	Sistem Informasi Kesehatan di Rumah Sakit .....	111
	Masalah-Masalah Sistem Informasi Kesehatan ...	112
	Komunikasi Kesehatan .....	113
	Konsep Dasar Komunikasi.....	113
	Jenis-Jenis Komunikasi.....	115
	Komunikasi Kesehatan .....	117
	Komponen Komunikasi Kesehatan.....	117
	Tujuan Komunikasi Kesehatan .....	118
	Manfaat Komunikasi Kesehatan .....	120
8	DASAR DASAR EPIDEMIOLOGI, PENCEGAHAN, DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR .....	127
	Definisi Epidemiologi .....	127
	Aktivitas Epidemiologi.....	127
	Epidemiologic Triangle Model.....	128
	Tahapan Infeksi .....	130
	Spektrum Kejadian Penyakit.....	130
	Rantai Transmisi .....	131
	Pencegahan Penyakit Menular .....	132
	Pengendalian dan Pemberantasan .....	134
	Penyakit Tidak Menular (PTM) .....	135
	Penyakit Kardiovaskuler dan Serebrovaskuler ....	135
	Kanker.....	137
	Penyakit Paru Obstruksi Kronik .....	138
	Diabetes Mellitus .....	139

9	GIZI KESEHATAN MASYARAKAT, GIZI ANAK DAN BALITA.....	143
	Pendahuluan .....	143
	Konsep Gizi.....	144
	Konsep Status Gizi.....	149
	Gizi Kesehatan Masyarakat.....	151
	Gizi Pada Anak dan Balita .....	154
10	HIGIENE PERUSAHAAN, KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (HIPERKES) DAN PENYAKIT AKIBAT KERJA .....	161
	Latar Belakang .....	161
	Higiene Perusahaan .....	162
	Kesehatan dan Keselamatan Kerja.....	164
	Diagnose PAK .....	167
	Faktor Bahaya di tempat Kerja .....	169
11	PENYULUHAN KESEHATAN DALAM MASYARAKAT .....	177
	Penyuluhan Kesehatan .....	177
	Tujuan Penyuluhan Kesehatan.....	178
	Strategi Penyuluhan Kesehatan .....	179
	Sasaran Penyuluhan Kesehatan .....	180
	Metode Penyuluhan Kesehatan.....	180
	Media Penyuluhan Kesehatan.....	183
	Evaluasi Penyuluhan Kesehatan.....	185
	Metode Evaluasi Penyuluhan Kesehatan.....	187
	Instrumen Evaluasi Penyuluhan Kesehatan.....	189

12	PEMBERDAYAAN DAN PENGORGANISASIAN MASYARAKAT .....	193
	Definisi Pemberdayaan dan Pengorganisasian Masyarakat.....	193
	Dimensi Pemberdayaan .....	195
	Proses Pengorganisasian Tim .....	196
	Hambatan dalam Proses Pemberdayaan .....	197
	Teori dan Model Terkait Pemberdayaan .....	198
	Implementasi Pemberdayaan Masyarakat .....	205
13	DASAR DAN KEBIJAKAN ADMINISTRASI KESEHATAN .....	213
	Administrasi Kesehatan .....	213
	Unsur-Unsur Administrasi Kesehatan .....	213
	Kebijakan Kesehatan .....	221
	Manfaat Studi Kebijakan Kesehatan .....	221
	Kategori Kebijakan.....	222
	Tahapan Kebijakan Kesehatan.....	223
	Model Kebijakan Kesehatan .....	223
	Klasifikasi Kebijakan Kesehatan .....	224
14	EKONOMI KESEHATAN, PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN .....	227
	Ekonomi Kesehatan .....	227
	Pengantar Ekonomi Kesehatan .....	227
	Pembiayaan Kesehatan.....	233
	Penganggaran Kesehatan .....	239
15	PERENCANAAN DAN EVALUASI KESEHATAN ....	247
	Perencanaan Kesehatan.....	247
	Evaluasi Kesehatan .....	255

16	SURVEILANS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN .....	263
	Pendahuluan .....	263
	Definisi Surveilans .....	264
	Tujuan Surveilans .....	265
	Karakteristik Surveilans Epidemiologi.....	266
	Komponen Kegiatan Surveilans.....	271
17	TANAMAN OBAT KELUARGA DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI <i>HERBAL MEDICINE</i> .....	277
	Regulasi Tentang Tanaman Obat Keluarga (TOGA) .....	277
	Langkah Menanam Toga di Masyarakat .....	278
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Pernafasan .....	279
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat untuk Gangguan Sistem Kardiovaskuler .....	280
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Persyarafan .....	281
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat untuk Gangguan Sistem Perkemihan .....	282
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Pencernaan .....	283
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Muskuloskeletal .....	284

	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Integumen .....	284
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Endokrin .....	286
	Manfaat Tanaman Obat Keluarga ( <i>Herbal Medicine</i> ) di Masyarakat Untuk Meningkatkan Sistem Imun .....	286
	Cara Pengelolaan Tanaman Obat ( <i>Herbal Medicine</i> ).....	287
	Efek Samping Penggunaan <i>Herbal Medicine</i> Jangka Panjang .....	289
18	ADVOKASI, KEMITRAAN, DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENDUKUNG KESEHATAN IBU DAN ANAK.....	295
	Pengertian dan Pentingnya Advokasi Kesehatan.....	295
	Tujuan Advokasi Kesehatan.....	296
	Pengertian dan Pentingnya Kemitraan dalam Bidang Kesehatan .....	298
	Prinsip Dasar Kemitraan Bidang Kesehatan .....	299
	Tujuan Kemitraan dalam Bidang Kesehatan.....	300
	Pengertian dan Pentingnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan .....	302
	Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan .....	303
	Pentingnya Advokasi, Kemitraan, dan Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mendukung Kesehatan Ibu dan Anak.....	305

19	PENCATATAN DAN PELAPORAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	313
	Latar Belakang .....	313
	Konsep Pencatatan dan Pelaporan .....	314
	Konsep Pencatatan .....	316
20	SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN.....	325
	Pendahuluan .....	325
	Tingkatan Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia .....	326
	Sistem Rujukan .....	329
	Alur Sistem Rujukan Regional .....	330
	Rujuk Balik .....	330
	Pelayanan Komprehensif Bagi Pasien Rujuk Balik di Pelayanan Primer .....	334
21	TEKNOLOGI TEPAT GUNA DALAM KEBIDANAN .....	339
	Latar Belakang .....	339
	Pengertian Teknologi Tepat Guna .....	340
	Ciri-Ciri Teknologi Tepat Guna .....	340
	Fungsi Teknologi Tepat Guna .....	341
	Dampak Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan .....	341
	Penggunaan Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan .....	342
22	ETIKA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT DAN HUKUM KESEHATAN .....	353
	Definisi Etika .....	353



	Hubungan Etika Kesehatan dan Hukum Kesehatan .....	366
23	MANAJEMEN BENCANA DAN MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT .....	375
	Pendahuluan .....	375
	Konsep Manajemen Bencana .....	377
	Konsep Kesehatan Masyarakat .....	383
24	KELUARGA BERENCANA, REVITALISASI DESA SIAGA DAN POSBINDU.....	395
	Keluarga Berencana (KB) .....	395
	Revitalisasi Desa Siaga .....	398
	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) .....	399
	Posbindu.....	401
25	SANITASI LINGKUNGAN, PENGELOLAAN AIR LIMBAH DAN SAMPAH.....	409
	Pendahuluan .....	409
	Sanitasi Lingkungan .....	410
	Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga.....	412
	Pengelolaan Sampah Rumah Tangga .....	414
26	USAHA KESEHATAN SEKOLAH, POSYANDU DAN PUSKESMAS.....	423
	Konsep Usaha Kesehatan Sekolah .....	423
	Konsep Posyandu .....	428
	Konsep Puskesmas .....	434
27	KONSEP SEHAT, SAKIT DAN KEJADIAN PENYAKIT .....	445
	Latar Belakang .....	445
	Konsep Sehat dan Sakit.....	446

	Kejadian Penyakit .....	455
28	PERILAKU KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU .....	461
	Karakteristik Manusia dan Perilaku.....	461
	Konsep dan Teori Perilaku Manusia.....	464
	Perilaku Kesehatan.....	468
	Perubahan Perilaku (Kesehatan) .....	470
29	ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT.....	477
	Pendekatan Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan .....	477
	Konsep Antropologi.....	478
	Pentingnya Antropologi .....	479
	Manfaat Antropologi.....	481
	Konsep Sosiologi Kesehatan Masyarakat.....	483
	Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat.....	484
	Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat .....	485
	Integrasi Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat.....	486
	Rangkuman .....	488
30	SURVEILANS KESEHATAN MASYARAKAT, KOTA SEHAT DAN PEMANASAN GLOBAL .....	491
	Definisi Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	491
	Tujuan Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	493
	Sejarah Surveilans .....	493
	Prinsip Evaluasi Surveilans .....	497
	Kota Sehat .....	498

	Pemanasan Global .....	501
	Efek Pemanasan Global .....	504
31	<b>VEKTOR DAN PENYEHATAN MAKANAN SERTA MINUMAN .....</b>	<b>511</b>
	Latar Belakang .....	511
	Konsep Dasar .....	512
	Pengendalian Vektor Kecoa .....	516
	Pengendalian Vektor Lalat .....	517
	Pengendalian Vektor Tikus .....	519
	Prinsip Higiene dan Sanitasi Makanan dan Minuman.....	520
	Pemilahan Bahan Makanan .....	521
	Penyimpanan Bahan Makanan .....	521
	Pengolahan Makanan .....	522
	Pengangkutan Makanan & Minuman.....	522
	Penyajian Makanan .....	523

# KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT, SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT, DAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

**Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep**  
STIKES Yahya Bima

## **Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat**

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

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
6. Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

Sudah banyak para ahli kesehatan membuat batasan kesehatan masyarakat ini. Secara kronologis batasan-batasan kesehatan masyarakat mulai dengan batasan yang sangat sempit sampai batasan yang luas seperti yang kita anut saat ini dapat diringkas sebagai berikut. Batasan yang paling tua, dikatakan bahwa kesehatan masyarakat adalah upaya-upaya untuk mengatasi masalah-masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan adalah merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan diketemukan bakter-bakteri penyebab penyakit dan beberapa jenis imunisasi, kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi. Pada awal abad ke-19, kesehatan masyarakat sudah berkembang dengan baik, kesehatan masyarakat diartikan suatu upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Sedangkan ilmu kedokteran itu sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial. Dalam perkembangan selanjutnya, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat.

## **Sejarah Kesehatan Masyarakat**

### Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

1. Abad Ke-16 – Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera. Dengan melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.
2. Tahun 1807 – Pemerintahan Jendral Daendels, melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi, tetapi tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih.

3. Tahun 1888 – Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.
4. Tahun 1925 – Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.
5. Tahun 1927 – STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia
6. Tahun 1930 – Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan
7. Tahun 1935 – Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.
8. Tahun 1951 -Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y.Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan.konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut Puskesmas.

9. Tahun 1952 – Pelatihan intensif dukun bayi
10. Tahun 1956 – Dr.Y.Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.
11. Tahun 1967 – Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.
12. Tahun 1968 – Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Depkes) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.
13. Tahun 1969 : Sistem Puskesmas disepakati dua saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi.
14. Tahun 1979 Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.

15. Tahun 1984 Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Immunisasi)
16. Awal tahun 1990-an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh Yunani yaitu Asclepius & Higeia.

- a. Asclepius (Pendekatan Kuratif)
- b. Sasaran → individual, kontak dengan pasien sekali saja, jarak antara petugas & pasien cenderung jauh.
- c. Bersifat reaktif
- d. Secara partial
- e. Higeia (Pendekatan Preventif)
- f. Sasaran → masyarakat, masalahnya adalah masalah masyarakat dan hubungan antara petugas dengan masyarakat bersifat kemitraan.
- g. Bersifat proaktif
- h. Secara holistik

Membicarakan kesehatan masyarakat tidak terlepas dari 2 tokoh metologi Yunani, yakni Asclepius dan Higeia. Berdasarkan cerita mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya tetapi diceritakan bahwa ia telah dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (surgical procedure) dengan baik. Higeia, seorang asistennya, yang kemudian diceritakan sebagai isterinya juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan. Beda antara Asclepius dengan Higeia dalam pendekatan /



penanganan masalah kesehatan adalah, Asclepius melakukan pendekatan (pengobatan penyakit), setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang. Sedangkan Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui “hidup seimbang”, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi (baik), cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang yang sudah jatuh sakit Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik daripada dengan pengobatan/pembedahan. Dari cerita mitos Yunani, Asclepius dan Higeia tersebut, akhirnya muncul 2 aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental maupun sosial. Sedangkan kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Kedalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang. Dalam perkembangan selanjutnya maka seolah-olah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (curative health care) dan pelayanan pencegahan atau preventif (preventive health care). Kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut :

Pertama, pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya sekali saja. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, drg, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Sedangkan pendekatan preventif, sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan) masalah-masalah yang

ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat (sasaran) lebih bersifat kemitraan tidak seperti antara dokter-pasien.

Kedua, pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti misalnya dokter yang menunggu pasien datang di Puskesmas atau tempat praktek. Kalau tidak ada pasien datang, berarti tidak ada masalah, maka selesailah tugas mereka, bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit. Sedangkan kelompok preventif lebih mengutamakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang di kantor atau di tempat praktek mereka, tetapi harus turun ke masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan melakukan tindakan.

Ketiga, pendekatan kuratif cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara parsial, padahal manusia terdiri dari kesehatan bio-psikologis dan sosial, yang terlihat antara aspek satu dengan yang lainnya.

Sedangkan pendekatan preventif melihat klien sebagai makhluk yang utuh, dengan pendekatan yang holistik. Terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi individual tetapi dalam konteks yang luas, aspek biologis, psikologis dan sosial. Dengan demikian pendekatannya pun tidak individual dan parsial tetapi harus secara menyeluruh atau holistik.

## **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan**

### **1. Faktor Genetik**

Faktor ini paling kecil pengaruhnya terhadap kesehatan perorangan atau masyarakat dibandingkan dengan faktor yang lain. Pengaruhnya pada status kesehatan perorangan terjadi secara evolutif dan paling sukar di deteksi. Untuk itu perlu dilakukan

konseling genetik. Untuk kepentingan kesehatan masyarakat atau keluarga, faktor genetik perlu mendapat perhatian dibidang pencegahan penyakit. Misalnya seorang anak yang lahir dari orangtua penderita diabetes melitus akan mempunyai resiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua bukan penderita DM. Untuk upaya pencegahan, anak yang lahir dari penderita DM harus diberi tahu dan selalu mewaspadai faktor genetik yang diwariskan orangtuanya .Olehkarenanya, ia harus mengatur dietnya, teratur berolahraga dan upaya pencegahan lainnya sehingga tidak ada peluang faktor genetiknya berkembang menjadi faktor resiko terjadinya DM pada dirinya. Jadi dapat di umpamakan, genetik adalah peluru (bullet) tubuh manusia adalah pistol (senjata), dan lingkungan/prilaku manusia adalah pelatuknya (trigger).Semakin besar penduduk yang memiliki resiko penyakit bawaan akan semakin sulit upaya meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu perlu adanya konseling perkawinan yang baik untuk menghindari penyakit bawaan yang sebenarnya dapat dicegah munculnya. Akhir-akhir ini teknologi kesehatan dan kedokteran semakin maju. Teknologi dan kemampuan tenaga ahli harus diarahkan untuk meningkatkan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

## 2. Faktor Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana/prasarana, dan dana akan menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan seperti ini akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di suatu wilayah atau kelompok masyarakat. Misalnya, jadwal imunisasi yang teratur dan penyediaan vaksin yang cukup sesuai dengan kebutuhan, serta informasi tentang pelayanan imunisasi yang memadai kepada masyarakat akan meningkatkan cakupan imunisasi.

Cakupan imunisasi yang tinggi akan menekan angka kesakitan akibat penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi. Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit-rumah sakit baru di setiap Kab/Kota

### 3. Faktor Prilaku Masyarakat

Faktor ini terutama di negara berkembang paling besar pengaruhnya terhadap munculnya gangguan kesehatan atau masalah kesehatan masyarakat. Tersedianya jasa pelayanan kesehatan (health service) tanpa disertai perubahan tingkah laku (peran serta) masyarakat akan mengakibatkan masalah kesehatan tetap potensial berkembang di masyarakat. Misalnya, Penyediaan fasilitas dan imunisasi tidak akan banyak manfaatnya apabila ibu-ibu tidak datang ke pos-pos imunisasi. Perilaku ibu-ibu yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sudah tersedia adalah akibat kurangnya pengetahuan ibu-ibu tentang manfaat imunisasi dan efek sampingnya. Pengetahuan ibu-ibu akan meningkat karena adanya penyuluhan kesehatan tentang imunisasi yang di berikan oleh petugas kesehatan. Perilaku individu atau kelompok masyarakat yang kurang sehat juga akan berpengaruh pada faktor lingkungan yang memudahkan timbulnya suatu penyakit.

Perilaku yang sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain-lain. Perilaku/kebiasaan memcuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti diare dan lainnya.

## **Sistem Kesehatan Nasional**

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (Perpres no. 72 tentang Sistem Kesehatan Nasional). Banyak tantangan yang dihadapi dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal, diantaranya kurangnya tenaga kesehatan, kurangnya koordinasi antar lembaga dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak memadai. SKN yang lemah sangat berbahaya ketika diperhadapkan dengan kondisi tidak normal (bencana dan krisis kesehatan). Kebijakan dari SKN ini telah banyak melakukan perubahan, salah satunya dalam hal perubahan sub sistem upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan. Namun demikian, permasalahan kesehatan yang terus berkembang menuntut SKN menjadi suatu tatanan yang kuat dalam pembangunan kesehatan. Penguatan SKN harus mampu memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat baik dalam kondisi normal dan kondisi tidak normal. Laman ini akan menampilkan sub sistem kesehatan nasional, peraturan, buku, dan jurnal terkait sistem kesehatan nasional.

### **Sistem**

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

## **Sistem Kesehatan**

Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya. (WHO; 1996). WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai berikut:

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

## **Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia**

Pengembangan sistem kesehatan di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1982 ketika Departemen Kesehatan menyusun dokumen sistem kesehatan di Indonesia. Kemudian Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004 ini telah melakukan suatu “penyesuaian” terhadap SKN 1982. Didalam dokumen dikatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. (Depkes RI; 2004).

## **Tujuan Sistem Kesehatan**

Dalam batas-batas yang telah disepakati, tujuan sistem kesehatan adalah:

1. Meningkatkan status kesehatan masyarakat. Indikatornya banyak, antara lain Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya.
2. Meningkatkan *responsiveness* terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puasterhadap pelayanan kesehatan.
3. Menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan.

### **Elemen-Elemen Sistem Kesehatan**

Berdasarkan pengertian bahwa System is interconnected parts or elements in certain pattern of work, maka di sistem kesehatan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem yang berupa aktor-aktor pelaku; dan

(2) interconnection berupa fungsi dalam sistem yang saling terkait dan dimiliki oleh elemen- elemen sistem. Secara universal fungsi di dalam Sistem Kesehatan berdasarkan berbagai referensi dapat dibagi menjadi:

- a. Regulator dan/atau stewardship
- b. Pelayanan Kesehatan
- c. Pembiayaan Kesehatan
- d. Pengembangan Sumber Daya

Aktor-aktor yang ada adalah:

Pemerintah yang terdiri atas pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten/kota. Aktor pemerintah banyak berperan sebagai regulator dan steward dalam sistem kesehatan. Pemerintah berfungsi pula di pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan. Di dalamnya ada halaman khusus untuk manajemen RS pemerintah sebagai Badan Layanan Umum. Dalam fungsi pengembangan sumber daya manusia, ada pelaku

pemerintah berupa perguruan tinggi kedokteran dan kesehatan.

Hubungan kedua hal ini dapat dilihat pada matriks berikut:

elemen Fungsi-fungsi	Pemerintah			Swasta	Masyarakat
	Pusat	Propinsi	Kab/Kota		
Regulator-stewardship					
Pelayanan Kesehatan					
Pemberi dana kesehatan					
Pengembangan sumber daya					

**Catatan:**

**1. Siapa yang bukan menjadi anggota sistem kesehatan**

Sebagai catatan, keberadaan sekumpulan elemen, komponen, bagian, orang atau organisasi sekalipun, jika diantaranya tidak ada suatu saling keterkaitan dalam fungsi tertentu maka belum memenuhi kriteria sebagai anggota sistem kesehatan. Akan tetapi dalam prakteknya sulit untuk menyatakan apakah suatu lembaga termasuk dalam sistem kesehatan atau tidak. Sebagai gambaran apakah Dinas Perhubungan termasuk dalam sistem kesehatan dalam konteks untuk regulasi pencegahan kecelakaan lalu lintas.

**2. Bagaimana kebijakan desentralisasi dalam sistem kesehatan**

Sebagaimana sistem lainnya, sistem kesehatan berjalan dengan suatu tata kelola agar tujuan sistem kesehatan dapat tercapai dengan baik. Dengan demikian dalam menata sistem kesehatan, diperlukan integrasi dari berbagai level pemerintahan. Penyusunan dan pengembangan sistem kesehatan tidak dapat berdiri sendiri dalam satu kabupaten atau kota saja. Ketergantungan satu sama lain antara pemerintah Pusat, provinsi dan kabupaten/Kota membutuhkan pemaknaan mengenai kebijakan



desentralisasi di sektor kesehatan. Untuk mempelajari kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan secara lebih mendalam

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar 1945. Sistem Kesehatan Nasional perlu dilaksanakan dalam konteks Pembangunan Kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti: kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, dan kemampuan tenaga kesehatan mengatasi masalah tersebut. Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Tujuan Sistem Kesehatan Nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil. Dalam batas-batas yang telah disepakati, tujuan sistem kesehatan adalah: Meningkatkan status kesehatan masyarakat. Indikatornya banyak, antara lain Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya. Meningkatkan responsiveness terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan.

Menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan. guna dan berdaya guna, hingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Landasan Sistem Kesehatan Nasional meliputi:

- a. Landasan idiil, yaitu pancasila
- b. Landasan konstitusional : UUD 1945, khususnya pasal 28 A, 28 H ayat (1) dan ayat (3), serta pasal 34 ayat (2) dan (3), 28 B ayat (2), 28 C ayat (1)
- c. Landasan operasional, meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan. Mengacu pada substansi perkembangan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dewasa ini serta pendekatan manajemen kesehatan tersebut diatas, maka subsistem yang mempengaruhi pencapaian dan kinerja Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia meliputi:

- 1) Upaya Kesehatan: Upaya kesehatan di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), dan pemulihan (rehabilitasi) masih dirasakan kurang. Memang jika kita pikirkan bahwa masalah Indonesia tidak hanya masalah kesehatan bahkan lebih dari sekedar yang kita bayangkan, tapi jika tahu bahwa dalam hal ini kita masih dalam proses dimana bagai sebuah ayunan yang mana pasti akan menemukan titik temu dan kita dapat menunggu, tapi kapankah hal ini...kita tunggu yang lebih baik. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan

menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia.

- 2) **Pembiayaan Kesehatan** : Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara USD 12-18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Sedunia yakni paling sedikit 5% dari PDB per tahun. Sementara itu anggaran pembangunan berbagai sektor lain belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang kuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.
- 3) **SDM Kesehatan** : Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam pemerataannya masih belum merata, bahkan ada beberapa puskesmas yang belum ada dokter, terutama di daerah terpencil. Bisa kita lihat, rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1:5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.850. Sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas. Hal ini bisa menjadi refleksi bagi Pemerintah dan tenaga medis,

agar terciptanya pemerataan tenaga medis yang memadai.

- 4) Sumberdaya Obat, Perbekalan Kesehatan, dan Makanan : Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri. Industri farmasi di Indonesia saat ini cukup berkembang seiring waktu. Hanya dalam hal ini pengawasan dalam produk dan obat yang ada. Perlunya ada tindakan yang tegas, ketat dalam hal ini.
- 5) Pemberdayaan Masyarakat : Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Ini penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Dalam hal ini agar tercapainya Indonesia Sehat 2010 juga dibutuhkan. Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan serta pengawasan sosial

dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

- 6) **Pembiayaan Kesehatan:** Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara USD 12-18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Sedunia yakni paling sedikit 5% dari PDB per tahun. Sementara itu anggaran pembangunan berbagai sektor lain belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang kuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.
- 7) **SDM Kesehatan :**Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam pemerataannya masih belum merata, bahkan ada beberapa puskesmas yang belum ada dokter, terutama di daerah terpencil. Bisa kita lihat, rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1:5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.850. Sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas. Hal ini bisa menjadi refleksi bagi Pemerintah dan tenaga medis,

agar terciptanya pemerataan tenaga medis yang memadai.

- 8) Sumberdaya Obat, Perbekalan Kesehatan, dan Makanan: Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri. Industri farmasi di Indonesia saat ini cukup berkembang seiring waktu. Hanya dalam hal ini pengawasan dalam produk dan obat yang ada. Perlunya ada tindakan yang tegas, ketat dalam hal ini.
- 9) Pemberdayaan Masyarakat : Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Ini penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Dalam hal ini agar tercapainya Indonesia Sehat 2010 juga dibutuhkan. Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan serta pengawasan sosial

dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

- 10) Manajemen Kesehatan :Meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Manajemen Kesehatan sangatlah berpengaruh juga, karena dalam hal ini yang memanager proses, tetapi keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan. Jika tidak tersedianya hal ini maka bisa jadi proses manajemen akan terhambat/ bahkan tidak berjalan. Sebenarnya, jika kita menengok sebentar bagaimana proses pemerintah bekerja, selalu berusaha dan berupaya yang terbaik, baik juga tenaga medis. Hanya saja dalam prosesnya terdapat sebuah kendala baik dalam SDM pribadi ataupun sebuah pemerintahan itu. Bisa jadikan renungan bagaimana kita bisa membuat sebuah sistem yang lebih baik dengan input-proses-dan output yang bisa menghasilkan sebuah kebanggaan dan sebuah tujuan bersama.

## **Daftar Pustaka**

- Ambarwati, Eny Retna. 2009. Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika
- Azrul Azwar (2001), Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC
- Budioro, 2006 Pengantar Ilmu Kesehatan masyarakat
- Buku Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) jilid I cetakan keenam; Jakarta; 2011
- Depkes RI, 1999. Buku Pedoman Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- Entjang, Indan, 2000, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Entjang, Indan, 2003. Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.00, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu kesehatan masyarakat prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: PT.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip- Prinsip Dasar. Jakarta: Rineka cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2013. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip- Prinsip Dasar. Jakarta: Rineka cipta
- Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.
- Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.
- Rineka Cipta
- Wiku A, (2007). Sistem Kesehatan. PT Raja Grafindo Persada : Jakarta



## Profil Penulis



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

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk masuk sekolah kesehatan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2014. Tiga tahun kemudian yaitu pada tahun 2017, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa, keperawatan transkultural, kegawatdaruratan, anak, maternitas, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra indonesia dan *public speaking*. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi (2020) dan juga Kemenristek DIKTI (2013). Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dan buku sastra dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis puisi, Penerbit Jendela Sastra Indonesia (JSI) memberikan penghargaan sebagai salah satu Penulis Puisi Tepilih Tahun 2018. Disamping sebagai penulis, beliau juga sebagai peneliti, editor, *editor in chief*, konselor, reviewer, dosen, perawat, dan penyair. Beberapa artikel atau hasil karya ilmiah telah banyak dipublikasikan pada berbagai media atau penerbit baik skala nasional maupun internasional.

Email Penulis: [arifm96553@gmail.com](mailto:arifm96553@gmail.com)

# RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT, DINAMIKA MASYARAKAT DAN SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT

**Nur Afni Maftukhah, SKM., MKM**

Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah  
Palembang

## **Latar Belakang**

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk : 1. Perbaikan sanitasi lingkungan 2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular 3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan 4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan. 5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya. Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan Masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

Kesehatan Masyarakat merupakan suatu Ilmu dan Seni. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat dapat ditinjau dari kedua hal tersebut. Sebagai ilmu, Kesehatan Masyarakat pada mulanya hanya mencakup dua disiplin keilmuan,

yaitu Ilmu Bio-Medis (Medical Biologi) dan Ilmu-ilmu Social (*Social Sciences*). Secara garis besar disiplin ilmu yang menopang ilmu Kesehatan Masyarakat atau sering disebut sebagai Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini adalah sebagai berikut : Epidemiologi, Statistik Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, administrasi Kesehatan Masyarakat, Gizi Masyarakat, Kesehatan Keselamatan Kerja.

### **Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat**

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain meliputi : Ilmu biologi, Ilmu kedokteran, Ilmu kimia, Fisika, Ilmu Lingkungan, Sosiologi, Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat), Psikologi, Ilmu pendidikan Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain : Epidemiologi, Biostatistik/Statistik Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Administrasi Kesehatan Masyarakat, Gizi Masyarakat dan Kesehatan Kerja.

Masalah Kesehatan Masyarakat adalah Multi Kausal pemecahannya secara multi disiplin, sedangkan Kesehatan Masyarakat sebagai seni mempunyai bentangan semua kegiatan yang langsung maupun tidak langsung untuk mencegah penyakit (*Preventif*), meningkatkan kesehatan (*Promotif*), terapi (terapi fisik, mental dan social) adalah Upaya Masyarakat, missal pembersihan lingkungan, penyediaan air bersih, pengawasan makanan. Penerapannya di dalam ruang lingkup kesehatan Masyarakat adalah:

1. Pemberantasan penyakit menular dan tidak menular
2. Perbaikan sanitasi lingkungan pemukiman
3. Perbaikan lingkungan pemukiman

4. Pemberantasan vector
5. Pendidikan / penyuluhan kesehatan Masyarakat
6. Pelayanan Ibu dan Anak
7. Pembinaan gizi Masyarakat
8. Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum
9. Pengawasan obat dan minuman
10. Pembinaan peran serta masyarakat

Faktor-faktor yang mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat Menurut Hendrick L. Blumm, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu : Perilaku, Lingkungan, Keturunan dan Pelayanan Kesehatan.

Dari ke 4 faktor di atas ternyata pengaruh perilaku cukup besar diikuti oleh pengaruh faktor lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Ke empat faktor di atas sangat berkaitan dan saling mempengaruhi. Perilaku sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain lain. Perilaku/kebiasaan mencuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti mencret mencret dan lainnya. Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit rumah sakit baru di setiap kabupaten/kota.

Upaya meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara langsung juga dipermudah dengan adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat kurang mampu. Program ini berjalan secara sinergi dengan program pemerintah

lainnya seperti Program bantuan langsung tunai (BLT), Wajib Belajar dan lain lain. Untuk menjamin agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang efektif bagi masyarakat, maka pemerintah melaksanakan program jaga mutu. Untuk pelayanan di rumah sakit program jaga mutu dilakukan dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit. Ke 4 faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat di atas tidak berdiri sendiri sendiri, namun saling berpengaruh. Oleh karena itu upaya pembangunan harus dilaksanakan secara simultan dan saling mendukung. Upaya kesehatan yang dilaksanakan harus bersifat komprehensif, hal ini berarti bahwa upaya kesehatan harus mencakup upaya preventif/promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dengan berbagai upaya di atas, diharapkan peran pemerintah sebagai pembuat regulasi, dan pelaksana pembangunan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat. Sasaran Kesehatan Masyarakat: 1. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan keluarga. 2. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan komunitas. 3. Terpelihara dan meningkatnya status gizi masyarakat. 4. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan jiwa masyarakat. 5. Meningkatnya jumlah dan cakupan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra Upaya.

Tujuan Ilmu Kesehatan Masyarakat yaitu: Untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, dan sosial bagi masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungan tersebut melalui usaha-usaha preventif, promotif dan kuratif terhadap penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan akibat kerja atau lingkungan kerja. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat meliputi:

1. *Promotif* (Peningkatan Kesehatan)

Usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi : Usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi, sehingga

seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal

2. *Preventif* (Pencegahan Penyakit)

Usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, Ibu Hamil, Pemeriksaan Kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.

3. *Kuratif* (Pengobatan)

Usaha yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diobati secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.

4. *Rehabilitatif* (Pemeliharaan Kesehatan)

Usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya.

### **Dinamika Masyarakat**

Dinamika Masyarakat adalah secara umum dapat diartikan sebagai suatu proses pergeseran atau perubahan struktur tatanan di dalam Masyarakat yang meliputi pola pikir, yang lebih inovatif, sikap serta kehidupan sosialnya untuk mendapatkan penghidupan yang lebih bermartabat. Tetapi perubahan yang terjadi antara Masyarakat yang satu dengan Masyarakat yang lainnya tidak sama, hal ini dikarenakan adanya adanya suatu Masyarakat yang mengalami proses perubahan yang cepat dari perubahan Masyarakat lainnya. Dinamika Masyarakat jika dilihat dari sisi sosiologi, dinamika masyarakat merupakan bagian dari keseluruhan terjadinya perubahan di dalam masyarakat seiring dengan perkembangan zaman dari waktu ke waktu. Pengertian Dinamika Masyarakat sebagai berikut:

1. Dinamika berarti tingkah laku individu yang satu secara langsung mempengaruhi individu yang lain secara timbal balik. Dinamika menunjukkan adanya interaksi dan interdependensi antara anggota kelompok yang satu dengan anggota kelompok yang

lain secara timbal balik dan antara anggota dengan kelompok secara keseluruhan.

2. Kelompok merupakan suatu unit yang terdapat lebih dari satu individu yang mempunyai kemampuan untuk berbuat untuk kesatuannya dengan cara dan atas dasar kesatuan persepsi (H. Smith).
3. Masyarakat adalah kelompok atau komunitas yang interdependen atau individu-individu yang saling bergantung antara yang satu dengan lainnya. Sebutan masyarakat dipakai untuk mengacu pada sekelompok individu yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.
4. Sekelompok manusia bisa disebut sebagai suatu masyarakat apabila mempunyai pemikiran, perasaan, serta sistem atau aturan yang sama. Dengan kesamaan itu, manusia lalu berhubungan saling berinteraksi antara sesama mereka berdasarkan kepentingan bersama.

Pentingnya mempelajari Dinamika Masyarakat adalah:

1. Individu tidak mungkin hidup sendiri di Masyarakat
2. Individu tidak dapat pula bekerja sendiri dalam memenuhi kehidupannya
3. Dalam masyarakat yang besar, perlu adanya pembagian kerja agar pekerjaan dapat terlaksana dengan baik. Hal itu bisa terjadi apabila dikerjakan kelompok kecil
4. Masyarakat yang demokratis dapat berjalan baik apabila lembaga sosial dapat bekerja dengan efektif.

### **Sasaran Kesehatan Masyarakat**

Sasaran Kesehatan Masyarakat adalah: Individu, Keluarga, Kelompok Khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena

ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental dan sosial.

## 2. Keluarga

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

## 3. Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah Kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan dan termasuk diantaranya adalah:

- a. Kelompok Khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan seperti: Ibu Hamil, Bayi baru lahir, Anak balita, Anak usia sekolah, Usia lanjut
- b. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan, diantaranya penderita penyakit menular dan tidak menular
- c. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, diantaranya: Wanita tuna Susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, kelompok pekerja tertentu
- d. Lembaga Sosial, Perawatan dan Rehabilitasi, diantaranya : Panti Werda, Panti Asuhan, Pusat-pusat Rehabilitasi dan Penitipan Anak.



### Contoh sasaran Kesehatan Masyarakat:

1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi, Indikator sasaran: Kunjungan Ibu Hamil / k4, Pertolongan persalinan oleh bidan/Nakes, Ibu Hamil risiko tinggi yang dirujuk, Kunjungan Neonates, Kunjungan Bayi dan Balita, Kunjungan Imunisasi bayi di desa, Kunjungan BBLR yang ditangani Nakes.
2. Meningkatkan Pelayanan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah, Indikator sasaran: Deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah, Pemeriksaan kesehatan siswa SD/ sederajat oleh Nakes, Pelayanan kesehatan remaja.
3. Meningkatkan Pemantauan Pertumbuhan Balita, Indikator sasaran: Kenaikan berat badan balita (N/D), Berat badan balita di bawah garis merah (BGM).
4. Meningkatkan Pelayanan Gizi Masyarakat, Indikator sasaran: Ibu Hamil mengkonsumsi 90 Tablet Fe, Balita mendapatkan kapsul Vitamin A 2x pertahun, Seluruh bayi BGM dari keluarga miskin diberi makanan pendamping ASI, Seluruh balita gizi buruk mendapatkan kapsul Yodium.
5. Meningkatkan Pelayanan KB, Indikator Sasaran : Meningkatkan peserta KB aktif.
6. Meningkatkan Pelayanan Obstetric dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif, Indikator sasaran: Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk rujukan ibu hamil dan neonates, Ibu hamil risiko tinggi yang ditangani, Neonates risiko tinggi / komplikasi yang ditangani.
7. Meningkatkan Pelayanan Gawat Darurat, Indikator sasaran: Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan kegawatdaruratan yang dapat diakses Masyarakat.
8. Meningkatkan Pelayanan Pengobatan dan Perawatan, Indikator sasaran: Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap.

9. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Jiwa, Indikator sasaran: Pelayanan Kesehatan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum.
10. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Kerja, Indikator sasaran: Pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal.
11. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan usia Lanjut, Indikator sasaran: Pelayanan Kesehatan Pra Usia lanjut dan Usia Lanjut.
12. Meningkatnya Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB dan Gizi Buruk, Indikator sasaran: Penanganan KLB
13. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio, Indikator sasaran: Penemuan seluruh penderita Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk selama 15 tahun.
14. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru, Indikator sasaran: Angka kesembuhan Penderita TB Paru BTA Positif.
15. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA, Indikator sasaran: Seluruh Balita penderita Pneumonia mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
16. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV/AIDS, Indikator sasaran: Seluruh donor darah disekrening terhadap HIV/AIDS, Penderita HIV/AIDS mendapat penanganan pelayanan kesehatan, Penderita Infeksi Menular Seksual diobati, Lokalisasi mewajibkan penggunaan kondom.
17. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD, Diare, Malaria dan Filaria, Indikator sasaran: Penderita mendapat pelayanan kesehatan.
18. Meningkatnya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta, Indikator sasaran: Penderita kusta yang selesai berobat (RFT Rate).

19. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Indikator sasaran: Institusi yang dibina Kesehatan Lingkungannya.
20. Meningkatnya Pelayanan Pnendalian Vektor, Indikator sasaran: Rumah/Bangunan yang bebas jentik Nyamuk Aedes.
21. Meningkatnya Pelayanan Hygiene Sanitasi Tempat-tempat Umum, Indikator sasaran: Tempat – tempat Umum yang memenuhi syarat kesehatan.
22. Meningkatnya Penyuluhan Perilaku Sehat, Indikator sasaran: Rumah tangga sehat, Bayi mendapatkan ASI Eksklusif, Desa/Kelurahan dengan garam beryodium baik, Posyandu Purnama, Desa dengan Program PHBS dan Peserta BPJS.

## **Daftar Pustaka**

- A.L.Slamet Ryadi. 1982. Ilmu Kesehatan Masyarakat dasar Dasar dan Syarat Perkembangannya. Usaha Nasional: Surabaya
- Azrul Azwar. 1980. Puskesmas dan Usaha-usaha Kesehatan Pokok. Akadoma: Jakarta
- Azrul Azwar. 1983. Pengantar Pendidikan Kesehatan. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Pencegahan FKUI. Sastra Budaya: Jakarta
- Dainur.1992. Materi-materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat. Widya Medika: Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. Pedoman Kerja Puskesmas. Jilid I,II,II,IV: Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 1987. Upaya Kesehatan Puskesmas dan Keterpaduan KB Kesehatan: Jakarta
- Indang Encang. 1988. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Alumni: Bandung
- Hendrik L.Blum.1974. Planning Health Development and Application of Social Change Teory. Human Sciences Press: New York
- Notoatmojo. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmojo.2005.Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta jakarta
- Notoatmojo.2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta Jakarta
- Runjati.2011.Asuhan Kebidanan Komunitas
- Syafrudin, Hamidah. 2009. Kebidanan Komunitas. Buku Kedokteran Egc: Jakarta
- Soekidjo Notoatmodjo. 1993. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Andi Offset: Yogyakarta

Soekidjo Notoatmodjo. 1981. *Komponen Pendidikan pada Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*. BPKM FKM UI: Jakarta

Organisasi Kesehatan Sedunia. 1992. *Pendidikan Kesehatan Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar*. ITB-Universitas Udayana: Bandung-Denpasar.

## **Profil Penulis**



**Nur Afni Maftukhah, SKM., MKM**

Penulis mengawali karir di bidang Kesehatan Masyarakat pada saat bergabung di STIKes Muhammadiyah Palembang yang saat ini telah berkembang dan berubah menjadi Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah

Palembang.

Seiring dengan berjalannya waktu penulis diberikan kesempatan untuk mengembangkan Pendidikan yang sesuai dengan bidang sebelumnya dengan melanjutkan Pendidikan ke jenjang Strata 2 pada tahun 2015 dengan bidang ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sriwijaya Palembang (Lulus tahun 2017). Penulis juga dituntut untuk aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sesuai pada bidang kepakarannya. Beberapa penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat yang telah dilakukan terkait bidang ilmu penulis telah dipublikasikan pada jurnal dan prosiding baik secara nasional dan internasional. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif untuk belajar menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara dan dapat mengembangkan keilmuan khususnya pada bidang Kesehatan Lingkungan.

Email Penulis: [maftukhahafni@gmail.com](mailto:maftukhahafni@gmail.com)



# PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

**Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

## **Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

Perkembangan kesehatan masyarakat di bagi dalam tiga periode:

### 1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Upaya untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan dan penyakit telah dilakukan oleh negara-negara dengan kebudayaan yang paling luas yakni pada zaman Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma, pada zaman tersebut juga ditemukan dokumen-dokumen tertulis bahkan peraturan-peraturan tertulis tentang pembuangan air limbah, drainase, pengaturan air minum, pembuangan kotoran. Pada Zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat tentang pembangunan rumah, binatang-binatang yang berbahaya bahkan ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat minum masyarakat, warung makan dan tempat-tempat prostitusi. Pada abad ke tujuh kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai penyakit menular makin menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan di beberapa tempat menjadi



endemi misal penyakit kolera. Pada abad ke 14 mulai terjadi wabah pes di India dan China, namun upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyuruh belum dilakukan oleh manusia yang hidup dalam zamannya.

## 2. Periode Ilmu Pengetahuan

Bangkitnya ilmu pengetahuan akhir abad ke 18 dan awal abad ke 19 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai fenomenal biologis dan pendekatan yang dilakukan secara biologis dan sempit, maka mulai abad ke 19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi. Pada tahun 1832 dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat oleh Edwin Chadwiech dkk, pada saat itu masyarakat Inggris terserang penyakit epidemi wabah kolera, laporan hasil penyelidikannya adalah masyarakat hidup dikondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan air kotor dan pembuangan kotoran manusia, air limbah mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dikerubung lalat di samping itu ditemukan sebagian besar masyarakat miskin tidak mampu membeli makanan yang bergizi. Pada tahun 1955 pemerintah Amerika telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali yang berfungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk. Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan masyarakat di New York dan menghasilkan Asosiasi Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*).

### 3. Perkembangan di Indonesia

Sejarah perkembangan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke 16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat pada waktu itu. Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter di Jawa untuk pendidikan dokter pribumi selanjutnya pada tahun 1913 didirikan sekolah dokter di Surabaya. Kedua sekolah tersebut mempunyai andil yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. Kemudian pada tahun 1888 didirikan laboratorium pusat di Bandung yang mempunyai peranan sangat penting dalam langkah menunjang memberantas penyakit malaria, lepra, cacar dan malaria bahkan untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti gizi dan sanitasi. Pada zaman kemerdekaan Indonesia salah satu tonggak penting perkembangan masyarakat di Indonesia adalah dengan diperkenalkannya konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr Patah, dalam konsep ini mulai dikenal konsep kuratif dan preventif.

Sasaran Kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

#### 1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidak mampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental dan social.

#### 2. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya, yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan

atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan interaksi, bila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota dan keluarga yang lain.

### 3. Kelompok khusus

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

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

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik ada 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 yang generalis.
4. Peran tenaga kesehatan terpenting adalah sebagai pendidik (health education) dan pembantu (change agent).
5. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat.
6. Praktik kesehatan masyarakat di pengaruhi 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.

Pokok-pokok kegiatan kesehatan masyarakat yang dapat dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Asuhan langsung kepada individu, kelompok dan masyarakat
2. Promosi kesehatan
3. Konseling dan pemecahan masalah
4. Rujukan
5. Asuhan komunity
6. Penemuan kasus
7. Penghubung
8. Koordinasi.
9. Kerja sama.
10. Advokasi.
11. Bimbingan dan pembinaan.
12. Pelimpahan wewenang/pengembangan peranan.
13. Rencana lepas asuhan

14. Panutan/role model.

15. Penelitian, membantu mengidentifikasi mengembangkan teori-teori yang merupakan dari diri praktik kesehatan masyarakat.

Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui

Usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

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

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup:

1. Ilmu biologi
2. Ilmu kedokteran
3. Ilmu kimia
4. Fisika
5. Ilmu Lingkungan
6. Sosiologi
7. Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
8. Psikologi
9. Ilmu pendidikan

Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai “Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat” ini antara lain sebagai berikut:

- a. Epidemiologi.
- b. Biostatistik/Statistik Kesehatan.
- c. Kesehatan Lingkungan.
- d. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
- e. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
- f. Gizi Masyarakat.
- g. Kesehatan Kerja.

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat Desa Siaga, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu, dan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Tatanan yang menghimpun berbagai Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tujuan dari upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu (*quality*) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Promotif adalah upaya pelayanan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan lebih optimal, melalui peningkatan pengetahuan masyarakat. Usaha lebih dititik beratkan pada pendidikan/sosialisasi/penyuluhan kepada orang sehat. Salah satu paradigma sehat adalah bagaimana semua pelayanan bisa berfokus kepada orang sehat agar tetap sehat dan orang sakit menjadi sehat. Kegiatan promotif atau promosi menjadi tugas setiap individu terutama tugas tenaga kesehatan. Pada umumnya layanan promotif tidak memerlukan biaya

besar sehingga dapat dengan mudah dilakukan dari semua *stakeholder*.

Preventif adalah upaya pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya penyakit. Organ manusia mengalami perubahan setiap bertambahnya usia atau kegiatan yang dialaminya, sehingga ada beberapa penyakit lebih dominan terkena pada kelompok sasaran tertentu. Ada kelompok beresiko terhadap sesuatu penyakit dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya. Orang yang mempunyai kebiasaan merokok akan lebih beresiko terkena penyakit TBC, orang hamil akan lebih beresiko terkena anemia, anak usia sekolah lebih beresiko terkena diare, karyawan yang bekerja di belakang meja akan lebih beresiko terkena sakit pinggang, buruh pabrik yang menggunakan mesin di tangan akan beresiko terkena penyakit carpal tunnel syndrome, dan lain-lain. Pelayanan khusus bagi kelompok yang beresiko ini disebut upaya preventif.

Preventif merupakan pelayanan yang luas sehingga dalam upaya layanannya preventif dibagi menjadi 5 yang biasa dikenal dengan *Five Level Prevention*.

*Five Level Prevention* adalah

- a. Level 1: Peningkatan Kesehatan (*health promotion*), sama dengan upaya promotif dimana level 1 ini berfokus pada orang sehat agar tidak terkena penyakit. Menjaga daya tahan tubuh, menghindari factor-faktor terjadinya penyakit, dan perilaku hidup bersih dan sehat. Contoh adalah peningkatan pengetahuan siswa untuk mencuci tangan, sosialisasi hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah, penyuluhan sikap ergonomik dalam bekerja, perbaikan sanitasi lingkungan, dan lain-lain.
- b. Level 2: Pencegahan umum dan khusus (*general dan specific prevention*) adalah upaya pencegahan yang diberikan pada orang sehat yang memiliki resiko tinggi untuk terkenanya suatu penyakit. Kegiatan umum yang dilakukan pada

level ini adalah pemberian imunisasi, isolasi pada penderita penyakit menular, menggunakan Alat Pelindung diri (APD), dan mengontrol sumber pencemaran seperti membersihkan kamar mandi dan membuat sumber polutan pada tempat khusus.

- c. Level 3: Penegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*early diagnosis and prompt treatment*), merupakan upaya kesehatan untuk mencari sedini mungkin kemungkinan penyakit yang akan terjadi di masyarakat dan jika ditemukan segera diberikan pengobatan. Upaya *screening* penyakit (*screening* kanker payudara, kanker rahim), *general check up*, *tracing* penderita penyakit menular, dan lain-lain.
- d. Level 4: Pembatasan Kecacatan (*disability limitation*), upaya yang berfokus kepada orang yang sudah sakit agar tidak lebih parah, tidak terkena penyakit lainnya, dan segera sembuh. Melanjutkan upaya pengobatan pada orang sakit merupakan yang fokus dalam upaya ini, karena terkadang masyarakat tidak mengobati penyakit secara tuntas sehingga kegiatan mengenai pemberian pengetahuan tentang masalah lain yang terjadi jika tidak menuntaskan pengobatan menjadi hal yang penting. Memberikan pengetahuan tentang perilaku yang boleh dan tidak boleh kepada lansia yang terkena penyakit sendi juga merupakan contoh dari kegiatan level 4 ini.
- e. Level 5: Pemulihan Kesehatan (*rehabilitation*), upaya mengembalikan orang yang sakit untuk dapat hidup normal di masyarakat. Kegiatan pelatihan bagi pasien yang cacat untuk tetap dapat bekerja dan berkarya sesuai dengan kemampuannya, kegiatan bimbingan psikologi untuk menambah rasa percaya diri hidup ditengah masyarakat, latihan fisik/ terapi untuk melatih anggota gerak agar berfungsi dengan baik.



Kuratif yaitu upaya kesehatan pengobatan kepada orang sakit, yang tujuannya adalah agar sembuh dan tidak memperparah penyakit. Pemberian terapi berupa gerakan, perkataan, dan pemberian obat yang biasanya diberikan oleh profesi yang ahli. Rehabilitatif yaitu Upaya pemeliharaan dan pemulihan kondisi agar tidak cacat. Fokus sasaran adalah orang yang baru sembuh dari sakit. Kegiatan misalnya adalah memberikan pengetahuan mengenai perawatan pasca persalinan kepada ibu yang selesai bersalin, terapi latihan bagi yang mempunyai permasalahan gerak, dan lain-lain.

### **Derajat Kesehatan Masyarakat**

Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menurut Hendrik L. Blum, bahwa ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan mempunyai pengaruh dan peranan terbesar diikuti perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Prinsip dan factor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah:

#### 1. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia) misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ; ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik maka akan semakin sulit. misalnya manusia

mempunyai kebutuhan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga kelangsungan hidup, jika individu/masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/masyarakat, semakin tinggi tingkat pendidikan individu/masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

Beberapa contoh faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan antara lain:

- a. Adanya sanitasi lingkungan yang baik akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Ada norma agama pada umat islam tentang konsep haram terhadap alkohol akan menurunkan tingkat konsumsi alkohol.
- c. Semakin tinggi tingkat pendidikan individu maupun masyarakat maka pengetahuan akan cara hidup sehat semakin baik.

## 2. Perilaku (*Life Styles*)

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri, di samping itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami transisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan mempengaruhi derajat kesehatan. Misalnya: pada masyarakat tradisional di mana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/masyarakat senantiasa menggerakkan anggota tubuhnya (berolah raga). Pada masyarakat

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

Berikut ini contoh dari *life style* yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang:

- a. Perilaku perokok sejak dini akan meningkatkan risiko kanker pada paru-paru
  - b. Perilaku mengkonsumsi makanan cepat saji (*junk food*) akan meningkatkan risiko obesitas yang berisiko pada penyakit jantung.
  - c. Kebiasaan melakukan konsep 3 M (menguras, mengubur dan menutup) pada pencegahan DBD akan menurunkan prevalensi penyakit DBD.
3. Pelayanan Kesehatan (*Health Care Services*)

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas sangat berpengaruh oleh lokasi, apakah dapat dijangkau oleh masyarakat atau tidak, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan, serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan

kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik.

Adapun faktor pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kesehatan, dapat terlihat sebagai berikut:

- a. Adanya upaya promotif terhadap penularan HIV/AIDS akan menurunkan prevalensi HIV/AIDS.
- b. Tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang baik akan memudahkan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas.
- c. Adanya asuransi kesehatan akan memudahkan individu/masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

#### 4. Keturunan (*Heredity*)

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

Berikut ini contoh faktor keturunan dapat mempengaruhi kesehatan:

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

Upaya meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara langsung juga dipermudah dengan adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat

kurang mampu. Program ini berjalan secara sinergi dengan program pemerintah lainnya seperti Program bantuan langsung tunai (BLT), Wajib Belajar dan lain lain. Untuk menjamin agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang efektif bagi masyarakat, maka pemerintah melaksanakan program jaga mutu. Untuk pelayanan di rumah sakit program jaga mutu dilakukan dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit. Ke 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di atas tidak berdiri sendiri sendiri, namun saling berpengaruh. Oleh karena itu upaya pembangunan harus dilaksanakan secara simultan dan saling mendukung. Upaya kesehatan yang dilaksanakan harus bersifat komprehensif, hal ini berarti bahwa upaya kesehatan harus mencakup upaya preventif / promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Dengan berbagai upaya kesehatan masyarakat diharapkan peran pemerintah sebagai pembuat regulasi, dan pelaksana pembangunan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat

Seharusnya untuk meningkatkan derajat kesehatan kita harus menaruh perhatian besar pada akar masalahnya dan selanjutnya melakukan upaya pencegahannya. Untuk itulah maka upaya kesehatan harus focus pada upaya preventif (pencegahan) bukannya curative (pengobatan). Namun yang terjadi anggaran untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui program promosi dan preventif dikurangi secara signifikan. Akibat yang ditimbulkan adalah banyaknya masyarakat yang kekurangan gizi, biaya obat untuk puskesmas meningkat, pencemaran lingkungan tidak terkendali dan korupsi penggunaan askeskin.

Pada masyarakat tradisional dimana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/masyarakat senantiasa menggerakkan anggota tubuhnya (brolah raga). Pada masyarakat modern dimana sarana sudah semakin maju, maka

individu/masyarakat terbiasa beraktivitas dengan menggunakan transportasi seperti kendaraan bermotor sehingga individu/masyarakat kurang menggerakkan anggota tubuhnya (berolah raga). Kondisi ini dapat beresiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolah raga ditambah lagi kebiasaan masyarakat modern mengkonsumsi makanan cepat saji yang kurang mengandung serat. Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia), dan sosiukultur (ekonomi, pendidikan, pekerjaan). Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ; ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik maka akan semakin sulit. Contohnya : manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga kelangsungan hidup, jika individu/masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Semakin tinggi tingkat pendidikan individu/masyarakat maka pengetahuan akan cara hidup akan semakin baik.

## Daftar Pustaka

- Alamsyah D, Muliawati R. 2013. *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Amiruddin, R. 2017. *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Bensley, R. J. 2008. *Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Blum, Hendrik L. 1974. *Planning for Health, Development and Application of Social Changes Theory*. New York: Human Sciences Press.
- Cahyani, D. I., Kartasurya, M. I. and Rahfiludin, M. Z. 2020. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dalam Perspektif Implementasi Kebijakan (Studi Kualitatif), *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(1), p. 10. doi: 10.26714/jkmi.15.1.2020.10-18.
- Eliana, Sumiati S. 2016. *Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Hulu, V. T. et al. 2020. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Kemenkes RI. 2017. *Buku Panduan GERMAS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Soetomo. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- World Health Organization. 2018. *Primary Health Care Operational Framework*.

## Profil Penulis



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

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional dan Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan. Sudah menulis 48 Chapter Kesehatan.

Email Penulis: [atik.cahyo@yahoo.com](mailto:atik.cahyo@yahoo.com)





# PROGRAM PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DAN METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT

**Dr. Pipit Festi Wiliyanarti, S.Kep., Ns., M.Kes**  
Universitas Muhammadiyah, Surabaya

## **Layanan Kesehatan Masyarakat Esensial**

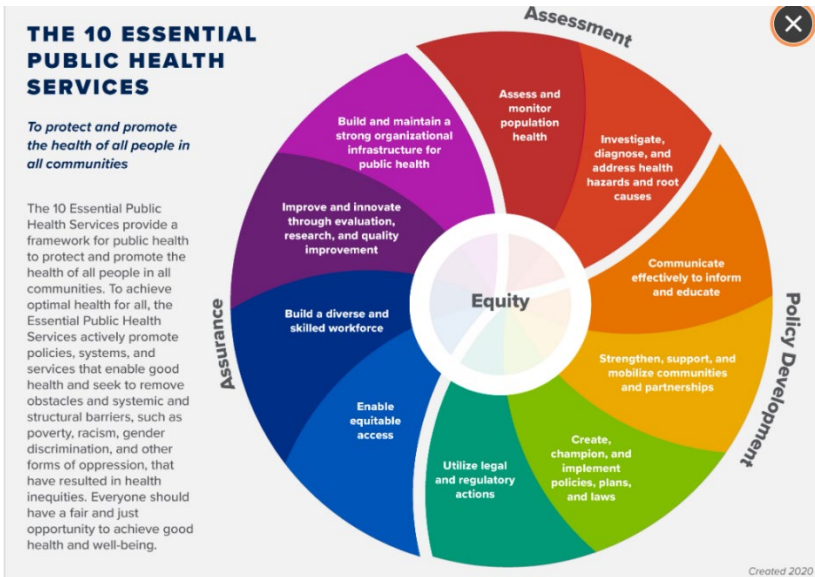
10 Layanan Kesehatan Masyarakat Esensial (EPHS) menggambarkan kegiatan kesehatan masyarakat yang harus dilakukan oleh semua masyarakat. Selama 25 tahun terakhir, EPHS ini berfungsi sebagai kerangka kerja yang dapat dilaksanakan dalam misi kesehatan masyarakat. Kerangka kerja EPHS (tahun 1994) telah diperbarui pada tahun 2020. Versi revisi ini dimaksudkan untuk menyelaraskan kerangka kerja Tersebut Dengan Praktik Kesehatan Masyarakat Saat Ini Dan Di Masa depan. Kerangka kerja EPHS yang direvisi dirilis pada 9 September 2020, sebagai hasil upaya kolaboratif Pusat Inovasi Nasional Kesehatan Masyarakat

Adapun Layanan Kesehatan Masyarakat Esensial terdiri dari 10 layanan meliputi:

1. Menilai dan memantau status kesehatan penduduk, faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, serta kebutuhan dan aset masyarakat
2. Menyelidiki, mendiagnosis, dan mengatasi masalah dan bahaya kesehatan yang mempengaruhi populasi

3. Berkomunikasi secara efektif untuk menginformasikan dan mendidik masyarakat tentang kesehatan, faktor-faktor yang mempengaruhinya, dan cara memperbaikinya
4. Memperkuat, mendukung, dan memobilisasi komunitas dan kemitraan untuk meningkatkan kesehatan
5. Membuat, memperjuangkan, dan menerapkan kebijakan, rencana, dan Undang-Undang yang berdampak pada kesehatan
6. Memanfaatkan tindakan hukum dan peraturan yang dirancang untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat
7. Menjamin sistem yang efektif yang memungkinkan akses yang adil terhadap layanan dan perawatan individu yang diperlukan untuk menjadi sehat
8. Membangun dan mendukung tenaga kesehatan masyarakat yang beragam dan terampil
9. Meningkatkan dan menginovasi fungsi kesehatan masyarakat melalui evaluasi berkelanjutan, penelitian, dan peningkatan kualitas berkelanjutan
10. Membangun dan memelihara infrastruktur organisasi yang kuat untuk kesehatan masyarakat

Gambaran layanan esensial dapat di lihat pada gambar dibawah ini.



Gambar. The 10 Essential Public Health Services

Selanjutnya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan Masyarakat pemerintah berintegrasi dengan program program kesehatan melalui kegiatan pelayanan kesehatan esensial dalam program pelayanan kesehatan.

## **Program Program Pelayanan Kesehatan**

### **Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat**

#### **Tujuan**

Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat serta terciptanya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut.

## **Sasaran**

- a. Terbentuknya Desa Siaga
- b. Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di tatanan rumah tangga, sekolah, fasilitas pemerintah, tempat kerja dan tempat-tempat umum.
- c. Kegiatan Pokok
- d. Mengembangkan media promosi dan informasi sadar hidup sehat.
- e. Penyuluhan kesehatan masyarakat.
- f. Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan.
- g. Peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan.
- h. Meningkatkan pendidikan kesehatan kepada masyarakat.
- i. Mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dan generasi muda.
- j. Pengembangan Desa Siaga.
- k. Peningkatan Prilaku hidup Bersih dan Sehat di tananan: Rumah Tangga, Sekolah, Pemerintah.

## **Program Perbaikan Gizi Masyarakat**

### **Tujuan**

Meningkatnya status gizi masyarakat secara optimal sehingga dapat meningkatkan intelektualitas dan produktifitas sumberdaya manusia.

### **Sasaran**

- a. Semua Kecamatan bebas rawan gizi.
- b. Semua Balita mendapat Makanan Tambahan Pendamping ASI (MP ASI).
- c. Keluarga Sadar gizi.
- d. Semua Balita dengan gizi kurang mendapat perawatan.
- e. Meningkatnya Cakupan Pemberian ASI Eksklusif .

- f. Menurunnya Prevalensi KEK Ibu Hamil.
- g. Tercapainya persentase Bayi BGM.
- h. Menurunnya prevalensi kurang gizi .
- i. Menurunnya prevalensi Berat Badan Bayi Lahir Rendah (BBLR).
- j. Meningkatnya Cakupan Pemberian Vitamin A.
- k. Meningkatnya Cakupan Ibu Hamil mendapat Teblet Fe III.
- l. Meningkatnya Cakupan Ibu Hamil mendapat Teblet Fe I.
- m. Meningkatnya cakupan penanggulangan garam beryodium menjadi.

### **Kegiatan Pokok**

- a. Peningkatan pendidikan gizi masyarakat.
- b. Penanggulangan dan perbaikan gizi masyarakat.

### **Program Pengembangan Lingkungan Sehat**

#### **Tujuan**

Mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat agar dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit berbasis lingkungan melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan berwawasan Kesehatan.

#### **Sasaran**

- a. Meningkatnya persentase keluarga menggunakan sarana air bersih yang memenuhi syarat kesehatan dan keluarga menggunakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan.
- b. Meningkatnya persentase keluarga menghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
- c. Meningkatnya persentase tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan.

- d. Meningkatnya prosentase tempat pengolahan makanan TPM yang memenuhi syarat kesehatan.
- e. Meningkatnya prosentase institusi kesehatan yang memenuhi syarat kesehatan.
- f. Semua kab/kota menjadi kab/kota sehat.

### **Kegiatan Pokok**

- a. Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar bagi penduduk miskin.
- b. Pemeliharaan dan Pengawasan Kualitas Lingkungan.
- c. Pengendalian dampak resiko pencemaran Lingkungan.
- d. Pengembangan wilayah sehat.

### **Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular**

#### **Tujuan**

Menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular.

#### **Sasaran**

- a. Semua Desa mencapai UCI (Universal Child Immunization).
- b. Terselenggaranya system surveilans dan kewaspadaan dini serta penanggulangan KLB/Wabah.
- c. Meningkatnya Cakupan Penemuan BTA+.
- d. Meningkatnya Cakupan Keberhasilan pengobatan TB.
- e. Menurunnya Angka Kematian diare (CFR) diare pada saat KLB.
- f. Menurunnya angka kesakitan Penyakit demam berdarah
- g. Menurunnya Angka Kematian (CFR) akibat penyakit DBD.
- h. Meningkatnya Angka bebas jentik.

- i. Meningkatkan Cakupan penemuan pneumonia Balita.
- j. Meningkatnya persentase ODHA.
- k. Tercapainya Angka prevalensi kusta .

### **Kegiatan Pokok**

- a. Peningkatan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah.
- b. Peningkatan imunisasi.
- c. Pencegahan dan penanggulangan polio.
- d. Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik
  - 1) Pencegahan dan penanggulangan penyakit TB.
  - 2) Pencegahan dan penanggulangan penyakit diare.
  - 3) Pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta.
  - 4) Pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD.
  - 5) Pencegahan dan penanggulangan penyakit malaria.
  - 6) Pencegahan dan penanggulangan penyakit HIV/AIDS.
  - 7) Pencegahan dan penanggulangan penyakit Pneumoni.
  - 8) Pencegahan dan penanggulangan penyakit penyakit lainnya yang berpotensi menimbulkan wabah.

### **Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan**

#### **Tujuan**

Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang memenuhi standar.

#### **Sasaran**

Sarana dan tenaga kesehatan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan.



### **Kegiatan Pokok**

- a. Penyusunan standar pelayanan kesehatan.
- b. Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan.
- c. Pembangunan dan pemutakhiran data dasar standar pelayanan kesehatan.
- d. Penelitian di bidang kesehatan.

### **Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Masyarakat**

#### **Tujuan**

Terlindunginya kesehatan masyarakat dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan.

#### **Sasaran**

Masyarakat yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar .

### **Kegiatan Pokok**

- a. Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.
- b. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat

### **Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita**

#### **Tujuan**

Meningkatkan pelayanan kesehatan anak balita.

#### **Sasaran**

- a. Neonatal dengan komplikasi yang ditangani.
- b. Kunjungan neonatal.
- c. Deteksi dini tumbuh kembang anak di Posyandu.

### **Kegiatan Pokok**

- a. Deteksi dini tumbuh kembang anak.
- b. Pendidikan dan pelatihan perawat-an anak balita.
- c. Monitoring dan evaluasi.

## **Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia**

### **Tujuan**

Meningkatkan pelayanan kesehatan lansia.

### **Sasaran**

Seluruh desa di Pakpak Bharat menyelenggarakan Posyandu lansia.

### **Kegiatan Pokok**

- a. Revitalisasi Posyandu lansia.
- b. Pengembangan posyandu lansia.

## **Penelitian Kesehatan dan Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat**

Penelitian kesehatan berorientasi atau memfokuskan kegiatan pada masalah yang timbul di bidang kesehatan/ kedokteran dan system kesehatan. Kesehatan disini meliputi kesehatan individu yang berorientasi klinis/pengobatan, yang disebut kedokteran, yang kedua adalah yang berorientasi pada kelompok yaitu kesehatan masyarakat ( *public health*).

**Jenis Penelitian Kesehatan**, adapun jenis penelitian kesehatan bermacam-macam menurut aspek mana penelitian itu ditinjau.

### **Jenis Penelitian berdasarkan Metode**

1. Penelitian Survey (*Survey Research Method*)
  - a. Penelitian survey bersifat deskriptif (*descriptive*)  
yaitu penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan dan menguraikan suatu keadaan pada suatu komunitas atau masyarakat.
  - b. Penelitian survey bersifat analitik (*analytical*)  
yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi, misal mengapa penyakit DFH dapat terjadi, factor apa saja yang berhubungan dengan kejadian Diare pada anak. Pada umumnya penelitian analitik

menjawab pertanyaan Why oleh sebab itu makan penelitian ini disebut dengan penelitian *explanatory studi*.

Selanjutnya penelitian survey yang bersifat Analitik dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

a. Seksional Silang (*Cross Sectional*)

Studi silang-sekat (*cross-selectional*) Studi ini mengkaji tentang pertumbuhan, perkembangan, dan perubahan yang terjadi pada individu pada tingkat atau kelompok usia tertentu dengan waktu yang cukup singkat (jangka pendek). Peneliti tidak perlu mengamati individu terlalu lama karena dapat diganti dengan subjek baru dari berbagai kelompok/tingkat usia. Untuk menarik simpulan, peneliti tidak perlu menunggu waktu yang cukup lama.

b. Studi Retrospektif (*Restropectif study*)

Penelitian Deskriptif Retrospektif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif dengan melihat ke belakang .

c. Studi Prospektif (*Prospectif study*)

Adalah suatu penelitian yang meneliti suatu kasus dengan melihat faktor penyebab terlebih dahulu (faktor risiko), baru kemudian melihat akibat dari suatu kasus dalam jangka waktu tertentu. Penelitian kohort prospektif ini bersifat melihat ke depan (*forward looking*)

2. Metode Penelitian Eksperimental

a. Penelitian Eksperimental-Sungguhan (*true-experimental research*)

Tujuan penelitian eksperimental sungguhan adalah untuk menyelidiki kemungkinan saling hubungan sebab-akibat dengan cara mengenakan kepada satu atau lebih kelompok eksperimental dengan satu atau lebih kondisi perlakuan dan

memperbandingkan hasilnya dengan satu atau lebih kelompok kontrol yang tidak dikenai kondisi perlakuan.

Ciri utama dari penelitian eksperimen meliputi:

- 1) Pengaturan variabel-variabel dan kondisi-kondisi eksperimental secara tertib-ketat, baik dengan kontrol atau manipulasi langsung maupun dengan randomisasi (pengaturan secara rambang).
- 2) Secara khas menggunakan kelompok kontrol sebagai “garis dasar” untuk dibandingkan dengan kelompok (kelompok-kelompok) yang dikenai perlakuan eksperimental.
- 3) Memusatkan usaha pada pengontrolan varians dengan cara: pemilihan subyek secara acak, penempatan subyek dalam kelompok-kelompok secara rambang, dan penentuan perlakuan eksperimental kepada kelompok secara rambang.
- 4) Validitas internal merupakan tujuan pertama metode eksperimental.
- 5) Tujuan ke dua metode eksperimental adalah validitas eksternal.
- 6) Dalam rancangan eksperimental yang klasik, semua variabel penting diusahakan agar konstan kecuali variabel perlakuan yang secara sengaja dimanipulasikan atau dibiarkan bervariasi.

b. Penelitian Eksperimental-Semu (*quasi-experimental research*)

Tujuan penelitian eksperimental-semu adalah untuk memperoleh informasi yang merupakan perkiraan bagi informasi yang dapat diperoleh dengan eksperimen yang sebenarnya dalam keadaan yang tidak memungkinkan untuk mengontrol dan/atau memanipulasikan semua variabel yang relevan. Si peneliti harus dengan

jelas mengerti kompromi apa yang ada pada validitas internal dan validiti eksternal rancangannya dan berbuat sesuai dengan keterbatasan-keterbatasan tersebut.

Ciri penelitian eksperimen semu meliputi:

- 1) Penelitian eksperimental-semu secara khas mengenai keadaan praktis, yang di dalamnya adalah tidak mungkin untuk mengontrol semua variabel yang relevan kecuali beberapa dari variabel tersebut.
- 2) Subyek penelitian adalah manusia, misalnya dalam mengukur aspek minat, sikap, dan perilaku.
- 3) Tetap dilakukan randomisasi untuk sampel, sehingga validitas internal masih dapat dijaga.

### **Jenis Penelitian Ditinjau dari Segi Manfaat dan Kegunaan Penelitian Kesehatan**

#### 1. Penelitian Dasar (*Basic of Fundamental Research*)

Penelitian ini merupakan penelitian yang bertujuan untuk memahami atau menjelaskan gejala yang muncul pada suatu kejadian. Setelah itu dari hasil yang terjadi dijelaskan dan dianalisis, adapun kesimpulannya adalah merupakan pengetahuan teori baru. Penelitian dasar ini sering disebut dengan penelitian murni atau *pure research* oleh karena dilakukan untuk merumuskan suatu teori atau dasar pemikiran ilmiah tentang kesehatan atau kedokteran. Contoh penelitian ini Model Flow system sebagai upaya meningkatkan kinerja pegawai di RS.

#### 2. Penelitian Terapan (*Applied Research*)

Penelitian ini digunakan untuk memperbaiki atau memodifikasi proses suatu system atau program dengan menerapkan teori kesehatan yang telah ada. Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian sebelumnya. Pada penelitian terapan akan diuji ulang kemudian diterapkan. . akan diuji coba

suatu system baru kemudian di lakukan evaluasi dan modifikasi system. Penelitian ini sering disebut dengan penelitian operasional. Contoh penelitian dasar Pengembangan system Informasi di Puskesmas

### 3. Penelitian Tindakan (*action research*)

Penelitian tindakan bertujuan mengembangkan keterampilan-keterampilan baru atau cara pendekatan baru dan untuk memecahkan masalah dengan penerapan langsung di dunia kerja atau dunia aktual yang lain.

#### **Contoh penelitian tindakan misalnya adalah:**

- a. Penelitian tentang pelaksanaan suatu program *inservice training* untuk melatih para konselor bekerja dengan anak putus sekolah;
- b. Penelitian untuk menyusun program penjajagan dalam pencegahan kecelakaan pada pendidikan pengemudi;
- c. Penelitian untuk memecahkan masalah apatisme dalam penggunaan teknologi modern atau metode menanam padi yang inovatif.

#### **Ciri penelitian tindakan adalah:**

- a. Praktis dan langsung relevan untuk situasi aktual dalam dunia kerja.
- b. Menyediakan rangka-kerja yang teratur untuk pemecahan masalah dan perkembangan baru.
- c. Penelitian mendasarkan diri kepada observasi aktual dan data mengenai tingkah laku, dan tidak berdasar pada pendapat subyektif yang didasarkan pada pengalaman masa lampau.
- d. Fleksibel dan adaptif, membolehkan perubahan selama masa penelitiannya dan mengorbankan kontrol untuk kepentingan *on-the spot experimentation* dan inovasi.

#### 4. Penelitian Evaluasi (*Evaluasi research*)

Penelitian yang dilakukan untuk melakukan sebuah penilaian dalam suatu kajian atau pelaksanaan kegiatan ataupun program yang sedang dilakukan mencari umpan balik, ataupun dampak suatu kegiatan. Penelitian evaluasi ada 2 yaitu penelitian tinjauan reviews) adalah merupakan penelitian yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana program itu berjalan, dan sejauh mana program tersebut mempunyai hasil dan penelitian pengujian (*trials*) adalah menguji efektifitas dan efisiensi suatu pengobatan atau program yang lain.

#### **Penelitian Ditinjau dari Segi Tujuan Penelitian**

1. Penelitian Eksploratif bertujuan untuk menemukan problem atau masalah kesehatan yang baru.
2. Penelitian Pengembangan adalah penelitian yang dilakukan untuk mengembangkan konsep pengetahuan dan teori
3. Penelitian Verifikatif adalah bertujuan untuk menguji kebenaran suatu teori dalam bidang kesehatan atau kedokteran.

#### **Jenis Penelitian Berdasarkan Tempat**

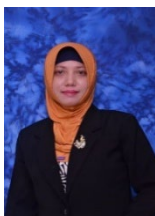
1. Penelitian Kepustakaan (*library research*), yaitu penelitian yang dilaksanakan di perpustakaan
2. Penelitian laboratorium (*laboratory research*), yaitu penelitian yang dilaksanakan di laboratorium. Penelitian
3. Penelitian lapangan (*field research*), yaitu penelitian yang dilaksanakan di suatu tempat, dan tempat itu di luar perpustakaan dan laboratorium

## Daftar Pustaka

- Arifin, Moch Bahak Udin .(2018). Buku Ajar Metodologi Penelitian Pendidikan. Umsida Press.
- Aryam,.M. Tahir Y.M.,. (2021). Ragam Jenis Penelitian dan Perspektif . ***Al-Ubudiyah: Jurnal Pendidikan dan Studi Islam*** (*Journal of Educaton and Islamic Studies*)
- Gisely Vionalita. 2020. *Modul Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Universitas Esa Unggal . Jakarta.
- Kemenkes RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan Masyarakat Pemberdayaan Masyarakat 2020-2024*. Direktorat Peomosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat.
- Kemenkes RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2013*. <http://www.profil-kesehatan-indonesia-2013>.
- Mustofa,( 2018). Analisis Jenis Dan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Pondok Bahar Kota Tangerang. *Jurnal Mozaik* Vol. X Edisi 2 Desember 2018
- Muhammad Rusdi, (2018). Penelitian Desain Dan Pengembangan Kependidikan. Depok: Pt. Rajagrafindo Persada
- Muh Fitrah, (2018). Metodologi Penelitian: Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas & Studi Kasus. Jakarta: CV Jejak (Jejak Publisher.
- Mudrikah, W ; T. Alam, S.( 2023). Pelayanan Kesehatan Komprehensif Klien Yang Berkunjung Ke Wilayah Kerja Puskesmas Darussalam. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*. Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Banda Aceh.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam, D.S.( 2008). *Metodologi Penelitian : Pengenalan, Praktik dan Kemanfaatan-kemanfaatannya*. Jogyakarta: Diva Press.
- Riyanto, Slamet, and Aglis Andhita Hatmawan. (2020). *Metode Riset Penelitian Kuantitatif Penelitian Di Bidang Manajemen, Teknik, Pendidikan Dan Eksperimen*. Jakarta: Deepublish.



## **Profil Penulis**



### **Dr. Pipit Festi Wiliyanarti, S.Kep., Ns. M.Kes.**

Penulis lahir di kota Lumajang, 29 Desember 1974, Pendidikan yang dilalui DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya lulus tahun 1997, Selanjutnya meneruskan pada Jenjang S1 Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga, Lulus pada tahun 2000, Pendidikan S2 ditempuh di Pasca sarjana di Universitas Airlangga Lulus pada tahun 2010.

Pada tahun 2016 penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan dan profesi di Stikes Husada Jombang. Pada tahun 2013 penulis meneruskan pada program Doktorat Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga selanjutnya lulus tahun 2017. Penulis Bekerja di Universitas Muhammadiyah Surabaya program studi Vokasi Keperawatan sejak tahun 1998 sampai saat ini. Aktifitas lain selain sebagai pengajar yang ditekuni adalah penulis aktif sebagai tiem review dan editor jurnal di jurnal nasional dan internasional.

Email Penulis: [pipitfestiwiliyanarti@um-surabaya.ac.id](mailto:pipitfestiwiliyanarti@um-surabaya.ac.id)

# KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN IBU-ANAK

**Arijanti S. Ulang, SST., MHIthServMt**  
Universitas Citra Bangsa

## **Latar Belakang**

Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu-Anak mencakup masalah kesehatan dan penatalaksanaannya selama sepanjang siklus kehidupan perempuan sejak sebelum kehamilan, selama kehamilan, saat bayi baru lahir hingga bayi berumur lima tahun. (Black, Laxminarayan, Tammerman, Walker, 2016). Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan ibu dan anak ini telah menjadi prioritas bagi pemerintah dan masyarakat di negara negara berkembang hal ini disebabkan masalah ratio kematian ibu di dunia yang tidak mengalami penurunan pada periode 2016 dan 2020 (WHO, 2023).

Menurut WHO (2023) Selain kematian ibu, masalah kematian bayi, aborsi yang tidak aman, kematian balita, masalah kurang gizi, kematian remaja dan angka kejadian HIV pada remaja yang masih tinggi. Sehingga masalah Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak (Kespro-KIA) ini ditetapkan sebagai Prioritas dan diafirmasi oleh pemimpin-pemimpin dunia dengan penetapan *Sustainable Development Goals* no 3.1 yaitu menurunkan angka kematian ibu dengan rasio 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (United Nation, tt)

WHO berkomitmen dalam pelaksanaan Strategi Global bagi kesehatan perempuan anak dan remaja dengan menekankan tren cakupan pelayanan dalam layanan

*Universal Health Coverage* dengan jenis jenis intervensi yang meliputi kesehatan reproduksi ibu, bayi baru lahir dan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular serta kapasitas pelayanan dan akses, di kalangan masyarakat umum dan masyarakat yang kurang beruntung (WHO,2023).

Pemerintah Republik Indonesia telah menjamin kesehatan reproduksi dengan pelaksanaan layanan kesehatan reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan No.17 tahun 2023 dengan ruang lingkup kesehatan reproduksi sejak perempuan dalam masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa pasca persalinan, pelayanan kontrasepsi, termasuk pelayanan pada kasus kekerasan seksual. (Republik Indonesia, 2023) dan menjamin kesehatan anak melalui upaya pelayanan kesehatan yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Bab ini menguraikan tentang definisi, ruang lingkup, tujuan, hak-hak reproduksi, upaya kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu-anak, masalah kesehatan reproduksi - kesehatan ibu-anak, strategi pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu-anak

## **Definisi**

Menurut Black RE (2016) Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Ibu dan Anak (Kespro KIA) merupakan upaya kesehatan dan pelayanan sepanjang siklus kehidupan perempuan dimulai sejak sebelum hamil, selama kehamilan, bayi baru lahir, selama 28 hari pertama kehidupan bayi dan anak sampai berusia lima tahun. Selain itu Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia No.17 (2023) menjelaskan pula tentang upaya kesehatan reproduksi ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan fungsi, proses dan sistem reproduksi pada laki laki dan perempuan.

Kesehatan reproduksi didefinisikan melalui Peraturan Pemerintah Republik Indonesia (2014) sebagai keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak

semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Dalam Peraturan Pemerintah ini kesehatan ibu dan anak tidak secara gamblang disebutkan namun secara implisit merupakan bagian dari proses reproduksi dan dalam pasal selanjutnya ditetapkan ruang lingkup Kesehatan reproduksi yang mencakup Kesehatan ibu.

Anak adalah seseorang yang sampai berusia 18 Tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. (Kemenkes RI, 2014). Sedangkan upaya kesehatan anak didefinisikan sebagai setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anak dalam bentuk pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Sehingga Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Ibu dan Anak (Kespro, KIA) dapat didefinisikan sebagai keadaan sehat fisik, mental dan sosial secara utuh pada seorang perempuan dan seorang anak yang berusia dibawah 18 tahun dan upaya pelayanan kesehatan sejak masa sebelum masa kehamilan, saat masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan, pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan Kesehatan seksual serta kesehatan sistem reproduksi dan juga bayi baru lahir, bayi, balita, anak prasekolah, anak usia sekolah, anak remaja dengan memperhatikan perlindungan kesehatan anak.

### **Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak**

Ruang lingkup Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak secara global mencakup upaya pelayanan kesehatan kepada perempuan sepanjang siklus kehidupan termasuk bayi baru lahir dan kehidupan bayi selama 28 hari pertama hingga anak berusia lima tahun. (Black RE, 2016) Pemerintah Republik Indonesia menetapkan ruang lingkup upaya kesehatan reproduksi melalui Undang-Undang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah yang terdiri

dari pelayanan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan, pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi, dan kesehatan seksual serta kesehatan sistem reproduksi. (Pemerintah RI, 2023, Pemerintah RI, 2014). Lebih lanjut ruang lingkup kesehatan anak terdiri dari pelayanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, anak prasekolah, anak usia sekolah, anak remaja dengan memperhatikan perlindungan kesehatan anak.

Kesehatan seksual meliputi keadaan bebas dari infeksi menular seksual, disfungsi dan gangguan orientasi seksual, kekerasan fisik dan mental, serta mampu mengatur kehamilan; dan sesuai dengan etika dan moralitas. (Pemerintah RI, 2014). Pelayanan Kesehatan ibu dilaksanakan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. (Pemerintah RI, 2014) Ruang lingkup Kesehatan reproduksi ini di ditetapkan dengan memperhatikan hak-hak reproduksi.

### **Tujuan Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi bertujuan memastikan pemenuhan hak kesehatan reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan serta menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan bermutu sehingga mengurangi angka kematian ibu. (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

### **Masalah Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu Anak**

Tren global masalah kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak seperti dilaporkan dalam komitmen implementasi Global Strategi untuk Perempuan, Anak dan Remaja WHO (2023) terdiri dari:

1. Rasio kematian ibu didunia masih stagnan dilihat dari data kematian ibu tahun 2016 diperkirakan 223 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka global pada tahun 2020 juga sebanyak 223.

Pada periode ini, hanya wilayah Asia Tenggara yang mencatat penurunan angka kematian ibu secara signifikan. Sedangkan di wilayah Afrika dan Mediterania Timur angka kematian ibu stabil. Bahkan di Eropa, Amerika, dan Pasifik Barat terjadi peningkatan yang signifikan kematian ibu antara tahun 2016 dan 2020.

2. Aborsi yang tidak aman merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan ibu yang sesungguhnya dapat dicegah. Sekitar 73 juta abortus therapeutic terjadi di seluruh dunia setiap tahunnya. Tercatat enam dari sepuluh (61%) kejadian aborsi terjadi pada kehamilan yang tidak diinginkan sedangkan tiga dari 10 (29%) kehamilan berakhir dengan aborsi. Berdasarkan data periode 2010–2014, sekitar 45% dari seluruh aborsi tidak aman, dan 97% di antaranya terjadi di negara berkembang.
3. Angka lahir mati pada tahun 2021 yaitu 1,9 juta bayi yang lahir pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih dengan angka global kelahiran mati sebesar 13,9 kelahiran mati per 1000 total kelahiran. Beban bayi lahir mati paling tinggi terjadi di Afrika Sub Sahara dan Asia bagian selatan, dengan kedua wilayah tersebut menyumbang tiga perempat dari total beban bayi lahir mati.
4. Kematian neonatal berkaitan dengan pelayanan antenatal dan proses kelahiran.
5. Penyebab utama kematian neonatal adalah kelahiran prematur dan komplikasi kelahiran (persalinan asfiksia/trauma), infeksi saluran pernapasan bawah, kelainan kongenital, dan sepsis neonatal dan meningitis.
6. Angka kelahiran prematur adalah 9,8 per 1000 kelahiran, dengan perkiraan total 13.204.235 kelahiran premature pada tahun 2020. Angka ini serupa dengan perkiraan 13.693.986 kelahiran prematur pada tahun 2015 dan 14.936.700 kelahiran prematur pada tahun 2010, data ini menunjukkan

tidak ada perubahan signifikan dalam jumlah kelahiran premature.

7. Masalah perawatan bayi baru lahir kecil dan sakit didefinisikan sebagai perawatan terhadap bayi baru lahir kecil yang dilahirkan prematur (kurang dari 37 minggu) atau dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2,5 kg) dan perawatan bayi baru lahir yang disebabkan oleh sakit karena kondisi medis atau pembedahan.
8. Pada tahun 2021 terdapat 2,7 juta kematian pada anak balita (usia 1–59 bulan). Secara global, angka kematian anak usia 1–59 bulan adalah 21 kematian per 1000 anak usia 28 hari. Penyebab utama kematian balita di seluruh dunia adalah infeksi saluran pernapasan akut (termasuk pneumonia), diare, dan malaria.
9. Tercatat kejadian anemia tahun 2019 pada 40% (269 juta) anak berusia 6–59 tahun bulan, 37% (32 juta) wanita hamil dan 30% (571 juta) wanita usia subur (15–49 tahun). Wilayah Afrika dan Asia Tenggara melaporkan kejadian anemia terbanyak.
10. Kekurangan gizi khususnya wasting, menyebabkan anak-anak makin berisiko untuk meninggal dan mengalami stunting. Hal ini mengakibatkan perkembangan kognitif yang buruk yang berdampak pada prospek kehidupan masa depan anak. Walaupun prevalensi stunting global menurun dari 33,1% pada tahun 2000 menjadi 22% pada tahun 2020, sekitar 149 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami stunting pada tahun 2020. Lebih dari 45 juta anak (6,7%) anak di bawah usia 5 tahun mengalami wasting pada tahun 2020, dan 13,6 juta di antara anak-anak ini wasting buruk. Anak-anak yang tinggal di daerah pedesaan dan keluarga kurang mampu, dan anak-anak yang ibu yang tidak mengenyam pendidikan formal lebih rentan mengalami stunting dan wasting.
11. Penyakit jantung rematik adalah penyakit jantung yang paling sering didapat pada orang berusia di

bawah 25 tahun dan sebagian besar menyerang anak-anak dan remaja di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2019, penyakit ini merenggut 288.348 nyawa di seluruh dunia. Ini juga menyumbang sekitar 2% kematian dari penyakit kardiovaskular.

12. Angka kematian anak dan remaja di dunia terlihat sangat tinggi pada anak-anak berusia di bawah 5 tahun, dan sangat rendah di kalangan remaja antara usia 10 dan 14 tahun. Secara global angka kematian anak usia di bawah 5 tahun sebesar 38 per 1000 kelahiran hidup, kematian anak berusia 5 tahun adalah 3 per 1000, kematian remaja 10 tahun dengan insiden 3 per 1000 orang, dan pada remaja berusia 15 tahun insiden kematian 5 per 1000 remaja.
13. Secara global, insiden infeksi HIV pada kelompok usia 15–24 tahun menurun sebesar 46% antara tahun 2000 dan 2019. Namun, penurunan tersebut bervariasi berdasarkan jenis kelamin. Sehingga kematian remaja akibat HIV masih menjadi masalah.

Sedangkan masalah Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Ibu-Anak di Indonesia menurut UNFPA Indonesia (2022).

- a. Kematian ibu 7389 kematian tahun 2021 (Kementrian Kesehatan RI, 2022) sedangkan ratio Kematian ibu tahun 2020 adalah 189/ 100.000 kelahiran hidup. (BPS, 2023) Angka kematian bayi pada tahun 2020 menurut BPS (2023) adalah 16,85 kematian per 1.000 kelahiran hidup.
- b. Sunat atau sirkumsisi perempuan dialami oleh 55% anak perempuan dari wanita berusia 15-49 tahun yang tinggal secepat
- c. 1 dari 4 wanita berusia 15-64 tahun mengalami kekerasan fisik maupun seksual selama bertahun-tahun dilakukan oleh pasangan syah ataupun pasangan yang tidak syah.
- d. Angka kesuburan Total (TFR) tahun 2020 tercatat 2,18 (BPS, 2023)



- e. Data BKKBN tahun 2022 yang dikutip oleh UNFPA menjelaskan Angka kehamilan remaja sebelum pernikahan pada remaja berusia 15-17 tahun ditandai dengan kelahiran pada remaja di perkotaan sejumlah 27% sedangkan di pedesaan 21%
- f. Stunting (pendek dan sangat pendek) pada tahun 2022 dengan insiden rate 21, 6% dan Wasting (kurus dan sangat kurus) pada angka 7,7% di Tahun 2022. (Kemenkes RI, 2023)

### **Hak-Hak Reproduksi**

Secara global hak seksual dan reproduksi merupakan komponen esensial dari hak universal tertinggi atas hak asasi manusia meliputi standar kesehatan fisik dan mental optimal yang dapat dicapai, sebagaimana diabadikan dalam deklarasi hak asasi manusia tahun 1948 dan konvensi lain hak asasi manusia serta deklarasi dan perjanjian konsensual (WHO,2021).

Hak reproduksi dijamin dalam Undang-Undang Kesehatan no 17 tahun 2023 antara lain hak untuk:

1. Menjalani kehidupan reproduksi dan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari diskriminasi, paksaan dan/atau kekerasan dengan menghormati nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.
2. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling yang benar mengenai kesehatan reproduksi dan dapat dipertanggungjawabkan.
3. Menerima pelayanan dan rehabilitasi kesehatan akibat tindak pidana kekerasan seksual.

### **Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu-Anak**

Upaya Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu-anak dijabarkan dalam rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2020-2024 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2020

dengan menetapkan arah kebijakan kementerian kesehatan yaitu pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.

1. Upaya pelayanan kesehatan ibu (Pemerintah RI, 2014) dilakukan melalui pelayanan:
  - a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja melalui komunikasi, informasi, edukasi konseling dan pelayanan klinis medis.
  - b. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah Melahirkan;
    - 1) Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil meliputi: pemeriksaan fisik; imunisasi; dan konsultasi kesehatan.
    - 2) Pelayanan kesehatan masa hamil meliputi: pelayanan antenatal terpadu dengan minimal 6 kali pemeriksaan
    - 3) Pelayanan Persalinan yang aman dan bermutu sebagaimana meliputi: pencegahan infeksi; pemantauan dan deteksi dini adanya faktor risiko dan penyulit; pertolongan persalinan yang sesuai standar; melaksanakan inisiasi menyusui dini sesuai dengan ketentuan peraturan perUndang-Undangan; dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan tepat waktu.
    - 4) Pelayanan masa sesudah persalinan meliputi: pelayanan nifas; pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Eksklusif; dan pelayanan pola asuh anak dibawah 2 (dua) tahun.

- c. Pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual. Pelayanan pengaturan kehamilan melalui: komunikasi, informasi, dan edukasi melalui penyuluhan; dan konseling. Pelayanan kontrasepsi meliputi penyediaan sumber daya manusia, logistik, pendanaan, dan alat kontrasepsi. Pelayanan kesehatan seksual meliputi: keterampilan sosial; komunikasi, informasi, dan edukasi; konseling; pengobatan; dan perawatan.
  - d. Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi ditujukan untuk melindungi organ dan fungsi reproduksi agar terbebas dari gangguan, penyakit atau kecacatan pada perempuan dengan memperhatikan tahapan siklus reproduksi perempuan sesuai standar.
2. Upaya pelayanan kesehatan anak (Menteri Kesehatan RI, 2014) dilakukan melalui pelayanan:
- a. Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilaksanakan melalui :
    - 1) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, dan penyalahgunaan zat adiktif selama kehamilan
    - 2) Pemeriksaan antenatal pada ibu hamil
    - 3) Stimulasi fungsi kognitif pada janin.
  - b. Pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir dilaksanakan melalui:
    - 1) Pelayanan kesehatan neonatal esensial;
    - 2) Skrining Bayi Baru Lahir;
    - 3) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi kepada ibu dan keluarganya.
3. Pelayanan kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah
- a. Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan; pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun;

- b. Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 (enam) bulan;
  - c. Pemberian imunisasi dasar lengkap bagi Bayi;
  - d. Pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak pada anak usia 24 bulan;
  - e. Pemberian Vitamin A;
  - f. Upaya pola mengasuh Anak;
  - g. Pemantauan pertumbuhan;
  - h. Pemantauan perkembangan;
  - i. Pemantauan gangguan tumbuh kembang;
  - j. MTBS; dan
  - k. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
4. Pelayanan Kesehatan anak usia sekolah dan Anak Remaja melalui
- a. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) melibatkan guru pembina UKS, guru bimbingan dan konseling, Kader kesehatan sekolah dan konselor sebaya. Kegiatan UKS berupa pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan; dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.
  - b. Pelayanan kesehatan peduli remaja dilakukan melalui pelayanan konseling, pelayanan klinis medis, pelayanan rujukan, pemberian komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan Remaja, partisipasi Remaja; dan keterampilan sosial.
5. Perlindungan kesehatan anak meliputi
- a. Pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan terhadap anak (KtA) termasuk kasus tindak pidana perdagangan orang/trafiking;

- b. Pelayanan kesehatan bagi Anak berhadapan dengan hukum di lapas/rutan;
- c. Pelayanan kesehatan bagi Anak dengan Disabilitas;
- d. Pelayanan kesehatan bagi Anak terlantar di panti/lembaga kesejahteraan sosial anak;
- e. Pelayanan kesehatan bagi Anak jalanan/pekerja Anak; dan Pelayanan kesehatan bagi Anak didaerah terpencil dan tertinggal, perbatasan dan terisolasi.

## Daftar Pustaka

- Black RE., Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N. (2016). Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health, Disease Control Priorities, Third Edition. (pp. 1). Washington: The World Bank. Retrieved From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361926/>
- BPS. (2023). Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Jakarta. Retrieved From: [https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/FINAL\\_BRS\\_HASIL\\_LFSP2020\\_versi\\_Indonesia\\_20.12.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/FINAL_BRS_HASIL_LFSP2020_versi_Indonesia_20.12.pdf)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi pemerintah direktorat Gizi dan kesehatan ibu dan Anak Tahun Anggaran 2022. Jakarta. Retrieved From: [https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/LAKIP%20GIKIA\\_TA%202022.pdf](https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/LAKIP%20GIKIA_TA%202022.pdf)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak. Jakarta. Retrieved From: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/108349/Permenkes%20Nomor%2025%20Tahun%202014.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil Kesehatan 2021. Jakarta. Retrieved From: <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- Menteri Kesehatan RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Jakarta. Retrieved From: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/144824/Permenkes%20Nomor%2021%20Tahun%202020.pdf>

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Pemerintah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak. Jakarta. Retrieved From: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/108349/Permenkes%20Nomor%2025%20Tahun%202014.pdf>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi. Jakarta. Retrieved From: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/5502/pp-no-61-tahun-2014>
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Kesehatan No.7 tahun 2023. Jakarta. Retrieved from: <https://www.kemkes.go.id/article/view/23080900002/Undang-Undang-Republik-Indonesia-Nomor-17-Tahun-2023-tentang-Kesehatan.html>
- United Nation, Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. (2015). The 17 Goals. Retrieved from: <https://sdgs.un.org/goals>
- UNFPA Indonesia. (2023) Annual Report 2022. Jakarta. Retrieved From: [https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa\\_indonesia\\_annual\\_report\\_2022\\_5.pdf](https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_indonesia_annual_report_2022_5.pdf)
- WHO. (2023). Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030), Technical Report. WHO. Retrieved From: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-MCA-GS-23.01>
- WHO Regional Office for South-East Asia. (2021). Managing Programmes on Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. WHO. Retrieved From: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340775/9789290228349-eng.pdf?sequence=1>

## Profil Penulis



### **Arijanti S. Ulang, SST., MHIthServMt**

Lulus dari program studi *Master of Health Services Management*, Monash University, Melbourne-Australia pada tahun 2018 silam, ketertarikan terhadap ilmu Kesehatan Ibu dan anak dimulai sejak tahun 2001 setelah menyelesaikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) tahun 1999, dilanjutkan dengan program Pendidikan PPB”A” yaitu Diploma bidan 1 tahun pada tahun 2001, kemudian melanjutkan ke program Diploma Bidan 3 tahun tahun 2007 kemudian menyelesaikan Program Pendidikan Diploma 4 Bidan pendidik tahun 2009.

Penulis memiliki kepakaran dalam ilmu kebidanan, Kesehatan Ibu dan Anak serta tertarik dengan Managemen Pelayanan Kesehatan sehingga 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 bantuan dari peneliti pada perguruan tinggi di luar negeri. Selain penelitian, penulis juga mencoba menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang tercinta.

Email Penulis: [arijantioffice@gmail.com](mailto:arijantioffice@gmail.com)





# BIOSTATISTIK DAN KEPENDUDUKAN

**Afif Kurniawan, SKM., M.Kes**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Adi Husada

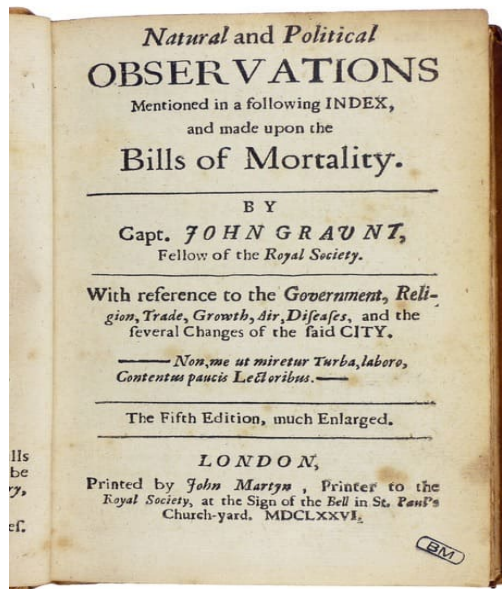
## **Sejarah Statistik dan Kependudukan**

Statistik pada mulanya diartikan sebagai keterangan yang dibutuhkan dan berguna bagi negara. Contoh statistik adalah nama, umur, jenis kelamin, jumlah keluarga, dll). Kumpulan angka-angka semacam itu kemudian disusun sehingga mempunyai arti. Penggunaan statistik awalnya dilakukan oleh Raja Henry VII di Inggris. Raja Henry VII memerintahkan untuk melakukan pencatatan kematian pada tahun 1532. Kebijakan pencatatan kemudian diteruskan hingga tahun 1632 dan pada tahun tersebut secara resmi Inggris membuat Undang-Undang kematian. Undang-Undang tersebut berisikan kebijakan untuk mencatat kelahiran dan kematian menurut jenis kelamin. Pada tahun 1662, John Graunt (1620-1674) menggunakan hasil pencatatan tersebut untuk memperkirakan jumlah orang yang akan meninggal karena berbagai macam penyakit, proporsi kelahiran laki-laki dan wanita, serta membuat *life-table*. John Graunt menulis buku berjudul “Natural and Political Observations Made on the Bills of Mortality” (1662) yang berisikan tentang catatan kematian yang dibedakan berdasarkan : usia, jenis kelamin, penyakit, dan beberapa kualifikasi lainnya. Hasil menulis buku ini menjadikan John Graunt sebagai orang pertama yang mengadakan analisis secara statistik yang telah ada untuk memperkirakan keadaan di masa yang akan datang (Connor, 2022).



CAPTAIN JOHN GRAUNT

Gambar 6.1. foto John Graunt



Gambar 6.2 Karya Tulis John Graunt

## **Pengertian Biostatistika**

Statistika adalah bagian dari matematika yang secara khusus membicarakan cara-cara pengumpulan, analisis dan penafsiran data. Dengan kata lain, istilah statistika di sini digunakan untuk menunjukkan tubuh pengetahuan (body of knowledge) tentang cara-cara penarikan sampel (pengumpulan data), serta analisis dan penafsiran data (Arisena, 2018). Gasperz (1989) menyatakan bahwa statistika adalah ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan cara-cara pengumpulan data, pengolahan serta penganalisisannya, penarikan kesimpulan serta pembuatan keputusan yang cukup beralasan berdasarkan fakta yang ada. Somantri (2006) dalam Arisena (2018) juga menyatakan hal yang sama bahwa statistika dapat diartikan sebagai Ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang bagaimana cara kita mengumpulkan, mengolah, menganalisis dan menginterpretasikan data sehingga dapat disajikan lebih baik. Dari ketiga pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa statistika merupakan ilmu yang mempelajari cara untuk merencanakan, mengumpulkan, menganalisis, kemudian menginterpretasikan, hingga mempresentasikan data. Statistika sudah banyak di gunakan dalam berbagai bidang ilmu. Baik itu ilmu non-kesehatan maupun ilmu kesehatan. Statistika yang digunakan untuk memecahkan masalah-masalah dalam ilmu kesehatan disebut dengan Biostatistika. Statistik diperlukan untuk pengambilan kebijakan kesehatan berdasarkan fakta di lapangan (*evidence based*).

## **Peran dan Kegunaan Biostatistika**

Statistika berfungsi sebagai alat bantu. Peranan statistika dalam penelitian tetap diletakkan sebagai alat. Statistika dapat berguna sebagai penyusun model, perumus hipotesis, pengembangan alat pengambil data, penyusun rancangan penelitian, penentuan sampel, analisis data, yang kemudian data tersebut diinterpretasikan sehingga bermakna. Hasil analisis statistika yang diperoleh merupakan perhitungan yang berbentuk angka-angka. Angka hasil analisis masih belum mempunyai arti apa-

apa tanpa dideskripsikan dalam bentuk kata-kata atau kalimat di dalam penarikan kesimpulan (Arisena, 2018).

Dalam ilmu pengetahuan, biostatistika digunakan sebagai alat bantu dalam hal-hal berikut:

1. Menjelaskan hubungan antar variabel-variabel
2. Melakukan uji komparasi
3. Membuat rencana dan ramalan, dan
4. Membuat keputusan yang lebih baik dari kesimpulan yang didapatkan

### **Macam-Macam Statistika**

#### 1. Statistika Deskriptif

Statistika deskriptif digunakan hanya untuk menggambarkan/ menganalisa suatu data dari hasil/ obyek penelitian. Analisis deskriptif ditunjukkan untuk menggambarkan dan mendeskripsikan data dari suatu variabel (variabel independent dan dependent) (Sugiyono, 2017). Analisis statistik deskriptif tidak boleh digunakan untuk tujuan generalisasi. Cara-cara penyajian data dalam bentuk tabel, diagram, mean, modus, median, *range*, dan simpangan baku.

#### 2. Statistika Inferensial

Statistika inferensial mempunyai tujuan untuk penarikan kesimpulan. Kesimpulan yang didapat berasal dari hipotesis. Hipotesis merupakan pernyataan yang masih lemah, dan didapatkan dari kajian teoristik atau diperoleh dari statistika deskriptif. Contoh masalah statistika inferensia :

- a. Pendugaan statistik;
- b. Pengujian hipotesis;
- c. Peramalan; dan
- d. Regresi/korelasi

Statistik inferensial merupakan teknik statistik yang digunakan untuk menganalisis data sampel dan hasilnya digeneralisasikan untuk populasi dimana sampel diambil (Sugiyono, 2017). Penarikan kesimpulan berkaitan erat

dengan estimasi parameter dan pengujian bentuk hipotesis yang dibuat. Cara melakukan analisis bisa bermacam-macam, seperti estimasi, pengujian hipotesis, komparasi, regresi, dan korelasi. Statistik inferensial dibagi kedalam dua kelompok yaitu :

- a. statistika parametrik adalah teknik statistika yang memberikan syarat asumsi-asumsi tertentu pada data sampel yang digunakan
- b. statistika non-parametrik adalah teknik statistika yang tidak memberikan syarat asumsi pada data sampel yang digunakan

Tabel 6.1. daftar uji statistika inferensial

Tujuan Analisis	Jumlah kelompok sampel	Sampel bebas/berpasangan	Statistika parametrik	Statistika Nonparametrik	
				Analisa data semikuantitatif	Analisa data kualitatif /kategori
Komparasi	1	1 kali pengamatan	Uji T satu sampel (Goodness of fit test)	Kolmogorov-Smirnov satu sampel (goodness of fit test)	Uji Chi Square ( $\chi^2$ ) satu sampel (goodness of fit)
	1	Berpasangan (2 kali pengamatan)	Uji T data berpasangan (paired T test)	Wilcoxon signed rank test	mc nemar test
	2	Bebas	Uji T 2 sampel Bebas (Independent T test)	Wilcoxon-mann whitney test	a. Uji Chi Square ( $\chi^2$ ) b. Fisher's exact test
	>2	Bebas	Anova 1 way	Kruskal-wallis test	Uji Chi Square ( $\chi^2$ )
	1	>2 kali pengamatan	Anova sama subyek	Anova Friedman	Uji Cochran's Q
Hubungan / Pengaruh = korelasi / regresi			a. Product moment dari Pearson (r) b. Regresi liner	a. Korelasi dari sparman ( $r_s$ ) b. Korelasi dari kendall c. Regresi ordinal	Uji asosiasi: a. Koefisien kontingensi, PHI, Cramer. b. Koefisien Kappa, Lambda, dll c. Regresi Logistik

## **Data**

Data adalah suatu keterangan atau informasi berbentuk angka dan atau berbentuk kategori yang merupakan hasil pengamatan, penghitungan dan pengukuran suatu variabel atau indikator. Bentuk data kategori seperti: baik buruk, tinggi, rendah, jenis kelamin, dan sebagainya. Data juga dapat diartikan sebagai fakta yang dapat dipercaya. Pengumpulan data dapat seluruhnya atau hanya sebagian saja. Data yang diambil secara keseluruhan disebut sebagai data populasi. Sedangkan data yang diambil hanya sebagian dan dianggap bisa mewakili populasi disebut dengan data sampel. Karena data digunakan untuk memberikan gambaran, maka data yang dikumpulkan harus nyata dan benar. Syarat data yang baik:

1. Data harus obyektif (sesuai dengan keadaan sebenarnya)
2. Data harus bisa mewakili (*representative*)
3. Data harus terbaru (*up to date*)
4. Data harus relevan dengan masalah yang akan dipecahkan

## **Pengelompokkan Data**

Berdasarkan sifat data, dibagi menjadi data kualitatif dan data kuantitatif. Data kualitatif adalah data yang dinyatakan dalam bentuk verbal/kata. Contohnya pendapat orang tentang obat A adalah bagus untuk penyakit X, pendapat orang bahwa puskesmas B pelayanan yang diberikan tidak ramah. Data kuantitatif adalah data yang dinyatakan dalam bentuk angka. Contohnya jumlah orang yang terkena penyakit ISPA bulan ini adalah 65 orang. Berdasarkan sumber data, dibagi menjadi data internal dan data eksternal. Data internal adalah data yang menggambarkan keadaan suatu unit organisasi. Contoh data karyawan, data sarana dan prasarana, dan data keuangan suatu perusahaan. Data eksternal adalah data yang menggambarkan keadaan di

luar suatu unit organisasi. Contoh data daya beli Masyarakat, keadaan ekonomi, dan sebagainya

Berdasarkan waktu pengumpulan data, dibagi menjadi data berkala (time-series) dan data *cross-section*. Data berkala (time-series) adalah data yang dikumpulkan dari waktu ke waktu untuk menggambarkan suatu kegiatan dari waktu ke waktu. contohnya adalah perkembangan kasus DBD setiap bulannya, curah hujan setiap hari pada musim penghujan. Data *cross-section* adalah data yang dikumpulkan pada waktu tertentu untuk menggambarkan keadaan waktu tersebut. Contohnya adalah data jumlah mahasiswa baru tahun 2023.

### **Skala Pengukuran**

Pengukuran merupakan aturan pemberian angka untuk berbagai objek sehingga mewakili kualitas objek tersebut. Dalam skala pengukuran terdapat 4 jenis skala yang digunakan, yaitu: skala nominal, skala ordinal, skala interval, dan skala rasio

#### 1. Skala nominal

Skala nominal merupakan skala pengukuran yang paling rendah. Skala ini bertujuan hanya untuk membedakan saja. Contoh jenis kelamin, nama kabupaten, nama kota. Dalam suatu penelitian skala nominal ini digunakan hanya untuk membedakan antara 1 dengan yang lain tanpa memperhatikan tingkatan/status/ranking

#### 2. Skala ordinal

Merupakan skala pengukuran untuk membedakan antara sampel satu dengan yang lainnya dengan memperhatikan tingkatan/status/ranking dari sampel tersebut. Contoh: hasil nilai ujian A, B, C, dan D; kualitas udara baik, sedang, dan buruk

#### 3. Skala Interval

Skala pengukuran yang berupa angka. Namun dalam pengukurannya, skala ini tidak memiliki nilai "0" mutlak. Contoh: suhu tubuh dan berat badan.



#### 4. Skala Rasio

Skala pengukuran yang berupa angka. Namun dalam pengukurannya, skala ini memiliki nilai "0" mutlak. Contoh : harga barang, tinggi.

### **Konsep Demografi**

Demografi merupakan suatu ilmu yang mempelajari jumlah, persebaran territorial dan komposisi penduduk serta perubahannya dan sebab-sebab perubahan itu, yang biasanya timbul karena fertilitas, mortalitas, gerak territorial (migrasi) dan mobilitas sosial (perubahan status) (Hauser and Duncan, 1959). Donald J. Bogue (1973) mendefinisikan demografi adalah ilmu yang mempelajari secara statistic dan matematik tentang besaran, komposisi dan distribusi penduduk dan perubahan-perubahannya sepanjang masa melalui bekerjanya lima komponen demografi yaitu kelahiran, kematian, perkawinan, migrasi, dan mobilitas sosial (Harmadi, 2008). walaupun demografi mempertahankan analisis deskriptif dan komparatif berkesinambungan terhadap tren yang ada, pada setiap proses yang terjadi dan hasil yang ditimbulkan, tujuan utamanya adalah untuk mengembangkan bagian dari teori untuk menjelaskan peristiwa yang dibandingkan dan direncanakannya. Berdasarkan *Multilingual Demographic Dictionary* (IUSSP, 1982), demografi adalah ilmu sains yang mempelajari penduduk (suatu wilayah) terutama mengenai jumlah, struktur (komposisi) penduduk dan perkembangannya (perubahannya) (Radita Alma, 2019). Beberapa definisi di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa demografi adalah studi tentang penduduk yang dilihat dari ukuran (jumlah), struktur/komposisi, dan persebaran melalui fertilitas, mortalitas, dan migrasi. Dalam demografi terdapat aspek kependudukan yang bersifat statis dan dinamis. Statis ditunjukkan dengan adanya gambaran komposisi penduduk pada suatu waktu survei tertentu. Ketika survei tersebut dilakukan pada waktu lain maka komposisi penduduk akan berubah. Perubahan ini terjadi karena perubahan kelahiran, kematian dan migrasi. Jadi dalam demografi sifat statis

dan dinamis saling mempengaruhi. Contoh, jumlah kelahiran akan mempengaruhi jumlah penduduk muda di suatu wilayah tertentu.

## **Teori-Teori Kependudukan**

### 1. Aliran Malthusian

Aliran ini dipelopori oleh Thomas Robert Malthus (1766-1834). Malthus menyatakan bahwa penduduk bertambah sangat cepat sedangkan pertambahan bahan makanan sangat lambat, menyebabkan timbulnya kemiskinan dan ketidakejahteraan. Pertumbuhan penduduk yang tinggi disebabkan karena hubungan antara laki-laki dan Perempuan tidak dapat dihentikan sedangkan laju pertumbuhan makanan yang diperlukan manusia untuk tetap hidup dan berkembang jauh lebih rendah. Manusia akan mengalami kekurangan bahan makanan apabila tidak ada pembatasan terhadap pertumbuhan penduduk.

Menurut Malthus, pembatasan pertumbuhan manusia bisa dilakukan melalui dua cara *preventive checks* dan *positive checks*. *Preventive checks* ialah pengurangan penduduk melalui penekanan kelahiran. *Preventive checks* dapat dibagi menjadi dua yaitu *moral restraint* dan *vice*. *Moral Restraint* (pengekangan diri) yaitu segala usaha untuk mengurangi kelahiran seperti pengguguran kandungan, homoseksual, promiscuity, adultery dan penggunaan alat-alat kontrasepsi.

*Positive Checks* adalah pengurangan penduduk melalui proses kematian. *Positive Checks* dibagi menjadi *Vice* dan *Misery*. *Vice* (kejahatan) adalah segala bentuk jenis pengambilan nyawa sesama manusia seperti pembunuhan anak-anak, pembunuhan orang cacat, dan orang tua. *Misery* (kemiskinan) adalah segala keadaan yang menyebabkan kematian seperti berbagai jenis penyakit dan epidemi.

Teori Malthus ini mendapat tanggapan dan kritikan dari para ahli. Berikut adalah kritikan terhadap Teori Malthus:

- a. Malthus tidak memperhitungkan kemajuan transportasi yang mampu mendistribusikan bahan pangan dengan cepat antar daerah
- b. Malthus tidak memperhitungkan kemajuan teknologi pertanian yang pesat
- c. Malthus tidak memperhitungkan Upaya pembatasan kelahiran secara sengaja
- d. Kelahiran akan menurun bila ada peningkatan ekonomi dan standar hidup

## 2. Toeri Neo-Malthusians

Kelompok ini adalah kelompok yang menyokong aliran Malthus tetapi lebih radikal. Dipelopori oleh Garret Hardin dan Paul Ehrlich. Aliran ini mengatakan bahwa Upaya yang paling ampuh untuk menurunkan jumlah penduduk adalah *Preventive Check*. Paul Ehrlich menggambarkan penduduk dan lingkungan dalam sebuah buku "*The Population Explotion*". Isi dari buku tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Dunia ini sudah terlalu banyak manusia
- b. Keadaan bahan makanan sangat terbatas
- c. Penduduk bertambah dengan cepat sedangkan kualitas lingkungan makin buruk

## 3. Aliran Marxist

Dipelopori oleh Karl Marx dan Frederich Engels. Aliran ini tidak sependapat dengan teori Malthus. Menurut Marx, tekanan pada penduduk bukan karena kurangnya bahan pangan, tetapi karena kurangnya pekerjaan. Marx juga mengatakan bahwa semakin banyak jumlah manusia maka semakin tinggi produksi yang dihasilkan senggga tidak perlu dilakukan pembatasan pertumbuhan penduduk. Hukum kependudukan di negara sosialis berlawanan dengan hukum kependudukan di negara kapitalis.

Aliran marx banyak didukung oleh negara sosialis seperti Uni Soviet, Negara-negara di eropa timur, Republik Rakyat Cina, Korea Utara dan Vietnam.

## **Sumber Data Kependudukan**

### 1. Sensus Penduduk

Sensus penduduk merupakan suatu proses keseluruhan sejak pengumpulan, pengolahan, penilaian, penganalisaan dan penyajian data kependudukan. Tujuan sensus penduduk yang ada di wilayah suatu negara. Tujuan sensus penduduk untuk mencacah seluruh penduduk yang ada di wilayah suatu negara. Sensus penduduk dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu sensus *de jure* dan *de facto*. *De jure* berarti mencaah penduduk yang resmi berdomisili di daerah tersebut. *De facto* berarti mencacah penduduk yang bertempat tinggal di suatu wilayah pada jangka waktu tertentu tetapi tidak termasuk penduduk resmi bagi wilayah yang bersangkutan.

### 2. Registrasi Penduduk

Registrasi penduduk merupakan pencatatan semua peristiwa vital kependudukan, meliputi kelahiran, kematian, perkawinan, perceraian, perubahan nama, dan perubahan tempat tinggal. Registrasi dilaksanakan secara pasif, dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan. Penduduk yang melakukan kegiatan registrasi adalah penduduk *de jure*. Sehingga jumlah penduduk hasil sensus jumlahnya lebih tinggi daripada jumlah penduduk berdasarkan hasil registrasi.

### 3. Survei Penduduk

Hasil sensus penduduk dan registrasi penduduk mempunyai keterbatasan, dimana data statistic yang dihasilkan kurang memberikan informasi tentang sifat dan perilaku penduduk setempat. Untuk mengatasi keterbatasan ini, perlu dilaksanakan survei penduduk yang sifatnya lebih terbatas dan informasi

yang dikumpulkan lebih luas dan mendalam. Contoh: survei pertanian, survei demografi dan kesehatan Indonesia, survei pertanian, dan lain-lain.

## **Fertilitas**

Fertilitas adalah hasil reproduksi yang nyata dari seseorang atau sekelompok Wanita berupa kelahiran hidup. Fertilitas mengacu pada jumlah bayi yang lahir hidup. Beberapa istilah yang perlu diketahui adalah:

1. Lahir hidup (Live Birth). Menurut UN & WHO adalah kelahiran bayi tanpa memperhitungkan lamanya di dalam kandungan, dimana si bayi menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti bernafas, ada denyut jantung atau denyut tali pusat atau gerakan-gerakan otot
2. Lahir mati (Still Birth). Kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur minimal sedikit 28 minggu, tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan
3. Abortus. Kematian bayi dalam kandungan dengan umur kehamilan kurang dari 28 minggu. Terdapat 2 jenis abortus yaitu abortus tidak di sengaja (spontaneous abortion)/ keguguran; dan abortus disengaja (induced abortion) dengan alasan medis atau bukan alasan medis

## **Ukuran-Ukuran Fertilitas**

1. Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate/CBR). Menyatakan jumlah kelahiran hidup per 1000 penduduk dalam satu tahun tertentu
2. Angka Kelahiran Umum (General Fertility Rate) meyatakan jumlah kelahiran hidup per 1000 wanita usia reproduksi (usia 15-49 tahun) pada satu tahun tertentu
3. Angka kelahiran menurut kelompok umur (Age Specific Fertility Rate/ASFR) menyatakan jumlah kelahiran hidup per 1000 wanita menurut kelompok umur tertentu pada satu tahun tertentu

4. Angka kelahiran total (Total Fertility Rate/ TFR) menyatakan rata-rata jumlah anak yang akan lahir dari seorang Wanita sampai dengan berakhirnya masa reproduksinya pada suatu tahun tertentu
5. Angka Reproduksi Kasar (Gross Reproduction Rate/GRR) menyatakan banyaknya bayi perempuan yang dilahirkan suatu kohor/sekelompok wanita tanpa memperhitungkan kemungkinan bayi perempuan tersebut akan meninggal sebelum mencapai atau selama masa reproduksinya.
6. Angka Reproduksi Neto (Net Reproduction Rate/NRR) menyatakan seperti GRR tetapi memperhitungkan kemungkinan si bayi Perempuan meninggal sebelum masa reproduksinya atau selama masa reproduksinya
7. Rasio Ibu dan Anak (Child-Woman Rasio (CWR) menyatakan jumlah anak balita (usia <5 tahun) per 1000 wanita usia reproduksi pada satu tahun tertentu.

### **Mortalitas**

Mati adalah keadaan menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Lahir mati adalah tidak pernah hidup sehingga secara demografi tidak dimasukkan ke dalam definisi “mati” atau “hidup”. Mortalitas ini juga termasuk lahir mati adalah abortus

### **Ukuran-Ukuran**

1. Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate/CDR) menyatakan jumlah kematian setiap 1000 penduduk dalam dalam satu tahun tertentu
2. Angka kematian menurut kelompok umur (Age Specific Death Rate/ASDR) menyatakan jumlah kelahiran hidup per 1000 wanita menurut kelompok umur tertentu pada satu tahun tertentu

3. Angka kematian kasus (Case Fatality Rate/ CFR) menyatakan banyaknya kematian karena penyakit tertentu pada waktu tertentu menurut semua penderita penyakit yang sama pada Tengah periode
4. Angka Kematian Bayi/AKB (Infant Mortality Rate) adalah banyaknya kematian bayi setiap 1000 kelahiran hidup pada tahun tertentu
5. Angka Kematian Balita/AKABa adalah banyaknya kematian balita dibawah lima tahun per 1000 anak usia di bawah lima tahun pada tahun tertentu
6. Angka Kematian Ibu/AKI (Maternal Mortality Rate/MMR) adalah banyaknya kematian selama kehamilan dan atau periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait/ diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, bukan akibat kecelakaan/cedera

## **Migrasi**

Mobilitas penduduk merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persebaran penduduk. Hal ini dapat digambarkan seperti jumlah penduduk antara perkotaan dan pedesaan yang sangat berbeda. Jumlah penduduk di daerah perkotaan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah penduduk yang di daerah pedesaan.

Mobilitas penduduk menjadi salah satu faktor yang mendorong perubahan kondisi sosial ekonomi suatu wilayah. Banyak penduduk desa berpindah ke kota karena kota menjadi daya tarik mereka untuk memperbaiki perekonomian. Tentu hal tersebut merupakan hal positif yang didapatkan.

Mobilitas penduduk yang tak terkendali menuju suatu daerah akan menyebabkan penurunan daya dukung dan daya tampung lingkungan. Semakin padatnya penduduk, maka kebutuhan tempat tinggal semakin banyak. Lahan pertanian semakin mengecil karena beralih fungsi menjadi lahan tempat tinggal. Banyak kita temukan daerah-daerah kumuh di perkotaan karena padatnya penduduk di suatu wilayah karena dampak dari migrasi.

### **Ukuran–Ukuran Migrasi**

1. Migrasi seumur hidup (*Life Time Migrant*) adalah migrasi yang dicacah di suatu provinsi/kabupaten yang bukan provinsi/kabupaten tempat kelahirannya
2. Migrasi total (*Total Migrant*) adalah migrasi yang tempat tinggal terakhir berbeda dengan provinsi/kabupaten tempat ia dicacah
3. Migrasi ricen (*Recent Migrant*) ialah migrasi dimana provinsi/kabupaten tempat tinggal sekarang berbeda dengan provinsi/kabupaten tempat tinggal 5 tahun lalu.



## **Daftar Pustaka**

- Adioetomo, S. M., & Samosir, O. B. (2010). Dasar-dasar demografi. *Jakarta: Salemba Empat.*
- Arisena, G. M. K. (2018). Buku Ajar Pengantar Statistika. 2018, 1–46.
- Connor, H. (2022). John Graunt F.R.S. (1620-74): The founding father of human demography, epidemiology and vital statistics. *Journal of Medical Biography*, 09677720221079826.  
<https://doi.org/10.1177/09677720221079826>
- de Demografia, C. L. (1984). International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). *Find in Text.*
- Harmadi, S. H. B. (2008). Pengantar Demografi. *Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.*
- Hauser, P. M., & Duncan, O. D. (1959). The study of population: An inventory and appraisal. (*No Title*).
- Radita Alma, L. (2019). *Ilmu Kependudukan*. Winea Media.
- Sugiyono, D. (2017). Prof, Statistika Untuk Penelitian. *Bandung: Alfabeta Bandung.*
- Vincent, G., & St, M. (1998). Statistical Process Control Penerapan Teknik-Teknik Statistikal Dalam Manajemen Bisnis Total. *Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.*

## Profil Penulis



**Afif Kurniawan, SKM., M.Kes**

Lahir pada tahun 1996 di Surabaya. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Penulis mengambil konsentrasi Biostatistika dan Kependudukan. Ketertarikan terhadap pengolahan data membuat penulis memutuskan untuk mengambil studi lanjut minat Biostatistika pada program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Saat ini penulis aktif menjadi dosen pada Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Adi Husada Surabaya. Penulis memiliki ketertarikan dalam bidang statistika kesehatan, kependudukan, dan pengolahan data. Pengalaman penulis antara lain menjadi penulis hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017, kegiatan analisis lanjut hasil Survei Kinerja dan Akuntabilitas Program (SKAP) KKBPK 2019, dan sekarang aktif dalam kegiatan riset Implementari *Personal Health Record* di Surabaya.

Email Penulis: [kurniawanafif96@gmail.com](mailto:kurniawanafif96@gmail.com)



# SISTEM INFORMASI KESEHATAN DAN KOMUNIKASI KESEHATAN

**Yohanes Jakri, M. Kes**

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

## **Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem Informasi Kesehatan adalah suatu sistem yang terintegrasi dari pengumpulan data, pengolahan, pelaporan dan penggunaan informasi yang penting untuk meningkatkan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien melalui manajemen yang lebih baik pada semua tingkatan pelayanan kesehatan (WHO, 2000). Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan (Permenkes, 2022). Menurut Sri Kusumadewi yang mengutip pendapat Van de Velde dan Degoulet, Sistem Informasi Kesehatan dapat dibedakan dalam berbagai perspektif yaitu perspektif fungsional dan perspektif arsitektur teknologi. Dimana dua perspektif ini bersifat generic dan tidak hanya berlaku untuk Sistem Informasi Kesehatan saja, tetapi juga untuk sistem informasi lainnya (Kusumadewi, 2009).

Lebih lanjut, secara fungsional Sistem Informasi Kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga macam Sistem Informasi, yaitu:

1. Sistem Informasi Rumah Sakit, sistem ini merupakan sistem yang mampu melakukan integritas dan komunikasi aliran informasi baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Sistem informasi ini meliputi : sistem rekam medis elektronik, sistem informasi laboratorium, dan lain sebagainya yang terdapat pada fungsi dukung operasional dan medis di ruang lingkup rumah sakit.
2. Sistem Informasi Kesehatan Publik, jika Sistem Informasi Rumah Sakit terbatas pada fungsi dukung operasional dan medis dilingkup rumah sakit, Sistem Informasi Kesehatan Publik mempunyai cakupan yang lebih luas. Kantor-kantor pemerintah yang mengurus kesehatan dan lembaga layanan kesehatan non rumah sakit.
3. Sistem Informasi Klinis, pada sistem ini tidak hanya membantu dokter dalam menangani masalah administratif pasien, tetapi lebih dari itu, untuk meningkatkan kualitas layanan kepada pasien. Sistem Informasi Kesehatan Klinis dapat didukung dengan sistem pendukung keputusan, yang diantaranya membantu dalam diagnosa penyakit dan menentukan tindakan medis (Kusumadewi, 2009).

### **Batasan Sistem Informasi Kesehatan**

1. Sistem informasi kesehatan adalah mekanisme pengumpulan, pengolahan, analisis dan pengiriman informasi yang dibutuhkan untuk mengorganisasikan dan mengoperasikan pelayanan kesehatan dan juga untuk penelitian dan pelatihan.
2. Sistem informasi kesehatan adalah sejumlah komponen dan prosedur yang terorganisir dengan tujuan untuk menghasilkan informasi untuk meningkatkan keputusan manajemen pelayanan kesehatan pada setiap tingkat sistem kesehatan.

## **Peran Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Kesehatan**

Peran sistem informasi kesehatan dalam bidang kesehatan sangat signifikan. . Beberapa peran penting dari sistem informasi kesehatan antara lain:

### 1. Pengelolaan Data Kesehatan

Sistem informasi kesehatan dapat mengelola data dan informasi kesehatan, seperti rekam medis pasien, data kejadian penyakit, dan data kesehatan masyarakat, sehingga memudahkan dalam pengambilan keputusan dalam manajemen kesehatan.

### 2. Peningkatan Efisiensi dan Efektivitas Pelayanan Kesehatan

Sistem informasi kesehatan dapat mengotomatisasi proses administrasi dan pengelolaan data, mengurangi kesalahan manusia, serta meningkatkan akurasi dan kecepatan dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### 3. Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan

Sistem informasi kesehatan dapat digunakan untuk mengumpulkan dan menganalisis data terkait program kesehatan, sehingga dapat memberikan informasi yang akurat dan *up-to-date* dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap program-program kesehatan yang telah dilaksanakan.

### 4. Dukungan dalam Pengambilan Keputusan

Sistem informasi kesehatan dapat menyediakan data dan informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang berbasis pada bukti (*evidence-based*), sehingga dapat meningkatkan akurasi dan kualitas keputusan yang diambil dalam manajemen kesehatan.

## **Komponen Sistem Informasi Kesehatan**

Komponen sistem informasi menurut Jogiyanto (Jogiyanto, 2005), berdasarkan Burch dan Grudnisky (1986), disebut dengan istilah blok bangunan yang terdiri dari:

1. Blok masukan, merupakan *input* data yang masuk ke dalam sistem informasi, termasuk didalamnya adalah metode-metode dan media yang digunakan, biasanya berupa dokumen-dokumen dasar
2. Blok model, terdiri dari kombinasi prosedur, logika dan model matematik yang akan memanipulasi data masukan dan data yang tersimpan di basis data dengan cara yang sudah ditentukan untuk menghasilkan keluaran yang diinginkan.
3. Blok keluaran, merupakan produk sistem informasi berupa informasi yang berkualitas dan dokumentasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen serta semua pemakai sistem.
4. Blok teknologi, yang merupakan perangkat kerja untuk menerima masukan, menjalankan model, menyimpan dan mengakses data, menghasilkan dan mengirimkan keluaran dan membantu pengendalian sistem secara keseluruhan. Teknologi terdiri dari 3 bagian utama, yaitu teknisi, perangkat lunak, dan perangkat keras.
5. Blok basis data, merupakan kumpulan data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk mengubahnya. Data di dalam basis data perlu diorganisasikan sedemikian rupa, sehingga informasi yang dihasilkan berkualitas.
6. Blok kendali, merupakan mekanisme yang dirancang dan diterapkan untuk meyakinkan bahwa hal-hal yang dapat merusak sistem dapat dicegah ataupun bila terlanjur terjadi kesalahan-kesalahan dapat cepat diatasi.

Selanjutnya, menurut WHO dalam Bappenas (Bappenas, 2021), komponen sistem kesehatan suatu negara terbagi menjadi 6 “*building block*”, yaitu:

1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan (*Service Delivery*)  
Melibatkan penyediaan pelayanan kesehatan yang efektif dan berkualitas kepada masyarakat, termasuk di dalamnya layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. Produk Medis, Vaksin, dan Teknologi Kesehatan (*Medical Product, Vaccine, and Technologies*)  
Melibatkan pengadaan, distribusi, dan pengelolaan produk medis, vaksin, serta teknologi kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau.
3. Tenaga Medis (*Health Workforce*)  
Melibatkan tenaga medis yang terlatih dan kompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk di dalamnya dokter, perawat, bidan, dan tenaga medis lainnya.
4. Sistem Pembiayaan Kesehatan (*Health System Financing*)  
Melibatkan mekanisme pembiayaan yang berkelanjutan, adil, dan efisien untuk menjaga keberlanjutan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.
5. Sistem Informasi Kesehatan (*Health Information System*)  
Melibatkan pengumpulan, pengelolaan, dan penggunaan data dan informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan yang berbasis pada bukti (*evidence-based*) serta monitoring dan evaluasi program kesehatan.
6. Kepemimpinan dan Pemerintahan (*Leadership and Governance*)  
Melibatkan kepemimpinan yang efektif dan pemerintahan yang baik dalam pengelolaan dan pengendalian sistem kesehatan, termasuk di



dalamnya perumusan kebijakan, pengaturan, dan koordinasi antara berbagai stakeholder.

Seperti sistem lainnya, sistem informasi kesehatan terdiri dari komponen yang saling berhubungan yang dapat dikelompokkan dalam dua bagian yaitu:

1. Proses informasi, yang terdiri dari:

- a. Pengumpulan data
- b. Pengiriman data
- c. Pengolahan data
- d. Analisis data
- e. Penyajian informasi

Pemantauan dan penilaian proses tersebut memungkinkan gabungan masukan yang benar menghasilkan tipe keluaran yang benar pada waktu yang tepat. Sistem informasi dapat menyediakan informasi yang tepat dan relevan hanya jika setiap komponen proses informasi terstruktur dengan baik.

2. Manajemen sistem informasi, yang terdiri dari:

- a. Sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi orang-orang (perencana, manajer, ahli statistik, ahli epidemiologi, pengumpul data), perangkat keras (register, telepon, komputer), perangkat lunak (kertas karbon, format laporan, program pengolah data) dan sumber dana.
- b. Aturan-aturan organisasi, misalnya penggunaan standar diagnosa dan penanganan, uraian tugas petugas, prosedur manajemen distribusi, prosedur pemeliharaan komputer yang memungkinkan efisiensi penggunaan sumber daya sistem informasi kesehatan.

Oleh karena itu dalam merancang atau merancang kembali sistem informasi kesehatan dibutuhkan penekanan pada pengaturan yang sistematis setiap komponen baik proses informasi maupun manajemen sistem informasi tersebut.

## **Sistem Informasi Kesehatan di Rumah Sakit**

Sistem Informasi Kesehatan sangat erat kaitannya dengan Sistem Informasi Rumah Sakit (*Hospital Information System* atau HIS). Sistem informasi rumah sakit adalah sistem yang mampu melakukan integrasi dan komunikasi aliran informasi baik di dalam maupun di luar rumah sakit (Kusumadewi, 2009). Salah satu sub sistem dari sistem informasi kesehatan adalah sistem rekam medis. Perekaman data pasien mutlak diperlukan untuk menunjang proses peningkatan perawatan kesehatan terhadap pasien. *Electronic Medical Record* (EMR) adalah suatu media elektronik yang digunakan untuk menyimpan informasi klinis. Fungsi utama EMR adalah untuk merekam informasi, mengakses informasi, membantu pengambilan keputusan, menggunakan data atau informasi secara bersama-sama, identifikasi pasien, menangani keamanan dan otentifikasi data, serta membantu auditing. Melalui sistem perekam medis yang baik dan efektif diharapkan kualitas perawatan kesehatan bagi seorang pasien juga akan meningkat, memudahkan manajemen dan profesional dalam menetapkan keputusan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 (Permenkes, 2013) dijelaskan bahwa Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan SIMRS atau Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Aplikasi penyelenggaraan SIMRS yang dibuat oleh Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan minimal yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Salah satu persyaratan adalah arsitektur. Arsitektur SIMRS paling sedikit terdiri atas: kegiatan pelayanan utama (*front office*); kegiatan administratif (*back office*); dan komunikasi dan kolaborasi. Selain itu Rumah Sakit dapat mengembangkan SIMRS dengan menambahkan arsitektur pendukung yang berupa *Picture Archiver System* (PACS), Sistem Manajemen Dokumen (*Document Management System*), Sistem Antar Muka Peralatan Klinik, serta *Data Warehouse* dan *Business Intelligence*. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem

teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan (MEDIKA, 2023).

### **Masalah-Masalah Sistem Informasi Kesehatan**

Pada banyak negara sistem informasi kesehatan tidak adekuat dalam menyediakan dukungan dalam manajemen program. Theo Lippeveld dan Reiner Sauerborn (Lippeveld, 2000) menyimpulkan alasannya dalam lima hal:

1. Irelevansi informasi yang didapat dengan kebutuhan
2. Kualitas data yang kurang
3. Duplikasi data dan tidak efisiennya informasi
4. Tidak tepat waktu dalam melaporkan dan menindaklanjuti
5. Informasinya kurang berguna

Menurut Bambang Hartono (Hartono, 2010), terdapat beberapa masalah pada sistem informasi kesehatan di Indonesia diantaranya:

- a. Data yang harus dicatat dan dilaporkan di unit-unit operasional sangat banyak, sehingga beban para petugas menjadi berat.
- b. Proses pengolahan data menjadi lama, sehingga hasil pengolahan data menjadi lama, menyebabkan hasilnya menjadi tidak tepat waktu ketika disajikan dan diumpanbalikkan.
- c. Data yang dikumpulkan terlalu banyak dibanding kebutuhannya, maka banyak data yang akhirnya tidak dimanfaatkan.

## **Komunikasi Kesehatan**

### **Konsep Dasar Komunikasi**

Istilah komunikasi berasal dari bahasa Latin *communicare* – *communicatio* dan *communicatus* yang berarti suatu alat yang berhubungan dengan sistem penyampaian dan penerimaan berita, seperti telepon, telegraf, radio, dan sebagainya (Anjaswarni, 2016). Sementara itu menurut KBBI komunikasi/ko·mu·ni·ka·si/ n<sup>1</sup> pengiriman dan penerimaan pesan atau berita antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami; hubungan; kontak; <sup>2</sup> perhubungan; (KBBI, 2016). Komunikasi merupakan suatu pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti serta saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antar seseorang dengan orang lainnya, yang dapat disampaikan melalui simbol, tanda, atau perilaku yang umum dan biasanya terjadi dua arah. Komunikasi juga dapat digunakan sebagai media pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antar dua orang atau lebih dengan tujuan agar setiap manusia yang terlibat dalam proses komunikasi dapat saling menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu. Menurut Shannon dan Weaver, komunikasi adalah suatu proses interaksi manusia yang saling memengaruhi satu sama lain baik sengaja maupun tidak sengaja dan tidak terbatas pada bentuk komunikasi verbal namun juga pada nonverbal seperti ekspresi muka, lukisan, seni dan teknologi (Shannon, 1949).

Menurut Harold Dwight Lasswell yang dikutip dalam Wiryanto (Wiryanto, 2005) mengatakan bahwa cara yang terbaik untuk menerangkan kegiatan komunikasi adalah menjawab pertanyaan “*Who Says What In Which Channel To Whom With What Effect?*” komponen komunikasi yang berkorelasi secara fungsional pada paradigma Lasswell itu merupakan jawaban pertanyaan yang diajukan.

#### 1. *Who* (Komunikator)

Dalam proses komunikasi ada komunikator, yaitu orang yang mengirim dan menjadi sumber informasi

dalam segala situasi. Penyampaian informasi yang dilakukan dapat secara sengaja maupun tidak sengaja.

2. *Says What* (pesan)

Komunikator menyampaikan pesan-pesan kepada sasaran yang dituju. Pesan yaitu sesuatu yang dikirimkan atau yang disampaikan. Pesan yang disampaikan dapat secara langsung maupun tidak langsung dan dapat bersifat verbal maupun non verbal.

3. *In Which Channel* (Media yang digunakan)

Dalam menyampaikan pesan-pesannya, komunikator harus menggunakan media komunikasi yang sesuai keadaan dan pesan disampaikan. Adapun media adalah sarana yang digunakan untuk menyalurkan pesan-pesan yang disampaikan oleh komunikator kepada komunikan.

4. *To Whom* (komunikan)

Komunikan merupakan individu atau kelompok tertentu yang merupakan sasaran pengiriman seseorang yang dalam proses komunikasi ini sebagai penerima pesan, dalam hal ini komunikator harus cukup mengenal komunikan yang dihadapinya sehingga nantinya diharapkan mendapatkan hasil yang cukup maksimal dari pesan yang disampaikan.

5. *With What Effect* (efek)

Efek adalah respon, tanggapan atau reaksi komunikasi ketika ia atau mereka menerima pesan dari komunikator. Sehingga efek dapat dikatakan sebagai akibat dari proses komunikasi.

Lebih lanjut komunikasi adalah pernyataan diri yang efektif, pertukaran pesan-pesan dalam percakapan bahkan imajinasi, pertukaran informasi atau hiburan dengan kata-kata melalui percakapan atau dengan metode lain, pengalihan informasi dari seseorang kepada orang lain, pertukaran makna antar pribadi dengan sistem simbol dan proses pengalihan pesan melalui

saluran tertentu kepada orang lain dengan efek tertentu (Liliweri, 2007).

### **Jenis-Jenis Komunikasi**

Pada dasarnya komunikasi digunakan untuk menciptakan atau meningkatkan aktifitas hubungan antara manusia atau kelompok. Jenis komunikasi terdiri dari komunikasi verbal dengan kata-kata dan komunikasi non verbal disebut dengan bahasa tubuh.

1. Komunikasi Verbal, mencakup aspek - aspek berupa:
  - a. *Vocabulary* (perbendaharaan kata-kata). Komunikasi tidak akan efektif bila pesan disampaikan dengan kata-kata yang tidak dimengerti, karena itu olah kata menjadi penting dalam berkomunikasi.
  - b. *Racing* (kecepatan). Komunikasi akan lebih efektif dan sukses bila kecepatan bicara dapat diatur dengan baik, tidak terlalu cepat atau terlalu lambat.
  - c. Intonasi suara akan mempengaruhi arti pesan secara dramatik sehingga pesan akan menjadi lain artinya bila diucapkan dengan intonasi suara yang berbeda. Intonasi suara yang tidak proporsional merupakan hambatan dalam berkomunikasi.
  - d. Humor dapat meningkatkan kehidupan yang bahagia. Tertawa mempunyai hubungan fisik dan psikis dan harus diingat bahwa humor adalah merupakan satu-satunya selingan dalam berkomunikasi.
  - e. Singkat dan jelas. Komunikasi akan efektif bila disampaikan secara singkat dan jelas, langsung pada pokok permasalahannya sehingga lebih mudah dimengerti.
  - f. *Timing* (waktu yang tepat) adalah hal kritis yang perlu diperhatikan karena berkomunikasi akan berarti bila seseorang bersedia untuk

berkomunikasi, artinya dapat menyediakan waktu untuk mendengar atau memperhatikan apa yang disampaikan.

2. Komunikasi Non Verbal Komunikasi non verbal adalah penyampaian pesan tanpa kata-kata dan komunikasi non verbal memberikan arti pada komunikasi verbal.
  - a. Ekspresi wajah. Wajah merupakan sumber yang kaya dengan komunikasi, karena ekspresi wajah cerminan suasana emosi seseorang.
  - b. Kontak mata sinyal alamiah untuk berkomunikasi. Dengan mengadakan kontak mata selama berinteraksi atau tanya jawab berarti orang tersebut terlibat dan menghargai lawan bicaranya dengan kemauan untuk memperhatikan bukan sekedar mendengarkan. Melalui kontak mata juga memberikan kesempatan pada orang lain untuk mengobservasi yang lainnya.
  - c. Sentuhan bentuk komunikasi personal mengingat sentuhan lebih bersifat spontan dari pada komunikasi verbal. Beberapa pesan seperti perhatian yang sungguh-sungguh, dukungan emosional, kasih sayang atau simpati dapat dilakukan melalui sentuhan.
  - d. Postur tubuh dan gaya berjalan. Cara seseorang berjalan, duduk, berdiri dan bergerak memperlihatkan ekspresi dirinya. Postur tubuh dan gaya berjalan merefleksikan emosi, konsep diri, dan tingkat kesehatannya
  - e. Suara Rintihan, menarik nafas panjang, tangisan juga salah satu ungkapan perasaan dan pikiran seseorang yang dapat dijadikan komunikasi. Bila dikombinasikan dengan semua bentuk komunikasi non verbal lainnya sampai desis atau suara dapat menjadi pesan yang sangat jelas.
  - f. Gerak isyarat. Gerak yang dapat mempertegas pembicaraan. Menggunakan isyarat sebagai

bagian total dari komunikasi seperti mengetuk-ngetukan kaki atau mengerakkan tangan selama berbicara menunjukkan seseorang dalam keadaan stress bingung atau sebagai upaya untuk menghilangkan stress.

### **Komunikasi Kesehatan**

Dalam konteks keperawatan, proses atau kegiatan komunikasi ini disebut sebagai komunikasi terapeutik. Dalam asuhan keperawatan, komunikasi ditunjukkan untuk mengubah perilaku pasien ke arah yang lebih baik agar mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Suryani, 2017).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016) arti dari kata terapeutik adalah berkaitan dengan sebuah terapi atau pengobatan (KBBI, 2016). Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan patologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain (Northouse, 1998). Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan therapy dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif dengan harapan lama hari rawat pasien menjadi pendek dan dipersingkat (Muhith, 2018).

### **Komponen Komunikasi Kesehatan**

Komponen komunikasi kesehatan tak berbeda halnya dengan komponen komunikasi pada umumnya. Komunikasi tidak hanya sebatas penyampaian pesan saja, adanya umpan balik (feedback) atau respon dari penerima pesan menandakan bahwa komunikasi dapat terjadi hanya jika memenuhi komponen-komponen tertentu. Komunikasi juga merupakan suatu proses yang tidak akan berjalan baik tentunya jika tidak memenuhi komponen-komponen tersebut. Menurut Thomas Lasswell (Laswell, 1987), komponen komunikasi terdiri atas:



### 1. Komunikator

Dalam komunikasi kesehatan, komunikator adalah orang atau lembaga kesehatan yang menyampaikan pesan. Misalnya berisikan himbauan untuk melakukan program KB

### 2. Komunikan

Dalam komunikasi kesehatan istilah komunikan ialah sebagai orang yang menerima pesan. Komunikan bisa berupa masyarakat yang diberikan sosialisasi dari pihak lembaga kesehatan.

### 3. Pesan

Dalam komunikasi kesehatan, pesan adalah pernyataan yang didukung oleh lambang yang mempunyai arti, contohnya slogan tentang hindari TB.

### 4. Media

Media dalam komunikasi kesehatan ialah sebagai sarana atau saluran yang mendukung proses penyampaian pesan. Media dalam komunikasi kesehatan adadua yakni media (saluran) interpersonal dan kelompok. Media bisa berupa cetak maupun elektronik yang biasa dilakukan dengan kegiatan penyuluhan.

### 5. Efek

Efek pada komunikasi kesehatan yakni dampak atau akibat yang ditimbulkan oleh pesan. Efek atau dampak ialah ketercapaian kita dalam penyampaian pesan.

## **Tujuan Komunikasi Kesehatan**

Tujuan utama dari komunikasi kesehatan ini adalah untuk perubahan perilaku kesehatan pada sasaran kearah yang lebih kondusif sehingga dimungkinkan terjadinya peningkatan status kesehatan sebagai dampak (impact) dari program komunikasi kesehatan. Menurut Allo Liliweri

(Liliweri, 2007) tujuan komunikasi kesehatan terbagi dua, diantaranya:

### 1. Tujuan strategis

Pada umumnya program-program yang berkaitan dengan komunikasi kesehatan yang dirancang dalam bentuk paket acara atau modul dapat berfungsi untuk:

- a. *Relay information*, yakni meneruskan informasi kesehatan dari suatu dari suatu sumber kepada pihak lain secara berangkai (hunting).
- b. *Enable informed decision making*, ialah memberikan informasi akurat untuk memungkinkan pengambilan keputusan.
- c. *Promote peer information exchange and emotional support*, yakni mendukung pertukaran pertama dan mendukung secara emosional pertukaran informasi kesehatan.
- d. *Promote healthy behavior*, informasi untuk memperkenalkan hidup sehat.
- e. *Promote self care*, yakni memperkenalkan pemeliharaan diri sendiri
- f. *Manage demand for health services*, ialah untuk memenuhi permintaan layanan kesehatan.

### 2. Tujuan Praktis

Menurut Taibi Kahler dalam Alo Liliweri (Liliwri, 2009) menyatakan bahwa sebenarnya secara praktis tujuan khusus komunikasi kesehatan itu meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui beberapa usaha pendidikan dan pelatihan agar dapat:

- a. Meningkatkan pengetahuan yang mencakup:
  - 1) Prinsip-prinsip dan proses komunikasi manusia.
  - 2) Menjadi komunikator (yang memiliki etos, patos, logos, kredibilitas dan lain-lain).

- 3) Menyusun pesan verbal dan non verbal dalam komunikasi kesehatann.
  - 4) Memilih media yang sesuai dengan konteks komunikasi kesehatan.
  - 5) Menentukan segmen komunikasi yang sesuai dengan konteks komunikasi kesehatan.
  - 6) Mengelola umpan balik atau dampak pesan kesehatan yang sesuai dengan kehendak komunikator dan komunikan.
  - 7) Mengelola hambatan-hambatan dalam komunikasi kesehatan.
  - 8) Mengenal dan mengelola konteks komunikasi kesehatan.
  - 9) Prinsip-prinsip riset.
- b. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan berkomunikasi efektif.
- c. Membentuk sikap dan perilaku berkomunikasi, seperti:
- 1) Berkomunikasi yang menyenangkan, empati.
  - 2) Berkomunikasi dengan kepercayaan pada diri.
  - 3) Menciptakan kepercayaan publik dan pemberdayaan publik.
  - 4) Membuat pertukaran gagasan dan informasi makin menyenangkan.
  - 5) Memberikan apresiasi terhadap terbentuknya komunikasi yang baik.

### **Manfaat Komunikasi Kesehatan**

Manfaat mempelajari ilmu komunikasi kesehatan menurut Alo Liliwri (Liliwri, 2009) adalah:

1. Memahami interaksi antara kesehatan dengan perilaku individu.
2. Meningkatkan kesadaran kita tentang isu kesehatan.

3. Melakukan strategi intervensi pada tingkat komunitas.
4. Menghadapi disparitas pemeliharaan kesehatan antar etnik atau ras dalam suatu masyarakat.
5. Menampilkan ilustrasi ketrampilan, menggambarkan berbagai jenis keterampilan untuk memelihara kesehatan, pencegahan, advokasi atau sistem layanan kesehatan kepada masyarakat.
6. Menjawab permintaan terhadap layanan kesehatan (mengetahui dan melakukan analisis kebutuhan).
7. Memperkuat infrastruktur kesehatan masyarakat di masa yang akan datang bagi hasil yang memuaskan masyarakat umum.
8. Membarui peranan para profesional di bidang kesehatan, misalnya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para petugas medis, memperkuat infrastruktur kesehatan, membangun kemitraan, mengembangkan akuntabilitas, dan mengembangkan pembuktian atas layanan

## Daftar Pustaka

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Bappenas. (2021). *Buku Putih: Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Boyd, M. A. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice (Boyd, Psychiatric Nursing)*. Philadelphia: Lippincott.
- Fatimah, S. (2022, Agustus 22). *Kementerian Kesehatan*. Retrieved Maret 21, 2023, from [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1344/komunikasi-terapeutik#:~:text=Komunikasi%20terapeutik%20adalah%20komunikasi%20yang,yang%20pada%20akhirnya%20mempercepat%20proses](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1344/komunikasi-terapeutik#:~:text=Komunikasi%20terapeutik%20adalah%20komunikasi%20yang,yang%20pada%20akhirnya%20mempercepat%20proses):  
[https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1344/komunikasi-terapeutik#:~:text=Komunikasi%20terapeutik%20adalah%20komunikasi%20yang,yang%20pada%20akhirnya%20mempercepat%20proses](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1344/komunikasi-terapeutik#:~:text=Komunikasi%20terapeutik%20adalah%20komunikasi%20yang,yang%20pada%20akhirnya%20mempercepat%20proses)
- Hartono, B. (2010). *Manajemen Pemasaran Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Jogiyanto, H. (2005). *Analisis & desain : sistem informasi : pendekatan terstruktur teori dan praktik aplikasi bisnis*. Yogyakarta: Andi Offset.
- KBBI. (2016, Maret 16). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Kamus versi online/daring (dalam jaringan)*. Retrieved Maret 16, 2023, from <https://kbbi.web.id/komunikasi>:  
<https://kbbi.web.id/komunikasi>
- Kusumadewi, S. (2009). *Informatika kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Laswell, T. (1987). *Marriage and family*. California: Wadsworth.

- Liliwri, A. (2007). *Dasar-dasar komunikasi kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Liliwri, A. (2009). *Prasangka Dan Konflik Komunikasi Lintas Budaya Masyarakat Multikultural*. Yogyakarta.
- Lippeveld, T. (2000). *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization.
- Mary Ann Boyd, M. A. (2011). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice (Boyd, Psychiatric Nursing) 5th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- MEDIKA, K. (2023). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)*. Banten: RS KRAKATAU MEDIKA.
- Muhith, A. (2018). *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET.
- Northouse, P. G. (1998). *Health Communication: Strategies for Health Professionals (4th Edition)*. New York: Paperback.
- Nurhasanah, N. (2013). *Komunikasi Keperawatan*. Jakarta: In Media.
- Patricia A. Potter, A. G. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, proses dan praktik, Volume 2, Ed. IV*. Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, A. G. (2021). *Fundamental of Nursing*. Elsevier.
- Patricia A. Potter, A. G. (2022). *Fundamentals of Nursing, 11th Edition*. Elsevier Inc.
- Permenkes. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan No 82 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes.
- Permenkes. (2022). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 18 TAHUN 2022 TENTANG PENYELENGGARAAN SATU DATA BIDANG KESEHATAN MELALUI SISTEM INFORMASI KESEHATAN*. Jakarta: Kemenkes.

- Pieter, H. Z. (2017). *Dasar Dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Shannon, C. E. (1949). *WeaverThe Mathematical Theory of Communication* . Urbana: University of Illinois Press.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Ed. 9*. St. Louis, London: Elsevier Health Sciences.
- Suryani. (2017). *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik Ed.2*. Jakarta: EGC Medical Publisher.
- WHO. (2000). *Design and Implementation of Health Information System*. Geneva: WHO.
- Wiryanto. (2005). *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.

## Profil Penulis



### **Yohanes Jakri, S.Kep., M. Kes**

Penulis lahir di Watu Weri (Manggarai Timur, NTT) pada tanggal 17 Mei 1988. Penulis adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Damianus Jani dan Ibu Kristina Mejong. Lulus tahun 2013 Sarjana Keperawatan Pada STIKES Katolik St. Vincentius A Paulo Surabaya. Melanjutkan Studi Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia Jakarta Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan), lulus tahun 2016. November 2013-Juni 2014 bekerja sebagai Perawat Pada Puskesmas Mukun, Manggarai Timur, NTT. Sejak tahun 2017-sekarang bekerja sebagai Dosen di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, Homebase Program Studi S1 Keperawatan. Penulis juga menulis jurnal ilmiah tidak terakreditasi maupun yang terakreditasi baik sebagai penulis pertama maupun sebagai penulis kedua sejak tahun 2017. Selain menulis dan mengajar, penulis juga aktif dalam memberikan berbagai pelatihan dan menjadi narasumber dalam beberapa kegiatan, antara lain Pelatihan Kepemimpinan Dasar bagi mahasiswa, Manajemen Waktu, Pemberian *Coaching* untuk meningkatkan Kinerja dan Motivasi bagi Perawat, Narasumber pada Wabinar Literasi Digitas Bagi Kaum Milenial yang diselenggarakan oleh Kominfo RI. Penulis sudah menulis beberapa *Bookcpater* dengan judul Ilmu Keperawatan Umum dan Kesehatan Masyarakat subtema Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat, Buku Manajemen Keperawatan dengan Subtema Motivasi, Kinerja dan Kepuasan Kerja, Buku Ilmu Keperawatan Dasar dengan subtema Sistem dan Mutu Pelayanan Keperawatan, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan Negara, semoga bermanfaat.

Email Penulisan: [johanjakri17@gmail.com](mailto:johanjakri17@gmail.com)





# DASAR DASAR EPIDEMIOLOGI, PENCEGAHAN, DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

**Ns. Rani Ardina, M.Kep**

Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung

## **Definisi Epidemiologi**

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu Epi = pada, atas; Demos = populasi, dan Logos = ilmu. Epidemiologi dapat juga diartikan ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan penyakit pada populasi. Dalam pengertian lain epidemiologi ialah studi tentang distribusi dan determinan dari kondisi atau kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pada populasi tertentu dan penerapan studi ini untuk pengendalian masalah Kesehatan.

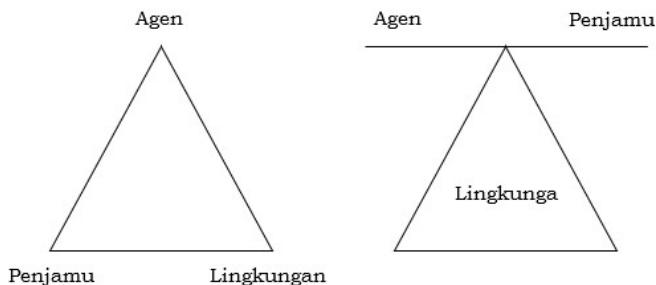
## **Aktivitas Epidemiologi**

1. Pengumpulan dan analisis pencatatan vital (kelahiran dan kematian).
2. Pengumpulan dan analisis data morbiditas dari rumah sakit, lembaga kesehatan, klinik, dokter dan industri.
3. Pemantauan penyakit dan masalah kesehatan di masyarakat.

4. Investigasi kejadian luar biasa yang mengarahkan program pemberantasan atau pencegahan epidemik dan masalah kesehatan komunitas yang lain.
5. Merancang dan melaksanakan penelitian kesehatan.
6. Merancang dan melaksanakan registrasi kesehatan untuk masalah yang menjadi perhatian seperti: cacat lahir, insiden kanker, atau penggunaan napza
7. Skrining (penapisan) untuk penyakit.
8. Mendeskripsikan riwayat alamiah penyakit.
9. Identifikasi individu atau kelompok pada populasi umum terhadap peningkatan risiko perkembangan penyakit tertentu.
10. Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan atau pembuatan keputusan oleh badan administrasi kesehatan atau pembuat kebijakan Kesehatan.

### **Epidemiologic Triangle Model**

Segitiga epidemiologi atau Riwayat Alamiah Penyakit (RAP), menjelaskan bahwa munculnya penyakit dipengaruhi oleh faktor *host*(penderita), Pejamu (Agent/penyebab sakit) & Lingkungan. Model epidemiologi (Gambar 1-1) menurut Clark 2003), digunakan untuk memahami hubungan antara *host*, *agent* dan *environment*. Model ini menjelaskan hubungan antara tiga elemen yang saling berhubungan, yaitu manusia atau individu-individu dalam keluarga atau masyarakat sebagai *host*, agen dan lingkungan yang harus selalu berada dalam keadaan seimbang seperti pada gambar berikut ini;



**TABEL 8.1 DAFTAR AGEN, HOST DAN LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO TERJADINYA PENYAKIT**

<b>FAKTOR</b>	<b>CONTOH</b>
<p>Agen penyakit – Penyebab infeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Metazoa</li> <li>b. Protozoa</li> <li>c. Bakteria</li> <li>d. Jamur</li> <li>e. Virus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hookworm, schistosomiasis, onchocerciasis</li> <li>b. Amuba, malaria</li> <li>c. Demam rheumatic, lobar pneumonia, typhoid, tuberculosis, syphilis</li> <li>d. Histoplasmosis, athlete's foot</li> <li>e. Measles, campak, chicken pox, small pox, poliomyelitis, rabies, yellow fever, human immunodeficiency virus (HIV)</li> </ul>
<p>Faktor Host (manusia) respon terhadap paparan oleh penyebab infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keturunan</li> <li>b. Usia</li> <li>c. Jenis kelamin</li> <li>d. Suku</li> <li>e. Status fisik</li> <li>f. Riwayat kekebalan diri (imunisasi): <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aktif</li> <li>b. Pasif</li> </ul> </li> <li>g. Riwayat penyakit sebelumnya atau yang sedang dialami</li> <li>h. Perilaku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cystic fibrosis, Huntington's disease</li> <li>b. Alzheimer's disease</li> <li>c. Rheumatoid arthritis</li> <li>d. Tay-Sachs disease, sickle cell disease</li> <li>e. Kelemahan fisik, kehamilan, pubertas, stress, status nutrisi</li> <li>f. Hipersensitivitas, proteksi</li> <li>g. Infeksi sebelumnya, imunisasi</li> <li>h. Maternal antibodies, gamma globulin prophylaxis</li> <li>i. Diabetes, disfungsi liver, hipertensi</li> </ul> <p>Kebersihan diri, Mencuci tangan, pemenuhan nutrisi, kontak fisik, rekreasi, akses terhadap sarana kesehatan, merokok.</p>
<p>Faktor lingkungan : Pengaruh keberadaan dari faktor penyebab infeksi atau kerentanan terhadap faktor penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lingkungan fisik</li> </ul>	<p>Iklm, kontur daratan (dataran tinggi, dataran rendah, pesisir pantai).</p> <p>Kepadatan penduduk Sumber utama yang dikonsumsi baik dari jenis tumbuhan atau hewan.</p>

<p>b. Lingkungan biologis Populasi manusia Tumbuhan Hewan</p> <p>c. Lingkungan sosial ekonomi Pekerjaan Urbanisasi dan pertumbuhan ekonomi Gangguan</p>	<p>Ketidaktertiban masyarakat perkotaan, pekerjaan berisiko terhadap masalah kesehatan.</p> <p>Perang, Bencana alam.</p>
---	--

### **Tahapan Infeksi**

Agen penyakit infeksi yang telah menyerang host dan menemukan kondisi yang nyaman untuk bereplikasi sampai dapat ditularkan dari host. Periode replikasi agen sebelum ditularkan disebut periode laten. Masa penularan atau menular, mengikuti periode laten dan dimulai dengan penularan agen. Masa inkubasi adalah waktu pada saat masuknya agen sampai ke saat gejala penyakit pertama kali muncul. Seringkali periode menular dimulai sebelum gejala muncul.

### **Spektrum Kejadian Penyakit**

Prinsi-prinsip yang tercakup dalam hal ini berlaku epidemi untuk individu dan diri mereka terhadap penyakit infeksi dan penyakit menular.

Beberapa penyakit menular bersifat endemik dan terjadi pada tingkat yang konsisten serta terbatas di wilayah geografis. Seperti halnya dengan beberapa penyakit menular seksual dan TB paru.

1. Wabah (*outbreak*) adalah kejadian tak terduga dari penyakit menular di wilayah geografis yang terbatas selama periode terbatas.

2. Epidemii merupakan peningkatan tak terduga terjadinya penyakit menular di wilayah geografis selama periode yang panjang.
3. Pandemi adalah kejadian mapan penyakit, atau epidemi, yang mencakup area geografis yang luas atau terbukti di seluruh dunia.

### Rantai Transmisi

Transmisi sering dikonsepsikan sebagai rantai dengan 6 (enam) tautan. Masing-masing bagian (agen infeksi, reservoir, portal keluar, mode transmisi, portal masuk, dan kerentanan host) mewakili komponen yang berbeda yang berkontribusi terhadap transmisi.

TABEL 8.2 JENIS	RANTAI TRANSMISI DEFINISI	FAKTOR
Agen infeksi	Organisme (virus, bakteri, jamur, cacing) yang mampu menghasilkan infeksi atau penyakit menular.	Sifat agen; morfologi, komposisi kimia, kebutuhan pertumbuhan, viabilitas, interaksi dg manusia, cara interaksi, infeksiivitas, patogenitas, virulensi, toksigenitas, antinegnitas dan kemampuan beradaptasi.
Reservoir (s)	Lingkungan di mana patogen hidup dan berkembang biak.	Manusia, hewan, arthropoda (serangga), tumbuhan, tanah atau zat organik lainnya.
Pintu keluar	Cara di mana agen infeksi di angkut dari manusia.	Sekresi pernapasan, sekresi vagina, air mani, air liur, eksudat lesi, darah dan kotoran.
Cara transmisi	Metode di mana agen infeksi ditransmisikan dari Langsung satu host ke host lainnya.	Langsung; manusia ke manusia Tidak langsung; Ada transmisi seperti vector
Pintu masuk	Agen infeksi masuk ke host baru.	
Tubuh manusia		

TABEL 8.2 JENIS	RANTAI TRANSMISI DEFINISI	FAKTOR
	Ada tidaknya resistensi terhadap agen infeksi	biologis atau mekanik, kendaraan umum, atau percikan ludah). Saluran pernapasan, selaput lender, kulit, membrane kulit ari, mulut, dan melalui plasenta Karakteristik biologis dan individual seperti jenis kelamin, usia, genetic, status kesehatan, perilaku, pertahanan anatomis dan fisiologis serta kekebalan.

### **Pencegahan Penyakit Menular**

Pemutusan mata rantai transmisi adalah kunci dalam mengendalikan transmisi agen infeksi. Namun demikian, pemutusan salah satu mata rantai tergantung pada semua faktor yaitu, karakteristik agen, reservoir, portal keluaran masuk, bagaimana agen ditransmisikan, dan kerentanan host.

#### **1. Mengontrol agen**

Mengontrol agen infeksi pada penyakit menular telah terbukti efektif dalam teknologi dan ilmu kedokteran. Sedangkan melawan agen merupakan prinsip yang diterapkan pada disinfeksi, sterilisasi, dan radiasi. Adapun obat antiinfeksi, seperti antibiotik, antiviral, antiretroviral, dan antimalaria, berperan penting dalam mengendalikan penyakit menular.

#### **2. Memberantas Sumber Penularan Bukan Dari Manusia**

Sumber penularan bukan dari manusia umum di lingkungan meliputi air, makanan, susu, hewan, serangga, dan kotoran. Mengobati atau menghilangkannya adalah metode efektif untuk mencegah replikasi patogen dan dengan demikian dapat mencegah penularan.

### 3. Mengontrol Sumber Penularan Dari Manusia

Mengobati orang yang terinfeksi, baik itu simptomatik atau tidak, merupakan tindakan yang efektif dalam mencegah penularan langsung ke orang lain. Karantina adalah isolasi atau pembatasan pergerakan orang-orang yang telah terpapar agen infeksi selama masa inkubasi dan hal ini adalah metode lain untuk mengendalikan sumber penularan. Karantina atau isolasi mandiri digunakan secara efektif selama pandemi Covid-19 pada tahun 2020.

### 4. Mengontrol Portal Keluar dan Masuk

Rantai transmisi bisa dikendalikan di portal pintu keluar dengan membuang sekresi, ekskresi, dan eksudat dari orang-orang yang terinfeksi dengan benar. Selain itu, isolasi orang sakit dari orang lain seperti mengharuskan orang tuberkulosis mengenakan masker di depan umum bisa efektif dalam mengendalikan penularan.

### 5. Meningkatkan Kekebalan dan Ketahanan Manusia

Banyak faktor, seperti usia, status kesehatan umum, gizi, dan perilaku kesehatan, berkontribusi terhadap ketahanan tubuh, atau kemampuan untuk menangkal infeksi. Sedangkan kekebalan tubuh merupakan pertahanan yang luar biasa terhadap infeksi. Ada beberapa jenis kekebalan, yang masing-masing memberikan perlawanan dengan cara yang berbeda terhadap patogen yang berbeda. Kekebalan alami adalah ketahanan bawaan terhadap antigen atau toksin tertentu. Kekebalan yang didapat berasal dari paparan sebenarnya terhadap agen infeksius tertentu, toksin, atau vaksin yang sesuai. Ada dua jenis kekebalan yang didapat yaitu aktif dan pasif.



Kekebalan aktif terjadi ketika tubuh memproduksi antibodi sendiri melawan antigen, baik dari infeksi patogen maupun patogen yang dikenal dalam vaksin. Kekebalan pasif adalah resistensi sementara yang telah diberikan ke host baik melalui transfusi protein plasma, imunoglobulin, atau antitoksin atau secara transplasenta (dari ibu ke janin).

### **Pengendalian dan Pemberantasan**

Pengendalian penyakit menular merupakan pengurangan kejadian (kasus baru) atau prevalensi (kasus yang ada) dari penyakit tertentu di wilayah tertentu. Program imunisasi dari WHO adalah upaya global untuk mengendalikan morbiditas dan mortalitas dari beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin. Pengendalian penyakit yang saat ini dicanangkan oleh kementerian kesehatan meliputi 1) Pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit termasuk perluasan cakupan deteksi dini, penguatan surveilans real time, pengendalian vektor dan perluasan layanan berhenti merokok; 2) Penguatan *health security* terutama peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respon cepat terhadap ancaman penyakit termasuk penguatan alert system kejadian luar biasa dan karantina kesehatan; 3) peningkatan cakupan penemuan kasus dan pengobatan serta penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera; 4) Pengendalian resistensi antimikroba; 5) Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit dan penguatan sanitasi total berbasis masyarakat.

Pemberantasan penyakit menular sebagai program pengurangan insiden penyakit di seluruh dunia menjadi nol sebagai fungsi upaya yang disengaja dilakukan, tanpa memerlukan tindakan pengendalian lebih lanjut. Kriteria untuk menilai pemberantasan penyakit ialah sebagai berikut: 1) Hanya satu orang, tidak ada orang lain yang terpapar; 2) Diagnosis dini; jelasnya manifestasi klinis; 3) Durasi dan intensitas infeksi terbatas; 4) Ada kekebalan alami seumur hidup setelah terpapar; 5) Transmisi bersifat musiman; 6) Adanya vaksin, tindakan kuratif atau

keduanya; 7) Angka kejadian, kesakitan dan kematian secara global minimal; 8) Efektifitas biaya pemberantasan; 9) Pemberantasan lebih utama daripada tindakan pengendalian saja.

### **Penyakit Tidak Menular (PTM)**

Faktor meningkatnya PTM pada saat ini dikarenakan empat hal yaitu: merokok, diet yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik dan penggunaan alkohol yang berlebihan. Di Indonesia tiga hal tersebut, yaitu; merokok, diet yang tidak sehat dan kurang aktivitas merupakan hal yang utama sebagai faktor risiko terjadinya PTM. Penyakit tidak menular dapat diatasi dengan melakukan pencegahan dari faktor risiko terjadinya. Upaya penanggulangan dan pencegahan diarahkan pada menekan faktor risiko tersebut.

### **Penyakit Kardiovaskuler dan Serebrovaskuler**

#### **1. Penyakit Kardiovaskular**

Jenis penyakit ini merupakan kelompok besar kondisi penyakit yang menyebabkan gangguan pada jantung dan pembuluh darah. Penyakit utama pada jenis ini diantaranya adalah: hipertensi, penyakit jantung iskemik, dan penyakit jantung rematik.

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada waktu yang berkelanjutan, berdasarkan rerata hasil pengukuran tekanan darah sebanyak dua kali atau lebih oleh tenaga kesehatan setelah sebelumnya teridentifikasi melalui screening. Lebih dari 90% kasus hipertensi disebabkan karena hal yang tidak diketahui secara pasti, atau disebut dengan hipertensi primer. Selebihnya hipertensi disebabkan karena penyakit ginjal, hiperaldosteron, kehamilan, penyempitan aorta dan efek samping obat. Hipertensi yang disebabkan karena hal sudah diketahui disebut dengan hipertensi sekunder. Seseorang yang pernah teridentifikasi memiliki tekanan darah yang tinggi, harus dilakukan

pemantauan, karena hipertensi adalah kondisi yang terjadi sepanjang hidup.

<b>TABEL 8.3</b>		
<b>KLASIFIKASI TEKANAN DARAH</b>		
<b>KATEGORI</b>	<b>TEKANAN DARAH SISTOLIK (mmHg)</b>	<b>TEKANAN DARAH DIASTOLIK (mmHg)</b>
<b>Normal</b>		
<b>Pre-hipertensi</b>	<120	<80
<b>Hipertensi tingkat 1</b>	120-139	80-89
<b>Hipertensi tingkat 2</b>	140-159	90-99
	≥160	≥100

## 2. Tipe Stroke dan Penyebabnya

Stroke dibedakan menjadi dua tipe, yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan karena adanya sumbatan (oklusi) sehingga terjadi hipoperfusi pada area otak. Kejadian stroke tipe ini biasanya karena sudah dalam waktu lama mengalami penyakit serebrovaskular yang di sebabkan hipertensi. Stroke iskemik dapat dibagi menjadi lima tipe yang berbeda berdasarkan penyebabnya: trombosis pada arteri besar (20%), penetrasi pada trombosis di arteri kecil (25%), kardiogenik stroke embolik (20%), kriptogenik atau tidak diketahui pasti penyebabnya (30%) dan lain-lain (5%)

Pemeriksaan diagnostik di rumah sakit yang dilakukan untuk menunjukkan adanya sumbatan ataupun perdarahan adalah menggunakan Computed Tomography Scan (CT-Scan) sebagai langkah awal menentukan terjadinya serangan stroke. Selanjutnya pemeriksaan dengan Magnetic Resonance Imaging (MRI) diperlukan karena memiliki tingkat keakuratan yang lebih tinggi untuk mendeteksi adanya perdarahan pada pembuluh kecil (microhaemorrhagea). Pemeriksaan berikutnya adalah angiografi serebral diperlukan untuk mengetahui penyebab lain dari stroke seperti aneurisma, malformasi arteri-vena, dan vasculitis.

## **Kanker**

WHO dalam laporan kesehatan globalnya menyebutkan bahwa setiap tahunnya ditemukan 2 juta kasus kanker, dan terbanyak pada negara dengan pendapatan yang rendah. Program pencegahan kanker dari WHO berupa vaksinasi berjalan pada golongan kelompok dengan pendapatan tinggi. Program yang juga dilaksanakan adalah deteksi dini (screening), penatalaksanaan dan perawatan paliatif (palliative care). Kurangnya tenaga kesehatan professional yang memahami perawatan paliatif membuat banyak pasien kanker dengan baik.

Sel kanker dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu benigna (jinak) dan maligna (ganas). Perbedaan didasarkan pada karakteristik sel, kemampuan tumbuh, penyebarannya, efek secara umum dan penyebab dari kematian kedua jenis sel kanker ini dapat dibedakan dengan jelas. Sel benigna memiliki diferensiasi sel yang baik dan menyerupai sel normal yaitu tumbuhnya lambat. Sel ini disebut jinak karena tidak menginfiltrasi jaringan sekitar dan tidak menyebar ke jaringan atau organ lain sehingga memiliki efek lokal, kecuali berlokasi pada organ vital. Lokasi inilah yang menjadi penyebab kematian.

Berikut adalah contoh dari kanker benigna yang lazim ditemukan:

1. Adenoma, jaringan epitel yang menutupi kelenjar lazim atau organ. Contoh: payudara, tiroid, kolon, rektum, otak (pituitari),
2. Fibroma, jaringan ikat pada organ, terutama banyak ditemui pada organ uterus. Contoh: kulit, uterus, tulang, saraf.
3. Papiloma, terjadi pada kulit, payudara, membran mukosa, dan serviks.
4. Lipoma, sel lemak
5. Myoma, jaringan otot. Contoh: uterus,
6. Hemangioma, pembuluh darah dan kulit

## 7. Meningioma, otak dan tulang belakang.

Sel kanker ganas memiliki karakteristik sel yang tidak berdiferensiasi seperti sel sekitarnya, menginfiltrasi jaringan dan organ sekitarnya dengan cepat dibandingkan pertumbuhan sel normal. Sel maligna dapat menyebar melalui saluran limfatik ataupun pembuluh darah sehingga dapat memberikan efek secara umum seperti anemia, kelemahan dan penurunan berat badan. Kemampuan metastasis umumnya yang cepat dan memberikan efek secara yang dapat menyebabkan kematian.

Beberapa jenis kanker yang telah diidentifikasi sebagai maligna adalah:

1. Sarkoma, jaringan ikat seperti: otot, tendon, lemak, tulang, kartilago
2. Karsinoma, organ dan kelenjar seperti: payudara, serviks, prostat, paru-paru, ginjal, lambung, kolon-rektum, kulit dan tiroid

Penyebab kanker telah diidentifikasi dari hasil penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

- a. Virus dan bakteri: virus Epstein-Barr, Herpes simplex, Hepatitis B, Papilloma
- b. Agen fisik: radiasi sinar matahari, ion radiasi, iritasi-inflamasi kronik
- c. Agen kimia: penggunaan rokok, alkohol, asbestos, Uranium
- d. Genetik faktor keturunan
- e. Faktor diet: tinggi lemak, tinggi kalori, makanan yang mengandung nitrat-nitrit
- f. Agen hormonal: kontrasepsi oral, terapi penggantian dengan estrogen

## **Penyakit Paru Obstruksi Kronik**

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) diartikan sebagai sindrom klinis yang merupakan kelompok gejala kronik, progresif, melemahkan fungsi respirasi yang di

karakteristikan dengan adanya keterbatasan pada aliran udara dan bersifat reversible. Faktor risiko PPOK digolongkan menjadi paparan lingkungan dan faktor host. Paparan dengan rokok merupakan penyebab terbesar dari PPOK, baik perokok aktif maupun pasif. Paparan lingkungan lain yang merupakan faktor risiko PPOK adalah debu pekerjaan, polusi dalam dan luar ruangan yang secara langsung terhirup dan masuk ke saluran pernapasan. Faktor lain yang berasal dari diri sendiri adalah karena defisiensi antitrypsin alfa, yaitu berupa enzim pelindung bagi paru pada saat terkena trauma. Defisiensi enzim ini dialami oleh banyak orang kaukasian-Amerika. Emfisema dapat terjadi pada usia sebelum 30 tahun dengan atau tanpa paparan asap rokok.

### **Diabetes Mellitus**

Diabetes mellitus diartikan sebagai penyakit metabolic yang dikarakteristikan dengan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia), sebagai hasil dari sekresi insulin yang terganggu, kerja insulin, atau karena keduanya (American Diabetes Association (ADA)).

Faktor Risiko Diabetes Mellitus ialah usia, semakin bertambah usia risiko terjadinya DM semakin meningkat; Obesitas; Merokok; Hipertensi; Dislipidemia; Wanita; Prevalensi diabetes juga ditemukan meningkat pada rumah tangga dengan pendapatan yang tinggi (Pradana Soewondo, 2011).

#### **1. Tipe Diabetes Mellitus**

Ada beberapa jenis/tipe diabetes yang berbeda dari penyebab, gejala klinis dan penatalaksanaannya, secara umum DM dibedakan menjadi:

- a. DM tipe I (sebelumnya banyak di sebut sebagai diabetes yang tergantung pada insulin), 5-10% kasus DM adalah tipe ini, terjadi secara akut pada usia di bawah 30 tahun. Pankreas tidak memproduksi insulin atau produksi yang kurang sehingga membutuhkan tambahan insulin dari luar.

- b. DM tipe II (sebelumnya banyak di sebut sebagai diabetes yang tidak tergantung pada insulin). 90-95% kasus DM adalah tipe ini, banyak terjadi pada usia di atas 30 tahun. Pada tipe ini insulin M menjadi tidak sensitive (resistensi insulin). Penatalaksanaan utama pada tipe ini adalah olahraga dan diet yang tepat, bila diperlukan akan mendapat obat oral.
- c. DM gestasional (diabetes yang terjadi pada saat dan dikarenakan kehamilan). Terjadi pada 2-5% dari kasus kehamilan, biasanya dimulai pada trimester ke II-III, dan dapat berlanjut setelah kehamilan menjadi DM tipe II bila memiliki riwayat keluarga DM dan obesitas. Penyebab dari DM tipe ini adalah karena hormon yang sekresikan oleh plasenta, hormone inilah yang menghambat kerja insulin. Komplikasi yang dialami berupa makrosomia (bayi yang besar)
- d. DM yang berhubungan dengan kondisi lainnya. Beberapa penyakit yang telah diketahui dapat menyebabkan DM di antaranya adalah penyakit pancreas, keabnormalan hormon, efek obat seperti kortikosteroid dan preparat obat yang mengandung estrogen.
- e. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT). Ini adalah pre-diabetes, dengan batas nilai gula darah puasa adalah 100-125 mg/dL dan 140-199 mg/ dL pada kondisi dua jam setelah makan (Pradana Soewondo, 2011)

Pemeriksaan diagnostik untuk DM meliputi pemeriksaan gula darah, yang terdiri dari gula darah puasa lebih dari 126 mg/dL. dan pemeriksaan gula darah sewaktu dengan nilai lebih dari 200 mg/ dL. Gula darah dua jam setelah makan atau dikenal sebagai test toleransi glukosa oral saat ini sudah lagi tidak di anjurkan oleh American Diabetes Association untuk menegakkan diagnosis DM.

## **Daftar Pustaka**

<http://p2p.kemkes.go.id/arah-dan-kebijakan-program-pencegahan-dan-pengendalian-penyakit-p2p-tahun-2020-2024>

Junaiti Sahar, Agus Setiawan, Ni Made Riasmini. (2019) *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, edisi Indonesia pertama*; Elsevier Singapore

H. O. (2022) *Noncommunicable diseases progress monitor 2022*.



## **Profil Penulis**



### **Ns. Rani Ardina, M.Kep**

Penulis lahir di Medan, Provinsi Sumatera Utara, namun saat ini tinggal dan menetap di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Penulis menempuh pendidikan S1 dan Profesi pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sejak tahun 2011 Penulis memilih bekerja sebagai seorang perawat pendidik (red. Dosen) di STIKes Muhammdiyah Pringsewu yang sejak tahun 2019 berganti menjadi Universitas Muhammadiyah Pringsewu.

Penulis menempuh pendidikan Magister pada Magister Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan UI di Depok pada tahun 2014 hingga 2016. Untuk menunjang tridarma Perguruan Tinggi sebagai Dosen, penulis aktif melakukan penelitian bidang keperawatan kesehatan masyarakat atau keperawatan komunitas. Selain itu penulis juga melaksanakan kegiatan pengabdian masyarakat pada Persyarikatan Muhammadiyah di Kabupaten Pringsewu.

Email Penulis: [ranimasrur2011@umpri.ac.id](mailto:ranimasrur2011@umpri.ac.id)

# GIZI KESEHATAN MASYARAKAT, GIZI ANAK DAN BALITA

**Ns. Rus Andraini, A.Kp., MPH**

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur

## **Pendahuluan**

Kondisi gizi dan kesehatan masyarakat tidak dapat terpisahkan. Kecukupan gizi menjadi salah satu poin penting penentu derajat kesehatan masyarakat. Gizi dalam kesehatan masyarakat mengacu pada kegiatan pemantauan diet, status gizi, program pangan dan gizi serta beberapa prinsip kesehatan yang mengarah pada promosi kesehatan. Fokus promosi kesehatan adalah individu, keluarga dan masyarakat dengan menyediakan layanan berkualitas dan program-program berbasis masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan yang unik dari komunitas yang berbeda dan populasi. Gizi masyarakat meliputi program promosi kesehatan, inisiatif kebijakan dan legislatif, pencegahan primer dan sekunder dan kesehatan di seluruh rentang hidup (Nirbaya, 2020). Sebagai makhluk hidup, manusia wajib makan untuk dapat bertahan hidup. Makanan yang kita makan kemudian akan dicerna oleh organ tubuh guna menyerap zat-zat termasuk gizi ke dalam tubuh.

Gizi kesehatan masyarakat merupakan bentuk kesehatan masyarakat yang mempunyai acuan tersendiri pada kondisi kesehatan masyarakat yang melakukan peninjauan terhadap pola hidup masyarakat, status gizi dan kesehatan. Gizi kesehatan masyarakat merupakan penyulingan kompetensi untuk gizi kesehatan masyarakat

yang disarankan oleh para pemimpin nasional dan internasional di lapangan. Gizi Kesehatan masyarakat, mengacu pada cabang kesehatan masyarakat yang berfokus pada populasi yang memantau pola makan, status gizi dan kesehatan program pangan dan gizi, serta memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan prinsip kesehatan masyarakat pada kegiatan yang mengarah pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pengembangan kebijakan dan perubahan lingkungan.

Gizi kesehatan masyarakat sendiri memiliki fokus dalam lingkup kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat. Adanya penyediaan layanan dan fasilitas yang optimal, membuat program ini dapat berjalan dengan baik dan disesuaikan agar memiliki relevansi yang sejalan dengan kebutuhan masyarakat. Terkait erat dengan "gizi kesehatan masyarakat" adalah cabang populasi yang berfokus pada kesehatan masyarakat yang memantau diet, status gizi dan Kesehatan, program pangan dan gizi, memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan public Kesehatan, Prinsip untuk kegiatan yang mengarah pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pengembangan kebijakan dan perubahan lingkungan. Definisi gizi kesehatan masyarakat merupakan penyulingan kompetensi untuk gizi kesehatan masyarakat yang disarankan oleh para pemimpin nasional dan internasional di lapangan. Gizi masyarakat meliputi program promosi kesehatan, inisiatif kebijakan dan legislatif, pencegahan primer dan sekunder, dan kesehatan di seluruh rentang hidup

### **Konsep Gizi**

Gizi (*Nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Secara etimologi, kata "gizi" berasal dari Bahasa Arab "ghidza", yang berarti "makanan".

Menurut dialek Mesir “ghidza” dibaca “ghizi”. Gizi adalah proses makhluk hidup menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti (penyerapan), absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan.

Gizi adalah aspek yang berhubungan dengan fungsi dasar zat gizi tersebut yaitu menghasilkan energi, pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan, serta mengatur proses metabolisme dalam tubuh. Pada zaman modern ini pengertian ilmu gizi tidak hanya sebatas fungsi dasar zat gizi dan kesehatan saja tetapi zat gizi sudah dihubungkan dengan kemampuan kerja, produktivitas, IQ dan status ekonomi. Tujuan ilmu gizi sendiri adalah mencapai, memperbaiki dan mempertahankan kesehatan tubuh melalui konsumsi makanan (Mardalena & Suryani, 2016). Gizi merupakan salah satu area kunci dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang tangguh dan mandiri serta dapat bersaing di era global. Bertambah kompleksnya permasalahan gizi di Indonesia menumbuhkan pentingnya peningkatan kompetensi keahlian gizi yang memadai pula (Moehji, 2002).

Gizi memiliki beberapa fungsi yang berperan dalam Kesehatan tubuh makhluk hidup, yaitu:

1. Memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan/perkembangan serta mengganti jaringan tubuh yang rusak.
2. Memperoleh energi guna melakukan kegiatan sehari-hari.
3. Mengatur metabolisme dan mengatur berbagai keseimbangan air, mineral dan cairan tubuh yang lain.
4. Berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap berbagai penyakit (protein). Tak satupun jenis makanan yang mengandung semua zat gizi, yang mampu membuat seseorang untuk hidup sehat, tumbuh kembang dan produktif.

Makan makanan yang beraneka ragam sangat bermanfaat bagi kesehatan. Makanan yang beraneka ragam itu adalah makanan yang mengandung unsur-unsur zat gizi yang diperlukan tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya, dalam pelajaran ilmu gizi biasa disebut triguna makanan yaitu, makanan yang mengandung zat tenaga, pembangun dan zat pengatur. Makanan sumber zat tenaga antara lain: beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti. Minyak, margarin dan santan yang mengandung lemak juga dapat menghasilkan tenaga. Makanan sumber zat tenaga menunjang aktivitas sehari-hari. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari bahan makanan nabati adalah kacang-kacangan, tempe, tahu. Sedangkan yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu serta hasil lahan, seperti keju. Zat pembangun berperan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang. Makanan sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan mineral, yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ-organ tubuh.

Kebutuhan zat gizi terdiri dari:

1. Kebutuhan minimal zat gizi harian/*minimal daily requirement* (MDR) yang terdiri dari MDR pada saat sehat disebut sebagai MDR preventif, yaitu kebutuhan zat gizi minimal yang dibutuhkan tubuh agar tidak jatuh sakit, dan MDR pada saat sakit yang disebut sebagai MDR terapeutik yaitu jumlah zat gizi minimal yang dibutuhkan tubuh untuk sembuh;
2. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG) merupakan tingkat konsumsi zat-zat gizi esensial yang dinilai cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi hampir semua orang sehat. Faktor-faktor yang berpengaruh pada AKG yaitu; tingkat kesehatan gizi masyarakat yang akan dicapai, tingkat ekonomi masyarakat, umur kelompok, jenis kelamin, aktivitas fisik dan kondisi fisik khusus (misalnya hamil/menyusui). Kebutuhan zat gizi pada AKG merupakan angka kebutuhan zat gizi rata-rata pada

kelompok umur menurut jenis kelamin secara umum. Secara spesifik kebutuhan zat gizi setiap individu sangatlah bervariasi.

Sebagai pedoman bagi masyarakat dalam mencapai gizi seimbang telah ditetapkan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) yang merupakan pedoman dasar tentang gizi seimbang yang disusun sebagai penuntun perilaku konsumsi makanan dimasyarakat secara baik dan benar. Anjuran sumber energi menurut PUGS adalah 60-75% sumber energi berasal dari karbohidrat, 10-15% sumber energi berasal dari protein, dan 10-25% sumber energi yang berasal dari lemak. Konsumsi pangan yang berlebih atau kurang, baik dari segi kuantitas ataupun kualitas maka dapat memicu terjadinya masalah gizi yaitu masalah gizi lebih ataupun masalah gizi kurang (Didit & Pritasari, 2017)). Kualitas konsumsi pangan merupakan jumlah jenis pangan yang dikonsumsi yang dapat memenuhi zat gizi mikro maupun makro yang dibutuhkan oleh tubuh (Moursi et al.2008). Kualitas dan kuantitas pangan yang dikonsumsi dapat menentukan tingkat konsumsi pangan. Tingkat konsumsi pangan yang dikonsumsi dapat mencerminkan kualitas dan kuantitas pangan. Adanya zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh terdapat dalam bahan pangan mencerminkan kualitas pangan, sedangkan jumlah setiap zat gizi dalam suatu pangan dapat mencerminkan kuantitas pangan. Dalam pedoman umum gizi seimbang terdapat 13 pesan yang perlu diperhatikan adalah:

1. Makanlah aneka ragam makanan.
2. Makanlah makanan yang memenuhi kebutuhan energi.
3. Makanlah makanan sumber karbohidrat setengah dari kebutuhan energi.
4. Batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energi.
5. Gunakan garam beryodium,
6. Makanlah makanan sumber zat besi,

7. Berikan ASI saja kepada bayi sampai umur 4 bulan dan tambahkan MP-ASI sesudahnya,
8. Biasakan makan pagi
9. Minumlah air bersih dan aman yang cukup jumlahnya,
10. Lakukan aktifitas fisik secara teratur,
11. Hindari minuman yang beralkohol,
12. Makanlah makanan yang aman bagi kesehatan,
13. Bacalah label pada makanan yang dikemas.



Gambar 9.1 Gizi Seimbang

Porsi makan balita di dasarkan pada “Isi Piringku”, isi piringku merupakan panduan makan sehat yang dapat menjadi acuan sajian sekali makan. Isi piringku digunakan untuk mendorong masyarakat menyajikan makanan dengan gizi yang seimbang dengan cara yang mudah dikenali dan dipahami. Aturan pembagian dalam isi piringku menggambarkan porsi makan yang dikonsumsi dalam satu kali makan yang terdiri dari 50% makanan pokok sebagai sumber karbohidrat dan lauk-pauk sebagai sumber protein. Dari separuh isi piring tersebut dibagi menjadi 2/3 bagian terdiri dari makanan pokok dan 1/3 sisanya adalah lauk-pauk. Sedangkan 50% lagi sebagai sumber serat pangan, vitamin, dan mineral yang terdiri dari sayuran dan buah-buahan, pembagiannya 2/3 sayuran dan 1/3 buah-buahan.



Gambar 9.2 Isi Piringku

### Konsep Status Gizi

Status gizi menurut Kemenkes merujuk pada kondisi nutrisi atau kecukupan zat gizi dalam tubuh seseorang. Status gizi yang baik sangat penting untuk menjaga kesehatan optimal dan mencegah berbagai penyakit. Dalam artikel ini, kita akan membahas mengenai pentingnya menjaga status gizi yang baik dan dampaknya bagi kesehatan hingga faktor yang mempengaruhinya (SSGI, 2023). Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau dapat dikatakan bahwa status gizi merupakan indikator baik-buruknya penyediaan makanan sehari-hari. Indikator status gizi yaitu tanda-tanda yang dapat memberikan gambaran tentang keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh. Beberapa faktor yang memengaruhi status gizi seseorang yaitu faktor lingkungan, faktor ekonomi, faktor sosial-budaya, faktor biologis/keturunan dan faktor religi (SSGI, 2023)

Menurut Call dan Levinson, status gizi dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan, terutama adanya penyakit infeksi. Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh agen biologis seperti virus, bakteri atau parasit, bukan oleh faktor fisik seperti luka bakar atau keracunan. Status gizi seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh jumlah makanan yang dikonsumsi, tetapi juga terkait dengan penyakit infeksi. Seseorang yang baik dalam mengonsumsi



makanan dapat menjadi rentan terhadap gizi kurang jika sering mengalami diare atau demam (SSGI, 2023). Sementara itu, faktor tidak langsung yang mempengaruhi pola konsumsi adalah zat gizi dalam makanan, adanya program pemberian makan di luar keluarga, kebiasaan makan, dan faktor-faktor seperti daya beli keluarga, pemeliharaan kesehatan, lingkungan fisik, dan sosial yang mempengaruhi penyakit infeksi (Supariasa, Bakri, dan Fajar, 2016). Selain faktor-faktor yang telah disebutkan sebelumnya, status gizi juga dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal (Gita & Aziz, 2020).

1. Faktor eksternal meliputi:

- a. Pendapatan, di mana masalah gizi akibat kemiskinan dapat dilihat dari tingkat ekonomi keluarga dan daya beli yang dimiliki keluarga tersebut.
- b. Pendidikan, di mana pendidikan gizi merupakan suatu proses untuk mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku orang tua atau masyarakat agar mencapai status gizi yang baik.
- c. Pekerjaan, di mana pekerjaan merupakan hal yang harus dilakukan untuk memenuhi kehidupan keluarga. Bekerja umumnya memerlukan waktu yang banyak. Bagi ibu-ibu, bekerja dapat berpengaruh terhadap kehidupan keluarga.
- d. Budaya, di mana budaya merupakan ciri khas yang dapat mempengaruhi perilaku dan kebiasaan masyarakat.

2. Faktor internal meliputi:

- a. Usia, di mana usia dapat mempengaruhi kemampuan atau pengalaman orang tua dalam memberikan nutrisi pada anak balita.
- b. Kondisi fisik, di mana mereka yang sakit, sedang dalam proses penyembuhan, atau lanjut usia memerlukan pangan khusus karena kesehatan

mereka yang buruk. Bayi dan anak-anak yang kesehatannya buruk sangat rentan, karena pada periode hidup ini kebutuhan zat gizi digunakan untuk pertumbuhan yang cepat.

- c. Infeksi, di mana infeksi dan demam dapat mengurangi nafsu makan atau menyebabkan kesulitan dalam menelan dan mencerna makanan.

### **Gizi Kesehatan Masyarakat**

Pendekatan gizi kesehatan masyarakat berfokus pada peningkatan kesehatan yang baik (pemeliharaan keadaan sehat atau sejahtera: peningkatan kualitas hidup melalui gizi dan pencegahan primer (serta sekunder) suatu penyakit. Gizi kesehatan masyarakat dibangun diatas landasan ilmu pengetahuan dasar dan terapan, bergerak dalam konteks kesehatan masyarakat dan menggunakan keterampilan serta pengetahuan epidemiologi dan promosi kesehatan (Azrimaidaliza, 2020)

*The World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat jasmani, rohani dan sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit serta kelemahan (infirmity). Kesehatan masyarakat diartikan sebagai tindakan kolektif yang dilakukan masyarakat untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan seluruh populasi. Disisi lain, kesehatan masyarakat dapat pula didefinisikan seni dan pengetahuan tentang pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan dan perpanjangan usia harapan hidup melalui berbagai upaya yang terorganisasi didalam masyarakat. Epidemiologi memberikan seperangkat metode yang cermat untuk meneliti kejadian penyakit didalam populasi manusia. Hal ini berhubungan dengan gizi kesehatan dalam masyarakat.

Gizi kesehatan masyarakat berkenaan dengan pemecahan permasalahan. Siklus gizi kesehatan masyarakat telah dikembangkan untuk membantu mencapai tujuan. Siklus ini dirancang untuk untuk mengidentifikasi langkah-langkah penting yang diperlukan dalam pengembangan suatu pendekatan logis dengan cara terbaik bagi

pemecahan permasalahan. Pada setiap langkah dalam siklus tersebut, kita tidak boleh kehilangan pandangan tentang tujuan melaksanakan upaya dan aktivitas. Individu atau kelompok masyarakat tidak boleh diminta untuk berubah sebelum terbukti bahwa perubahan tersebut akan membawa manfaat.

Strategi Peningkatan status gizi masyarakat, melalui:

1. **Peningkatan pelayanan gizi dan kesehatan** kepada masyarakat miskin yang terintegrasi dengan program penanggulangan kemiskinan dan keluarga berencana, dalam rangka mengurangi jumlah penderita gizi kurang, termasuk kurang gizi mikro (kurang vitamin dan mineral) yang diprioritas pada kelompok penentu masa depan anak, yaitu : ibu hamil dan calon ibu hamil/remaja putri, ibu nifas dan menyusui, bayi sampai usia dua tahun tanpa mengabaikan kelompok usia lainnya;
2. **Peningkatan komunikasi**, informasi dan edukasi tentang gizi dan kesehatan guna mendorong terbentuknya keluarga dan masyarakat sadar gizi yang tahu dan berperilaku positif untuk mencegah gangguan kesehatan karena kelebihan gizi seperti kegemukan dan penyakit degeneratif lainnya
3. **Penguatan kelembagaan pedesaan** seperti Posyandu, PKK, dan Dasa Wisma dalam promosi dan pemantauan tumbuh kembang anak dan penapisan serta tindak lanjut (rujukan) masalah gizi buruk;
4. Peningkatan efektivitas fungsi koordinasi lembaga-lembaga pemerintah dan swasta di pusat dan daerah, dibidang pangan dan gizi sehingga terjamin adanya keterpaduan kebijakan, program dan kegiatan antar sektor di pusat dan daerah, khususnya dengan sektor kesehatan, pertanian, industri, perdagangan, pendidikan, agama, serta pemerintahan daerah untuk promosi keluarga sadar gizi, pencegahan dan penanggulangan gizi kurang dan gizi buruk secara dini dan terpadu.

Upaya Perbaikan Gizi masyarakat bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi serta konsumsi pangan, sehingga berdampak pada perbaikan keadaan atau status gizi, terutama status gizi kurang dan status gizi buruk, serta mempertahankan keadaan status gizi baik. Adapun Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah:

1. Peningkatan pemberian ASI eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) diyakini dan bahkan terbukti memberi manfaat bagi bayi dari sisi aspek gizi (kolostrum), aspek Immunologik (selain IgA), aspek psikologik (interaksi dan kasih sayang antara anak dan ibu), aspek kecerdasan, aspek neurologik (aktifitas menyerap ASI bermanfaat pada koordinasi syaraf bayi), aspek ekonomi serta aspek penundaan kehamilan (metode amenorea laktasi/ MAL) selain aspek-aspek tersebut, dengan ASI juga dapat melindungi bayi dari sindrom kematian bayi secara mendadak (*Sudden Infant Death Syndrome/SIDS*).

2. Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI pada anak umur 6-24 bulan yaitu pemberian makanan pendamping ASI, pemberian PMT Pemulihan pada balita sesuai dengan tatalaksana gizi.

3. Pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan balita

Kekurangan vitamin A meningkatkan risiko anak menjadi rentan terkena penyakit infeksi (seperti infeksi saluran pernafasan atas, campak dan diare).

4. Pemantauan status gizi balita dan penanganannya

Pengukuran status gizi dengan indikator berat badan menurut umur (BB/U) merupakan salah satu indeks antropometri yang memberikan gambaran massa tubuh seseorang.

5. Pemberian tablet Fe

Tablet Zat besi (Fe) adalah suatu tablet mineral yang sangat dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (hemoglobin). Tablet ini sangat diperlukan oleh ibu hamil. Sudah selayaknya seorang ibu hamil akan

mendapatkan minimal 90 tablet Fe selama kehamilannya dan diberikan secara gratis. Tablet Fe sangat penting bagi Ibu Hamil karena dapat mencegah terjadinya anemi defisiensi besi, mencegah terjadinya perdarahan pada saat persalinan, dapat meningkatkan asupan nutrisi bagi janin. Mencegah anemi dan perdarahan pada ibu hamil dapat menurunkan angka kematian ibu.

### **Gizi Pada Anak dan Balita**

Anak di bawah lima tahun (balita) merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi setiap kilogram berat badannya. Anak balita ini justru merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Masa balita adalah masa pertumbuhan sehingga memerlukan gizi yang baik. Bila gizinya buruk maka perkembangan otak pun kurang dan itu akan berpengaruh pada kehidupan di usia sekolah dan prasekolah. Status gizi balita adalah salah satu indikator kesehatan balita. Status gizi penting untuk dipantau karena menjadi salah satu faktor penentu seorang anak terhadap risiko berbagai penyakit atau gangguan kesehatan yang terkait dengan gizi, seperti obesitas atau stunting (Ikhsania, 2022).

Masa Bayi Balita adalah masa setelah dilahirkan sampai sebelum berumur 59 bulan, terdiri dari bayi baru lahir usia 0-28 hari, bayi usia 0-11 bulan dan anak balita usia 12 - 59 bulan. Kesehatan bayi dan balita sangat penting diperhatikan karena pada masa ini pertumbuhan dan perkembangan fisik serta mentalnya sangat cepat. Upaya Kesehatan bayi dan balita meliputi tata laksana dan rujukan, gizi, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, imunisasi, rehabilitasi dan perawatan jangka panjang pada penyakit kronis/langka, pola asuh dan stimulasi perkembangan, serta penyediaan lingkungan yang sehat dan aman (Septikasari, 2018). Selain upaya kesehatan tersebut, pada bayi, kesehatan yang perlu diperhatikan adalah pencegahan infeksi, pelayanan neonatal esensial, pemberian makan bayi dan

anak, skrining bayi baru lahir, perawatan BBLR dan gizi bagi ibu menyusui hingga skiring pada balita. Kesehatan bayi dan balita sangat dipengaruhi oleh asupan makanan dan nutrisi yang cukup serta perawatan yang baik. Bayi dan balita yang sehat ditandai dengan berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala yang sesuai dengan usianya.

Pada masa bayi, kesehatan sangat ditentukan oleh nutrisi yang diberikan oleh ibu melalui ASI. Oleh karena itu, penting bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi, kemudian dilanjutkan dengan MPASI yang sehat dan bergizi. Perawatan bayi juga perlu diperhatikan, seperti perawatan kulit, sanitasi dan kebersihan, serta imunisasi untuk melindungi bayi dari penyakit. Sedangkan pada masa balita, selain nutrisi yang baik, juga perlu diperhatikan kegiatan fisik dan stimulasi yang dapat membantu perkembangan otak dan keterampilan sosial. Menurut Profesor dan Ahli Gizi IPB Dodik Iriawan, untuk balita usia 2-3 tahun dianjurkan makan karbohidrat sebanyak tiga porsi, sayuran 1,5 porsi, buah tiga porsi, lauk nabati satu porsi, lauk hewani satu porsi, susu satu gelas, dan satu sendok teh minyak, serta satu sendok makan gula. Sedangkan usia 3-5 tahun, dianjurkan untuk mengonsumsi karbohidrat sebanyak empat porsi, sayuran dua porsi, buah tiga porsi, lauk nabati dan lauk hewani masing-masing dua porsi, susu satu porsi, dan minyak empat sendok teh serta gula sebanyak dua sendok makan (Kemenkes RI, 2016)

Usia balita adalah masa periode emas yang sangat penting dan tidak boleh sampai terlewatkan. Sebab pada rentang usia ini tumbuh kembang anak balita tentu sudah semakin pesat dari segala sisi. Tidak hanya kemampuan motorik dan sosial emosionalnya yang makin bertambah, tetapi juga kemampuan otaknya. Karena sekitar 80% perkembangan kognitif anak terjadi paling optimal pada usia 3 tahun pertama kehidupannya dan menariknya lagi bahwa 90% pertumbuhan otak anak masih akan terus berlangsung hingga anak berusia 5 tahun. Gizi memiliki peran penting dalam proses tumbuh kembang anak balita. Jika kebutuhan gizi balita tidak terpenuhi dengan baik, hal ini akan dapat membuat pertumbuhan dan

perkembangannya terganggu dan dampaknya mungkin akan terlihat hingga ia dewasa (Amalia, 2022). Hal penting ini yang menyebabkan kita sebagai orang tua harus memahami pentingnya peran nutrisi di 5 tahun pertama usia anak-anak. Nutrisi anak menjadi pondasi penting untuk pengembangan ketrampilan kognitif, motorik dan sosio-emosional sepanjang masa anak-anak hingga dewasa nanti. Sebaliknya, kekurangan gizi pada anak balita dapat mempengaruhi kesiapannya pada balita untuk bersekolah nanti. Pada sebuah penelitian melaporkan bahwa kekurangan gizi pada anak usia dini cenderung berisiko mempengaruhi proses berpikir, perilaku dan produktivitas anak di usia sekolah. Kekurangan gizi juga berdampak pada pertumbuhan bayi dan anak, salah satunya adalah masalah *stunting*. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar, kondisi gizi anak telah menunjukkan perbaikan. Pada masalah *stunting* terjadi penurunan prevalensi pada anak balita dari 37,21% di tahun 2013 menjadi 30,79% tahun 2018. Demikian juga apabila dibandingkan dengan data prevalensi *stunting* pada balita tahun 2016 (Sirkesnas), yaitu 33,60 persen. Selain itu perbaikan gizi juga tercermin dari penurunan kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita dari 19,6% pada 2013 menjadi 17,68% pada 2018. Penurunan *wasting* atau anak balita kurus dari 12,12% pada 2013 menjadi 10,19% tahun 2018. Terkait kegemukan (obesitas) pada anak balita juga mengalami perbaikan yaitu menurun dari 11,90% pada 2013 menjadi 8,04% tahun 2018 (Riskesdas, 2018)

Anak balita yang sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umur atau berat badan menurut tinggi, apabila sesuai dengan standar anak disebut Gizi Baik. Kalau sedikit di bawah standar disebut Gizi Kurang, sedangkan jika jauh di bawah standar disebut Gizi Buruk. Bila gizi buruk disertai dengan tanda-tanda klinis seperti; wajah sangat kurus, muka seperti orang tua, perut cekung, kulit keriput yang disebut Marasmus, dan bila ada bengkak terutama pada kaki, wajah membulat dan sembab disebut dengan Kwashiorkor. Marasmus dan Kwashiorkor atau Marasmus Kwashiorkor dikenal di

masyarakat sebagai “busung lapar”. Gizi mikro (khususnya Kurang Vitamin A, Anemia Gizi Besi, dan Gangguan Akibat Kurang Yodium). Menkes menekankan perbaikan gizi yang memerlukan perhatian khusus adalah penurunan *stunting* pada anak balita. Karena *stunting* berkaitan dengan kecerdasan dan berbagai penyakit terutama penyakit tidak menular. Periode 1000 HPK merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi.

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi pada periode tersebut, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, *stroke*, dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. Integrasi program penurunan *stunting* melalui kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) perlu dilakukan mengingat masih banyaknya masyarakat yang acuh dengan Pola Hidup Bersih dan Sehat. Terobosan lainnya yang dilakukan Kemenkes adalah PMT bagi Balita kurus, upaya Pendidikan gizi dalam peningkatan ASI Eksklusif, Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), dan promosi pedoman Gizi Seimbang.

"Ini yang harus ditekankan kepada masyarakat, kita tidak lagi mengacu pada empat sehat lima sempurna, tapi pedoman gizi seimbang melalui isi piringku. Porsi Isi Piringku itu berisi makanan pokok (sumber karbohidrat) dengan porsi 2/3 dari 1/2 piring, lauk pauk (sumber protein) dengan porsi 1/3 dari 1/2 piring, sayur-sayuran (sumber vitamin dan mineral) dengan porsi 2/3 dari 1/2 piring dan buah-buahan (sumber vitamin dan mineral) dengan porsi 1/3 dari 1/2 piring," jelas Menkes.



## Daftar Pustaka

- Annisa Amalia Ikhsania. (2022). *Daftar Kebutuhan Gizi Balita Usia 1-5 tahun yang wajib dipenuhi*. Artikel, website Generasi Maju. 19 September 2022.
- Damanik Sri Melfa, Erita Sitorus. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. Bmp. Uki : Sdm.Es-29-Ka-Pk-2019. Prodi DIII Keperawatan Fakultas Fokasi Universitas Kristen Indonesia.
- Dr. Azrimaidaliza , SKM.,MKM, Rusmiati, Welly Famelia, Firdaus, et al. (2020). *Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat. Buku Ajar*. Universitas Andalas. Padang
- Eko Mardalena & Eko Suryani. (2016). *Modul Ajar: Bahan Cetak Ilmu Gizi*. Kemenkes RI. PPSDM. BPPSDM. Jakarta.
- Gita Marini & Aziz Alimul Hidayat, (2020). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Kabupaten Lamongan*. Laporan hasil penelitian Hibah Internal. Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Kemenkes RI. (2023). *Status Gizi Menurut Kemenkes dan Faktor yang Mempengaruhi*. Hasil survei Status Gizi Indonesia. Januari 2023
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Litbangkes; 2018
- Pritasari, Didit Damayanti, Nugraheni Tri Lestari. (2017). *Bahan Ajar Gizi : Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Kemenkes RI. PPSDM. BPPSDM. Jakarta.
- Maestika Septikasari, S.ST, MPH. (2018). *Status Gizi Aanak Dan Faktor Yang Mempengaruh*. UNY Press. Yogyakarta
- Misnah Sudirman, Musdalifah, Nur Fadillah. (2022). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Institut Teknologi Kesehatan dan sains Muhammadiyah Sidrab.

Sjahmin Moehji, B.Sc. (2002). *Ilmu Gizi 1 (Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi)*. Penerbit Paras Sinar Sinanti. Jakarta.

Soetjiningsih. (2016). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC. Jakarta

## Profil Penulis



### **Ns. Rus Andraini, A.Kp., MPH.**

Penulis merupakan tenaga pengajar (Dosen) di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur. Penulis Kelahiran Balikpapan tanggal 06 Februari 1971. Penulis menempuh jenjang pendidikan kesehatan, diawali pada Akademi Keperawatan (AKPER) Banjarmasin, lulus pada tahun 1990. Tahun 1998 Penulis menempuh pendidikan Diploma IV Perawat Pendidik pada peminatan Anak dan lulus pada tahun 1999 di Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin Ujung Pandang. Kemudian pada tahun 2006 Penulis menempuh pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Promosi Kesehatan dan Perilaku (PKK) dan lulus pada tahun 2008. Pada tahun 2019 penulis menempuh pendidikan Profesi Keperawatan dan lulus tahun 2020 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim. Karir mengajar dan menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Kaltim. Di awali ketika penulis menjadi CPNS di Sekolah Pendidikan Kesehatan (SPK) Depkes Balikpapan pada tahun 1995 dan tahun 2021 menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur hingga sekarang. Penulis tersertifikasi sebagai dosen sejak tahun 2011. MK. Keperawatan Anak, MK. Promosi Kesehatan, MK. Gizi dan Dietitika, MK. HCN, MK. Komunikasi dan ML. Psikologi merupakan salah satu Mata Kuliah yang diampu oleh penulis. Menulis buku pada Kesehatan Masyarakat ini, merupakan kali ke-2 penulis menulis pada salah satu chapter. Beberapa Penelitian Kesehatan dan pengabdian Masyarakat telah dilakukan oleh penulis sejak menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Email Penulis: [rus.andraini@gmail.com](mailto:rus.andraini@gmail.com)

## HIGIENE PERUSAHAAN, KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (HIPERKES) DAN PENYAKIT AKIBAT KERJA

**Lujeng Galih Pradana S.Kep., Ns., M.Kes**  
Universitas Bakti Indonesia

### **Latar Belakang**

Sektor industry di Indonesia saat ini berkembang semakin pesat. Hal ini dapat mendatangkan manfaat positif dari sisi perekonomian, namun disisi lain dapat menimbulkan resiko, yaitu berupa kecelakaan kerja, kebakaran, peledakan dan penyakit akibat kerja. Kecelakaan yang terjadi di tempat kerja dapat menyebabkan cedera, kerusakan property dan bahkan dapat menyebabkan kematian serta menimbulkan kerusakan di lingkungan kerja dan lingkungan sekitarnya.

Sampai saat ini angka kecelakaan kerja di Indonesia masih tinggi yaitu: pada tahun 2010 terjadi 86.693 kasus kecelakaan kerja, tahun 2009 terjadi 96.314 kasus kecelakaan kerja, tahun 2008 terjadi 93.823 kasus kecelakaan kerja, tahun 2007 terjadi 83.714 kasus kecelakaan kerja dan pada tahun 2006 terjadi 95.624 kasus kecelakaan kerja. Dengan masih tingginya angka kecelakaan kerja yang terjadi, menunjukkan bahwa aspek keselamatan dan kesehatan kerja (K3) belum terlaksana secara maksimal.

Menurut Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja, setiap tenaga kerja punya hak untuk selamat, karena itu setiap tenaga pekerja harus dilindungi dari potensi bahaya yang ada di tempat kerja. Agar tenaga kerja dapat bekerja dengan selamat, maka perlu diterapkan aspek hygiene industry. Yaitu ilmu dan seni dalam mengenal, menilai/mengevaluasi dan mengendalikan potensi bahaya di tempat kerja.

Potensi bahaya yang dapat terjadi di tempat kerja diantaranya Faktor fisik (seperti: kebisingan, getaran, lingkungan kerja panas, lingkungan kerja dingin, pencahayaan, radiasi sinar UV), Faktor kimia, Faktor biologi, Faktor fisiologi dan Faktor psikologi kerja

## **Higiene Perusahaan**

### **1. Pengertian**

Higiene Industri adalah ilmu dan seni beserta penerapannya dalam mengenali, menilai dan mengendalikan Faktor bahaya di tempat kerja yang dapat menyebabkan gangguan terhadap kesehatan tenaga kerja atau penyakit akibat kerja. Menurut Suma'mur, higiene perusahaan adalah spesialisasi dalam ilmu hiegene beserta praktiknya yang melakukan penilaian pada Faktor penyebab penyakit secara kualitatif dan kuantitatif di lingkungan kerja perusahaan yang hasilnya digunakan untuk dasar tindakan korektif pada lingkungan, serta pencegahan, agar pekerja dan masyarakat di sekitar perusahaan terhindar dari bahaya akibat kerja, serta memungkinkan mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Yang termasuk potensi bahaya di tempat kerja dalam ruang lingkup hiegene industry adalah sebagai berikut:

- a. Faktor kimia, seperti: gas, uap, debu, fume, mist, asap.
- b. Faktor fisik, seperti: kebisingan, getaran (vibrasi), iklim kerja panas, pencahayaan, radiasi

- c. Faktor biologi, seperti: virus, bakteri, jamur, parasite
- d. Faktor fisiologi
- e. Faktor psikologi

## 2. Penerapan Hiegene Industri

Ada 3 aspek utama dalam penerapan hygiene industry, yaitu: *pengenalan, penilaian dan pengendalian lingkungan kerja*. Teknik identifikasi / pengenalan lingkungan kerja dapat dilakukan dengan “*Walk Through Survey*” atau survey pendahuluan berupa observasi secara umum, pencatatan data tentang lokasi/bagian, jumlah pekerja, Idiagram alur proses produksi, pengamatan potensi bahaya, jenis mesin/peralatan, tanda peringatan, ketata rumah tanggaan, tanggap darurat, teknologi pengendalian dan lain-lain. Pengenalan lingkungan kerja di maksudkan untuk mengetahui secara kualitatif potensi bahaya ditempat kerja

Pada tahap evaluasi/penilaian dilakukan pengukuran dengan cara pengambilan sampel dan analisis laboratorium. Penilaian ini dimaksudkan untuk mengetahui kondisi lingkungan kerja secara kuantitatif.

Tahap pengendalian merupakan metode teknik untuk menurunkan/mereduksi tingkat Faktor bahaya lingkungan sampai batas aman bagi tenaga kerja.

## 3. Pengujian Lingkungan Kerja

Tujuan dilakukannya pengujian lingkungan kerja adalah:

- a. Untuk mengetahui jenis dan kadar kontaminan yang memapari lingkungan kerja dan tenaga kerja.
- b. Menentukan efektivitas alat pengendali ditempat kerja
- c. Penelitian

d. Upaya peningkatan derajat kesehatan tenaga kerja dan produktivitas kerja.

#### 4. Nilai Ambang Batas

Nilai Ambang Batas yang selanjutnya disingkat NAB adalah standard Faktor bahaya di tempat kerja sebagai kadar/intensitas rata-rata tertimbang waktu (*time weighted average*) yang dapat di terima tenaga kerja tanpa mengakibatkan penyakit atau gangguan kesehatan, dalam pekerjaan sehari-hari untuk waktu tidak melebihi 8 jam sehari atau 40 jam seminggu.

Sedangkan Kadar Tertinggi Diperkenankan yang selanjutnya disingkat KTD adalah kadar bahan kimia di udara tempat kerja yang tidak boleh di lampauai meskipun dalam waktu sekejap selama tenaga kerja melakukan pekerjaan NAB Campuran.

Apabila terdapat lebih dari satu nahan kimia berbahaya yang bereaksi terhadap system atau organ yang sama, di suatu udara lingkungan kerja, maka kombinasi pengaruhnya perlu di perhatikan. Jika tidak dijalskan lebih lanjut,efeknya di anggap saling menambah.

Dilampaui atau tidaknya Nilai Ambang Batas (NAB) campuran dari bahan-bahan kimia tersebut, dapat diketahui dengan menghitung dari jumlah perbandingan diantara kadar dan NAB masing-masing, dengan rumus-rumus sebagai berikut:

$$\frac{C1}{NAB(1)} + \frac{C2}{NAB(2)} + \dots + \frac{Cn}{NAB(n)}$$

Kalau jumahnya lebih dari 1 (satu), berarti Nilai Ambang Batas Campuran dilampaui.

### **Kesehatan dan Keselamatan Kerja**

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) diartikan sebagai disiplin ilmu yang berhubungan dengan pencegahan cedera dan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan serta perlindungan dan promosi kesehatan pekerja. Tujuan K3 untuk perbaikan kondisi kerja dan lingkungan.

Banyak disiplin ilmu dan profesi yang berhubungan dengan K3, tenaga profesional Kesehatan dan keselamatan Kerja yang sudah diterapkan oleh Perusahaan dan industri di 49 negara antara lain: *Occupational Health physicians, Occupational health nurses, Occupational hygienists, Safety Engineers, Ergonomists/ Physiotherapists dan Psychologist* (International Labour Office, 2018) berkontribusi pada "keselamatan kerja, kesehatan kerja, higiene industri dan peningkatan lingkungan kerja" (ILO, 1998). *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan tempat kerja yang sehat sebagai: "tempat di mana pekerja dan manajer berkolaborasi untuk menggunakan proses peningkatan berkelanjutan untuk melindungi dan mempromosikan kesehatan, keselamatan dan kesejahteraan semua pekerja yang secara keberlanjutan. Definisi ini, yang secara luas dipandang sebagai dasar untuk K3, yaitu memelihara kesehatan pekerja dari segala potensi bahaya "Hazard" dan resiko "Risk" di tempat kerja, tempat kerja yang sehat tidak hanya menangani pencegahan risiko dan bahaya tetapi juga diarahkan pada perlindungan dan promosi kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan pekerja. Perusahaan sangat bertanggung jawab atas kesehatan dan keselamatan kerja (K3) (De Cieri and Lazarova, 2021) (ILO and WHO, 2003).

Pendekatan *Occupational Health Safety and Management* (OHSM) mengakui bahwa entitas : orang, peralatan, alat, proses, dan kebijakan saling berkesinambungan mempengaruhi hasil dan pencapaian dari setiap usaha bisnis (Karanikas *et al.*, 2020) di Indonesia sering disebut dengan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) yang tertera pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 Tentang

Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja adalah bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang (K3) adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi



keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (PAK)(Kemenkes RI, 2016; Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga and Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2019) (JDIH Kemenaker RI, 2021)

#### Penyakit Akibat Kerja (PAK)

1. Permenaker RI No. 5 Tahun 2021 Kecelakaan Kerja (KK) adalah kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju Tempat Kerja atau sebaliknya dan penyakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja
2. Penyakit Akibat Kerja (PAK) adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan, alat kerja, bahan, proses maupun lingkungan kerja. Sesuai Perpres RI No.7 Tahun 2019 Tentang Penyakit Akibat Kerja (PAK) harus diagnosis oleh dokter Hiperkes / Spesialis Kesehata Kerja (Sp. OK) yang berkmpeten di bidang kesehatan kerja, meliputi jenis penyakit:
  - a. Yang disebabkan pajanan faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan;
  - b. Berdasarkan sistem target organ;
  - c. Kanker akibat kerja; dan
  - d. Spesifik lainnya.

<p>Cacat: keadaan berkurang atau hilangnya fungsi tubuh. anggota badan yang secara langsung/tidak langsung mengakibatkan berkurang atau hilangnya kemampuan pekerja untuk menjalankan pekerjaannya.</p>	<p>Cacat sebagian anatomis : keadaan <b>berkurang atau hilangnya sebagian anggota Badan</b></p> <p>Cacat sebagian fungsi: keadaan berkurang atau hilangnya <b>sebagian fungsi</b> anggota badan</p> <p>Cacat total tetap (CTT): cacat yang <b>mengakibatkan ketidakmampuan</b> seseorang untuk melakukan pekerjaan</p>
---	--

(Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia, 1998; Kementerian Pekerjaan Umum RI, 2014; Kementerian Kesehatan RI, 2016b; Kementerian Pekerjaan Umum, 2018; Presiden RI, 2019; Kementerian Tenaga kerja RI, 2021)

### **Diagnose PAK**

Dibanding dengan jumlah kasus kecelakaan yang dilaporkan kasus PAK yang tercatat di Depnakertrans tahun 2003 tak ebih dari 76 kasus, dibandingkan dengan kasus kecelakaan 59.121 pada tahun yang sama.

Kemungkinan rendahnya kasus tersebut antara lain:

1. Memang tak ditemukan kasus PAK tertentu dalam suatu perusahaan atau daerah tertentu.
2. Sebenarnya ada kasus PAK tapi tidak terdiagnosa dengan berbagai sebab dan alasan seperti:
  - a. Kemampuan personil dan fasilitas peralatan untuk mendiagnose sangat kurang.
  - b. Keluhan, gejala, klinis laboratoris ditemukan setelah keluar dari pekerjaan (pension, pindah)
3. Ditemukan kasus PAK diperusahaan/daerah tertentu tapi tak dilaporkan dengan alasan-alasan:

- a. Belum memahami tentang ketentuan dan kewajiban untuk melaporkan PAK kepada pemerintah (Depnakertrans)
- b. Akibat kebijakan perusahaan untuk tidak melaporkan dengan pertimbangan program kecelakaan nihil
- c. Kasus-kasus yang tidak terjangkau oleh fasilitas atau pelayanan kesehatan, sehingga tidak terdaftar
- d. Timbulnya gejala dan keluhan makan waktu lama (kronis) sehingga tak terdeteksi.

Dalam konsep ilmu kesehatan masyarakat (Public Health) terjadinya suatu actor yaitu Host (Manusia), Environment (Lingkungan dimana manusia tinggal) dan Agent (zat-zat renik lainnya). Biasanya penyebabnya adalah multi faktoral dari ketiga Faktor tersebut. Namun masalahnya adalah mencari Faktor yang pertama dan utama (Principle Faktor). Faktor lain yang membantu terjadinya PAK dapat digolongkan sebagai penyebab pertama (orimary Faktor) dan Faktor penunjang (Contrbutory Faktor). Disinilah kelihaiian seorrang petugas medis (dokter) untuk menentukan principle Faktor dalam melakukan langkah preventif maupun kuratif. Ada pendapat lain yang telah berkembang lama bahwa sebenarnya Faktor manusia (Host) mempunyai andil sebagian besar terjadinya PAQK (unsafe human Act), selebihnya adalah disebabkan Faktor-faktor lainnya seperti lingkungan, peralatan, system (unsafe condition). Anggapan ini di pegang cukup lama dalam menentukan terjadinya PAK sampai timbulnya penelitian baru tentang Faktor dominan terjadinya kecelakaan kerja, dimana manajemen mempunyai andil besar untuk timbulnya kecelakaan kerja

## **Faktor Bahaya di tempat Kerja**

### 1. Faktor Kimia

Faktor bahaya ini sering kali di jumpai dalam berbagai macam industry kerja, karena hamper semua jenis industry dapat dipastikan menggunakan bahan kimia. Sampai saat ini sudah di temukan jutaan jenis bahan kimia secara global dan di gunakan untuk berbagai keperluan proses produksi. Secara umum bahaya yang dapat ditimbulkan karena bahan kimia tergantung pada sifat fisik, kimia dan racun dari setiap bahan kimia yang bersangkutan, karena itu sebagai upaya perlindungan tenaga kerja, upaya pengendalian bahaya di industry perlu diketahui dan dipahami sifat-sifat bahan kimia yang di pakai dalam seluruh kegiatan produksi.

### 2. Faktor Bahaya Fisik (Kebisingan)

Kebisingan didefinisikan sebagai sesuatu yang dapat di dengar, bunyi merupakan eneri yang merambat melalui media (padat, cair, gas) yang kemudian diterima oleh telinga. Kualitas bunyi ditentukan oleh intensitas suara, frekwensi dan kecepatan. Nilai Ambang Batas Kebisingan adalah besarnya level suara dimana tenaga kerja masih berada dalam batas aman untuk bekerja 8 jam/hari atau 40 jam/minggu. Nilai Ambang Dengar adalah suara yang paling lemah yang masih dapat di dengar telinga.

### 3. Faktor Biologi

Faktor biologi merupakan salah satu potensi bahaya yang sering dijumpai ditempat kerja dan kurang mendapat perhatian yang sering dijumpai ditempat kerja dan kurang mendapat perhatian yang serius dan jarang dikenal. Faktor biologi dapat membahayaka kesehatan bagi pekerja yang terpapar, mulai dari infeksi dan bahkan dapat menyebabkan resiko terhadap kematian.

#### 4. Faktor Ergonomi

Ergonomi merupakan suatu ilmu terapan yang mempelajari dan mencari pemecahan persoalan yang menyangkut faktor manusia dalam proses produksi. Secara praktis ergonomi adalah sebagai teknologi untuk mendesain/mengatur kerja, sedangkan ruang lingkup ilmu ergonomi meliputi sejumlah aplikasi beberapa ilmu lain yang saling mendukung : ilmu anatomi, ilmu fisiologi, ilmu psikologi, ilmu Teknik dan sejumlah ilmu yang lain secara Bersama menempatkan faktor manusia sebagai focus utama dalam rangkaian kerja yang terdapat dalam system kerja.

#### 5. Faktor Psikososial

Bahaya psikososial kerja dapat didefinisikan sebagai aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja dan manajemen kerja serta segala aspek yang berhubungan dengan lingkungan social kerja yang berpotensi dapat menyebabkan gangguan pada psikologi dan fisik-fisiologi pekerja ( Cox & Griffiths, 2002) dalam Research on Work Related Stress 2002). Bahaya psikososial dapat disimpulkan menjadi beberapa aspek berdasarkan kategori karakteristik kerja, organisasi dan lingkungan kerja dimana dapat menyebabkan bahaya (hazardous). Hal ini dapat menunjukkan bahwa karakteristik kerja dapat digunakan untuk menggambarkan bahaya kaitannya dengan hubungan kerja ( context to work ) atau isi dari pekerjaan (content to work) . Kondisi yang tak pasti dari aspek kerja ini dapat menimbulkan stress dan berbahaya bagi kesehatan. Risiko yang ditimbulkan dengan adanya bahaya psikososial ini adalah stress kerja.

## Daftar Pustaka

- Anshari (2020) 'Materi Pelatihan Ahli K3 Umum (BNSP)', in *Ahli K3 Umum*. PT. Safa Jaya Ansari.
- Badan Standarisasi Nasional (2019) *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Berbasis SNI ISO*
- De Cieri, H. and Lazarova, M. (2021) "Your health and safety is of utmost importance to us": A review of research on the occupational health and safety of international employees', *Human Resource Management Review*. Elsevier, 31(4), p. 100790. doi: 10.1016/j.hrmr.2020.100790.
- Departemen Kesehatan RI (2009) 'Pedoman Klinik Perusahaan 2009.pdf'.
- Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga and Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2019) 'Konsensus Tatalaksana Penyakit Akibat Kerja'.
- DirPnk3 & DirjenP2K2TKT RI (2013) *PANDUN PELAKSANAAN P3K DI TEMPT KERJA*.
- Fajrul, F. (2020) *Sistem Manajemen K3 Bhased o PP No. 50 Tahun 2012*. Available at: <http://dewihardiningtyas.lecture.ub.ac.id/files/2012/09/P5-K3-OHSAS.pdf>.
- ILO (1998) *TECHNICAL AND ETHICAL GUIDELINES FOR WORKERS' HEALTH SURVEILLANCE*.
- ILO (2021a) *Occupational Safety and Health Profile*.
- ILO (2021b) *XXII World Congress on Safety and Health ends with call to end workplace deaths and injuries*. Available at: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_821041/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_821041/lang-en/index.htm).
- ILO and WHO (2003) 'Thirteenth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health', *Report of the Committee*, (JCOH/XIII/D.4), p. 20. Available at: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protec/@protrav/@safework/documents/publication/wcms\\_110478.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protec/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_110478.pdf).

- International Labour Office (2018) 'International Newsletter: on Occupational Health and Safety', *Internations Newsletter on Occupational Health and Safety*, (3), p. 31.
- International Labour Office (2022) *World Employment and Social Outlook: Trends 2022*. Available at: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_834081.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_834081.pdf).
- JDIH Kemenaker RI (2020) 'KEPUTUSAN MENTERI TENAGA KERJA REPUBLIK INDONESIA No: KEP. 1135/MEN/1987 TENTANG BENDERA KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA MENTERI'. Available at: [https://temank3.id/page/detail\\_news/4/6bbb83b41053f6bacd126f8132914083](https://temank3.id/page/detail_news/4/6bbb83b41053f6bacd126f8132914083).
- JDIH Kemenaker RI (2021) 'PERATURAN PEMERINTH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 50 TAHUN 2012 TENTANG PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA'. Available at: <https://jdih.kemnaker.go.id/katalog-58-PeraturanPemerintah.html>.
- KEMENAKER (2021) 'Permenaker RI No. 6 tahun 2021 Tentang Penetapan Standar Kegiatan Usaha Dan/Atau Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Ketenaga Kerjaan'.
- Kemenaker RI (2019) *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Kerja*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/>.
- Kemenaker RI (2021) *KLIPING Berita Ketenagakerjaan 13 JANUARI 2021*.
- Kemenkes (2016) 'PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 48 TAHUN 2016 TENTANG STANDAR KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PERKANTORAN', *Journal of Public Health*.
- Kemenkes, R. (2007) 'KEPMENKES RI No.432/MENKES/SK/IV/2007 Tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di

- Rumah Sakit', *K3RS*. doi: 10.1109/ISTEL.2010.5734154.
- Kemenkes, R. (2016) 'PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 66 TAHUN 2016 TENTANG KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT', *K3RS*.
- Kemenkes RI (2016) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja', *Menteri Kesehatan*, pp. 1–35.
- Kementerian Kesehatan RI (2016a) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 2015 Tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, (78). Available at: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/pmk1002015.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI (2016b) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja', (1750), pp. 16–17. Available at: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/pmk562016.pdf>.
- Kementerian Pekerjaan Umum RI (2014) 'Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 05/PRT/M/2014 Tentang Pedoman Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (SMK3) Konstruksi Bidang Pekerjaan Umum', *Peraturan Menteri Pekerjaan Umum*, p. 41.
- Kementerian Tenaga kerja RI (2021) 'Peraturan menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia N0.5 Tahun 2001 tentang Tata Cara Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian. dan Jaminan Hari Tua', pp. 1–90. Available at: [https://jdih.kemnaker.go.id/data\\_puu/Permenaker\\_5\\_2021.pdf](https://jdih.kemnaker.go.id/data_puu/Permenaker_5_2021.pdf).



Kementrian Pekerjaan Umum (2018) 'PERATURAN MENTERI PEKERJAAN UMUM DAN PERUMAHAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA NOMOR 02/PRT/M/2018 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI PEKERJAAN UMUM NOMOR 05/PRT/M/2014 TENTANG PEDOMAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (SMK3) KONSTRUKSI BID'.

KESDM (2019) 'Kepdirjen Minerba ESDM nomor 185.k tahun 2019 tentang Juknis Pelaksanaan Keselamatan Pertambangan dan Pelaksanaan, Penilaian dan Pelaporan SMKP Minerba'.

Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia (1998) 'Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia No.3/MEN/1998'.

PERKESJA (2016) *Pengurus Pusat Himpunan Perawat Kesehatan Kerja Indonesia (Perkesja) Resmi dilantik, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Available at:

<https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/012010-pengurus-pusat-himpunan-perawat-kesehatan-kerja-indonesia-perkesja-resmi-dilantik>.

Permatasari, H. (2018) *Modul Keperawatan Kesehatan Kerja Untuk Perawat*. PENELITIAN RISET DOKTOR FIK UI.

## Profil Penulis



### **Lujeng Galih Pradana, S.Kep.,Ns., M.Kes**

Memulai sebagai praktisi saat masih duduk di bangku kuliah tahun 2015-2016 karir pertamanya dimulai sebagai Asisten Dosen UKS, menjadi guru kesehatan di SMK Visi Gobal Banyuwangi 2017-2019, menjadi dosen tamu di Stikes Al-Qodiri jember tahun 2018-2019, menjadi dosen tetap di Stikes Rana Wijaya Buleleng tahun 2019-2020.

Penulis menjadi tenaga kesehatan pada proyek kota Mojokerto 2020, menjadi dosen tetap di Universitas Bakti Indonesia 2021 sampai saat ini dan di amanahkan jabatan Ketua Program Studi Profesi Ners mulai 2021 sampai dengan 2023, Penulis juga menjadi anggota aktif pada OHN Edu, Penulis mengawali karir sebagai penulis saat bekerja di Universitas Bakti Indonesia, diamanahi jabatan Ketua Program Studi Profesi Ners . penulis Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Banyuwangi tahun 2015 lalu melanjutkan Program studi Profesi (Ners) di Stikes Surya Mitra Husada Kediri, menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana di Surya Mitra Husada Kediri tahun 2018.

Email penulis: [lujeng.lg@gmail.com](mailto:lujeng.lg@gmail.com)



# PENYULUHAN KESEHATAN DALAM MASYARAKAT

**Nia Novita Sari, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya  
Mandala Surabaya

## **Penyuluhan Kesehatan**

Penyuluhan adalah proses komunikasi yang melibatkan dua arah, dimana terdapat komunikator dan komunikan yang terus berinteraksi satu sama lain. Di satu sisi, komunikator (penyuluh) berusaha memengaruhi komunikan untuk mengubah pengetahuannya: dari tidak tahu menjadi tahu, dan dari tidak mengerti menjadi mengerti. Penyuluh juga mengharapkan perubahan dalam tindakan dan perilaku komunikan (Kaddi, 2014). Penyuluhan kesehatan adalah suatu kegiatan atau upaya untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Penyuluhan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan seseorang melalui praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau memengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Kusumawardani, 2012). Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan dan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti tentang masalah kesehatan mereka, tetapi juga ingin dan mampu melakukan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan (Yoni & Komara Nur, 2013). Materi atau pesan yang disampaikan, alat bantu atau alat peraga yang digunakan,

metode penyampaian materi dan penyuluh atau petugas yang melakukan penyuluhan kesehatan adalah beberapa factor yang memengaruhi penyuluhan kesehatan (Murtiyarini et al., 2019).

Terdapat lima tahap penyuluhan kesehatan. Tahap awal berkaitan dengan teori Lawrence dan Green yang menggambarkan kerangka penyebab predisposisi, penguatan dan pemberdayaan dalam diagnosis dan evaluasi bidang pendidikan, dimana penyuluhan kesehatan berhubungan dengan perubahan tindakan dan membantu mencapai tujuan yang diharapkan. Tahap kedua adalah tahap penyadaran dimana tujuan utama dan hasil yang diinginkan adalah meningkatkan pengetahuan, mengubah kebiasaan dan menyadarkan orang lain dalam berperilaku yang baik. Tahap ketiga adalah tahap publisitas yang berhubungan dengan tahap sebelumnya. Pada tahap ini, materi penyuluhan akan dijelaskan secara lebih rinci dengan menggunakan pernyataan yang sederhana dan singkat. Fase keempat mencakup pendidikan kesehatan secara keseluruhan, yang melibatkan terjalinnya hubungan personal antara seseorang yang familiar dengan pendengarnya sekaligus sesuai dengan kepribadian mereka. Fase kelima melibatkan dorongan untuk menghentikan perilaku kompulsif (Kusumawardani, 2012).

### **Tujuan Penyuluhan Kesehatan**

Tujuan dari penyuluhan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, meningkatkan pengetahuan, mengubah afektif dan pandangan agar dapat berperilaku dengan benar, mengajarkan keterampilan dasar, menginspirasi tindakan, serta membentuk norma (Kusumawardani, 2012). Tujuan pelaksanaan penyuluhan kesehatan adalah untuk meningkatkan kualitas hidup sehat dengan mengubah perilaku masyarakat, baik secara individu maupun kelompok dengan menyebarkan informasi yang tepat (Prasetya et al., 2018).

## **Strategi Penyuluhan Kesehatan**

Strategi adalah proses perencanaan dan manajemen untuk mencapai tujuan tertentu. Namun, untuk mencapai tujuan, strategi harus mampu menunjukkan taktik operasionalnya. Untuk menerapkan strategi ini, penyuluh sebagai komunikator harus memiliki pemahaman mendalam tentang berbagai cara komunikasi. Mereka harus tahu bagaimana menyampaikan pesan dan informasi pemerintah secara komunikatif dan informative untuk mencapai tujuan (Kaddi, 2014).

Berdasarkan bentuk dan pendekatannya, strategi penyuluhan kesehatan diklasifikasikan sebagai berikut (Ananda, 2022):

### 1. *Expository*

Makna *expository* berarti memberikan informasi yang berupa teori, hukum atau dalil yang disertai bukti-bukti yang mendukung. Pada konteks ini masyarakat hanya menerima informasi yang diberikan oleh penyuluh. Bahan pemberian informasi kesehatan telah dipersiapkan dengan cermat agar dapat diberikan kepada masyarakat. Ceramah adalah contoh metode *expository*. Namun hanya pada sampai masalah diselesaikan, penyuluh akan menyampaikan pesan secara beurutan. Disarankan untuk meninggalkan metode lama ini. Penyuluh diharapkan harus kreatif jika ingin banyak melibatkan klien secara aktif. Dengan demikian, meskipun metode presentasi yang dipilih, pelaksanaan pendidikan kesehatan tetap optimal dan menyenangkan bagi masyarakat.

### 2. *Discovery*

*Discovery* sering kali disalahartikan dengan *inquiry*. *Discovery* adalah proses mental dimana masyarakat menyesuaikan suatu konsep atau suatu prinsip. Mengamati, menganalisa, memvalidasi data, mengelompokkan data, menetapkan diagnosa dan sebagainya merupakan contoh proses mental.

Misalnya konsep sehat sakit, diharapkan bahwa setiap anggota masyarakat mengerti dan mengaplikasikan konsep kehidupan sehat serta memiliki keterampilan yang memadai dalam memenuhi hak-hak mereka terhadap kesehatan. Cara pengamatan diharapkan masyarakat dapat menemukan gagasan sehat dan menerapkannya di dalam kehidupan sehari-hari.

### 3. *Inquiry*

*Inquiry* memiliki arti yang lebih umum dari pada *discovery*. Dalam konteks tersebut, bahwa *inquiry* melibatkan tahapan berpikir yang lebih tinggi. Tujuan penyuluhan kesehatan harus dirumuskan secara jelas sehingga penyuluh dapat melaksanakannya secara optimal. Setelah itu, penyuluh harus menentukan strategi yang paling efektif dan efisien untuk membantu klien mencapai tujuan tersebut.

### **Sasaran Penyuluhan Kesehatan**

Sasaran penyuluhan kesehatan terbagi menjadi tiga (Sari, 2013), yaitu:

1. Sasaran primer (*primary target*), sasaran langsung dari upaya penyuluh kesehatan yang dilakukan pada masyarakat secara keseluruhan.
2. Sasaran sekunder (*secondary target*), sasaran yang lebih ditujukan pada tokoh masyarakat dengan harapan dapat membantu masyarakat secara lebih luas mendapatkan manfaat dari penyuluhan kesehatan.
3. Sasaran tersier (*tersiery target*), sasaran yang ditujukan pada pembuat keputusan dan penentang kebijakan di tingkat pusat dan daerah dengan tujuan untuk membuat keputusan yang diambil.

### **Metode Penyuluhan Kesehatan**

Metode pembelajaran dalam penyuluhan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan penyuluhan, kemampuan tenaga pengajar, kapasitas subjek sebagai pendengar,

ukuran besarnya kelompok, waktu pelaksanaan, dan ketersediaan sumber daya (Kusumawardani, 2012). Penyampaian penyuluhan kesehatan harus menggunakan cara yang tepat, materi juga harus disesuaikan dengan sasaran, agar tercapai suatu hasil yang optimal. Untuk mencapai sasaran kelompok, metode yang digunakan harus berbeda dengan metode yang digunakan untuk massa maupun individu. Selain itu, sasaran massa harus berbeda dari sasaran individual dan sebagainya (Ananda, 2022).

#### 1. Metode pendekatan individual

Metode pendekatan individual dimanfaatkan untuk memperkuat pembentukan perilaku baru atau membantu seseorang yang baru memulai perubahan perilaku atau inovasi. Pendekatan individual ini digunakan karena setiap orang memiliki masalah berbeda-beda terkait perilaku baru tersebut. Metode yang termasuk dalam pendekatan individual adalah bimbingan konseling dan wawancara. Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, dan masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Informasi dalam bimbingan dimaksudkan memperbaiki dan mengembangkan pemahaman diri dan orang lain, sedangkan perubahan sikap merupakan tujuan tidak langsung. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri serta realisasinya dalam proses penyelesaian dengan lingkungannya.

#### 2. Metode pendekatan kelompok

Dalam memilih pendekatan kelompok, perlu diingat ukuran kelompok yang dituju dan tingkat pendidikan dalam kelompok tersebut. Pada kelompok besar, cara pendekatannya akan berbeda dengan kelompok yang lebih kecil. Keberhasilan suatu metode juga akan ditentukan oleh ukuran tujuan pendidikan.



- a. Kelompok besar: penyuluhan yang mencakup lebih dari 15 orang, dan menggunakan metode seperti:
  - 1) Ceramah: metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
  - 2) Seminar: metode yang bagus ini sangat cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian presentasi (pidato) dari seorang ahli atau sekelompok ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan umumnya dibahas di kalangan masyarakat.
- b. Kelompok kecil: kelompok yang terdiri dari kurang dari 15 orang. Diskusi kelompok, curah pendapat (*brainstorming*), bola salju (*snow balling*), kelompok kecil, *role play* (memainkan peranan) dan permainan simulasi (*simulation game*) adalah metode yang cocok.

### 3. Metode pendekatan massa

Metode pendekatan massa untuk menyampaikan pesan dan informasi kesehatan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka metode yang tepat adalah pendekatan massa. Tanpa membedakan golongan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial, dan tingkat pendidikan. Secara umum, bentuk pendekatan (metode) ini tidak langsung dilakukan oleh banyak orang. Umumnya digunakan atau melalui media cetak atau elektronik. Contoh metode ini antara lain ceramah publik (*public speaking*), pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik televisi maupun radio, simulasi, artikel, majalah atau koran dan billboard yang dipasang di pinggir jalan serta spanduk poster.

Metode pembelajaran yang berlangsung dengan cepat tidak dapat menghasilkan tingkat pemahaman yang mendalam. Oleh karena itu, diperlukan metode pembelajaran yang berkelanjutan dan terarah untuk

mencapai pemahaman yang mendalam. Salah satu cara lain yang dapat digunakan untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat adalah melalui penggunaan simulasi. Dengan menggunakan simulasi, masyarakat dapat dengan jelas memahami dan mengimplementasikan konsep-konsep tersebut secara lebih mudah dalam kehidupan sehari-hari (Istichomah, 2020).

### **Media Penyuluhan Kesehatan**

Proses meningkatkan pengetahuan tidak lepas dari penggunaan media penyuluhan kesehatan (Suhertusi et al., 2015). Penyuluhan kesehatan memerlukan media yang disebut sebagai media penyuluhan kesehatan (Murtiyarini et al., 2019). Media penyuluhan kesehatan adalah semua alat atau sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronika dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat memperoleh pengetahuan yang lebih baik, yang kemudian diharapkan menyebabkan perubahan pada perilaku ke arah positif di bidang kesehatan (Jatmika & Maulana, 2019). Media penyuluhan kesehatan terbagi 3 macam:

#### 1. Media Cetak

Media cetak dapat digunakan sebagai alat untuk menyampaikan pesan informasi tentang kesehatan, seperti:

- a. *Booklet*; digunakan untuk menginformasikan pesan dalam bentuk buku dengan menggunakan tulisan dan gambar.
- b. *Leaflet*; berupa kertas atau lembar yang dilipat, isi pesan atau informasi bisa gambar atau tulisan.
- c. *Flyer*; sama seperti *leaflet* tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart*; pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Umumnya dalam format buku, di mana setiap lembar (halaman) memuat ilustrasi dan di sisi belakangnya terdapat kalimat

sebagai pesan atau informasi terkait dengan gambar tersebut.

- e. *Rubric*; artikel-artikel yang terdapat di surat kabar atau majalah, mengenai topik kesehatan atau hal-hal yang terkait dengan kesehatan.
- f. Poster; jenis media cetak yang berisi pesan atau informasi tentang kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum. Pesan umumnya disampaikan dengan menggunakan kata-kata beserta gambar untuk memperjelasnya, sehingga dapat dengan mudah dipahami oleh orang yang membacanya walaupun hanya singkat.
- g. Foto; yang menampilkan data-data tentang kesehatan.

## 2. Media Elektronik

Media elektronik adalah jenis media dapat bergerak dan dinamis, dimana pesan kesehatan disampaikan melalui visual dan audio, seperti:

- a. Televisi; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi, pidato atau ceramah, TV spot, kuis, atau cerdas cermat.
- b. Radio; dapat dalam bentuk obrolan atau tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, dan radio spot.
- c. *Video compact disk*.
- d. Slide; dapat menyampaikan pesan atau informasi kesehatan.
- e. Video ini juga dapat dipakai untuk menyampaikan pesan tentang kesehatan. Video adalah kombinasi antara suara dan gambar bergerak untuk mencapai tujuan pembelajaran. Video memungkinkan masyarakat mencermati isi pesan secara lebih mudah, menarik, dan realistis.

## 3. Media Luar Ruang

Media luar ruangan adalah jenis media yang biasanya menyampaikan pesannya di tempat terbuka melalui

media cetak maupun elektronik dalam bentuk yang tidak bergerak atau statis, seperti papan iklan, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar.

- a. Papan reklame adalah poster besar yang dapat dilihat secara umum di pekerjaan.
- b. Spanduk adalah suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat pada secarik kain atau bahan vynil dengan ukuran yang sudah ditentukan.

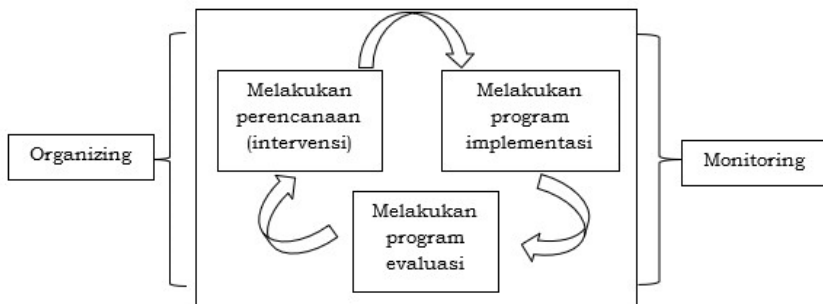
### **Evaluasi Penyuluhan Kesehatan**

Kegiatan evaluasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari suatu upaya apapun yang terprogram, tidak terkecuali bagi program pembelajaran sebagai bagian dari program penyuluhan kesehatan. Agar dapat mengetahui apakah tujuan dari program yang direncanakan dan diterapkan telah tercapai atau belum. Pencapaian suatu evaluasi akan tergantung dari keberhasilan evaluator dalam menjalankan prosedur evaluasi. Prosedur yang dimaksud adalah langkah-langkah utama yang harus dijalani dalam aktivitas evaluasi. Keberhasilan atau kegagalan suatu program evaluasi pada dasarnya juga merupakan factor penentu dari keberhasilan perencanaan (Nuraeny, 2018).

Evaluasi merupakan bagian penting dari sistem pembelajaran. Istilah evaluasi pemakaiannya sering dipertukarkan karena konsep yang mendasarinya kurang dipahami oleh penggunanya. Istilah yang dimaksud adalah penilaian, pengukuran dan tes. Evaluasi atau penilaian pada dasarnya bertujuan menentukan efektivitas dan efisiensi kegiatan pembelajaran dengan indikator utama pada keberhasilan atau kegiatan pembelajar dalam mencapai tujuan pembelajaran (Suardipa & Primayana, 2023). Hasil yang diperoleh dari kegiatan evaluasi adalah kualitas sesuatu, baik yang menyangkut nilai atau arti, sedangkan kegiatan untuk sampai pada pemberian nilai atau arti itu adalah evaluasi. Terdapat tiga elemen utama yang berkaitan dengan desain

evaluasi, yaitu tes (*test*), pengukuran (*measure*), dan evaluasi (*evaluation*).

Proses evaluasi merupakan bagian dari siklus administrasi yang terdiri dari 3 fase, yaitu fase perencanaan (*intervensi*), fase pelaksanaan (*implementasi*) dan fase evaluasi. Fase perencanaan diawali dengan melakukan analisis situasi, menentukan masalah dan pencarian solusi. Setelah dilakukan proses perencanaan, untuk selanjutnya dilakukan proses implementasi dan diakhiri dengan fase atau proses evaluasi. Evaluasi program penyuluhan kesehatan dilakukan untuk menilai hasil dari program penyuluhan kesehatan, yang meliputi aspek afektif, kognitif dan psikomotor (*praktek* atau *performance*) serta derajat kesehatan. Dengan kata lain, kegiatan evaluasi bertujuan untuk mengukur efisiensi dan efikasi dari program penyuluhan kesehatan. Berikut ini merupakan alur pada fase atau proses evaluasi:



Gambar 11.1. Alur Proses Evaluasi

Berdasarkan Gambar 11.1 dalam melakukan proses evaluasi ada beberapa aspek yang harus diperhatikan:

1. Menentukan masalah. Masalah dalam hal ini adalah suatu hal yang akan dilakukan evaluasi, apakah hal tersebut sudah sesuai dengan intervensi yang disusun, apakah sumberdayanya sesuai dengan intervensi, apakah proses pelaksanaannya sesuai, apakah output atau outcome sesuai dengan intervensi yang disusun, serta dampak ke depannya dari kegiatan tersebut.

2. Menyusun kerangka dan batasan masalah yang akan dilakukan evaluasi. Pada tahap ini dilakukan analisis mengenai hasil dari penentuan masalah guna diterapkannya pembatasan ruang lingkup yang digunakan supaya dapat dinilai secara objektif dan focus pada masalah tersebut.
3. Menyusun desain atau metode evaluasi. Proses melakukan perancangan desain atau metode evaluasi ini dilakukan agar pelaksanaan evaluasi dapat terfokus pada satu atau beberapa aspek yang dinilai.
4. Menyusun instrumen dan rencana pelaksanaan (intervensi). Proses penyusunan intervensi dilakukan agar penerapan suatu program dapat berjalan sesuai dengan perencanaan.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi. Pada tahap akhir ini dilakukan penarikan kesimpulan yang dilakukan pada saat kegiatan monitoring suatu kegiatan. Kesimpulan yang dilaporkan dalam bentuk pelaporan kegiatan sesuai dengan kebutuhan dan permintaan.

Berikut ini jenis evaluasi penyuluhan kesehatan:

1. *Diagnostic evaluation* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan pada saat melakukan identifikasi masalah atau pada saat penilaian kebutuhan (dalam tahap perencanaan).
2. *Formatif evaluation* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan pada saat melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan sedang berlangsung dengan tujuan untuk melihat efektivitas dari penyuluhan tersebut.
3. *Summative evaluation* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan pada saat program penyuluhan kesehatan berakhir, dengan tujuan untuk menilai apakah program tersebut dapat dilanjutkan, diperbaiki atau dihentikan pelaksanaannya.

### **Metode Evaluasi Penyuluhan Kesehatan**

Berikut ini merupakan desain beberapa desain evaluasi kegiatan penyuluhan kesehatan:

1. *Historical* merupakan desain evaluasi yang merujuk pada sejarah atau kejadian masa lalu yang dinilai secara objektif dan tepat sesuai dengan hipotesis atau asumsi.
2. *Descriptive* merupakan desain evaluasi yang dilakukan dengan memberikan penjelasan yang sistematis pada situasi atau hal-hal yang menjadi sorotan secara factual dan sesuai saran.
3. *Development study* merupakan studi perkembangan yang dilakukan dengan mempelajari pola atau urutan dari suatu perkembangan atau perubahan sesuai dengan waktu tertentu.
4. *Case or field study* merupakan studi kasus atau studi lapangan yang digunakan untuk melihat secara intensif atau mendalam dari riwayat status saat ini, interaksi dari suatu unit social dari individual hingga ke komunitas atau masyarakat yang lebih luas.
5. *Correlational study* merupakan kegiatan evaluasi yang membandingkan sejauh mana variasi dari faktor-faktor yang berkaitan yang berdasar pada koefisien tertentu.
6. *Causal comparative study* merupakan kegiatan evaluasi yang menilai sebab akibat yang terjadi pada berbagai konsekuensi yang ada melalui data dari faktor penyebabnya.
7. *True experimental* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan dengan cara membuat percobaan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi agar terpapar suatu perlakuan yang diberikan dengan cara membandingkan antara kelompok yang diberikan intervensi dan tidak diberikan intervensi. Pemilihan kelompok dilakukan secara acak atau random.
8. *Quasi experimental* merupakan kegiatan evaluasi yang semu atau mendekati eksperimen, dimana tidak ada kelompok kontrol dan dapat dilakukan manipulasi.
9. *Action research* merupakan kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk mengembangkan pengalaman yang baru pada berbagai kesempatan aplikasi atau penerapan secara langsung.

Hal-hal yang perlu dievaluasi pada saat pelaksanaan penyuluhan kesehatan adalah:

1. *Input*, meliputi saran atau masukan, bahan, sarana dan prasarana, teknologi dan manajemen pelaksanaan program.
2. *Process*, meliputi pelaksanaan program penyuluhan kesehatan.
3. *Output*, meliputi hasil dari pelaksanaan program yaitu aspek kognitif, afektif dan psikomotor.
4. *Outcome*, meliputi dampak dari pelaksanaan program penyuluhan kesehatan.
5. *Impact*, meliputi peningkatan derajat atau status kesehatan dari sasaran.

### **Instrumen Evaluasi Penyuluhan Kesehatan**

Dalam melakukan evaluasi, seorang penyuluh memiliki banyak opsi teknik yang dapat digunakan. Terdapat 2 jenis teknik evaluasi, yaitu teknik tes dan teknik non-tes. Teknik tes dapat dilakukan melalui tertulis maupun tidak tertulis. Sedangkan teknik non-tes dilakukan untuk menilai sikap, tingkah laku dan kepribadian peserta selama kegiatan penyuluhan berlangsung (Wulan H. Z & Aristia, 2018).

Terdapat dua jenis instrument dalam proses evaluasi yaitu tes objektif dan tes non-objektif. Tes objektif adalah tes tertulis yang menuntut peserta memilih jawaban yang telah disediakan atau memberikan jawaban singkat dan pemeriksaannya dilakukan secara objektif. Tes objektif terdiri dari empat yang meliputi: soal pilihan ganda, pilihan benar atau salah, menautkan dan isian singkat. Sedangkan tes non-objektif berbentuk uraian panjang. Tes non-objektif atau disebut tes uraian yaitu tes yang pertanyaannya membutuhkan jawaban peserta untuk menguraikan, mengorganisasikan dan menyatakan jawaban dengan kata-kata sendiri dalam bentuk, teknik, dan gaya yang berbeda satu dengan yang lain.



## Daftar Pustaka

- Ananda, D. (2022). *Video dan Poster Berbasis Kearifan Lokal terhadap Pengetahuan Orang Tua tentang Stunting*.  
<http://repository.stikesdrsoebandi.ac.id/360/>
- Istichomah, I. (2020). Penyuluhan Kesehatan Tentang Hipertensi Pada Lansia di Dukuh Turi, Bambanglipuro, Bantul. *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JPHI)*, 2(1), Article 1.  
<https://doi.org/10.30644/jphi.v2i1.369>
- Jatmika, S. E. D., & Maulana, M. (2019). *Pengembangan Media Promosi Kesehatan*. K-Media.
- Kaddi, S. M. (2014). Strategi penyuluhan kesehatan masyarakat dalam menanggulangi bahaya narkoba di Kabupaten Bone. *Academica*, 6(1).
- Kusumawardani, E. (2012). *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue pada Anak*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Murtiyarini, I., Nurti, T., & Sari, L. A. (2019). Efektivitas Media Promosi Kesehatan terhadap Pengetahuan Remaja tentang Pendewasaan Usia Perkawinan di SMA N 9 Kota Jambi. *Journal Health & Science: Gorontalo Journal Health and Science Community*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.35971/gojhes.v1i2.2734>
- Nuraeny, N. (2018). Evaluasi Penyuluhan Nutrisi Seimbang dan Pengenalan Sariawan pada Siswa di SDN 1 Tempuran Karawang. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(3), Article 3.
- Prasetya, E. P., Abdulrahman, & Rahmalia, F. (2018). Pemberdayaan Masyarakat tentang Kesehatan, Pendidikan dan Kreatifitas. *Abdi Dosen: Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 2(1), Article 1.

- Sari, I. P. T. P. (2013). Pendidikan Kesehatan Sekolah sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.21831/jpji.v9i2.3017>
- Suardipa, I. P., & Primayana, K. H. (2023). Peran Desain Evaluasi Pembelajaran untuk Meningkatkan Kualitas Pembelajaran. *Widyacarya: Jurnal Pendidikan, Agama dan Budaya*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.55115/widyacarya.v4i2.796>
- Suhertusi, B., Desmiwarti, D., & Nurjasmi, E. (2015). Pengaruh Media Promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i1.177>
- Wulan H. Z, A., & Aristia, R. (2018). Jenis—Jenis Instrumen dalam Evaluasi Pembelajaran. *Universitas Muhammadiyah Sidoarjo*. <http://eprints.umsida.ac.id/4050/>
- Yoni, H., & Komara Nur, I. (2013). Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Lingkungan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Pelaksanaan Kesehatan Lingkungan SMP Negeri Tambaksari Kecamatan Tambaksari Kabupaten Ciamis. *Jurnal Bumi Lestari*, 13(1), 166–173.

## Profil Penulis



### **Nia Novita Sari, S.Kep., Ns., M.Kes.**

Penulis seorang Dosen Pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya sejak 2014. Penulis menempuh Pendidikan Sarjana dan Profesi di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya lulus S1 Ilmu Keperawatan tahun 2012 dan lulus Profesi Ners tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan strata 2 jenjang Magister Kesehatan minat manajemen kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2018.

Untuk mewujudkan cita-cita sebagai pendidik dan karir Dosen Profesional, penulis aktif dalam melaksanakan kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Beberapa matakuliah yang penulis ajarkan di Program S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners yaitu Manajemen Keperawatan, PENDIDIKAN KESEHATAN, Sistem Informasi, Metodologi Keperawatan, Entrepreneurship dalam Keperawatan, Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga. Penulis memiliki kepakaran dibidang Manajemen Keperawatan. 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.

Email Penulis: [nianovita@ukwms.ac.id](mailto:nianovita@ukwms.ac.id)

# PEMBERDAYAAN DAN PENGORGANISASIAN MASYARAKAT

**Dr. Ns. Ernawati, S.Kp., M.Kes.**  
Universitas Muhammadiyah Semarang

## **Definisi Pembedayaan dan Pengorganisasian Masyarakat**

Kata ‘pemberdayaan’ dalam kamus bahasa Inggris *empowerment* yang artinya proses menjadi lebih kuat dan percaya diri, terutama dalam mengendalikan kehidupan seseorang dan menuntut hak seseorang. *Empowerment* berasal dari akar kata ‘*power*’ yang berarti kemampuan untuk melakukan sesuatu atau bertindak dengan cara tertentu.

Kata kerja dari *empowerment* adalah *empower* (memberdayakan)—“untuk memberikan ‘*power*’ atau otoritas; memberikan kemampuan, memungkinkan, mengizinkan”. Hal ini mengindikasikan bahwa ‘*power*’ dapat diberikan kepada orang lain. Pemberdayaan sebagai proses memperoleh ‘*power*’, mengembangkan ‘*power*’, mengambil atau merebut ‘*power*’, atau memfasilitasi atau mengaktifkan ‘*power*’ (Lee, 2001). Situasi penting yang dapat menghasilkan ‘*power*’ adalah adanya peluang, komunikasi informasi yang efektif dan dukungan di setiap tingkat organisasi (Kuokkanen & Leino-kilpi, 2000).

Pemberdayaan adalah suatu proses membangun kekuatan atau daya dan kepercayaan diri (Cattaneo & Goodman, 2015). Pemberdayaan (*empowerment*) adalah

konsepsi yang bersifat multilevel (individual, kelompok, organisasional, dan komunitas) dan multidimensional (intrapersonal, sosial, behavioral, organisasional, dan komunitas). Pemberdayaan merupakan konsepsi yang menggabungkan kompetensi individu, pemahaman untuk memainkan peran tegas dalam mengendalikan sumber daya dan mengambil keputusan dalam komunitasnya (*critical awareness*), serta perilaku proaktif untuk mempromosikan perubahan perilaku menjadi lebih baik (Davison et al., 2013).

Pemberdayaan dapat diartikan baik sebagai suatu proses maupun sebagai suatu hasil (Laverack and Wallerstein, 2001; Hur, 2006). Pemberdayaan masyarakat **sebagai proses** adalah suatu tahapan yang dimulai dari identifikasi potensi masyarakat, mengembangkan dan memaksimalkan tindakan individu ke arah tindakan kolektif. Hal ini melibatkan: (1) pemberdayaan personal; (2) pengembangan kelompok kecil bersama; (3) organisasi masyarakat; (4) kemitraan, dan (5) aksi sosial dan politik. Sedangkan pemberdayaan **sebagai hasil** merupakan perubahan kebijakan pemerintah atau Undang-Undang yang mendukung pelaksanaan aksi sosial dari hasil interaksi antara individu dan komunitas dalam waktu yang lama.

Pemberdayaan merupakan suatu proses dan hasil menggerakkan masyarakat dengan *power/kekuatan* sumber daya (material dan internal) merubah pengetahuan dan aksi supaya masyarakat tahu bagaimana membangun kehidupan individu dan komunitas yang dicintainya (Lee, 2001). Gagasan utama pemberdayaan masyarakat adalah bahwa masyarakat lokal dapat dimobilisasi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan sosial, bekerja secara inter-sektoral untuk memecahkan masalah mereka sendiri.

Kerangka kerja pengorganisasian masyarakat (*Community Organizing*) di bidang kesehatan masyarakat biasanya berfokus pada penerapan intervensi. Pengorganisasian masyarakat pada prinsipnya adalah sebuah langkah gerakan pemikiran dan pola kerja yang berupaya membangun masyarakat untuk mencapai taraf

kehidupan yang lebih baik, lebih sejahtera dan adil dari sebelumnya dengan mengacu pada harkat dan martabat kemanusiaan seutuhnya.

### **Dimensi Pemberdayaan**

Konsep pemberdayaan mempunyai tiga dimensi yang saling terkait (Lee, 2001), yaitu:

1. Pengembangan persepsi diri yang lebih positif dan kuat.
2. Membangun pengetahuan dan kapasitas untuk pemahaman kritis terhadap realitas sosial dan politik di lingkungan sekitar.
3. Strategi penguatan sumber daya dan kompetensi fungsional untuk mencapai tujuan individu dan kolektif.

Sumber daya, seperti dukungan sosial yang dihasilkan dari struktur sosial juga menjadi perhatian utama. Lebih jauh, kekuasaan dan ketidakadilan ditekankan dalam teori *social capital* oleh Bourdieu, bahwa kurangnya modal ekonomi dan budaya mencegah kelompok-kelompok yang berbeda di masyarakat untuk menghasilkan dan menggunakannya (Koput, 2010).

Partisipasi kelompok sasaran melekat dalam konstruk pemberdayaan. Setiap ukuran pemberdayaan terkait dengan pengalaman kelompok sasaran, dan harus didasarkan secara kontekstual dalam pengalaman hidup mereka (Dop et al., 2016). Partisipasi dan kepercayaan sebagai karakteristik utama dari konsep tersebut, dan semakin kuat fitur-fitur ini, semakin banyak kerja sama untuk saling menguntungkan.

Masyarakat dengan tingkat partisipasi dan kepercayaan yang tinggi akan saling menguntungkan dan cenderung memiliki efek yang meningkat pada interaksi antara orang-orang. Transformasi terjadi apabila hubungan yang benar antara satu atau lebih level sistem manusia dengan mengedepankan kepedulian tanpa menghakimi (Anderson & McFarlan, 2011). Partisipasi masyarakat harus dikembangkan melalui hubungan yang benar, sehingga

potensi masyarakat akan dapat diberdayakan secara maksimal.

### **Proses Pengorganisasian Tim**

Proses pemberdayaan dimaknai sebagai hubungan yang positif, menekankan pentingnya kehangatan hubungan interpersonal, dan rasa saling percaya. Prinsip membangun pemberdayaan melalui tahapan-tahapan yang dapat memfasilitasi masyarakat berperan aktif dalam merespon masalah di wilayahnya. Tahapan pengorganisasian masyarakat ada lima proses, yaitu:

1. tahap 1: analisis masyarakat
2. tahap 2: desain dan inisiasi
3. tahap 3: implementasi
4. tahap 4: konsolidasi pemeliharaan program
5. tahap 5: sosialisasi-penilaian ulang

Tahapan pengembangan modal sosial meliputi:

- a. Seleksi awal tim yang bekerja; ditekankan pada karakteristik demografi yang berbeda baik usia, masa kerja, jenis kelamin, etnis, latar belakang fungsional atau yang lainnya. Hal ini akan memiliki akses ke berbagai sumber informasi, sumber daya dan perspektif yang lebih luas daripada pekerja dengan demografi homofil. Keragaman demografis dimaksudkan untuk meningkatkan kinerja tim dengan menjembatani ikatan di luar tim, memberikan ikatan modal sosial yang lemah. Dalam perpektif modal sosial, pekerja heterofil atau tim yang beragam secara demografis memungkinkan memiliki ikatan internal lemah (dengan anggota tim lain). Ikatan yang kuat di dalam tim menciptakan kohesi yang diperlukan untuk memobilisasi perhatian anggota dan mengoordinasikan upaya mereka menuju kebaikan bersama. Meskipun demikian, pekerja heterofil memiliki ikatan jaringan eksternal yang lebih baik (Koput, 2010).

- b. Penggabungan kelompok; didahului oleh hubungan antara agen eksternal dan jaringan pemimpin potensial di masyarakat (Grootaert & Bastelaer, 2002). Tokoh masyarakat serta pemimpin spiritual merupakan sumber daya potensial yang ada di masyarakat (Angula & Ncama, 2016; Kruger et al., 2018; Prinsloo, 2015). Mereka memiliki elemen inti yaitu jaringan sosial, dukungan sosial, kepercayaan, dan partisipasi masyarakat luas (Xie et al., 2019)
- c. Membangun kemitraan; tahap ini sangat dibutuhkan kepekaan, dedikasi dan terutama fleksibilitas; tidak adanya satu atau beberapa kualitas ini menyebabkan putusannya hubungan (Grootaert & Bastelaer, 2002).
- d. Membangun kapasitas intra-organisasi; Meningkatkan keahlian teknis melalui intervensi eksternal (Grootaert & Bastelaer, 2002).

Tahapan pemberdayaan dilakukan melalui:

- 1) Dialog kritis dan refleksi pemikiran kritis. Tanpa itu, pembelajaran sejati tidak terjadi dan pengetahuan yang diterima akan berlalu tanpa dampak pada kelompok rentan;
- 2) Transformasi pengetahuan;
- 3) Harapan, kepercayaan, keyakinan, dan pemikiran kritis berdasarkan pada rasa saling peduli dan mencintai sesama manusia. Pemberdayaan masyarakat berproses seiring kebangkitan semangat untuk menyadarkan manusia, hal ini disebut "*conscientizacao*" (Anderson & McFarlan, 2011).

### **Hambatan dalam Proses Pemberdayaan**

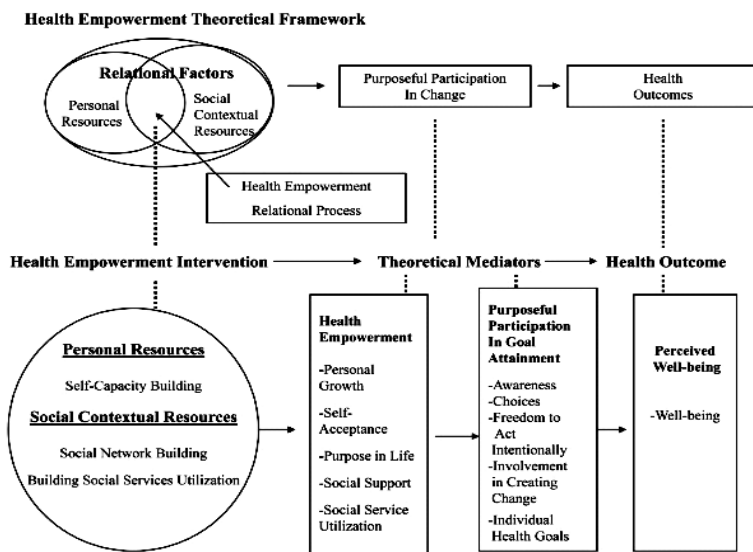
Pemberdayaan sering terkendala oleh norma sosial masyarakat (Sarin & Lunsford, 2017). Variasi latar belakang sosial, ekonomi, pendidikan menjadi tantangan keberdayaan kader (Kane et al., 2016). Kepercayaan masyarakat pada kompetensi kader merupakan faktor resistensi yang mempengaruhi pemberdayaan Masyarakat (Nursalam et al., 2020). Keterlibatan masyarakat rendah, kurangnya motivasi karena insentif kurang atau gaji tidak



konsisten, dan beban kerja berlebih (Seutloali et al., 2018). Faktor penghambat lainnya seperti frustrasi karena kurangnya kontrol, perasaan tidak dihargai dan tidak diperhatikan semakin membuat tidak berdaya (Kane et al., 2016).

## Teori dan Model Terkait Pemberdayaan

1. *Theory of Health Empowerment Intervention* (HEI). Teori ini menjelaskan bahwa faktor sumber daya personal dan sumber daya kontekstual sosial menentukan proses hubungan pemberdayaan kesehatan. Pemberdayaan kader dibangun melalui proses peningkatan kapasitas diri, keterhubungan sosial dan pemanfaatan layanan sosial (Shearer, 2009). *Health empowerment intervention* (HEI) dikembangkan untuk menangani masalah penyadaran akan sumber dayanya, khususnya sumber daya personal dan sumber daya kontekstual sosial. Kerangka kerja HEI, variabel-variabel dan hubungannya dalam teori kerja pemberdayaan kesehatan dan mekanisme intervensi (Shearer, Fleury, & Belyea, 2010) sebagai berikut:



Gambar 121 Teori *Health Empowerment Intervention*

Teori pemberdayaan kesehatan merupakan proses kesehatan yang dinamis, menekankan partisipasi yang disengaja dalam proses mengubah diri sendiri, dan lingkungan seseorang, mengenali pola, dan melibatkan sumber daya dari dalam untuk mencapai tujuan kesejahteraan (Shearer & Reed, 2004). Selama proses pemberdayaan, terdapat variabel *theoretical of mediators* antara variabel independen dan dependen yaitu proses intervensi transformasi kemampuan kader dalam meningkatkan *perceived well-being* atau kesejahteraan kelompok rentan (Shearer, 2009) dan memfasilitasi kesadaran mengakses sumberdaya kesehatan dan material (misalnya transportasi, biaya dan pengelolaan kebutuhan kesehatan) (Shearer, 2009). Indikator bahwa pemberdayaan kesehatan berproses dengan baik meliputi:

- a. *Personal growth*: pengembangan diri seseorang untuk terus tumbuh dan mengembangkan potensi pribadinya. Kebutuhan aktualisasi diri sendiri dan menyadari potensi diri adalah inti dari perspektif klinis tentang pertumbuhan pribadi, keterbukaan terhadap pengalaman (Ryff, 1989).
- b. *Purpose in life*: tujuan hidup dari seseorang yang berfungsi secara positif memiliki tujuan, niat, dan terarah, yang semuanya berkontribusi pada perasaan bahwa hidup itu bermakna.
- c. *Self acceptance*: penerimaan diri sendiri sebagai gambaran utama kesehatan mental serta karakteristik aktualisasi diri, berfungsi optimal dan kematangan. Orang mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri sebagai karakteristik utama dari fungsi psikologis positif.
- d. Dukungan sosial: hubungan positif dengan orang lain, hubungan interpersonal yang hangat dan saling percaya. Menekankan pencapaian penyatuan dengan orang lain (*intimacy*) bimbingan dan arahan orang lain (*generativity*).

- e. Pemanfaatan layanan sosial: Pemanfaatan layanan sosial di masyarakat dan sumber daya masyarakat mengarah ke tujuan partisipasi dalam pencapaian tujuan.

Proses pemberdayaan masih berlanjut pada partisipasi untuk pencapaian tujuan perubahan (*Purposeful participation in change*) yang direfleksikan melalui:

- 1) Kesadaran
- 2) Pilihan
- 3) Kebebasan untuk bertindak dengan sengaja, dan keterlibatan dalam menciptakan perubahan (Barrett, 1990).
- 4) Partisipasi dalam menentukan tujuan dan pilihan kesehatan tergantung pada kesadaran kebebasan untuk bertindak dengan sengaja (Caroselli & Barrett, 1998). Shearer (2004, 2007)
- 5) Mendukung partisipasi yang disengaja dalam pencapaian tujuan sebagai komponen inti dari proses pemberdayaan kesehatan.

Hasil akhir dari pemberdayaan kesehatan adalah *Health Outcome*; Pencapaian tujuan *well-being*. Kesejahteraan dipandang sebagai hasil kesehatan utama, didefinisikan sebagai kepuasan hidup dan harmoni (Gueldner, 2005). Kesejahteraan emosional berupa kepuasan hidup yang dirasakan, kebahagiaan, dan kedamaian. Kesejahteraan psikologis berupa kontrol lingkungan, pengarahan diri sendiri dan hubungan positif. Sedangkan kesejahteraan sosial berupa penerimaan sosial, kepercayaan pada potensi diri, merasa berguna di masyarakat (Ryff & Keyes, 1995).

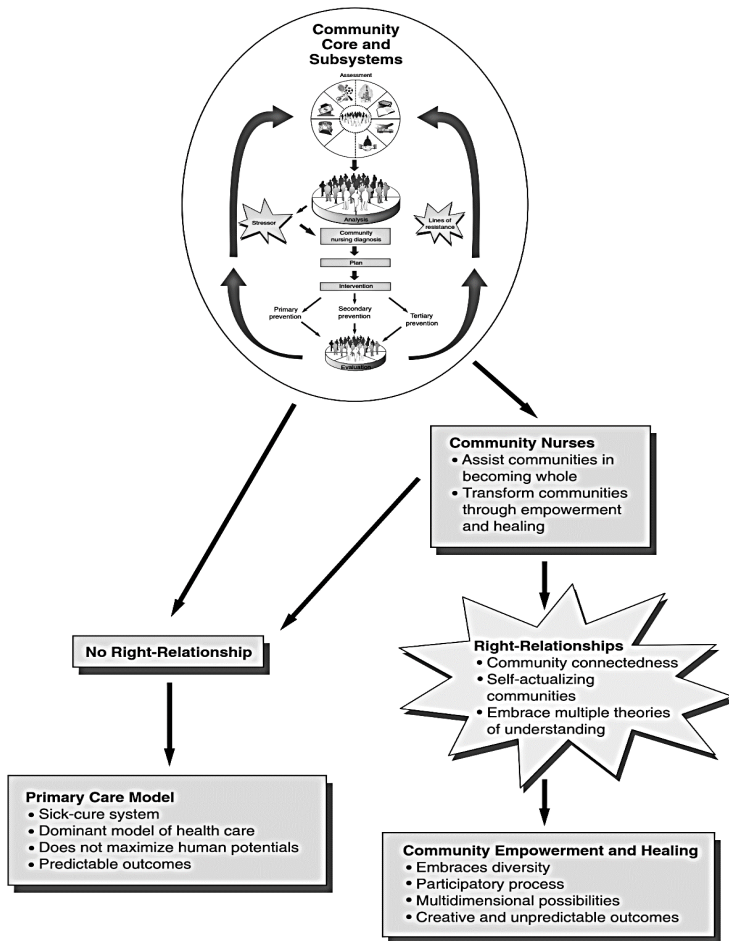
2. *Community as Partner* (Anderson & McFarlan, 2011); salah satu model pemberdayaan masyarakat yang menekankan pada partisipasi aktif anggota masyarakat menjalin kemitraan dengan petugas kesehatan. Kemitraan berkembang melalui proses

pemberdayaan, terfasilitasi dari sub-sistem komunitas.

Pendekatan konvensional “*primary care model*” perawatan kesehatan bersifat paternalistik menghasilkan program yang terfragmentasi atau tidak diinginkan oleh anggota masyarakat sebagai penerima pasif. Petugas perawatan kesehatan masyarakat memandang anggota masyarakat sebagai sumber untuk pengumpulan data atau penerima perawatan. Sebaliknya, kemitraan disini menekankan partisipasi aktif anggota masyarakat dan petugas layanan kesehatan dari berbagai disiplin ilmu atau segmen masyarakat yang relevan. Tujuan petugas layanan kesehatan masyarakat adalah memberdayakan anggota masyarakat untuk memvisualisasikan kebutuhan mereka dan secara aktif berpartisipasi dalam merencanakan dan implementasi perubahan yang diperlukan.

Partisipasi masyarakat dalam proses pemberdayaan dikembangkan melalui 3 unsur penting di mana petugas kesehatan harus peka agar transformasi masyarakat dapat terjadi (Anderson & McFarlan, 2011), yaitu:

- 1) Proses aktif; maknanya partisipasi adalah proses aktif bukan proses di mana satu kelompok atau organisasi memaksakan nilai-nilainya pada komunitas, tetapi sebuah proses mutualitas di mana semua memiliki suara;
- 2) *Choice*; partisipasi melibatkan pilihan, menyiratkan bahwa orang memiliki hak dan kekuatan untuk membuat keputusan;
- 3) Partisipasi yang efektif; keputusan diambil bersama partisipasi masyarakat sangat efektif untuk diimplementasikan.



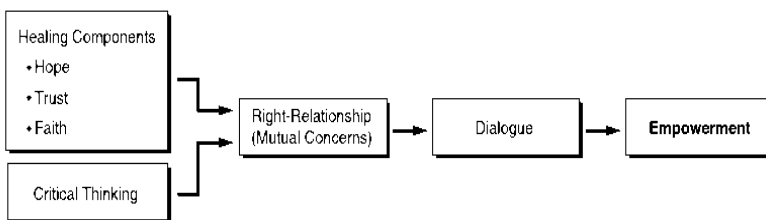
Gambar 12.2. Community as Partner  
(Anderson & McFarlan, 2011)

*Right-Relationships* atau Hubungan baik antara petugas kesehatan dan kader menghasilkan:

- 1) Keterhubungan antara masyarakat dengan layanan kesehatan
- 2) Aktualisasi diri; merupakan kecenderungan selalu ingin dikenal dan mendapatkan pengakuan yang baik dalam kehidupan bermasyarakat sehingga menumbuhkan rasa penghargaan.

- 3) Menghargai keberagaman; petugas kesehatan mentransformasikan hubungan untuk membantu anggota masyarakat dalam proses penyembuhan dengan melibatkan keragaman yang ada.

Dialog menjadi elemen penting untuk terjadinya transformasi masyarakat. Harus diyakini bahwa semua suara di suatu komunitas itu bermakna. Ada empat karakteristik dari komunitas yang diberdayakan, meliputi: (1) *Faith* pada orang; (2) Kepercayaan yang dibangun melalui dialog; (3) Harapan dalam transformasi positif sehingga bermanfaat bagi masyarakat luas; (4) Diskusi didasarkan pada pemikiran kritis tanpa rasa takut akan dampaknya dari penguasa.



Gambar 12.3 Komponen Kunci Transformasi Sosial

3. Teori *Social Capital*; sumber daya sosial atau aset masyarakat yang penting dalam proses perencanaan program pemberdayaan. Teori ini melengkapi bagaimana tahapan proses pemberdayaan dan membangun jejaring yang efektif (Koput, 2010). *Social capital* didefinisikan oleh Putnam (1993) sebagai karakteristik organisasi sosial seperti kepercayaan, norma dan jaringan yang dapat meningkatkan efisiensi masyarakat dengan memfasilitasi tindakan terkoordinasi (Putnam, 1993). Keterlibatan anggota masyarakat merupakan sumber utama kerjasama untuk memajukan kesejahteraan masyarakat. Sebagai suatu konsep, *social capital* secara khusus dimaksudkan untuk membangun jaringan, dengan menekankan sifat hubungan di dalam dan diantara tim.

Suatu hubungan atau ikatan dikatakan ada ketika terjadi kontak berulang yang berkelanjutan antara dua pihak. Ikatan sosial atau hubungan sosial terbentuk dari organisasi formal yang berbeda. Hubungan sosial yang negatif bisa terjadi ketika setidaknya satu pihak memiliki penilaian afektif negatif tentang yang lain. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan tentang ikatan sosial (Koput, 2010):

- 1) Membutuhkan adanya dua pihak;
- 2) Memerlukan kontak, meski tidak harus bertatap muka. Kontak dapat terjadi melalui telepon, email, korespondensi tertulis, pesan teks atau cara lain;
- 3) Kontak harus diulang, tetapi tidak perlu sering;
- 4) Kontak harus berlangsung terus menerus, artinya dapat terjadi lagi pada suatu waktu. Kedua belah pihak ada ikatan sosial terbuka untuk dihubungi atau dipertukarkan;
- 5) Dalam konteks organisasi formal, ikatan sosial harus mengikuti cara interaksi alur kerja yang ditentukan;
- 6) Jejaring sosial adalah pola ikatan sosial diantara bagian-bagian kelompok terjalin dengan baik. Ada tiga jenis jaringan yaitu advis/saran, kepercayaan dan komunikasi. Advis dimaknai meminta arahan informasi teknis dalam memecahkan masalah terkait tugas. Kepercayaan dalam hal politik organisasi menjaga rahasia, berbagi informasi dan memberikan ide dukungan di tempat kerja. Komunikasi dalam mencari saran atau mendapatkan kepercayaan.

Tipe *social capital* dibagi dalam 3 bentuk dasar yaitu:

- 1) *Bonding social capital*, ikatan modal sosial merujuk pada hubungan di dalam atau di antara kelompok yang relatif homogen;
- 2) *Bridging social capital*, menjembatani hubungan di dalam atau di antara kelompok yang relatif homogen;

- 3) *Linking social capital*, menghubungkan orang-orang atau kelompok di tingkat hierarki yang berbeda.

Idealnya, modal sosial mendukung ikatan di dalam masyarakat, menjembatani antara masyarakat, dan menghubungkan masyarakat dengan pemerintah sehingga memperkuat kohesi atau keterpaduan masyarakat (Grootaert & Bastelaer, 2002). Ikatan yang kuat di dalam tim menciptakan kohesi diperlukan untuk memobilisasi anggota dan upaya mengkoordinasikan menuju kebaikan bersama (Koput, 2010).

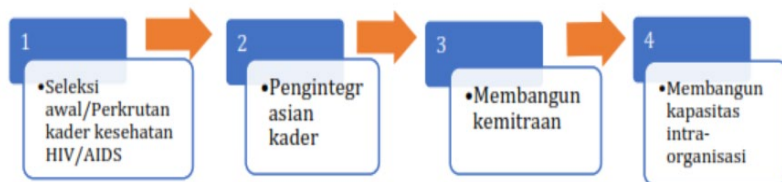
### **Implementasi Pemberdayaan Masyarakat**

Studi kasus pada intervensi pengendalian HIV/AIDS di Indonesia mengacu pada kebijakan global *Getting To Zeros*, salah satunya adalah meniadakan stigma diskriminasi terhadap ODHA (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Pemberdayaan diyakini sebagai upaya pengurangan stigma dengan cara membangun jaringan penderita (Prinsloo, 2015), kontak dengan kelompok terdampak, *sharing* informasi tentang stigma HIV dan meningkatkan koping (Pretorius et al., 2016). WHO dan lembaga kesehatan di seluruh dunia juga mengakui pemberdayaan sebagai konsep inti dalam integrasi promosi kesehatan dan pencapaian kesetaraan sosial. Pada akhirnya, upaya pemberdayaan masyarakat dalam penanganan dan pengurangan stigma menentukan kondisi kualitas hidup penderita HIV/AIDS (Chidrawi et al., 2015).

Pemberdayaan kader kesehatan berbasis *community as partner* mempengaruhi kemampuan kader dalam mendampingi kebutuhan perempuan HIV/AIDS. Indikator menghargai keberagaman sebagai pembentuk keberdayaan kader kesehatan HIV/AIDS berbasis *community as partner*. Sedangkan faktor yang paling besar mempengaruhi pemberdayaan kader adalah sumber daya personal kader. Variabel ini dibangun oleh indikator terkuat *self-efficacy*. Selanjutnya fungsi peran, nilai spiritual Islam, dan pengetahuan terkait HIV/AIDS. Kader



WPA yang memiliki motivasi internal dengan nilai spiritual Islam merepresentasikan kepedulian dari segenap komponen sumber daya di masyarakat (Nursalam et al., 2020). Tahapan pemberdayaan kader yang dilakukan sebagai berikut:



Proses pemberdayaan kader kesehatan HIV/AIDS menggunakan pendekatan pengorganisasian komunitas melalui pengembangan kapasitas menjalankan perannya. Secara umum kader kesehatan HIV/AIDS mempunyai peran sebagai berikut: (1) Sosialisasi tentang HIV/AIDS; (2) Mobilisasi deteksi dini HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS); (3) Menjadi *public figure*; (4) Pendampingan kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual ODHA; (5) Melakukan rujukan ODHA dampingan ke puskesmas/rumah sakit; (6) Membangun kerja sama/kemitraan dengan *stakeholder* (Ernawati et al., 2020).Pemberdayaan masyarakat terkait program HIV/AIDS juga sudah ada sebelumnya dengan memfokuskan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) agar mampu mengetahui, memiliki kemauan, dan mampu berpartisipasi dalam pembangunan sosial, ekonomi, budaya, dan moral (Rahman et al., 2019). Orang-orang yang berpengaruh seperti tokoh masyarakat mampu mempengaruhi anggota masyarakat, mengubah sikap dan perilaku terhadap ODHA, dan memobilisasi masyarakat (Angula & Ncama, 2016).

Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) merupakan salah satu strategi global promosi kesehatan dan diyakini sebagai pendekatan kunci mengatasi masalah stigma yang meluas di masyarakat (Bhatta & Liabsuetrakul, 2016). Peran tenaga kesehatan di layanan kesehatan puskesmas sangat besar dalam mendukung program pemberdayaan masyarakat sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

No.128/MenKes/SK/2/2004 sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, melaksanakan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan.

Pemberdayaan menghasilkan orang atau kelompok masyarakat yang berdaya, yaitu orang yang memiliki rasa harga diri, *self efficacy*, dan kekuatan. Masyarakat bisa diberdayakan jika terlibat komunikasi dalam proses berfikir kritis dan evaluasi realitas. Kebebasan bertukar ide, menimbang dampak positif dan negatif dari perubahan. Proses pencapaian hal tersebut dilakukan dengan berdialog tentang masalah yang ada di wilayahnya, membangun kompetensi masyarakat, menjalin rasa solidaritas dan tujuan bersama dalam kaitannya dengan penanggulangan masalah, serta menjembatani modal sosial untuk menjalin hubungan dengan kelompok pendukung eksternal baik sektor publik, swasta maupun lembaga swadaya masyarakat (LSM).

## Daftar Pustaka

- Ah.Yusuf, Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Oktaviansanti, F. (2016). *Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan* (pertama). Mitra Wacana Media.
- Anderson, E. T., & McFarlan, J. (2011). *Community As Parter Theory and Practice in Nursing* (Sixth Edit). Lippincott Williams.
- Angula, P., & Ncama, B. P. (2016). Guidelines for Community-Based HIV / AIDS Stigma Reduction Intervention in a Rural Community. *World Journal of AIDS*, *March*, 27–36. <https://doi.org/10.4236/wja.2016.61004>
- Bhatta, D. N., & Liabsuetrakul, T. (2016). Social self-value intervention for empowerment of HIV infected people using antiretroviral treatment: a randomized controlled trial. *BMC Infectious Diseases*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1634-8>
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, *5*(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Chidrawi, H. C., Greeff, M., Temane, Q. M., & Ellis, S. (2015). Changeover-time in psychosocial wellbeing of people living with HIV and people living close to them after an HIV stigma reduction and wellness enhancement community intervention. *African Journal of AIDS Research*, *14*(1), 1–12.
- Dop, N. Van, Depauw, J., & Driessens, K. (2016). Measuring Empowerment: Development and Validation of the Service User Psychological Empowerment Scale Measuring Empowerment: Development and Validation of the Service User. *Journal of Social Service Research*, *42*(5), 651–664. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1216915>

- Ernawati, E., Nursalam, N., & Devy, S. R. (2020). The role of HIV/AIDS cadre on improving quality of life among women with HIV/AIDS in a community setting: A qualitative study. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 870–879. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I9/PR290107>
- Grootaert, C., & Bastelaer, T. van. (2002). *The Role of Social Capital in Development: An Empirical Assessment*. Cambridge University Press.
- Kane, S., Kok, M., Ormel, H., Otiso, L., Sidat, M., Namakhoma, I., Nasir, S., Gemechu, D., Rashid, S., Taegtmeier, M., Theobald, S., & Koning, K. De. (2016). Limits and opportunities to community health worker empowerment: A multi-country comparative study. *Social Science & Medicine*, 164, 27–34.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, D. J. P. dan P. P. (2016). *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*.
- Koput, K. W. (2010). *Social capital An Introduction To Managing Networks* (1st ed.).
- Kruger, G., Greeff, M., & Letsosa, R. (2018). *Spiritual leaders ' experiences of a comprehensive HIV stigma reduction intervention*. 1995, 1–10.
- Kuokkanen, L., & Leino-kilpi, H. (2000). *Power and empowerment in nursing : three theoretical approaches*. 31(1), 235–241.
- Lee, J. A. B. (2001). *The Empowerment Approach to sosial work Prakte Building the Beloved Community* (Second edi). Columbia University Press.
- Nursalam, N., Ernawati, E., Devy, S. R., & Efendi, F. (2020). Model for Development of Community Health Care As Partners on Stigma and Quality of Living Women With Hiv / Aids. *Sysrevpharm.OrgSign In*, 11(6), 1095–1099. <http://www.sysrevpharm.org/fulltext/196-1594177854.pdf>

- Pretorius, J. B., Greeff, M., Freeks, F. E., & Kruger, A. (2016). A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. *Health SA Gesondheid*, 21(018), 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.11.005>
- Prinsloo, C. D. (2015). A Community “ Hub ” Network Intervention for HIV Stigma Reduction : A Case Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.007>
- Putnam, R. D. (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. In *International Affairs* (Vol. 32, Issue 4). Princeton, NJ: Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/2606285>
- Rahman, A., Sulaeman, E. S., Riyadi, S., Ada, Yerima Rante Astrika, F. Y., Hardiningsih, & Yuneta, A. E. N. (2019). Empowerment Model for the People Living with HIV-AIDS (PLWHA) in Surakarta, Central Java - Indonesia. *International Medical Journal*, 24(3), 377–384.
- Ryff, C. D. (1989). *Happiness Is Everything , or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being*. 57(6), 1069–1081.
- Sarin, E., & Lunsford, S. S. (2017). How female community health workers navigate work challenges and why there are still gaps in their performance: A look at female community health workers in maternal and child health in two Indian districts through a reciprocal determinism framework. *Human Resources for Health*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0222-3>
- Seutloali, T., Napoles, L., & Bam, N. (2018). *Community health workers in Lesotho: Experiences of health promotion activities*. 1–8.
- Shearer, N. B. C. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide. *Geriatric Nursing*, 30(2), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>

Xie, F., Zheng, H., Huang, L., Yuan, Z., & Lu, Y. (2019). Social capital associated with quality of life among people living with HIV/AIDS in nanchang, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020276>

## **Profil Penulis**



### **Dr. Ns. Ernawati, S.Kp, M.Kes**

Lahir di Demak, 05 November 1976. Saat ini aktif sebagai dosen keperawatan di Universitas Muhammadiyah Semarang. Ketertarikan penulis terhadap isu HIV/AIDS sejak tahun 2011 pada saat menyelesaikan tesis magisternya di Program Promosi Kesehatan, konsentrasi pada Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS. Penulis mengembangkan kepakaran di bidang keperawatan komunitas khususnya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan populasi rentan HIV/AIDS. Beberapa isu yang menjadi bidang garap seperti HIV/AIDS pada anak, perempuan, Perilaku seksual berisiko pekerja “Boro”, dan pada tahun 2021 lalu, penulis menyelesaikan studi S3 di Prodi Doktoral Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian yang telah dilakukan mendapatkan pendanaan dari AIPNI, Kemenristek DIKTI dan internal perguruan tinggi. Saat ini penulis menjadi volunteer pendamping ODHA di wilayah Kendal dan konsultan pemberdayaan kader di wilayah Kudus.

Email Penulis: [ernawati@unimus.ac.id](mailto:ernawati@unimus.ac.id)

# DASAR DAN KEBIJAKAN ADMINISTRASI KESEHATAN

**Freny Ravika Mbaloto, S.Kep., Ns., M.Kep**  
STIKes Bala Keselamatan Palu

## **Administrasi Kesehatan**

Dalam bahasa Latin, administrasi terdiri dari *ad* = intensif dan *ministrare* = melayani. Oleh sebab itu merujuk dari asal kata maka administrasi memiliki arti aktivitas memberikan pelayanan untuk memperoleh target yang diinginkan melalui dunia kerja yang mendukung.

## **Unsur-Unsur Administrasi Kesehatan**

1. Masukan (input) adalah semua hal yang diperlukan dalam mengerjakan tugas administrasi. Masukan ini disebut juga perangkat administrasi (*tools of administration*), yang terdiri dari:
  - a. Sumber (*resources*)

Semua hal yang bisa digunakan dalam memproduksi barang atau jasa, antara lain : sumber tenaga (*labour resources*), sumber modal (*capital resources*), sumber hukum (*legitimate resources*), sumber alamiah (*natural resources*)
  - b. Ilmu pengetahuan dan Teknologi (*science and technology*)

Metode kerja dengan menggunakan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi



c. Kemampuan dan Kesanggupan (*skill/capacity*)

Pengetahuan dan keadaan fisik, mental biologis tenaga pelaksana.

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan diperlukan alat atau sarana. Alat merupakan syarat suatu usaha untuk mencapai hasil yang ditetapkan. Konsep pembagian lainnya yang dikenal dengan 6 M yaitu:

1) *Man* (manusia)

Faktor manusia adalah hal yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia, tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja

2) *Money* (uang)

Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu, uang merupakan alat yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini berhubungan dengan besarnya uang yang harus disediakan untuk membiayai tenaga kerja. Alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli, serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi

3) *Material* (bahan)

Materi terdiri atas bahan setengah jadi dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya, bahan/materi harus dapat digunakan sebagai salah satu sarana. Materi dan manusia tidak

dapat dipisahkan karena tanpa materi, hasil yang dikehendaki tidak akan tercapai

4) *Machine* (mesin)

Dalam kegiatan perusahaan, mesin sangat diperlukan. Penggunaan mesin dapat membawa kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja

5) *Method* (metode)

Dalam pelaksanaan kerja, diperlukan metode kerja. Tata cara kerja yang baik dapat memperlancar jalannya pekerjaan. Metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat, meskipun metode baik, bila orang yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian, manusia tetap berperan utama dalam manajemen

6) *Market* (pasar)

Memasarkan produk sudah barang tentu sangat penting sebab bila barang yang diproduksi tidak laku, proses produksi barang dapat berhenti. Hal ini berarti proses kerja tidak akan berlangsung. Oleh sebab itu, penguasaan pasar dalam arti menyebarkan hasil produksi merupakan faktor yang menentukan dalam perusahaan. Agar pasar dapat dikuasai, kualitas dan harga barang harus sesuai dengan selera konsumen dan daya beli (kemampuan) konsumen

2. Proses (*process*) yaitu tahapan-tahapan yang harus dilakukan untuk memperoleh tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini dalam sains administrasi

disebut fungsi administrasi (*functions of administration*). Menurut Amelia and Nurbaety (2023) fungsi administrasi terdiri dari:

a. Perencanaan (*planning*)

Fungsi perencanaan merupakan landasan fungsi administrasi secara keseluruhan. Tanpa fungsi perencanaan, tidak mungkin fungsi perencanaan lainnya dapat dilaksanakan dengan baik. Oleh karena itu berbagai faktor yang terkait perencanaan perlu dipelajari dan dipahami sebelum kegiatan dijalankan. Perencanaan meliputi penentuan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, peraturan, proyeksi jangka pendek dan jangka panjang, menentukan tindakan fiskal dan mengelola perubahan terencana.

Baik tidaknya perencanaan itu dapat dijawab melalui pertanyaan-pertanyaan mendasar mengenai perencanaan yaitu *what* (apa), *why* (mengapa), *where* (dimana), *when* (kapan), *who* (siapa) dan *how* (bagaimana). Pertanyaan seputar *what* terkait dengan apa yang sesungguhnya menjadi tujuan dan apa yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut. Pertanyaan seputar *why* terkait mengapa tujuan tersebut harus dicapai dan mengapa kegiatan yang terumuskan dalam jawaban atas pertanyaan *what* perlu dilakukan untuk mencapai tujuan. Pertanyaan seputar *where* adalah mengenai dimana kegiatan tersebut akan dilaksanakan. Pertanyaan terkait *when* yaitu kapan kegiatan tersebut akan dilaksanakan, kapan kegiatan tersebut harus dimulai atau diakhiri. Pertanyaan seputar *who* terkait siapa yang akan melaksanakan kegiatan tersebut. Pertanyaan terakhir yaitu *how* adalah bagaimana cara dalam melakukan kegiatan tersebut.

b. Pengorganisasian (*organizing*)

Organisasi sebagai kumpulan dari orang-orang tidak dapat dilepaskan dari lingkungan, karena pada dasarnya organisasi juga merupakan bagian dari lingkungan dan masyarakat. Kegiatan administrasi yang akan dilakukan sebaiknya mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan yang terkait organisasi, baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung. Fayol (1949) menyatakan bahwa suatu organisasi dibentuk ketika jumlah pekerja cukup banyak, sehingga dapat menyelesaikan banyak pekerjaan. Pengorganisasian meliputi membentuk struktur untuk melaksanakan rencana dan mengelompokkan aktivitas untuk mencapai tujuan.

Max Weber dikenal sebagai bapak teori organisasional, berhasil mengembangkan organisasi yang menggambarkan struktur organisasi. Struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas pekerjaan dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan secara formal. Terdapat enam elemen dalam merancang struktur organisasi yaitu spesialisasi pekerjaan, departementalisasi, rantai komando, rentang kendali, sentralisasi dan desentralisasi. Terdapat beberapa pendekatan yang dapat digunakan dalam penyusunan organisasi, antara lain pendekatan berdasarkan fungsi, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, berdasarkan pelanggan, berdasarkan tempat dan matriks.

Budaya organisasi penting sekali untuk dipahami karena budaya organisasi bukan hanya berbicara tentang bagaimana organisasi menjalankan kegiatannya sehari-hari, namun sangat mempengaruhi bagaimana kinerja yang dicapai. Budaya organisasi merupakan faktor yang akan menentukan bagaimana tujuan dapat dicapai secara efektif dan efisien.

c. Kepersonaliaan (*staffing*)

Fungsi kepersonaliaan dapat dipahami sebagai proses serta upaya yang dilakukan dari mulai perencanaan sumber daya manusia, perekrutan, penandatanganan kontrak kerja, penempatan tenaga kerja, hingga pembinaan dan pengembangan tenaga kerja guna menempatkan dan tetap memelihara tenaga kerja pada posisi dan kualifikasi tertentu serta bertanggungjawab sesuai dengan persyaratan yang diberikan kepada tenaga kerja.

Secara garis besar proses manajemen SDM dibagi kedalam lima fungsi utama yang terdiri atas:

- 1) *Human resource planning*, merencanakan kebutuhan dan pemanfaatan sumber daya manusia
- 2) *Personnel procurement*, mencari dan mendapatkan sumber daya manusia, termasuk didalamnya rekrutmen, seleksi dan penempatan serta kontrak tenaga kerja
- 3) *Personnel development*, mengembangkan sumber daya manusia, termasuk didalamnya program orientasi tenaga kerja, pendidikan dan pelatihan
- 4) *Personnel maintenance*, memelihara sumber daya manusia, termasuk didalamnya pemberian penghargaan, insentif, jaminan kesehatan dan keselamatan kerja
- 5) *Personnel utilization*, memanfaatkan dan mengoptimalkan sumber daya manusia termasuk promosi, demosi, transfer dan seoperasi

d. Penggerakan (*actuating*)

Fungsi penggerakan merupakan usaha untuk menciptakan iklim kerjasama diantara staf pelaksana program sehingga tujuan organisasi dapat tercapai secara efektif dan efisien.

Tujuan fungsi penggerakan yaitu:

- 1) Menciptakan kerjasama yang lebih efisien
- 2) Mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf
- 3) Menumbuhkan rasa saling memiliki dan menyukai pekerjaan
- 4) Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf
- 5) Membuat organisasi berkembang secara dinamis

e. Pengawasan dan pengendalian (controlling)

Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja harus selalu dapat dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai.

Manfaat fungsi pengawasan dan pengendalian antara lain:

- 1) Dapat mengetahui sejauh mana kegiatan program sudah dilaksanakan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumberdayanya (staf, sarana, dana) sudah digunakan sesuai dengan yang telah ditetapkan
- 2) Dapat mengetahui adanya penyimpangan pada pemahaman dan keterampilan staf yang terkait dengan tugasnya
- 3) Dapat mengetahui apakah waktu dan sumber daya lainnya mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan secara efisien
- 4) Dapat mengetahui penyebab terjadinya penyimpangan

- 5) Dapat mengetahui staf yang perlu diberikan penghargaan, dipromosikan, atau diberikan pelatihan kelanjutan
3. Keluaran (*output*) merupakan hasil dari pekerjaan administratif, dibedakan menjadi 2 yaitu:
  - a. Pengertian sempit. *Output* yang dihasilkan berupa catatan dan kumpulan surat yang akan dan telah masuk dan keluar, daftar pegawai, daftar persediaan barang dagangan, dan daftar gaji pegawai
  - b. Pengertian luas, terdiri dari:
    - 1) Hasil dari proses. Hasilnya adalah kegiatan organisasi, pengembangan organisasi, pengembangan karyawan, pedoman implementasi/pedoman teknis, personil/petugas kepanitiaan
    - 2) Hasil dari fungsi/tugas. *Output* nya adalah kebijakan, rencana kegiatan, hasil pengawasan, hasil organisasi
    - 3) Kelembagaan. Hasil akhirnya adalah fungsi/kegiatan lembaga, sistem, layanan publik
4. Sasaran (*target group*), yaitu tujuan keluaran hasil atau kepada siapa hasil kegiatan atau kebijakan hasil diserahkan. Untuk kebijakan publik, tujuan yang dimaksud dapat dibedakan menjadi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dapat menjadi kelompok sasaran langsung (*direct target group*) atau kelompok sasaran tidak langsung (*indirect target group*)
5. Dampak (*impact*) adalah hasil dari kebijakan
6. Sistem, dengan kata lain semua aturan yang cocok untuk pelaksanaan tugas/fungsi administratif dirumuskan secara sistematis untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien

## **Kebijakan Kesehatan**

Kata dasar “kebijakan” adalah “bijak” yang berarti selalu menggunakan akal budi, pandai, mahir, cerdas, cakap; Kebijakan juga disebut *Policy* memiliki makna terminologi yang sangat luas, tidak cuma bersifat tekstual melainkan juga kontekstual. Kebijakan kesehatan adalah serangkaian tindakan pemerintah yang ditentukan melalui serangkaian pengambilan keputusan yang saling terkait dan menghasilkan strategi/pendekatan untuk mempengaruhi faktor-faktor yang diidentifikasi oleh sektor kesehatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat (Fallon and Zgodzinski, 2012; Rahman, 2020).

Kebijakan kesehatan secara operasional beroperasi pada 4 tingkatan yaitu:

1. Tingkat sistemik, yaitu gaya utama membentuk sistem sanitasi secara keseluruhan. Contohnya lembaga publik, karakter swasta/publik dan hubungan kesehatan dengan sektor lain
2. Tingkatan program, artinya untuk menentukan layanan kesehatan yang harus mengalokasikan sumber daya (operasional kegiatan), rencana kesehatan nyata dan prioritas dalam mengadopsi metode
3. Tingkatan organisasi, yaitu merujuk pada cara menggunakan, sehingga produktivitas sumber daya dapat digunakan dan memberikan layanan berkualitas tinggi
4. Tingkatan instrumental, yaitu bagaimana mengembangkan perangkat organisasi yang baik, misalnya sumber daya manusia untuk kesehatan, manajemen kesehatan, pembiayaan kesehatan

## **Manfaat Studi Kebijakan Kesehatan**

Penelitian kebijakan kesehatan memiliki 3 manfaat yaitu:

1. Dalam konteks perkembangan keilmuan  
Ilmuwan kebijakan kesehatan dapat berupaya mengidentifikasi variabel independen dengan



menempatkan kebijakan kesehatan sebagai variabel dependen. Penelitian ini berupaya mengidentifikasi variabel-variabel yang dapat mempengaruhi isi kebijakan kesehatan. Sebaliknya penelitian kebijakan kesehatan dapat mempertimbangkan kebijakan kesehatan sebagai variabel independen dan dengan demikian berusaha untuk menentukan dampak kebijakan kesehatan

2. Dalam konteks peningkatan profesionalisme

Seorang analis kebijakan kesehatan akan memiliki dasar teoritis ketika meninjau kebijakan kesehatan yaitu bagaimana merumuskan kebijakan kesehatan yang baik dan meminimalkan kegagalan kebijakan kesehatan. Oleh karena itu kebijakan kesehatan berkualitas lebih tinggi akan lahir dimasa yang akan depan untuk mempertahankan tujuan pembangunan

3. Melalui dukungan teori yang kuat

Kebijakan kesehatan yang dirumuskan melalui proses yang benar memiliki kritis yang kuat terhadap lawan politik. Sebaliknya, kebijakan kesehatan dapat membujuk lawan politik yang mungkin tidak setuju sebelumnya.

### **Kategori Kebijakan**

Kategori kebijakan terdiri dari lima kategori meliputi:

1. Tuntutan kebijakan (*policy demands*) yaitu tuntutan atau desakan yang diajukan pada pejabat-pejabat pemerintah yang dilakukan oleh aktor-aktor lain, baik swasta atau kalangan pemerintah sendiri dalam sistem politik untuk melakukan tindakan tertentu atau sebaliknya untuk tidak melakukan tindakan pada suatu masalah tertentu. Tuntutan ini bervariasi mulai dari desakan umum, agar pemerintah berbuat sesuatu sehingga usulan untuk mengambil tindakan konkret tertentu terhadap suatu masalah yang terjadi didalam masyarakat
2. Keputusan kebijakan (*policy desicion*) adalah keputusan yang dibuat oleh pejabat pemerintah yang dimaksudkan untuk memberikan arah pelaksanaan kebijakan publik. Dalam hal ini termasuk didalamnya

keputusan-keputusan untuk menciptakan statuta (ketentuan-ketentuan dasar), ketetapan-ketetapan, ataupun membuat penafsiran terhadap Undang-Undang

3. Pernyataan kebijakan (*policy statements*) adalah pernyataan resmi atau penjelasan mengenai kebijakan publik tertentu. Misalnya ketetapan MPR, keputusan presiden, keputusan peradilan
4. Keluaran kebijakan (*policy output*) merupakan wujud dari kebijakan publik yang paling dapat dilihat dan dirasakan, karena menyangkut hal-hal yang senyatanya dilakukan guna merealisasikan apa yang telah digariskan dalam keputusan dan pernyataan kebijakan
5. Hasil akhir (*policy outcome*) adalah akibat-akibat atau dampak yang benar-benar dirasakan oleh masyarakat, baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan sebagai konsekuensi dari adanya tindakan atau tidak adanya tindakan dalam bidang-bidang atau masalah tertentu yang ada dalam masyarakat

### **Tahapan Kebijakan Kesehatan**

Tahapan kebijakan kesehatan antara lain:

1. Perumusan masalah kebijakan kesehatan
2. Agenda *setting*
3. Formulasi kebijakan kesehatan
4. Implementasi kebijakan kesehatan
5. Evaluasi kebijakan kesehatan

### **Model Kebijakan Kesehatan**

Beberapa model penelitian kebijakan, masing-masing dengan kelebihan dan kekurangannya, antara lain:

1. Model pluralis

Model tersebut berangkat dari proposisi bahwa interaksi antar kelompok merupakan pusat realitas politik

2. Model elitis  
Kebijakan dapat dilihat sebagai preferensi dan nilai-nilai elit penguasa
3. Model sistem  
Model tersebut mengasumsikan bahwa kebijakan adalah keluaran dari sistem
4. Model rasional  
Model tersebut menyatakan bahwa kebijakan adalah pencapaian sasaran secara efisien
5. Model inskrementalis  
Kelanjutan dari kegiatan pemerintah sebelumnya tetapi dilakukan modifikasi
6. Model institusional  
Model tersebut menggambarkan struktur organisasi, tanggungjawab dan fungsi pejabat organisasi, mekanisme organisasi

### **Klasifikasi Kebijakan Kesehatan**

Sebagai kebijakan publik, jenis-jenis kebijakan kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain:

1. Kebijakan substantif yaitu kebijakan kesehatan yang dilihat dari segi substansi permasalahan yang dihadapi
2. Kebijakan prosedural adalah kebijakan dari sudut pandang perkembangannya
3. Kebijakan distribusi merupakan kebijakan kesehatan yang dapat dilihat dalam pelayanan atau manfaat bagi individu, kelompok atau sektor swasta
4. Kebijakan retribusi adalah jenis kebijakan kesehatan yang melibatkan pengalihan kekayaan dan kepemilikan hak
5. Kebijakan barang publik yaitu penyediaan barang/jasa untuk kepentingan banyak orang
6. Kebijakan barang pribadi merupakan penyediaan barang/jasa dengan imbalan pengembalian tertentu kepada individu

## **Daftar Pustaka**

- Amelia, R. and Nurbaety (2023) *Pengantar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Sahabat Alter Indonesia.
- Fallon, F. and Zgodzinski, E. (2012) *Essentials of public health management*. Third Edit. United States: Jones and Bartlett Learning.
- Rahman, F. F. (2020) *Introduction to public health management, organization, and policy*. Sleman: Deepublish.

## Profil Penulis



### **Freny Ravika Mbaloto, S.Kep., Ns., M.Kep**

Lahir di Tomata, pada tanggal 04 Februari 1986, anak pertama dari tiga bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Mbaloto-Kandori, Ayah Raden Mbaloto (Purnawirawan Polri), Ibu Oktovin Kandori (Pensiunan Perawat). Menyelesaikan pendidikan TK Dharma Wanita Tomata tamat tahun 1992, SD Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 1998, SMP Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 2001, SMA Negeri 1 Moria Atas tamat tahun 2004, Akper Poltekes Manado tamat tahun 2007, S1 Keperawatan Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2010, Program Profesi Ners Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2011, S2 Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK- UNHAS tamat tahun 2016.

Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RSUD Kolonodale tahun 2007-2008. Sejak 2012 hingga 2022 sebagai dosen tetap di Program Studi Profesi Ners STIK Indonesia Jaya, 2022 hingga saat ini sebagai dosen di STIKes Bala Keselamatan Palu. Aktif terlibat dalam organisasi profesi, sebagai bendahara DPK PPNI STIK Indonesia Jaya 2017-2023. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.

Email Penulis: [frenyravikambaloto@stikesbkpalu.ac.id](mailto:frenyravikambaloto@stikesbkpalu.ac.id)

# EKONOMI KESEHATAN, PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN

**Linta Meyla Putri, S.KM., M.Kes**  
STIKES Adi Husada Surabaya

## **Ekonomi Kesehatan**

### **Pengantar Ekonomi Kesehatan**

Ekonomi adalah ilmu mengenai alokasi sumber daya yang terbatas dalam meningkatkan kesejahteraan hidup manusia. Alasan diperlukannya ilmu ekonomi kesehatan adalah adanya kesenjangan antara keinginan dan sumber daya dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dengan keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur dan keuangan, diperlukan upaya alokasi sumber daya yang terbatas tersebut untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan dan efisiensi. Ilmu ekonomi kesehatan dapat menunjang pemilihan prioritas alokasi sumber daya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (McMaster, 2017).

Ekonomi dan kesehatan memiliki hubungan timbal balik. Derajat kesehatan suatu bangsa berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan penduduknya. Sebaliknya, pertumbuhan ekonomi dapat menjadi sarana peningkatan alokasi anggaran kesehatan yang dibutuhkan untuk penelitian dan pengembangan teknologi kesehatan dalam negeri, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, dan lain-lain (Rahmiyati, 2021).

Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik dan kekhususan yang menjadi salah satu alasan ekonomi kesehatan menjadi cabang tersendiri (Culyer, 2014). Beberapa karakteristik pasar pelayanan kesehatan tersebut antara lain adalah:

1. Memiliki ketidakpastian, yaitu kejadian penyakit bersifat tidak pasti dipengaruhi oleh berbagai faktor, dan memiliki risiko berbiaya mahal, kualitas pelayanan medis sulit dipastikan, kesembuhan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, permintaan, penggunaan, dan besarnya biaya pelayanan medis bersifat tidak pasti;
2. Produsen pelayanan kesehatan memiliki informasi yang lebih baik daripada penerima layanan asimetri informasi (*asymmetric information*), sehingga pihak yang mengetahui kualitas produk dapat memanipulasi pihak yang tidak atau sedikit memiliki informasi. Hal ini dapat menimbulkan bahaya moral (*moral hazard*) dan seleksi yang tidak diinginkan (*adverse selection*);
3. Hubungan prinsipal-agen yang dilatarbelakangi oleh asimetri informasi. Pasien memberikan wewenang kepada dokter untuk membuat keputusan atas nama pasien;
4. Adanya hambatan masuk, yang membuat pesaing baru sulit memasuki industri atau area bisnis. Hal ini diakibatkan oleh berbagai regulasi pemerintah seperti pajak khusus dan lisensi, loyalitas konsumen, dan lain-lain
5. Padat karya berupa kecenderungan pembentukan spesialis dan sub spesialis yang menyebabkan komponen biaya pelayanan kesehatan semakin besar. Adanya eksternalitas atau akibat tidak langsung dari penggunaan pelayanan kesehatan yang dialami pihak ketiga yang tidak terlibat dalam transaksi. Contohnya eksternalitas positif, yaitu pembangunan rumah sakit yang tidak hanya bermanfaat bagi pasien, namun juga menciptakan lapangan pekerjaan bagi masyarakat.

6. Adanya intervensi pemerintah yang dapat membantu menurunkan biaya pelayanan kesehatan, memperluas cakupan asuransi kesehatan, dan memperbaiki akses pelayanan kesehatan dengan mengoreksi kegagalan pasar dan memberikan subsidi biaya.

Karakteristik-karakteristik di atas dapat menyebabkan pasar bebas gagal mengalokasikan sumber daya secara efisien yang disebut kegagalan pasar (*market failure*) dalam pasar pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan intervensi pemerintah untuk mengoreksi pasar bebas (Du *et al.*, 2022). Ekonomi kesehatan berperan penting dalam menjawab permasalahan-permasalahan yang ada pada sistem kesehatan yang diakibatkan oleh karakteristik pelayanan kesehatan tersebut dan memberikan bukti dalam pengambilan kebijakan oleh pemerintah. Ketidakpastian (*uncertainty*) merupakan hal esensial dan fundamental yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Ketidakpastian dapat didefinisikan sebagai perspektif subjektif dari ketidaktahuan, berperan penting dalam mendorong berbagai penelitian medis, mendorong pasien mengunjungi pelayanan kesehatan, dan merangsang intervensi medis (Drummond, Carswell and Husereau, 2022). Pelayanan kesehatan berbeda dengan sebagian besar barang atau komoditas lain karena adanya ketidakpastian ini.

Dalam memahami kompleksitas ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan, terdapat konsep taksonomi ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan, konsep taksonomi ini dengan cara mengklasifikasikan tiga dimensi independen fundamental, yaitu *source* (sumber), *issue* (isu), dan *locus* (lokus). Sumber utama ketidakpastian meliputi *probability* (kemungkinan), *ambiguity* (ambiguitas), dan *complexity* (kompleksitas) (Drummond, Carswell and Husereau, 2022).

Ketidakpastian diawali dari kemungkinan (*probability*) atau dikenal sebagai risiko atas manfaat yang akan diperoleh di waktu mendatang. Sementara ambiguitas adalah kondisi ketidakcukupan informasi terkait probabilitas sehingga menimbulkan ketidakpastian dalam



layanan kesehatan. Informasi yang tidak cukup dapat berupa informasi terkait risiko yang tidak tersedia, tidak memadai, atau tidak tepat. Sumber ketidakpastian yang terakhir adalah kompleksitas layanan kesehatan. Kompleksitas dapat diartikan sebagai sulitnya memahami informasi-informasi risiko atas layanan kesehatan akibat adanya hubungan yang kompleks antara faktor risiko, hasil, dan keputusan alternatif dalam layanan kesehatan (Drummond, Carswell and Husereau, 2022).

Ilmu ekonomi kesehatan berperan dalam memberikan pemahaman mengenai aspek-aspek dalam berbagai pilihan sumber daya kesehatan. Aspek-aspek dalam pilihan tersebut adalah efisiensi, efektivitas, nilai, dan perilaku pengguna layanan kesehatan. Ilmu ekonomi kesehatan bermanfaat dalam memberikan informasi kepada pembuat keputusan, baik pemerintah maupun swasta, tentang pilihan yang efisien dan adil untuk memenuhi kebutuhan kesehatan serta kesejahteraan individu dan masyarakat (Diwyarthi *et al.*, 2023). Dalam penerapannya, ekonomi kesehatan memiliki beberapa metode yang sering digunakan, antara lain *economic reasoning*, evaluasi ekonomi (menggunakan *cost benefit analysis* (CBA), *cost effective analysis* (CEA), *cost utility analysis* (CUA), atau *cost minimization analysis* (CMA), *costing*, ekonometrik, dan lain-lain.

*Economic reasoning* adalah kerangka pikir yang dapat membantu dalam pembuatan keputusan. Beberapa contoh prinsip dalam *economic reasoning* adalah: setiap orang membuat pilihan yang paling menguntungkan, perilaku manusia dipengaruhi oleh peraturan/ regulasi, insentif, biaya, dan konsekuensi pilihan di masa depan; biaya adalah insentif yang paling berpengaruh. Contoh penerapan *economic reasoning* dalam sektor kesehatan antara lain membantu perumusan masalah atau hipotesis kajian. Evaluasi ekonomi digunakan untuk membandingkan dua atau lebih intervensi, program, strategi, atau kebijakan kesehatan dari aspek sumber daya yang dialokasikan dan efek (*outcome*) yang dihasilkan dari pilihan-pilihan tersebut (Edmiston, 2022). Tujuan evaluasi ekonomi adalah mendapatkan pilihan

yang efisien, yang dapat memberikan hasil terbaik terhadap status kesehatan atau pelayanan kesehatan. Evaluasi ekonomi memiliki beberapa metode, yaitu CBA, CMA, CEA, dan CUA. Evaluasi ekonomi merupakan metode analisis yang digunakan dalam farmakoekonomi untuk membandingkan biaya dan manfaat obat-obatan yang dipilih. Evaluasi ekonomi berperan penting dalam mendukung pembuatan keputusan untuk paket manfaat yang dijamin atau tidak dijamin dalam asuransi/jaminan kesehatan (Putri, Rochmah and Ernawaty, 2022).

*Cost Benefit Analysis* dilakukan untuk menganalisis biaya dan manfaat secara agregat, untuk membedakan alternatif mana yang mempunyai manfaat lebih besar dibandingkan dengan biaya yang terjadi. Secara umum CBA digunakan untuk memilih intervensi atau strategi kesehatan yang optimal dan mengetahui kesediaan untuk membayar (*willingness to pay*) intervensi tersebut dari perspektif individu, organisasi, atau pemerintah (Michaeli and Michaeli, 2022). Contoh kajian yang menggunakan metode CBA adalah analisis manfaat program dibanding biaya yang dikeluarkan untuk intervensi kekerdilan dalam menginformasikan peningkatan dan tindak lanjut implementasi program.

*Cost Minimization Analysis* hanya digunakan untuk mengukur efek dari biaya pilihan-pilihan intervensi. Opsi intervensi yang diukur memiliki efek kesehatan yang identik atau diasumsikan sebagai identik (Michaeli and Michaeli, 2022). Contoh penggunaan CMA adalah analisis minimalisasi biaya obat generik dibandingkan dengan obat *originator* untuk pengobatan.

*Cost Effectiveness Analysis* digunakan ketika opsi intervensi memiliki beberapa jenis keluaran sehingga perlu memilih dimensi efek yang ingin diukur, dari segi kuantitas atau kualitas, sehingga bersifat satu. Efek yang digunakan merupakan unit dasar seperti tekanan darah, angka kolesterol, kematian, atau jumlah tahun hidup yang diperoleh. Contoh aplikasi CEA adalah CEA terapi pemeliharaan metadon untuk pencegahan HIV pada daerah prevalensi tinggi dan CEA alokasi biaya penelitian

dan pengembangan untuk menjawab kebutuhan inovasi obat di Indonesia.

*Cost Utility Analysis* digunakan ketika efek intervensi terhadap status kesehatan memiliki dua dimensi atau lebih. CUA mengukur efek dari segi kualitas dan kuantitas dalam satu ukuran, contohnya *Quality- Adjusted Live Years* (QALYs). CUA dapat digunakan untuk membandingkan opsi intervensi untuk suatu penyakit atau antar penyakit. Contohnya adalah CUA vaksinasi Human Papilloma Virus (HPV) dan *screening* untuk pencegahan kanker serviks (Setiawan *et al.*, 2016).

*Costing* merupakan metode yang digunakan untuk mengetahui total atau unit biaya dari sebuah intervensi atau program kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data terkait biaya yang digunakan untuk melakukan intervensi atau program tersebut. *Costing* dapat digunakan untuk mendukung analisa pada evaluasi ekonomi atau untuk mengetahui kemampuan pemerintah dalam membiayai sebuah program kesehatan. Contoh kajian yang menggunakan metode *costing* adalah analisis biaya rawat jalan bagi pasien diabetes mellitus di rumah sakit (Salim, 2020).

Ekonometrik merupakan gabungan ilmu statistik, matematika, dan ekonomi. Ekonometrik diaplikasikan melalui pengujian statistik data kuantitatif yang menggambarkan fenomena aktual serta membandingkan dan mengkontras hasil pengujian tersebut dengan dengan teori yang ingin diuji atau teori sudah yang ada. Ekonometrik dapat digunakan untuk memprediksi tren di masa depan dengan menggunakan data historis (Murti, Iswati and Wiyaka, 2018). *Tool* dasar untuk ekonometrik adalah regresi linier berganda. Contoh aplikasi ekonometrik pada kesehatan adalah *modeling* biaya pelayanan kesehatan menggunakan data survei untuk menginformasikan kebijakan. Aplikasi dan pemilihan metode ekonomi kesehatan yang telah disebutkan di atas perlu disesuaikan dengan konteks kajian, kebutuhan analisis, juga ketersediaan data (Putri *et al.*, 2023).

Terdapat perbedaan lingkup ilmu ekonomi antara makroekonomi dan mikroekonomi. Mikroekonomi merupakan cabang ilmu ekonomi yang membahas perilaku individu/rumah tangga maupun perusahaan dalam membuat pilihan terkait alokasi sumber daya dan interaksi antara kedua pelaku ekonomi tersebut (Lai, Cheung and Fu, 2018). Makroekonomi merupakan pembahasan ilmu ekonomi dari yang berfokus pada perubahan agregat dalam ekonomi, seperti pertumbuhan ekonomi, pengangguran, pendapatan nasional, dan inflasi.

Dalam layanan kesehatan, individu/rumah tangga atau masyarakat berusaha mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik sehingga kepuasan (*utility*) dapat lebih tinggi atau maksimum. Jika pemerintah menyediakan berbagai fasilitas dan pelayanan kesehatan sebagai wujud konstitusi, sebagian besar fasilitas dan pelayanan kesehatan swasta berorientasi memaksimalkan keuntungan (*profit oriented*) (McIntyre, Kutzin and Organization, 2016).

### **Pembiayaan Kesehatan**

Pembiayaan kesehatan adalah salah satu aspek terpenting yang menopang sebuah sistem kesehatan. Kepedulian negara terhadap sektor kesehatan dapat tercermin dalam perbandingan belanja kesehatan nasional terhadap produk domestik bruto (PDB). Persentase belanja kesehatan nasional dibandingkan PDB Indonesia merupakan salah satu yang terendah di antara negara-negara ASEAN, walaupun persentasenya lebih tinggi setelah adanya JKN di tahun 2014 (Salim, 2020). Namun, komitmen pemerintah pada pembiayaan kesehatan semakin terlihat setelah adanya JKN. Persentase kontribusi pemerintah terhadap belanja kesehatan total terus meningkat setelah tahun 2014. Sebaliknya, persentase pembayaran dari kantong sendiri terhadap total belanja kesehatan terus menurun.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (2021), pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan

pengumpulan, alokasi, dan mobilisasi dana untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, secara individu dan kolektif (Organization, 2021). Dalam sistem kesehatan, tujuan pembiayaan kesehatan adalah menyediakan pendanaan dan menetapkan insentif atau pembiayaan bagi penyedia layanan, serta memastikan semua individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat secara efektif. Lebih lanjut lagi, WHO menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan mengacu pada bagaimana menggunakan sumber daya keuangan untuk memastikan bahwa sistem kesehatan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan setiap orang secara kolektif & memadai.

Pembiayaan kesehatan menjadi suatu bagian yang sangat mendasar dari sistem kesehatan. Dengan dukungan pembiayaan kesehatan, sistem kesehatan akan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Pada kondisi yang sangat ekstrem, ketidaktersediaan pendanaan kesehatan akan menyulitkan layanan kesehatan, pengobatan, pelaksanaan program, pencegahan, dan promosi kesehatan. Pembiayaan bukan hanya sekedar menghasilkan pendanaan, melainkan negara mampu memantau dan mengevaluasi pembiayaan untuk sistem kesehatan dengan menggunakan berbagai indikator (Rajan, Barroy and Stenberg, 2016). Pembiayaan kesehatan bukan hanya membahas cara meningkatkan dana pelayanan kesehatan, melainkan juga mencakup alokasi pendanaan yang ada.

Sumber pembiayaan kesehatan suatu negara dapat berasal dari pemerintah dan non-pemerintah yang akan digunakan secara luas untuk membiayai upaya kesehatan. Namun, sering kali terjadi persaingan alokasi pendanaan dalam suatu sistem. Cara pengalokasian dana tidak hanya dipengaruhi oleh cara layanan, tetapi juga penetapan prioritas dalam hukum ekonomi kesehatan. Pembiayaan kesehatan diharapkan mampu menyediakan sumber daya dan insentif untuk pelaksanaan sistem kesehatan (Rajan, Barroy and Stenberg, 2016). Selain itu, pembiayaan kesehatan menjadi penentu utama kinerja

sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan *outcome* kesehatan.

Berikut beberapa macam model pembiayaan kesehatan yang dapat diadopsi oleh beberapa negara.

1. Pembiayaan secara langsung (*direct payments by patients*)

Setiap individu mengeluarkan biaya secara langsung berdasarkan tingkat penggunaan layanan kesehatan yang diterima. Model pembiayaan ini dapat mendorong penggunaan layanan kesehatan secara lebih hati-hati. Kondisi ini melahirkan kompetisi antara penyedia layanan kesehatan dalam menarik perhatian konsumen (*free market*) (Setyawan, 2015). Walaupun hal ini tampak sehat, transaksi kesehatan menjadi tidak seimbang. Konsumen tidak mampu memahami dengan baik akan kebutuhan kesehatan dan masalah kesehatan yang dimiliki. Seluruhnya dikontrol oleh penyedia layanan kesehatan. Hal ini dapat menimbulkan inefisiensi dan pemakaian terapi secara berlebihan.

2. Pembayaran oleh pengguna (*user payments*)

Pasien membayar layanan kesehatan secara langsung, baik kepada pemerintah maupun swasta. Besaran dan mekanisme pembayaran telah diatur secara formal oleh penyedia layanan kesehatan dan pemerintah (Rajan, Barroy and Stenberg, 2016). Pada kondisi yang lebih kompleks, besaran biaya setiap kunjungan dapat berbeda-beda sesuai dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (misalnya untuk pelayanan kesehatan di fasilitas swasta). Besaran biaya per episode ketika sakit bersifat tetap atau *flat rate*.

3. Pembiayaan berbasis tabungan (*saving-based*)

Pengeluaran biaya kesehatan individu didasarkan pada tingkat penggunaannya. Individu memperoleh bantuan dalam pengumpulan dana dalam bentuk tabungan. Ketika dibutuhkan, individu tersebut dapat memakai dana tersebut. Model ini dapat meng-cover

biaya pelayanan kesehatan yang bersifat primer dan lanjutan, tetapi individu akan mengalami kesulitan membiayai pelayanan yang bersifat kronis dan kompleks (Neppelenbroek *et al.*, 2023). Oleh sebab itu, perlu model pembiayaan lain untuk mendukung model ini dalam menanggung biaya kesehatan yang kompleks dan populasi yang lebih luas.

4. Pembiayaan Informal

Model ini tidak mengatur besaran, jenis, dan mekanisme pembayaran. Besaran biaya disesuaikan dengan kesepakatan antara penyedia dan pengguna layanan kesehatan. Umumnya penyedia layanan kesehatan lebih dominan dalam pengaturannya. Selain uang, barang dapat digunakan sebagai alat tukar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, misalnya dari penyedia layanan kesehatan mantri atau pengobatan tradisional (Lawson, 2015). Model ini biasanya diadopsi oleh negara-negara berkembang yang belum memiliki sistem kesehatan yang mampu melindungi seluruh masyarakatnya.

5. Pembiayaan berbasis-asuransi

Dalam model ini individu tidak membiayai pelayanan kesehatan secara langsung, tetapi terjadi pengalihan risiko kesakitan seseorang menjadi risiko kelompok. Selain itu, terjadi pembagian risiko biaya secara adil. Biaya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan perhitungan dan akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama. Individu membayar premi dengan mekanisme pembayaran yang diatur oleh organisasi pengelola dana asuransi (McIntyre, Kutzin and Organization, 2016).

**Tabel 14. 1.** Indikator untuk Menilai Mekanisme Pembiayaan Kesehatan Menurut Framework McIntyre dan Kutzin (2016).

<b>Elemen</b>	<b>Indikator</b>
<b>Sumber pendapatan</b>	1. Pajak langsung dan pajak tidak langsung 2. Pendapatan non pajak: pendapatan sumber daya alam

<b>Elemen</b>	<b>Indikator</b>
	3. Pendanaan dari sumber asing melalui pemerintah
	4. <i>Out of Pocket</i>
<b>Pengumpulan</b>	1. Pengumpulan tunggal ( <i>single pool</i> )
	2. Pengumpulan campuran ( <i>multiple pool</i> )
<b>Pembelian</b>	1. Jenis penyedia di bawah UHC
	2. Persyaratan akreditasi untuk penyedia
	3. Metode pembayaran penyedia
	a. Kapitasi
	b. <i>Fee for service</i>
	c. <i>Diagnostic related groups</i> (DRG's)
	d. <i>Fee schedules</i>
	e. Gaji
	f. <i>Global budget</i>
<b>Manfaat</b>	1. Cakupan luas
	2. Cakupan ruang lingkup
<b>Perlindungan keuangan</b>	1. <i>Out of Pocket Payments</i>
	2. Pengeluaran <i>Catastrophic</i>
<b>Pemanfaatan</b>	Tingkat pemanfaatan di antara kelompok rentan

Perhitungan kebutuhan biaya adalah suatu hal yang sangat penting dalam suatu layanan kesehatan saat ini. Perkiraan biaya dipergunakan untuk menganalisis efektivitas biaya, evaluasi ekonomi, dan menilai dampak dari sebuah program yang dilaksanakan lembaga milik pemerintah dan swasta dalam mencegah, mendeteksi, dan mengobati suatu penyakit (Shihab *et al.*, 2017). Perhitungan kebutuhan biaya (*costing*) menjadi lima jenis yaitu:

- a. **Traditional Costing** merupakan metodologi akuntansi biaya yang menghitung biaya keseluruhan pada sebuah program dengan tingkat persentase tertentu. Perhitungan dengan metode ini mudah, tetapi dikritisi karena dianggap gagal untuk menghitung biaya berbagai layanan dan tidak menunjukkan biaya yang akurat
- b. **Activity Based Costing (ABC)** merupakan metodologi akuntansi biaya yang menghitung semua biaya kegiatan yang ada untuk



mendukung terlaksananya sebuah program. Metode ini juga menghitung biaya tidak langsung yang berhubungan dalam pelaksanaan sebuah program. Penggunaan metode ini memberi pengambil kebijakan informasi yang lebih akurat. Keakuratan metode menjadi keunggulan dibandingkan pendekatan perhitungan biaya lain sehingga banyak digunakan dalam berbagai evaluasi biaya dan keuntungan.

- c. ***Time Driven Activity Based Costing (TDABC)*** merupakan perhitungan biaya berdasarkan aktivitas yang mengatasi beberapa kekurangan dari metode Activity Based Costing (ABC). Metode TDABC berasumsi bahwa sebagian besar sumber daya, seperti tenaga kerja, peralatan, dan fasilitas, memiliki kapasitas yang dapat diukur dari sisi waktu
- d. ***Performance-Focused Activity Based Costing (PFABC)*** merupakan iterasi ketiga dari metode ABC. Perhitungan dengan metode PFABC dapat menilai setiap kegiatan dengan berbagai cara, yaitu berdasarkan pemanfaatan waktu atau kualitas. Metode PFABC memiliki beberapa keuntungan, yaitu dapat mengidentifikasi kegiatan yang penting.
- e. ***Ratio of Cost to Charges (RCCs)*** merupakan penetapan biaya khusus untuk industri kesehatan. Rumah sakit yang berpartisipasi harus mengajukan laporan tahunan ke pusat layanan kesehatan. Rumah sakit diberikan wewenang untuk memperkirakan seluruh biaya dari setiap departemen penghasil pendapatan dan memasangkannya semua total biaya tiap departemen untuk menghitung rasio tingkat biaya yang dikeluarkan rumah sakit terhadap harga yang dikenakan kepada pasien.

## **Penganggaran Kesehatan**

Penganggaran sangat penting untuk mencapai tujuan utama seluruh perencanaan kesehatan baik level nasional maupun daerah. WHO mendefinisikan anggaran sebagai bagian dari APBN yang dialokasikan untuk sektor kesehatan yang melibatkan semua kementerian dan lembaga terkait (Organization, 2021). Anggaran kesehatan lebih dari sekadar anggaran sederhana yang menyajikan instrumen akuntansi yang memuat pendapatan dan pengeluaran, tetapi lebih dari itu karena memuat komitmen nyata negara untuk menyukseskan strategi kesehatan. Pentingnya penganggaran dalam kesehatan sebagai berikut:

1. Kontrol penggunaan keuangan yang dapat ditunjukkan dengan kesesuaian antara perencanaan (*planning*) dan penggunaan anggaran sepanjang waktu berjalan.
2. Delegasi penggunaan keuangan yang akan meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan pada tingkat jabatan organisasi dalam lembaga atau kementerian yang dapat menggunakan anggaran.
3. Terjemahan dari perencanaan yang tepat yang ditunjukkan dengan distribusi alokasi dengan tepat dan produktivitas penggunaan alokasi.

Untuk mendapatkan output dan outcome yang maksimal, penyusunan anggaran kesehatan haruslah berbasis kinerja atau disebut dengan penyusunan anggaran terpadu berbasis kinerja (Setyawan, 2015). Tujuh prinsip yang harus diperhatikan pada saat penyusunan anggaran berbasis kinerja, yaitu:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota adalah penanggung jawab utama dalam penyusunan anggaran untuk semua program (menyeluruh).
2. Penyusunan anggaran harus memperhitungkan kebutuhan biaya dari setiap program secara *bottom up*. Penyusunan anggaran *bottom up* dapat mengidentifikasi kebutuhan anggaran dari unit layanan kesehatan terkecil dalam sistem kesehatan.

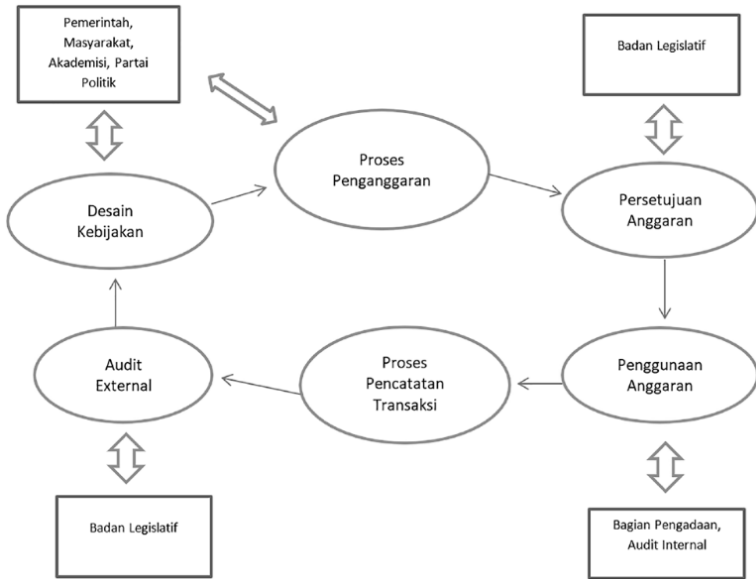
3. Alokasi anggaran harus terpadu dan seimbang antara unit yang melaksanakan kegiatan langsung (pelayanan) dan unit yang melaksanakan kegiatan penunjang sesuai dengan bobot kegiatan masing-masing (Rahmiyati, 2021). Kegiatan langsung atau layanan kesehatan biasanya dilakukan oleh fasilitas kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit, sedangkan kegiatan penunjang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam bentuk pelatihan, koordinasi, atau pengawasan.
4. Alokasi anggaran harus terpadu dan seimbang yang seharusnya dibagi menjadi anggaran operasional, anggaran pemeliharaan, dan anggaran investasi. Investasi di dalam pelayanan kesehatan adalah hal yang sangat penting, tidak terkecuali pada fasilitas kesehatan puskesmas.
5. Sumber anggaran kesehatan dapat berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), dan masyarakat atau swasta.
6. Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), dan masyarakat atau swasta memiliki karakteristik masing-masing.
7. Penyusunan anggaran perlu memperhatikan kondisi adanya mata anggaran yang dapat digunakan bersama antarprogram, seperti anggaran supervisi program. Integrasi antarprogram perlu dilakukan untuk mencegah ketumpangtindihan dan inefisiensi.

Terdapat empat proses penganggaran yang diterapkan oleh berbagai negara di dunia, yaitu *Public Financial Management*, *Medium Term Expenditure Framework*, *Line-Item Budgeting for Health*, dan *Performance Budgeting*.

1. *Public Financial Management*

PFM merujuk pada seperangkat hukum, aturan, sistem, dan proses yang digunakan oleh pemerintah suatu negara atau daerah untuk memobilisasi pendapatan, mengalokasikan dana publik,

melakukan belanja, dan mempertanggungjawabkan penggunaan dana dengan hasil audit. PFM terdiri dari enam bagian siklus (Lawson, 2015).



**Gambar 14.1.** *Public Financial Management*

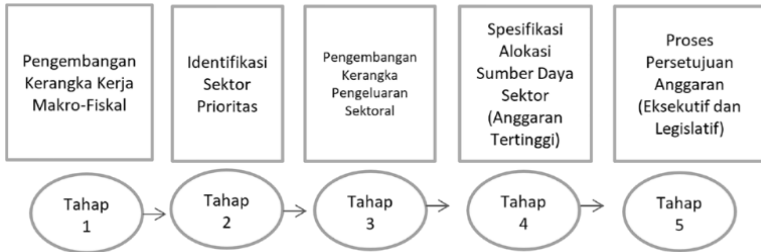
**Sumber:** Andrew Lawson.(2015).

*Public Financial Management. GSDRC Professional Development Reading Pack No. 6. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.*

## 2. *Medium Term Expenditure Framework*

MTEF merupakan kerangka penganggaran jangka menengah yang bersifat komprehensif, dengan lembaga pemerintah yang dapat menghubungkan seluruh rencana pengeluaran dengan kebijakan prioritas dalam kerangka fiskal (terkait dengan kondisi ekonomi makro dan perkiraan pendapatan negara) yang biasanya disusun untuk tiga tahun (Rajan, Barroy and Stenberg, 2016). Dalam kerangka ini, departemen diberikan tanggung jawab yang lebih besar untuk alokasi dan penggunaan dana dalam pencapaian output dan outcome. Penganggaran ini dapat membantu menghubungkan perkiraan

pendapatan, alokasi sektoral dan prioritas kebijakan kesehatan yang lebih spesifik.



**Gambar 14.2.** *Medium Term Expenditure Framework*  
**Sumber:** D. Rajan, H. Barroy, and K. Stenberg. (2016).  
*Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook.* World Health Organization.

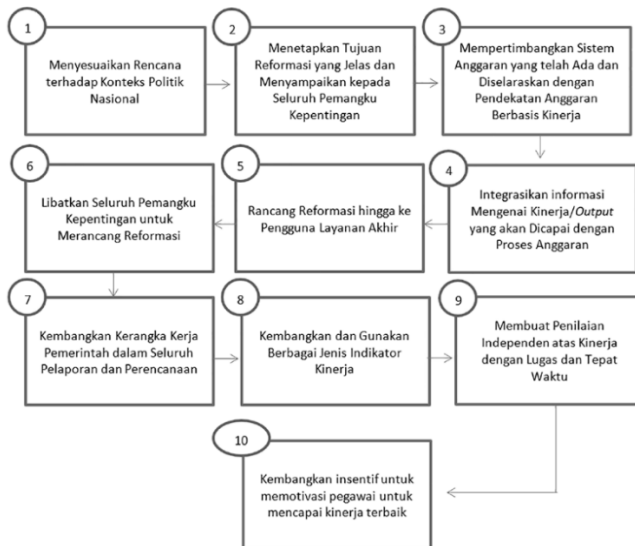
### 3. *Line-Item Budgeting for Health*

Metode penganggaran ini telah digunakan sejak lama di berbagai negara dengan informasi anggaran yang diatur berdasarkan kategori biaya yang terdiri dari kategori staf, perlengkapan atau biaya operasional, dan peralatan atau barang modal (Rajan, Barroy and Stenberg, 2016). Fasilitas kesehatan akan menerima jumlah anggaran tetap untuk periode tertentu untuk input tertentu (misalnya untuk staf dan obat-obatan).

Line-Item Budgeting menjadi cara lembaga legislatif untuk melakukan pengawasan karena memiliki pos-pos yang spesifik, tetapi menjadi penghambat bagi fasilitas kesehatan untuk mengelola dana kesehatan secara fleksibel karena pengeluaran harus mengikuti garis anggaran yang sudah ditentukan secara ketat. Jenis penganggaran ini sering disebut dengan penganggaran tradisional. Walaupun memiliki banyak kelemahan, jenis penganggaran ini masih banyak digunakan karena dianggap mudah untuk dilaksanakan. Dari begitu banyak negara yang pernah menggunakan line item budgeting, Korea Selatan menjadi negara yang sukses mengubah line item budgeting menjadi *programme budgeting*.

### 4. *Performance Budgeting*

*Performance Budgeting* atau Penganggaran Berbasis Kinerja sebagai penganggaran yang menghubungkan dana yang dialokasikan dengan hasil yang terukur dan efisien. Di dalam pelaksanaan anggaran berbasis kinerja, para pemangku kepentingan harus menemukan implementasi yang paling sesuai dengan tata kelola dan struktur kelembagaan yang lebih luas. Pelaksanaan anggaran berbasis kinerja harus memiliki fleksibilitas dan fokus pada *outcome*, tidak hanya *output* (OECD, 2008). Di dalam pelaksanaannya, pemangku kepentingan tidak perlu memiliki terlalu banyak target. Target dapat dibatasi, tetapi banyak cara pengukuran keberhasilan target dapat digunakan. Perlunya pengukuran keberhasilan target juga perlu diiringi dengan peningkatan kualitas penyajian dan pelaporan informasi kinerja dalam sektor kesehatan, anggaran berbasis kinerja ditunjukkan dengan adanya keseimbangan antara anggaran kegiatan pelayanan langsung dan kegiatan penunjang. Kedua-duanya perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan *output* atau *outcome* yang jelas.



**Gambar 14.3.** *Performance Budgeting*  
**Sumber:** OECD. (2008). *Policy Brief Performance Budgeting: A Users' Guide.* (March).

## Daftar Pustaka

- Culyer, A.J. (2014) *Encyclopedia of health economics*. Newnes.
- Diwyarthi, N.D.M.S. *et al.* (2023) *Ekonomi Kesehatan*. Global Eksekutif Teknologi.
- Drummond, M., Carswell, C. and Husereau, D. (2022) 'Update of the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards: CHEERS 2022', *Medical Writing*, 31, pp. 60–64.
- Du, K.J. *et al.* (2022) 'Prof. Michael F. Drummond: Reporting Guidelines for Health Economic Evaluations: BMJ Guidelines for Authors and Peer Reviewers of Economic Submissions', *Annals of Translational Medicine*, 10(15).
- Edmiston, I.K.D. (2022) 'Economics 4357/7357: Health Economics Spring II Term 2022 (March 14–May 13)', *Economics*, 4357(7357).
- Lai, K.K., Cheung, M.T. and Fu, Y. (2018) 'Resource allocation in public healthcare: A team-DEA model', *Journal of Systems Science and Complexity*, 31, pp. 463–472.
- Lawson, A. (2015) 'Public Financial Management', *GSDRC Professional Development Reading Pack*, 6.
- McIntyre, D., Kutzin, J. and Organization, W.H. (2016) *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*. World Health Organization.
- McMaster, R. (2017) '14. Rethinking health economics', *A Modern Guide to Rethinking Economics*, p. 263.
- Michaeli, D.T. and Michaeli, T. (2022) 'The healthcare labour shortage: Practice, theory, evidence, and ways forward', *Theory, Evidence, and Ways Forward (March 26, 2022)* [Preprint].

- Murti, E., Iswati, R. and Wiyaka, A. (2018) 'Wirausaha Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ekonomi Masyarakat Di Desa Baderan', *JURNAL SOSIAL Jurnal Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial*, 19(2), pp. 130–135.
- Neppelenbroek, N.J.M. *et al.* (2023) 'Use of Utility and Disability Weights in Economic Evaluation of Pediatric Vaccines: A Systematic Review', *Value in Health* [Preprint].
- OECD (2008) 'Performance Budgeting: A Users' Guide'. OECD Paris.
- Organization, W.H. (2021) 'Principles of health benefit packages'.
- Putri, L.M. *et al.* (2023) 'Analisis Kerugian Produktivitas Pasien Katarak Di Rumah Sakit Swasta Di Surabaya', *MAINTEKKES: The Journal of Management Information and Health Technology*, 1(1), pp. 7–11.
- Putri, L.M., Rochmah, T.N. and Ernawaty, E. (2022) 'Catastrophic Health Expenditure Analysis Based on Cataracts Severity at Public & Private Hospital in Surabaya', *Journal of Health Management Research*, 1(1), pp. 20–25.
- Rahmiyati, A.L. (2021) *Buku Ajar Konsep Dasar Pembiayaan Dan Penganggaran Kesehatan*. Ahlimedia Book.
- Rajan, D., Barroy, H. and Stenberg, K. (2016) 'Budgeting for health', *Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook*. Geneva: WHO, pp. 393–444.
- Salim, D.L.F. (2020) 'Aksesibilitas Pembiayaan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional', *Lex Et Societatis*, 8(4).
- Setiawan, D. *et al.* (2016) 'Cost-utility analysis of human papillomavirus vaccination and cervical screening on cervical cancer patient in Indonesia', *Value in Health Regional Issues*, 9, pp. 84–92.
- Setyawan, F.E.B. (2015) 'Sistem pembiayaan kesehatan', *Saintika Medika*, 11(2), pp. 119–126.
- Shihab, A.N. *et al.* (2017) 'National health insurance effects on inpatient utilization in Indonesia', *Int J Heal Sci Res*, 7(4), pp. 96–106.



## Profil Penulis



**Linta Meyla Putri, S.KM., M.Kes.**

Lahir 28 tahun silam di Tulungagung, salah satu daerah bagian selatan Jawa Timur, penulis yang akrab disapa Linta ini memiliki minat dan ketertarikan dalam bidang kesehatan. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 KESEHATAN MASYARAKAT DI UNIVERSITAS AIRLANGGA pada tahun 2016. Semasa kuliah penulis aktif dan menaruh minat lebih pada konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan di FKM UNAIR. Sehingga penulis memutuskan untuk melakukan studi lanjut dan mengambil minat MANAJEMEN KESEHATAN. Penulis telah menyelesaikan pendidikan pada program studi S2 ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN dengan konsentrasi MINAT MANAJEMEN KESEHATAN pada FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA pada tahun 2021. Semasa menjalani perkuliahan Magister, penulis juga aktif bekerja pada salah satu Rumah Sakit Daerah milik Provinsi Jawa Timur, yaitu RSUD Dr. Soetomo. Saat ini penulis aktif menjadi dosen pada Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Adi Husada Surabaya. Penulis memiliki *passion* dalam bidang ekonomi kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan manajemen sumber daya manusia kesehatan, pengelolaan administrasi rumah sakit, manajemen mutu rumah sakit, kebijakan kesehatan, dan lainnya. Aktif terlibat dalam kegiatan riset Studi Pembiayaan Leptospirosis di Jawa Tengah bersama BRIN Indonesia dan Kajian Implementasi *Personal Health Record* di Surabaya. Selain aktif sebagai akademisi, penulis juga merupakan salah satu *founder* dalam program pengabdian masyarakat “Marshanda (Mari Sharing Bunda)” yang berfokus menciptakan forum kesehatan bagi ibu hamil untuk berkontribusi secara positif dalam menurunkan potensi AKI (Angka Kematian Ibu).

Email Penulis: [lintameyla@gmail.com](mailto:lintameyla@gmail.com)

# PERENCANAAN DAN EVALUASI KESEHATAN

**Dwi Juwartini, SKM., MPH**  
Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

## **Perencanaan Kesehatan**

### 1. Pengertian Perencanaan

Perencanaan merupakan bagian vital dalam manajemen, karena merupakan suatu proses penyusunan yang sistematis mengenai kegiatan-kegiatan selanjutnya yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah- masalah yang dihadapi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan merupakan kegiatan yang dilakukan dimasa datang dengan tujuan meningkatkan mutu program kesehatan. Perencanaan dapat pula diartikan alat untuk mencapai tujuan sebaik- baiknya dengan sumber daya yang ada supaya lebih efisien dengan memperhatikan lingkungan sosial budaya, fisik dan biologik (Litbangkes Depkes RI, 2002). Tanpa adanya perencanaan, pelaksanaan kegiatan tidak akan berjalan dengan baik. Dengan demikian, perencanaan merupakan suatu panduan atau petunjuk dalam proses kegiatan untuk mencapai tujuan kegiatan yang optimal secara efektif dan efisien(Naufal, 2011).

Leavy dan Loomba, perencanaan sebagai suatu proses penganalisaan dan pemahaman tentang suatu sistem, perumusan tujuan umum dan tujuan khusus, perkiraan segala kemampuan yang dimiliki,

penguraian segala kemungkinan rencana kerja yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan umum serta khusus tersebut, menganalisa efektifitas dari berbagai alternatif rencana dan memilih satu diantaranya yang dipandang baik serta menyusun rencana kegiatan dari rencana yang terpilih secara lengkap agar dapat dilaksanakan dan mengikutinya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga tercapai hubungan yang optimal antara rencana tersebut dengan sistem yang ada.

Perencanaan kesehatan adalah suatu ketelitian dan interpretasi yang cermat serta suatu upaya pengembangan pelayanan kesehatan yang teratur dilaksanakan atas dasar pemanfaatan seluruh ilmu pengetahuan modern dan pengalaman yang dimiliki sehingga terpenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat berdasarkan sumber- sumber yang tersedia.

Para ahli di bidang manajemen telah mengemukakan definisi atau pengertian tentang perencanaan, namun setiap pengertian perencanaan senantiasa memiliki batasan yang berbeda tergantung ahli manajemen yang mengemukakan. Perencanaan di bidang kesehatan pada dasarnya merupakan suatu proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang harus disediakan, menetapkan tujuan yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Dari batasan tersebut, perencanaan akan menjadi efektif jika sebelumnya dilakukan perumusan masalah berdasarkan fakta (Naufal, 2011). Perencanaan yang baik mencakup 6 unsur *What, Why, Where, When, Who, How*.

## 2. Tujuan Perencanaan

Tujuan perencanaan pada dasarnya untuk membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan tersebut. Semakin jelas rumusan masalah kesehatan maka akan semakin mudah menentukan tujuan. Perumusan sebuah tujuan

operasional program kesehatan harus bersifat SMART : specific ( jelas sasaran dan mudah dipahami oleh staf pelaksana), measurable ( dapat diukur kemajuannya), appropriate ( sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi/misi institusi dan sebagainya), realistic ( dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang ada), time bound ( sumber daya yang dapat dialokasikan dan kegiatan yang direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan).

Selain itu perencanaan juga bertujuan untuk merumuskan dan melaksanakan kegiatan- kegiatan dimasa datang yang akhirnya bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Menurut Wijono(2007) perencanaan adalah suatu alat atau cara untuk mencapai suatu tujuan. Tujuan membuat perencanaan antara lain;

- a. Diharapkan tercapainya suatu pengarahan kegiatan, adanya panduan bagi pelaksana kegiatan yang ditujukan kepada pencapaian tujuan pembangunan.
- b. Melakukan perkiraan terhadap potensi dan prospek perkembangan, hambatan-hambatan serta resiko yang mungkin dihadapi dan mengusahakan supaya ketidakpastian dapat dibatasi sedikit mungkin.
- c. Memberikan kesempatan memilih berbagai alternatif tentang cara yang baik
- d. Penyusunan skala prioritas , dengan memilih urutan- urutan sesuai dengan prioritas yang ada.
- e. Dengan adanya rencana maka akan ada standar untuk mengadakan pengawasan, pengendalian atau evaluasi.
- f. Rencana hendaknya tidak lepas dari sistem yang ada.
- g. Rencana hendaknya luwes,dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

### 3. Jenis Perencanaan

Perencanaan atau rencana itu sendiri banyak macamnya, antara lain :

- a. Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana :
- b. Rencana jangka panjang (*long term planning*), yang berlaku antara 10-25 tahun.
- c. Rencana jangka menengah (*medium range planning*), yang berlaku antara 5-7 tahun.
- d. Rencana jangka pendek (*short range planning*), umumnya hanya berlaku untuk 1 tahun.
- e. Dilihat dari tingkatannya :
- f. Rencana induk (*masterplan*), lebih menitikberatkan uraian kebijakan organisasi. Rencana ini mempunyai tujuan jangka panjang dan mempunyai ruang lingkup yang luas.
- g. Rencana operasional (*operational planning*), lebih menitikberatkan pada pedoman atau petunjuk dalam melaksanakan suatu program.
- h. Rencana harian (*day to day planning*) ialah rencana harian yang bersifat rutin.
- i. Ditinjau dari ruang lingkungannya:
- j. Rencana strategis (*strategic planning*), berisikan uraian tentang kebijakan tujuan jangka panjang dan waktu pelaksanaan yang lama. Model rencana ini sulit untuk diubah.
- k. Rencana taktis (*tactical planning*) ialah rencana yang berisi uraian yang bersifat jangka pendek, mudah menyesuaikan kegiatan-kegiatannya, asalkan tujuan tidak berubah.
- l. Rencana menyeluruh (*comprehensive planning*) ialah rencana yang mengandung uraian secara menyeluruh dan lengkap.
- m. Rencana terintegrasi (*integrated planning*) ialah rencana yang mengandung uraian yang

menyeluruh bersifat terpadu, misalnya dengan program lain diluar kesehatan.

Meskipun ada berbagai jenis perencanaan berdasarkan aspek-aspek tersebut diatas namun prakteknya sulit untuk dipisah-pisahkan seperti pembagian tersebut. Misalnya berdasarkan tingkatannya suatu rencana termasuk rencana induk tetapi juga merupakan rencana strategis berdasarkan ruang lingkupnya dan rencana jangka panjang berdasarkan jangka waktunya.

#### 4. Prinsip Perencanaan

- a. Perencanaan harus dibuat dengan mempertimbangkan kebutuhan dan konteks masyarakat. Anda harus mencoba memahami apa yang sedang terjadi di komunitas tempat Anda bekerja.
- b. Pertimbangkan kebutuhan dasar dan kepentingan masyarakat. Jika Anda tidak mempertimbangkan kebutuhan dan kepentingan setempat, rencana Anda tidak akan efektif.
- c. Membuat rencana bersama orang-orang yang terlibat dalam pelaksanaan suatu kegiatan. Jika Anda menyertakan orang-orang, kemungkinan besar mereka akan berpartisipasi dan rencana tersebut akan lebih mungkin berhasil.
- d. Identifikasi dan gunakan semua sumber daya komunitas yang relevan.
- e. Perencanaan harus fleksibel, tidak kaku. Anda dapat mengubah rencana Anda bila diperlukan. Misalnya, Anda harus mengubah prioritas jika muncul masalah baru yang memerlukan tanggapan segera.
- f. Kegiatan yang direncanakan harus dapat dicapai, dan mempertimbangkan keterbatasan keuangan, personel, dan waktu terhadap sumber daya yang Anda miliki. Anda tidak boleh merencanakan aktivitas yang tidak dapat dicapai.

## 5. Langkah-Langkah Perencanaan

### Langkah-langkah perencanaan kesehatan

#### 1. Analisis situasi

Langkah analisis situasi dimulai dengan menganalisis data laporan yang telah dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan lembaga lain (data sekunder) yang datanya dibutuhkan, observasi dan wawancara. Langkah analisis situasi bertujuan untuk mengumpulkan jenis data atau fakta yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dijadikan dasar penyusunan perencanaan. Data yang diperlukan terdiri dari:

- a. Data tentang penyakit dan kejadian sakit (*diseases and illnesses*).
- b. Data kependudukan.
- c. Data potensi organisasi kesehatan.
- d. Keadaan lingkungan dan geografi.
- e. Data sarana dan prasarana.

Proses pengumpulan data untuk analisis situasi dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Mendengarkan keluhan masyarakat melalui pengamatan langsung kelapangan.
- 2) Membahas langsung masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dikembangkan bersama tokoh-tokoh formal dan informal masyarakat setempat.
- 3) Membahas program kesehatan masyarakat dilapangan bersama petugas lapangan kesehatan, petugas sektor lain, atau bersama dukun bersalin yang ada diwilayah kerja puekesmas.
- 4) Membaca laporan kegiatan program kesehatan pada pusatOpusat pelayanan kesehatan di suatu wilayah.
- 5) Mempelajari peta wilayah, sensus penduduk, statistik kependudukan, laporan khusus, hasil

survei, petunjuk pelaksanaan (jutilak) program kesehatan, dan laporan tahunan

## 2. Identifikasi masalah

Mengidentifikasi masalah kesehatan dapat diperoleh dari berbagai cara antara lain:

- a. Laporan kegiatan dari program kesehatan yang ada.
- b. Surveillance epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit
- c. Survei kesehatan yang khusus diadakan untuk memperoleh masukan perencanaan kesehatan.
- d. Hasil kunjungan lapangan supervisi dan sebagainya.

## 3. Menetapkan prioritas masalah

Kegiatan identifikasi masalah menghasilkan banyak masalah kesehatan yang menunggu untuk ditangani. Karena keterbatasan sumber daya baik biaya, tenaga dan teknologi, maka tidak semua masalah tersebut dapat dipecahkansekaligus (direncanakan pemecahannya). Untuk itu maka harus dipilih masalah yang mana yang 'feasible' untuk dipecahkan. Proses pemilihan prioritas masalah dapat dilakukan melalui dua cara, yakni:

- a. Melalui teknik skoring, yakni memberikan nilai (scor) terhadap masalah tersebut dengan menggunakan ukuran (parameter) antara lain:
  - 1) Prevelensi penyakit (*prevelence*) atau besarnya masalah.
  - 2) Berat ringannya akibat yang ditimbulkan oleh masalah tersebut (*severity*).
  - 3) Keinginan masyarakat untuk menyelesaikan masalah tersebut (*degree of umeet need*).
  - 4) Keuntungan sosial yang diperoleh bila masalah tersebut diatasi (*social benefit*).



- 5) Teknologi yang tersedia dalam mengatasi masalah (*technical feasibility*).
- 6) Sumber daya yang tersedia yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah (*resources availability*).

Masing-masing ukuran tersebut diberi nilai berdasarkan justifikasi kita, bila masalahnya besar diberi 5 paling tinggi, dan bila sangat kecil diberi nilai 1. Kemudian nilai-nilai tersebut dijumlahkan. Masalah yang mempunyai nilai tertinggi (terbesar) adalah yang di prioritaskan, masalah yang memperoleh nilai terbesar kedua dan selanjutnya.

b. Melalui teknik non skoring

Dengan menggunakan teknik ini masalah dinilai melalui diskusi kelompok, oleh sebab itu, juga disebut nominal group technique (NGT). Ada dua NGT, yakni:

- 1) *Delphi technique*: yaitu masalah-masalah didiskusikan oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama.
- 2) *Delbec technique*: menetapkan prioritas masalah menggunakan teknik ini adalah juga melalui diskusi kelompok, namun peserta diskusi terdiri dari para peserta yang tidak sama keahliannya, maka sebelumnya dijelaskan dulu, sehingga mereka mempunyai persepsi yang sama terhadap masalah-masalah yang akan dibahas. Hasil diskusi ini adalah prioritas masalah yang disepakati bersama.

4. Menentukan tujuan

Menentukan tujuan perencanaan pada dasarnya adalah membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan tersebut. Semakin

jelas rumusan masalah kesehatan maka akan semakin mudah menentukan tujuan. Penetapan tujuan yang baik apabila dirumuskan secara kongkret dan dapat diukur.

Perumusan sebuah tujuan operasional program kesehatan harus bersifat SMART: spesifik (jelas sasarannya dan mudah dipahami oleh staf pelaksana), measurable (dapat diukur kemajuannya), appropriate (sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi/misi institusi, dan sebagainya), realistic (dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang ada), time bound (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan).

Hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun tujuan program:

Tujuan adalah hasil akhir dari sebuah kegiatan.

- a. Tujuan harus sesuai dengan masalah, terget ditetapkan sesuai dengan kemampuan organisasi, dan dapat diukur.
- b. Tujuan operasional biasanya ditetapkan dengan batas waktu (batas pencapaiannya) dan hasil akhir yang ingi dicapai pada akhir kegiatan program (dead line).
- c. Berbagai macam kegiatan alternatif dipilih untuk mencapai tujuan.
- d. Masalah, faktor penyebab masalah, dan dampak masalah yang telah dan akan mungkin terjadi dimasa depan sebaiknya dikaji terlebih dahulu.

## **Evaluasi Kesehatan**

Pengertian Evaluasi Kesehatan

Evaluasi adalah upaya untuk mengikuti perkembangan dari suatu program yang sedang dilaksanakan dan selanjutnya diupayakan jalan keluar atau perbaikannya bila terjadi penyimpangan-penyimpangan. Evaluasi juga

sering disimpulkan sebagai upaya mengumpulkan dan menganalisis indikator yang telah diseleksi guna membantu manajer atau pengelola program untuk mengukur apakah aktivitas kunci telah dilaksanakan seperti direncanakan dan memperoleh efek yang diinginkan pada target populasi.

#### Tujuan Evaluasi Kesehatan

Tujuan diadakan evaluasi suatu program biasanya bervariasi, tergantung pada pihak yang memerlukan informasi hasil tersebut. Pimpinan tingkat atas memerlukan informasi hasil evaluasi berbeda dengan pimpinan tingkat menengah atau pimpinan tingkat pelaksana.

Walaupun demikian pada dasarnya evaluasi dilakukan dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Untuk menetapkan penilaian terhadap program yang sedang berjalan dan kecenderungannya, apakah pencapaian target seperti yang telah ditetapkan dalam rencana program telah berjalan secara efektif dan efisien.
- b. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan atau pelaksanaan program yang lalu selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
- c. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana, daya, dan manajemen (resources) saat ini serta di masa-masa mendatang. Tanpa adanya evaluasi akan terjadi pemborosan penggunaan sumber dana dan daya yang sebenarnya dapat diadakan penghematan serta penggunaan untuk program-program yang lain.
- d. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan hal ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain; mengecek relevansi dari program dalam hal

perubahan-perubahan kecil yang terus-menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan program.

- e. Untuk meningkatkan efektivitas administrasi manajemen program atau untuk memberikan kepuasan sehubungan dengan akuntabilitas yang diharapkan oleh atasan,

#### Jenis Evaluasi Kesehatan

- a. Evaluasi Rutin; meliputi mengumpulkan informasi secara regular, sementara program berjalan (on going) untuk sekumpulan indikator inti atau primer. Bilangan indikator harus selalu diusahakan minimum tetapi harus selalu disiapkan oleh manajer dengan informasi yang cukup. Monitoring rutin dapat digunakan untuk mengidentifikasi program mana yang dilaksanakan dengan baik dan mana yang tidak sesuai rencana.
- b. Evaluasi jangka pendek (short-term) dilaksanakan untuk periode terbatas dan biasanya untuk kegiatan yang spesifik atau khusus. Biasanya waktu aktivitas yang baru diterapkan, manajer perlu mengetahui apakah kegiatan dilaksanakan sesuai rencana dan apakah memperoleh efek yang diinginkan. Umumnya manajer menggunakan informasi untuk menyesuaikan dalam intervensi yang baru. Monitoring sewaktu-waktu biasanya digunakan pada waktu manajer telah mengidentifikasi permasalahan dalam perolehan input dan pelayanan serta dibutuhkan informasi tambahan. Monitoring dalam kasus ini digunakan untuk mencari tahu permasalahan dan gaps dalam pelayanan, serta pelayanan penunjang. Dalam praktek umumnya kedua jenis monitoring tersebut diatas dapat saling melengkapi.
- c. Monitoring Bulanan: dilakukan terhadap IPMS (Indikator Potensi Masyarakat Sehat), melalui PWS (Pemantauan Wilayah Setempat) program pokok

Puskesmas khususnya KIA, imunisasi dan perbaikan gizi. Hasil PWS dibahas pada monitoring bulanan ini, untuk ditindaklanjuti, desa mana yang harus difasilitasi agar dapat mengejar ketinggalannya dalam pencapaian program pokok Puskesmas

- d. Monitoring Semesteran: dilakukan terhadap IPTS (Indikator Potensi Tatanan Sehat) dan IPKS (Indeks Potensi Keluarga Sehat) melalui pembahasan hasil MEM (Monitoring dan Evaluasi Manfaat) yang dilakukan setiap semester

#### Prinsip Evaluasi Kesehatan

Dalam merencanakan penggunaan sistim monitoring rutin atau sewaktu waktu, beberapa prinsip harus diperhatikan:

- a. Pilih indikator kunci yang akan digunakan oleh manajer dan pengguna lainnya.
- b. Jangan membebani staff anda untuk mengumpulkan terlalu banyak data.
- c. Persiapkan waktu untuk memberikan umpan balik.
- d. Gunakan format pelaporan yang dapat memudahkan interpretasi dan tindakan

#### 5. Langkah-langkah Evaluasi Kesehatan

##### a. Tahap Perencanaan

- 1) Menspesifikasikan tujuan khusus (objectives) yaitu apa yang akan dimonitor, apa tujuannya dan siapa yang melakukan serta menentukan apakah akan memonitor indikator input, proses, output, atau outcome
- 2) Membuat ruang lingkup monitoring seperti area geografi, fasilitas yang digunakan, tenaga yang terlibat, durasi monitoring (monitoring rutin/jangka pendek) dan deadline monitoring
- 3) Membuat indikator dan standar kinerja serta frekuensi minimal untuk mengumpulkan data
- 4) Memilih sumber informasi

- 5) sumber data yang sudah ada seperti laporan rutin, laporan logistik, laporan register, laporan pasien, laporan kegiatan dan laporan kependudukan
  - 6) Memodifikasi bentuk yang sudah ada
  - 7) Mengembangkan instrumen baru
  - 8) Mengembangkan prosedur pengumpulan data (review dokumen/laporan, observasi, survei cepat, wawancara setelah pelayanan/exit interview dan interview tenaga Kesehatan)
- b. Tahap Pelaksanaan
- 1) Mengumpulkan data
  - 2) Mentabulasi dan menganalisis data
  - 3) Membuat laporan hasil monitoring dengan cara mereview pasien (user), mengadaptasikan laporan monitoring dengan kebutuhan user, menggunakan grafik/table, mengemukakan hasil penemuan utama dan mencari input tentang penyebab dan solusinya
  - 4) Mengambil tindakan yang tepat (mengidentifikasi penyebab, menggambarkan akar masalah, mengumpulkan data untuk mencari penyebab yang belum diketahui, merencanakan dan mengimplementasikan solusi dan memonitor hasil kegiatan apakah sesuai dengan implementasi dan dampak yang diharapkan
- c. Tahap Akhir/Penentuan
- 1) Memutuskan apakah akan meneruskan monitoring atau tidak dengan menggunakan guideline review monitoring sebagai berikut:
    - a) Jika pelaksanaan program meningkat maka kebutuhan data input kurang penting dan kebutuhan data mengenai

output dan outcome akan menjadi lebih penting

- b) Jika masalah diatasi maka jumlah indikator dan frekuensi pengumpulan data dapat dikurangi

## **Daftar Pustaka**

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2. Jakarta : Rineka Cipta.



## **Profil Penulis**



### **Dwi Juwartini, SKM.,MPH**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan masyarakat dimulai pada tahun 2023. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Ibu Anak dan Kesehatan Reproduksi di Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gajah Mada dan berhasil menyelesaikan studi S2 dan kukus tahun 2016. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Reproduk. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Dan sebagai anggota himpunan Perawag Maternitas di Yogyakarta.

Email Penulis: [dwijuwartini@gmail](mailto:dwijuwartini@gmail.com)

## SURVEILANS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

**Fatiyani Alyensi, SST.,Bdn.,M.Kes**  
Poltekkes Kemenkes Riau

### **Pendahuluan**

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan dalam meningkatkan status kesehatan di masyarakat terutama kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan keluarga berencana (KB). Bidan melakukan perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan berdasarkan masalah kesehatan baik berupa gangguan kesehatan (penyakit) atau masalah kesehatan lainnya atau faktor resiko penyakit. Status kesehatan di masyarakat dapat diketahui dengan cara melakukan pengamatan dan penanggulangan penyakit/resiko. Berhubungan dengan hal tersebut bidan diharapkan memiliki kemampuan dalam mengidentifikasi dan melakukan investigasi/penyelidikan terhadap masalah kesehatan tersebut serta menganalisis dan melaporkan hasil pengamatan dalam rangka meningkatkan kesehatan ibu dan anak yang disebut surveilans. Kegiatan surveilans dengan melakukan pengumpulan data dan pengamatan terus menerus sehingga dapat diketahui kecenderungan atau trend dari suatu penyakit dan dampak dari program terhadap masalah kesehatan apakah terjadi kenaikan atau penurunan jumlah kasus dibandingkan dengan cakupan program sebelumnya.

## **Definisi Surveilans**

Surveilans Kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Sistematis berarti kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh suatu sistem seperti Dinas Kesehatan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Surveilans merupakan proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistemik dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Berdasarkan definisi di atas dapat diketahui bahwa surveilans adalah suatu kegiatan pengamatan penyakit yang dilakukan secara terus menerus dan sistematis terhadap kejadian dan distribusi penyakit serta faktor-faktor yang mempengaruhi nya pada masyarakat sehingga dapat dilakukan penanggulangan untuk dapat mengambil tindakan efektif (WHO, 2004)

Langmuir dari *Center of Disease Control (CDC)* dari Atlanta menyatakan bahwa surveilans merupakan pengumpulan, analisis dan interpretasi data kesehatan secara sistematis dan terus menerus, yang diperlukan untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat, dipadukan dengan diseminasi data secara tepat waktu kepada pihak-pihak yang perlu mengetahuinya. Surveilans kesehatan masyarakat menurut Timmreck (2005) adalah merupakan proses pengumpulan data kesehatan yang mencakup tidak saja pengumpulan informasi secara sistematis, tetapi juga melibatkan analisis, interpretasi, penyebaran, dan penggunaan informasi kesehatan. Hasil surveilans dan pengumpulan serta analisis data digunakan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang status kesehatan populasi guna merencanakan, menerapkan, mendeskripsikan, dan mengevaluasi program kesehatan

masyarakat untuk mengendalikan dan mencegah kejadian yang merugikan kesehatan. Dengan demikian, agar data dapat berguna, data harus akurat, tepat waktu, dan tersedia dalam bentuk yang dapat digunakan.

Sedangkan menurut DCP2 (2008), surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus-menerus dan sistematis yang kemudian didiseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya.

### **Tujuan Surveilans**

1. Pengamatan yang dilakukan dapat menemukan data dan informasi tentang keadaan, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya serta masalah kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai bahan pengambilan keputusan
2. Terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya kejadian luar biasa (KLB) / wabah dan dampaknya
3. Terselenggaranya investigasi dan penanggulangan KLB/Wabah
4. Data yang diperoleh dapat dijadikan sebagai dasar penyampaian informasi kesehatan kepada para pihak yang berkepentingan sesuai dengan pertimbangan kesehatan.
5. Memantau kinerja kinerja
6. Memantau kemajuan pengendalian
7. Sebagai dasar melakukan penelitian
8. Memonitor kecenderungan penyakit endemik
9. Melakukan evaluasi kinerja

## **Karakteristik Surveilans Epidemiologi**

Secara umum struktur Sistem Surveilans di Indonesia berbasis laporan Puskesmas, Rumah Sakit dan Laboratorium dan dimanfaatkan di semua tingkatan pemerintahan di kabupaten/kota, provinsi dan pusat yang masing-masing membentuk unit surveilans, baik struktural atau fungsional.

Sistem surveilans memiliki karakteristik diantaranya yaitu: kesederhanaan, fleksibilitas, akseptabilitas, sensitivitas, nilai prediktif positif, kerepresentatifan, ketepatan waktu yang berkontribusi secara langsung terhadap kemampuan mencapai tujuan spesifiknya. Kombinasi atribut surveilans ini akan menentukan kekuatan dan kelemahan dari sistem surveilans, sehingga harus terdapat keseimbangan diantara atribut sistem surveilans tersebut (Rom aguera,rA.,etal 2000)

### 1. Kesederhanaan (*Simplicity*)

Kesederhanaan dari suatu sistem surveilans mencakup kesederhanaan dalam hal struktur dan kemudahan pengopersiannya. Sistem surveilans sebaiknya dirancang sesederhanamungkin, namun masih dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Kesederhanaan erat kaitannya dengan ketepatan waktu, dan akan mempengaruhi jumlah sumber daya/sumber dana yang dibutuhkan untuk melaksanakan sistem tersebut (Depkes RI, 2003: 30-31) Sistem surveilans seharusnya sesederhana mungkin. Sistem surveilans sangatsederhana dapat dicontohkan adanya unit kecil yang merumuskan definisi operasional kasus dengan variabel yang mudah diperoleh, unit ini juga yang menemukan kasus, merekam dan mengolah datanya, serta memanfaatkannya untuk kepentingan unit itusendiri.

Sistem surveilans sederhana jika definisi operasional kasus mudah untuk diterapkan dantidak memerlukan keahlian khusus, menjadi kompleks jika diagnosis kasus memerlukanwawancara dan pemeriksaan yang kompleks, memerlukan dukungan labotarioium yang selalu tersedia, pengoperasiannya rumit, perlu tenaga

dengan keahlian khusus dan pelatihan atau pendidikan tertentu.

Secara umum, definisi operasional yang sederhana, akan cenderung menimbulkan sensitifitas dan spesifitas rendah, tetapi definisi operasional yang ketat atau sulit menimbulkan tingkat partisipasi rendah, butuh alat, pelatihan dan tenaga yang memerlukan anggaran tidak sedikit.

Beberapa ukuran yang dapat digunakan untuk menentukan kesederhanaan sistem surveilans (Klaucke cs dalam Principles hal 177):

- a. Jumlah dan jenis informasi yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis sesuai definisi operasional kasus
  - b. Jumlah dan jenis sumber data
  - c. Cara-cara untuk mengirimkan informasi adanya kasus dan pengiriman data
  - d. Pelatihan staff
  - e. Jenis dan kompleksitas melakukan analisis data
  - f. Jumlah sarana pendukung (paket sistem komputerisasi)
  - g. Cara-cara mempublikasikan laporan
  - h. Besarnya sumber daya yang diperlukan (biaya dan sarana), semakin kompleks semakin mahal.
2. Fleksibilitas (*Flexibility*)

Suatu sistem surveilans yang fleksibel dapat menyesuaikan diri dengan perubahan informasi yang dibutuhkan atau situasi pelaksanaan tanpa disertai peningkatan yang berarti akan kebutuhan biaya, tenaga dan waktu. Sistem yang fleksibel dapat menerima perubahan definisi kasus, dan variasi – variasi dari sumber pelaporan. Pada umumnya, makin sederhana suatu sistem, makin fleksibel untuk diterapkan pada penyakit/masalah kesehatan lain sertakomponen yang harus diubah akan lebih sedikit.

Fleksibilitas juga dimaksudkan kemudahan sistem surveilans yang ada untuk menghadapi munculnya penyakit baru, misalnya, ketika terjadi ancaman pandemi influenza ganas, ancaman loncatan tipe virus influenza A H5N1, maka sistem deteksi dini dapat direalisasikan dengan menumpang pada sistem pemantauan wilayah setempat kasus potensi KLB yang masih aktif.

### 3. Akseptabilitas (*Acceptability*)

Akseptabilitas menggambarkan kemauan seseorang atau organisasi untuk berpartisipasi dalam melaksanakan sistem surveilans. Akseptabilitas merupakan atribut yang sangat subjektif yang mencakup kemauan pribadi dari orang-orang yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan sistem surveilans untuk menyediakan data yang akurat, konsisten, lengkap dan tepat waktu.

Sistem surveilans yang baik jika dapat diterima oleh semua pihak terkait dengan penyelenggaraan sistem surveilans, baik unit kerja maupun oleh orang-orang yang bertugas dalam penyelenggaraan sistem surveilans, baik unit sumber data, unit surveilans, dan program terkait.

Beberapa variabel yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi tingkat partisipasi:

- a. Adanya Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang struktur organisasi dan uraian tugas program Surveilans yang memastikan adanya orang yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan surveilans
- b. Dibentuknya unit pelaksana, kelompok kerja atau petugas yang bertanggungjawab sesuai peran terhadap penyelenggaraan surveilans yang ditetapkan dalam suatu keputusan formal
- c. Terdapatnya rencana kerja pelaksanaan sistem surveilans dan anggaran sesuai dengan peran dalam penyelenggaraan surveilans

- d. Besarnya jumlah kelengkapan laporan dan laporan-laporan yang dikirimkan tepat waktu
- e. Pada unit sumberdata surveilans dapat diidentifikasi
  - 1) keterlibatan dokter, perawat, petugas laboratorium dan unit-unit yang terlibat dalam identifikasi kasus, perekaman dan pelaporan,
  - 2) Kelengkapan isi formulir isian, baik dalam penetapan kasus maupun variabel-variabel yang diperlukan lainnya dan
  - 3) Perbandingan jumlah kasus terekam dalam dokumen rekam data surveilans dibanding dengan jumlah kasus-kasus yang telah terdaftar, teridentifikasi atau tercatat di register

Pengukuran dapat dilakukan kuantitatif, kualitatif atau melalui penelitian khusus sesuai dengan jenis pengukuran yang dinilai.

#### 4. Sensitivitas (*Sensitivity*)

Sensitivitas dari suatu sistem surveilans dapat dilihat pada dua tingkatan. Pertama, pada tingkatan pengumpulan data, proporsi kasus dari suatu penyakit/masalah kesehatan yang dideteksi oleh sistem surveilans. Kedua, sistem dapat dinilai akan kemampuannya untuk mendeteksi KLB.

Secara praktis dapat dijelaskan, penekanan utama dalam menilai sensitivitas dengan asumsi kasus – kasus yang dilaporkan sebagian besar diklasifikasikan dengan benar adalah mengestimasi proporsi dari jumlah kasus di masyarakat yang dapat dideteksi oleh sistem surveilans. Sistem surveilans dengan sensitivitas tidak terlalu tinggi masih berguna untuk memantau *trend* selama sensitivitasnya konstan.



Sistem surveilans sensitif adalah mampu mendeteksi kejadian-kejadian kesehatan atau obyek surveilans lain dengan tepat, baik pada keakuratan diagnosis, kelengkapan laporankasus, maupun ketepatan waktu terdeteksinya kejadian. Sensitif juga berarti mampu mendeteksi adanya KLB dengan tepat.

Sensitivitas identifikasi kasus yang datang ke pelayanan sendiri dipengaruhi oleh:

- a. Karakteristik definisi operasional kasus,
  - b. Alat diagnostik,
  - c. Kemampuan tenaga, baik karena pendidikan, maupun pelatihan dan pengalaman,
  - d. Perhatian pelaksana
5. Nilai Prediktif Positif (*Predictive Value Positive*)

Nilai Prediktif Positif (NPP) adalah proporsi dari populasi yang diidentifikasi sebagai kasus oleh suatu sistem surveilans dan kenyataannya memang kasus. Penghitungan NPP memerlukan catatan (arsip) dari intervensi-intervensi yang telah dilakukan berdasarkan informasi yang diperoleh dari sistem surveilans. Penghitungan NPP pada tingkat penemuan kasus dapat dilakukan apabila ada catatan mengenai jumlah pelacakan kasus yang telah dilakukan dan proporsi dari orang-orang yang benar-benar mengalami suatu peristiwa kesehatan/menderita penyakit yang diamati oleh sistem surveilans. Nilai Prediktif Positif sangat penting, karena NPP yang rendah berarti “kasus yang telah dilacak yang sebenarnya bukan merupakan kasus dan telah terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi KLB. NPP menggambarkan sensitivitas dan spesifisitas dari definisi kasus dan prevalensi dari suatu keadaan yang terjadi dalam masyarakat. NPP akan meningkat seiring dengan meningkatnya spesifisitas dan prevalens. Komunikasi yang baik antara orang-orang yang melaporkan kasus dan instansi yang menerima laporan akan meningkatkan NPP.

## **Komponen Kegiatan Surveilans**

1. Pengumpulan data, data yang dikumpulkan adalah data epidemiologi yang jelas, tepat dan ada hubungannya dengan penyakit yang bersangkutan. Tujuan dari pengumpulan data epidemiologi adalah: untuk menentukan kelompok populasi yang mempunyai resiko terbesar terhadap serangan penyakit; untuk menentukan reservoir dari infeksi; untuk menentukan jenis dari penyebab penyakit dan karakteristiknya; untuk memastikan keadaan yang dapat menyebabkan berlangsungnya transmisi penyakit; untuk mencatat penyakit secara keseluruhan; untuk memastikan sifat dasar suatu wabah, sumbernya, cara penularannya dan seberapa jauh penyebarannya.
2. Kompilasi, analisis dan interpretasi data. Data yang terkumpul selanjutnya dikompilasi, dianalisis berdasarkan orang, tempat dan Analisa dapat berupa teks tabel, grafik dan spot map sehingga mudah dibaca dan merupakan informasi yang akurat. Dari hasil analisis dan interpretasi selanjutnya dibuat saran bagaimana menentukan tindakan dalam menghadapi masalah yang baru.
3. Penyebaran hasil analisis dan hasil interpretasi data. Hasil analisis dan interpretasi data digunakan untuk unit-unit kesehatan setempat guna menentukan tindak lanjut dan disebarluaskan ke unit terkait antara lain berupa laporan kepada atasan atau kepada lintas sektor yang terkait sebagai informasi lebih lanjut.

Pada bidang kesehatan masyarakat, menurut McNabb et al., (2002), kegiatan surveilans mempunyai aktifitas inti sebagai berikut:

1. Pendeteksian kasus (*case detection*), merupakan proses mengidentifikasi peristiwa atau keadaan kesehatan. Unit sumber data menyediakan data yang diperlukan dalam penyelenggaraan surveilans

epidemiologi seperti rumah sakit, puskesmas, laboratorium, unit penelitian, unit program-sektor dan unit statistik.

2. Pencatatan kasus (*registration*), merupakan proses pencatatan kasus hasil identifikasi peristiwa atau keadaan kesehatan.
3. Konfirmasi (*confirmation*), merupakan evaluasi dari ukuran-ukuran epidemiologi sampai pada hasil percobaan laboratorium.
4. Pelaporan (*reporting*), berupa data, informasi dan rekomendasi sebagai hasil kegiatan surveilans epidemiologi yang kemudian disampaikan kepada berbagai pihak yang dapat melakukan tindakan penanggulangan penyakit atau upaya peningkatan program kesehatan. Juga disampaikan kepada pusat penelitian dan kajian serta untuk pertukaran data dalam jejaring surveilans
5. Analisis data (*data analysis*), merupakan analisis terhadap berbagai data dan angka sebagai bahan untuk menentukan indikator pada
6. Respon segera/kesiapsiagaan wabah (*epidemic preparedness*), merupakan kesiapsiagaan dalam menghadapi wabah/kejadian luar biasa.
7. Respon terencana (*response and control*), merupakan sistem pengawasan kesehatan masyarakat. Respon ini hanya dapat digunakan jika data yang ada bisa digunakan dalam peringatan dini pada munculnya masalah kesehatan masyarakat.
8. Umpan balik (*feedback*), berfungsi penting untuk sistem pengawasan, alur pesan dan informasi kembali ke tingkat yang lebih rendah dari tingkat yang lebih tinggi.

Dalam pelaksanaannya, diperlukan sistem evaluasi pada surveilans ini. Evaluasi Sistem Surveilans Kesehatan merupakan penilaian periodik dari perubahan dalam hasil yang ditargetkan (sasaran) yang dapat dihubungkan dengan sistem surveilans dan respon. Evaluasi

dimaksudkan untuk melihat perubahan dalam keluaran, hasil dan pengaruh (negatif atau positif target atau non target) dari sistem surveilans dan respon.

Kriteria evaluasi tersebut menurut Unicef (1990) dalam Trisnantoro (2005) antara lain:

1. Relevansi, apakah nilai intervensi sesuai dengan kebutuhan utama pemegang kekuasaan, prioritas nasional, kebijakan nasional dan internasional. Standar global ini bisa sebagai referensi evaluasi baik proses maupun hasil.
2. Efisiensi, apakah program cukup efisien untuk mencapai tujuan.
3. Efektivitas, apakah kegiatan yang dilaksanakan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
4. Dampak, yaitu efek yang timbul dari kegiatan baik positif maupun negatif meliputi sosial, ekonomi, lingkungan individu, komunitas atau institusi.
5. Kelanjutan, yaitu apakah aktivitas dan dampaknya mungkin diteruskan ketika dukungan dari luar dihentikan dan akankah akan lebih banyak ditiru atau diadaptasi.

## **Daftar Pustaka**

2008. Public health surveillance. The best weapon to avert epidemics. Disease Control Priority Project.
- Buchari Lapau. (2012). *Prinsip dan Metode Epidemiologi*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI
- Isep Priana MPA,dkk.2018. *Modul Pelatihan Surveilans Epidemiologi* . Kemenkes RI.
- McNabb, S.J., et al., Conceptual Framework of Public Health Surveillance and Action and Its Application in Health Sector Reform. BMC Public Health, 2 (2).
- Syafrudin (2015) *Epidemiologi dalam Kebidanan*. Bogor: In Media
- Timmreck, C.T. .2005. *Epidemiologi: Suatu Pengantar*, Edisi 2, terjemahan oleh Munaya Fauziah, dkk. EGC.
- Trisnantoro, L. 2005. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003*. Gadjah Mada University Press

## Profil Penulis



### **Fatiyeni Alyensi, SST., Bdn., M.Kes**

Penulis Lahir di Pekanbaru pada tanggal 21 Januari 1980. Riwayat pendidikan di Pekanbaru yaitu di SDN 015 (1992), SMPN 3 (1995), SMUN I (1998). Penulis menyelesaikan kuliah DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Pekanbaru (2001), kemudian melanjutkan ke jenjang DIV/S1 pada Bidang Pendidik Poltekkes Kemenkes Padang (2006). Penulis kemudian menempuh Pendidikan S2 Kebidanan pada STIKES Hangtuah Pekanbaru (2016). Saat ini penulis sedang menempuh pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Jambi. Riwayat pekerjaan penulis dimulai pada tahun 2003- 2005 menjadi dosen di Kebidanan Abdurrah Pekanbaru. Pada tahun 2006-2008 menjadi dosen Kebidanan di STIKES Hangtuah Pekanbaru. Pada tahun 2008-2011 menjadi dosen di Poltekkes Kemenkes Riau Prodi Tanjung Pinang dan pada tahun 2011 sampai dengan sekarang menjadi Dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Riau. Penulis aktif dalam melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak dan penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi bagi pendidikan kebidanan dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

Email Penulis: [fatiyeni@pkr.ac.id](mailto:fatiyeni@pkr.ac.id)



# TANAMAN OBAT KELUARGA DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI *HERBAL MEDICINE*

**Yesiana Dwi Wahyu Werdani, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya  
Mandala Surabaya

## **Regulasi Tentang Tanaman Obat Keluarga (TOGA)**

Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2016 memaparkan beberapa hal penting tentang TOGA yaitu sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2016):

1. Definisi TOGA:

TOGA adalah sekumpulan tanaman yang diatur secara rapi pada sebuah taman dan memiliki khasiat pengobatan untuk mempertahankan kesehatan keluarga.

2. Prinsip Pembentukan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan TOGA

a. Adanya kesadaran dan keinginan sendiri, tidak ada paksaan dari siapapun dan mempunyai motivasi diri untuk terlibat dalam asuhan mandiri TOGA.

b. Adanya kebersamaan yang ditunjukkan dengan perilaku saling berbagi pengetahuan dan kemampuan.



- c. Adanya kerjasama dan peran aktif kelompok asuhan mandiri bersama dengan fasilitator.
  - d. Adanya kemandirian yaitu kemampuan individu untuk menolong diri sendiri dan anggota keluarga, serta tersedianya bahan (tanaman obat) dan kemampuan mengolah TOGA yang dibutuhkan.
  - e. Berorientasi terhadap kebutuhan masyarakat yang didukung dengan kebijakan berupa peraturan, edaran ataupun surat serta didukung oleh petugas kesehatan terlatih dalam teknis asuhan mandiri.
3. Fungsi TOGA
- a. Menggerakkan masyarakat khususnya keluarga untuk melakukan asuhan mandiri.
  - b. Meningkatkan kebermanfaatan tanaman lokal daerah setempat yang memiliki khasiat pengobatan terhadap penyakit maupun meningkatkan kesehatan.
  - c. Sebagai media pendidikan kesehatan tentang obat-obat tradisional.
  - d. Meningkatkan sistem imun tubuh.
  - e. Mencegah timbulnya penyakit tertentu.
  - f. Mengatasi gangguan kesehatan ringan dan sebagai pertolongan pertama terhadap munculnya gejala penyakit tertentu.
  - g. Memulihkan kesehatan tubuh dari penyakit tertentu.

### **Langkah Menanam Toga di Masyarakat**

Hal-hal yang perlu diperhatikan masyarakat sebelum terlibat dalam penanaman TOGA di rumah antara lain (Saadah, N., dan Ustmani, 2022):

1. Persiapan Peralatan dan Bahan
  - a. Masyarakat perlu menyiapkan pot dan *polybag* apabila tidak memiliki tempat yang luas untuk menanam tanaman obat.
  - b. Masyarakat harus memahami tentang komposisi tanah yang akan digunakan yaitu terdiri dari tanah, sekam padi, dan pupuk kompos.
2. Pemilihan Jenis Tanaman Obat
 

Jenis tanaman obat yang akan di tanam disesuaikan dengan keluasan lahan dan kesesuaian dengan kebutuhan tanaman obat yang paling sering digunakan untuk menjaga kesehatan di dalam keluarga tersebut.
3. Perawatan Tanaman TOGA
 

Pasca penanaman TOGA, maka masyarakat perlu disadarkan dan dimotivasi untuk dapat merawat tanaman tersebut secara mandiri, dengan memperhatikan kebutuhan air, sinar matahari, dan membersihkan gulma yang tumbuh di sekitar tanaman.

### **Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Pernafasan**

Beberapa penyakit atau gejala penyakit pada sistem pernafasan dapat diatasi oleh *herbal medicine* berikut ini (Wahyuningrum et al., 2022):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Indikasi kegunaan</b>
<i>Allium cepa</i> (Bawang Merah)	influenza
<i>Allium sativum</i> (Bawang Putih)	batuk
<i>Alpinia galanga</i> (Lengkuas)	faringitis, laringitis, tonsilitis
<i>Amomum compactum</i> (Kapulaga)	batuk
<i>Camellia sinensis</i> (Daun teh)	influenza, <i>rhinitis allergic</i>
<i>Cinnamomum Verum</i> (Kayu Manis)	batuk

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Indikasi kegunaan</b>
<i>Citrus aurantiifolia</i> (Jeruk nipis)	batuk, asma, tuberkulosis, laringitis, faringitis
<i>Curcuma aeruginosa</i> (Temu hitam)	batuk
<i>Curcuma longa</i> (Kunyit)	asma, faringitis, batuk, tuberkulosis
<i>Curcuma xanthorrhiza</i> (Temulawak)	tuberculosis
<i>Cymbopogon citratus</i> (Sereh)	batuk
<i>Datura metel</i> (Kecubung)	asma
<i>Imperata cylindrica</i> (Alang-Alang)	faringitis, laringitis, tonsilitis
<i>Kaempferia galanga</i> (Kencur)	tuberkulosis, batuk, asma
<i>Morinda citrifolia</i> (Mengkudu)	asma
<i>Moringa oleifera</i> (Kelor)	tuberkulosis
<i>Passiflora edulis</i> (Markisa)	asma, batuk, laringitis
<i>Piper betle</i> (Sirih)	batuk, faringitis, tuberkulosis
<i>Piper nigrum</i> L (Lada Hitam)	influenza, <i>rhinitis allergica</i>
<i>Swietenia macrophylla</i> (Mahoni)	batuk
<i>Tamarindus indica</i> (Asam Jawa)	faringitis, laringitis
<i>Zingiber officinale</i> (Jahe)	batuk, asma, faringitis

### **Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat untuk Gangguan Sistem Kardiovaskuler**

*Herbal medicine* di masyarakat yang dimanfaatkan untuk mencegah dan mengatasi penyakit ataupun gejala penyakit pada sistem kardiovaskuler adalah (Bachheti et al., 2022):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian Tanaman yang Digunakan</b>	<b>Senyawa fitokimia</b>	<b>Kegunaan</b>
<i>Camellia sinensis</i> (Daun teh hijau)	daun	katekin, sterol, alkaloid, terpenoid	mengurangi kadar kolesterol total

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian Tanaman yang Digunakan</b>	<b>Senyawa fitokimia</b>	<b>Kegunaan</b>
<i>Coriandrum sativum</i> (Ketumbar)	biji	minyak atsiri, polifenol	mengontrol dislipidemia
<i>Crocus sativus</i> (Bunga pacar)	bunga, putik	minyak atsiri, crocin, crocetin, picrocrocine	menurunkan hipertensi dan aterosklerosis
<i>Curcuma longa</i> (Kunyit)	rimpang	curcumin	mengurangi stres oksidatif
<i>Glycine max</i> (Kedelai)	biji	isoflavon	meningkatkan lipoprotein densitas rendah, menghambat pembentukan trombus
<i>Moringa olifera</i> (Kelor)	daun	saponin	mengurangi kolesterol dan menstabilkan tekanan darah
<i>Nigella sativa</i> (Jintan hitam)	biji	cinnamaldehyde	mengurangi stres oksidatif dan mencegah hipertensi
<i>Ocimum sanctum</i> (Kemangi)	daun	eugenol	menurunkan tekanan darah
<i>Panax spp.</i> (Ginseng)	daun, akar	protopanaxadiol, protopanaxatriol	menstabilkan tekanan darah
<i>Solanum Lycopersicum</i> (Tomat)	buah	flavonoid	menurunkan tekanan darah

### **Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Persyarafan**

Dalam hal gangguan persyarafan, *herbal medicine* yang seringkali dipakai masyarakat adalah pengobatan untuk meredakan nyeri (Novrianti et al., 2020):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian Tanaman yang Digunakan</b>	<b>Kegunaan</b>	<b>Cara penyajian</b>
<i>Blumea</i> (Sembung)	daun	nyeri perut	Merebus 5-7 lembar daun, rebusan diminum 3x/hari
<i>Heliothous anuus L</i> (Bunga Matahari)	semua bagian	sakit kepala, sakit gigi, <i>dismenorhea</i> , kram perut	3 bunga matahari direbus dengan 3 gelas air, direbus sampai airnya berkurang, rebusan diminum 2x/hari setelah makan
<i>Impatiens Balsamia</i> (Pacar air)	daun	<i>dismenorhea</i>	Menumbuk daun pacar air dan diletakkan pada perut bagian bawah
<i>Orthosiphon stamineus</i> (Kumis kucing)	daun	nyeri kepala	Merebus daun kumis kucing dan air rebusan diminum 3x/hari
<i>Hibiscus rosa sinensis L</i> (Bunga Sepatu)	daun, bunga	nyeri kepala	Daun dan bunga sepatu direbus dengan 3 gelas air. Rebusannya diminum 3x/hari
<i>Psiatum guajava L</i> (Jambu biji)	daun	nyeri kepala	Menghaluskan 6 lembar daun jambu biji dan dituangkan sedikit air, lalu diperas daunnya. Air perasan diminum

### **Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat untuk Gangguan Sistem Perkemihan**

Berdasarkan penelitian secara *in vitro*, beberapa tanaman obat di masyarakat berikut ini terbukti untuk meluruhkan kadar kalsium, sehingga menurunkan resiko timbulnya penyakit batu ginjal (Rahayu et al., 2020):

<b>Nama tanaman</b>	<b>Bagian tanaman yang digunakan</b>	<b>Golongan Senyawa</b>
<i>Bryophyllum Pinnatum Lam</i> (Cocor Bebek)	daun	flavonoid
<i>Moringa oleifera Lam.</i> (Kelor)	daun	flavonoid
<i>Annona muricata</i> (Daun Sirsak )	daun	flavonoid
<i>Centella asiatica L.Urb</i> (Pegagan)	daun	flavonoid
<i>Averrhoa bilimbi L.</i> (Daun belimbing wuluh)	daun	flavonoid

### **Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Pencernaan**

Beberapa penyakit ataupun gejala penyakit pada sistem pencernaan dapat diatasi oleh *herbal medicine* berikut ini (Yusro et al., 2022):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian tanaman yang digunakan</b>	<b>Indikasi kegunaan</b>
<i>Allium cepa</i> (Bawang merah)	umbi	diare, gastritis
<i>Allium sativum</i> (Bawang putih)	umbi	sakit gigi, gastritis
<i>Curcuma zanthorrhiza</i> (Temulawak)	rimpang	gastritis, kembung, mual, muntah, cacingan
<i>Zingiber officinale</i> (Jahe)	rimpang	mual, muntah, sembelit
<i>Psidium guajava</i> (Jambu biji)	daun, buah	diare, sakit perut, gastritis, sembelit
<i>Kaempferia galanga</i> (Kencur)	daun, rimpang	gastritis, cacingan, sakit perut, mual dan muntah
<i>Curcuma longa</i> (Kunyit)	rimpang	gastritis, sakit perut, kembung
<i>Aloe vera</i> (Lidah buaya)	daun	hemoroid
<i>Morinda citrifolia</i> (Mengkudu)	daun	sakit perut, gastritis, hemoroid
<i>Centella asiatica</i> (Pegagan)	daun	gastritis

## Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Muskuloskeletal

Beberapa penyakit ataupun gejala penyakit pada sistem muskuloskeletal dapat diatasi oleh *herbal medicine* berikut ini (Kantasrila & Panyadee, 2023):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian tanaman yang digunakan</b>	<b>Cara penggunaan</b>	<b>Indikasi kegunaan</b>
<i>Crinum asiaticum</i> (Tanaman Bakung)	daun	kompres, rendam	nyeri otot
<i>Elephantopus scaber</i> (Daun tapak liman)	seluruh bagian tanaman	diminum	nyeri otot, kram otot
<i>Alpinia galanga</i> (Lengkuas)	rimpang	kompres, rendam	nyeri otot, nyeri sendi
<i>Blumea balsamifera</i> (Sembung)	daun	kompres, diminum	nyeri sendi, nyeri punggung, nyeri leher, nyeri bahu
<i>Tamarindus indica</i> (Asam Jawa)	daun, batang	kompres, rendam	nyeri punggung, nyeri otot
sambiloto ( <i>Andrographis paniculata</i> )	seluruh bagian tanaman	diminum	nyeri punggung, nyeri otot
Putri Malu ( <i>Mimosa pudica</i> L.)	seluruh bagian tanaman	kompres, diminum	nyeri sendi lutut, nyeri otot

## Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Integumen

Gangguan sistem integumen khususnya berkaitan dengan luka, seringkali diatasi oleh masyarakat menggunakan *herbal medicine* berikut ini (Sharma et al., 2021):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian Tanaman yang Digunakan</b>	<b>Senyawa fitokimia</b>	<b>Kegunaan</b>
<i>Curcuma longa</i> (Kunyit)	rimpang	curcumin, vitamin A, protein	luka kronis
<i>Centella asiatica</i> (Daun pegagan)	daun	asam asiatik, asiaticoside, asam madecassic	luka bedah
<i>Apis mellifera</i> (Madu)	sekresi	5-Hydroxyimidacloprid, 4,5-dihydroxyimidacloprid, asam 6-kloronanikotinat	luka akut
<i>Sesamum indicum L.</i> (Wijen)	biji	metronidazol, vitamin E dan C, sesamolinol, sesamol, sesaminol, sesamin	luka akut dan kronis
<i>Kaempferia galanga</i> (Kencur)	rimpang	asam amino, protein, karbohidrat, alkaloid, steroid, kolesterol	luka bedah
<i>Aloe vera</i> (Lidah buaya)	daun	anthaquinone, vitamin C dan E, asam amino	luka terbuka
<i>Mimosa pudica</i> (Putri malu)	seluruh bagian tanaman	mimosine (alkaloid), sitosterol, asam amino, asam linoleat, tanin, polifenol, dan asam oleat	luka bedah
<i>Caricapapaya</i> (Papaya)	buah, getah	papain	luka diabetes, luka bakar
<i>Moringa oleifera</i> (Kelor)	daun	vitamin vicenin-2, beta-karoten, fenolik, asam amino	luka bedah



## Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Gangguan Sistem Endokrin

Gangguan sistem endokrin terbanyak di masyarakat adalah diabetes mellitus, berikut ini tanaman obat yang digunakan oleh masyarakat untuk mengatasi diabetes mellitus (Susilawati et al., 2021):

<b>Nama Tanaman</b>	<b>Bagian Tanaman yang digunakan</b>
<i>Moringa pterygosprema</i> Baertn (Kelor)	daun
<i>Phyllanthus niruri</i> L (Meniran)	daun
<i>Centella asiatica</i> L. (Pegagan)	daun
<i>Andrographis paniculate</i> (Sambiloto)	daun
<i>Curcuma alba</i> L. (Kunyit Putih)	rimpang
<i>Tinospora cordifolia</i> (Brotowali)	daun
<i>Zingiber officinale</i> (Jahe Merah)	rimpang
<i>Anredera cordifolia</i> (Binahong)	daun
<i>Piper Ornatum</i> (Sirih Merah)	daun
<i>Muntingia calabura</i> (Kersen)	daun
<i>Physalis angulate</i> (Ciplukan)	daun
<i>Momordica charantia</i> (Pare)	buah

## Manfaat Tanaman Obat Keluarga (*Herbal Medicine*) di Masyarakat Untuk Meningkatkan Sistem Imun

Beberapa obat herbal yang dipakai di kalangan masyarakat untuk meningkatkan imunitas antara lain (Parisa et al., 2021):

	<b>Tanaman obat 1</b>	<b>Tanaman obat 2</b>
Bahan	a. Jahe merah (2 ruas ibu jari) b. Kayu Manis (3 jari) c. Gula merah (secukupnya) d. Air (3 gelas)	a. Kunyit (1 ruas ibu jari) b. Jeruk Nipis (1 buah) c. Air (3 gelas) d. Gula merah (cukup)
Cara pengolahan	Mencuci semua bahan sampai bersih → merebus air sampai mendidih → jahe merah yang sudah dimemarkan dan kayu manis dimasukkan ke dalam air rebusan	Mencuci semua bahan sampai bersih → merebus air sampai mendidih → kunyit yang sudah dimemarkan dimasukkan ke dalam air rebusan bersama

	bersama gula merah selama 15 menit → kemudian air rebusan setelah dingin disaring → lalu diminum	gula merah dan jeruk nipis → ditunggu beberapa saat → kemudian air rebusan setelah dingin disaring → lalu diminum
Cara penggunaan	Ramuan diminum 1x sehari sebanyak 1 gelas	Ramuan diminum 2x sehari, sebanyak 1 gelas

### **Cara Pengelolaan Tanaman Obat (*Herbal Medicine*)**

Berikut ini cara pengelolaan tanaman obat untuk mengatasi beberapa penyakit di masyarakat antara lain (Tarigan et al., 2017):

#### 1. Pengobatan infeksi saluran kemih (ISK)

Mencuci batang brotowali kering 15 gr, gandarusa kering 10 gr, sidaguri kering 5 gr, dan kunyit 10 gr, kemudian direbus dengan 8 gelas air sampai tersisa 4 gelas, lalu disaring dan ditambahkan madu secukupnya. Diminum dalam keadaan hangat 1 jam sebelum makan sebanyak 3x sehari.

#### 2. Pengobatan rheumatik

Mencuci 1 jari batang brotowali, dipotong-potong, kemudian rebus dengan 3 gelas air sampai tersisa 1.5 gelas. Setelah dingin disaring, lalu ditambahkan madu secukupnya dan diminum 3x sehari sebanyak 1/2 gelas.

#### 3. Pengobatan faringitis

Mencuci 10 buah kapulaga dan sepotong kunyit, lalu kunyit dimemarkan dan diseduh dengan segelas air panas, kemudian setelah dingin disaring dan diminum sebanyak 2x sehari.

#### 4. Pengobatan Batuk

Mencuci kapulaga 6 buah, kayu manis 2 jari, daun jintan 10 lembar, gula aren 3 jari, kemudian dipotong-potong dan direbus dengan air bersih sebanyak 3

gelas sampai airnya tersisa  $\frac{3}{4}$  gelas. Sesudah dingin disaring lalu minum 3x sehari.

5. Pengobatan diare

Mencuci kayu manis 5 gr, daun jambu biji 5 lembar, kemudian direbus dengan 600 cc air sampai tersisa 300 cc. Air rebusan disaring dan ditambah gula secukupnya, diminum 2x sehari.

6. Pengobatan diabetes mellitus

Mencuci bersih daun kumis kucing 7 lembar, daun sambiloto 7 lembar, batang brotowali  $\frac{3}{4}$  jari, lalu dipotong-potong dan direbus dengan 3 gelas air sampai tersisa 2 gelas. Kemudian didinginkan dan disaring, diminum 2x sehari (30 menit sebelum makan).

7. Pengobatan sembelit

Mencuci bersih daun lidah buaya  $\frac{1}{2}$  batang dan dibuang kulit serta durinya. Isinya dicincang, lalu diseduh dengan  $\frac{1}{2}$  cangkir air panas dan ditambahkan madu 1 sendok makan. Dimakan dalam keadaan hangat, sebanyak 2x sehari.

8. Pengobatan batuk dan bronkhitis

Mencuci daun sirih 15 lembar, daun pegagan 10 lembar, daun ciplukan 10 lembar, kemudian direbus dengan 5 gelas air sampai tersisa 2 gelas. Saat masih hangat, air rebusan disaring dan dicampur dengan madu. Diminum dalam keadaan hangat 2x sehari.

9. Pengobatan *dismenorhea*

1 buah jeruk nipis,  $1\frac{1}{2}$  rimpang jahe sebesar ibu jari, 3 mata buah asam yang sudah masak, 1 potong gula kelapa. Jeruk nipis diperas untuk diambil airnya, jahe diparut, kemudian semua bahan tersebut dicampur dan diberikan  $\frac{3}{4}$  gelas air masak dan disaring. Diminum pada hari pertama haid.

#### 10. Pengobatan hipertensi

Dua buah mengkudu yang telah masak diperas untuk diambil airnya, kemudian dicampur dengan madu dan disaring. Diminum dan diulangi 2x sehari.

#### 11. Pengobatan kembung, nyeri, dan mual

Kunyit 50 gr dibersihkan, lalu diparut dan ditambahkan 3 sendok air minum, diaduk merata lalu diperas dan disaring. Diminum 3x sehari.

#### 12. Pengobatan untuk meningkatkan nafsu makan

Sebanyak 1 rimpang lengkuas sebesar ibu jari, 3 buah mengkudu mentah,  $\frac{1}{2}$  rimpang kencur sebesar ibu jari,  $\frac{1}{2}$  sendok teh bubuk ketumbar, 1 siung bawang putih, 3 mata buah asam jawa yang masak, 1 potong gula merah. Merebus semua bahan tersebut dengan 2 gelas air sampai tinggal 1 gelas. Meminumnya 2x sehari  $\frac{1}{2}$  gelas, pagi dan sore.

### **Efek Samping Penggunaan *Herbal Medicine* Jangka Panjang**

Berikut ini efek samping *herbal medicine* yang digunakan dalam jangka panjang (Liperoti et al., 2017):

#### 1. Ginseng

Penggunaan ginseng dalam waktu yang lama akan menimbulkan dampak seperti peningkatan tekanan darah, mual, diare, sakit kepala, insomnia, dan reaksi alergi.

#### 2. Bawang putih

Bawang putih mempunyai potensi aktivitas antiplatelet, sehingga harus dikonsumsi hati-hati pada individu yang juga mendapatkan pengobatan antikoagulan untuk menghindari resiko perdarahan, selain itu efek samping lain konsumsi bawang dalam jangka panjang adalah bau mulut, bau badan, tidak nyaman pada perut, mual, dan muntah.

3. Ginko Biloba

Penggunaan ginko biloba dalam kurun waktu yang lama dapat menyebabkan sakit kepala, mual, diare, pusing, ruam kulit, dan peningkatan risiko perdarahan akibat adanya aktivitas antiplatelet dari ginko biloba.

4. Daun teh hijau

Penggunaan teh hijau yang pekat dalam jangka panjang dapat mengakibatkan kerusakan hati.

## Daftar Pustaka

- Bachheti, R. K., Worku, L. A., Gonfa, Y. H., Zebeaman, M., Deepti, Pandey, D. P., & Bachheti, A. (2022). Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases with Plant Phytochemicals: A Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/5741198>
- Kantasrila, R., & Panyadee, P. (2023). Traditional Thai Yuan Medicinal Plants For Muskuloskeletal Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Science and Technology*, 8(2), 70–92.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Permenkes No 9 tahun 2016 Tentang Upaya Pengembangan Kesehatan Tradisional Melalui Asuhan Mandiri Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga dan Keterampilan* (Issue 879).
- Novrianti, I., Mustamin, F., & Suharjono. (2020). Herbs Used as Analgesic By Dayak Tribe in North Kalimantan Indonesia. *Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas*, 17(1), 30–40.
- Parisa, N., M. T. Kamaluddin, Theodorus, Mgs. Irsan Saleh, Evi Lusiana, Nia Savitri Tamzil, Bonanza Abi Wicaksono, & Arkan Abdullah Nashif. (2021). Counseling of the Use of Herbal Medicine for Health Care to the Community. *Indonesian Community Empowerment Journal*, 2(2), 149–155. <https://doi.org/10.37275/icejournal.v2i2.19>
- Rahayu, Y., Mita, N., & Sastyarina, Y. (2020). Studi Literatur: Tanaman yang Memiliki Aktivitas Peluruh Kalsium Batu Ginjal Secara In Vitro. *Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences*, 12, 218–223. <https://doi.org/10.25026/mpc.v12i1.428>
- Saadah, N., dan Ustmani, M. (2022). Utilization of Toga (Family Medicinal Plants) During the Covid-19 Pandemic in Tebas Gondangwetan Pasuruan Village. *Proceeding 6th AICIED 2022*, 369–379.

- Sharma, A., Khanna, S., Kaur, G., & Singh, I. (2021). Medicinal plants and their components for wound healing applications. *Future Journal of Pharmaceutical Sciences*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s43094-021-00202-w>
- Susilawati, N. L. P. A., Cahyaningrum, P. L., & Wiryanatha, I. B. (2021). Pemanfaatan Tanaman Obat Untuk Mengatasi Penyakit Diabetes Melitus Di Kota Denpasar. *Widya Kesehatan*, 3(2), 1–6. <https://doi.org/10.32795/widyakesehatan.v3i2.2079>
- Tarigan, D. M., Alqamari, M., & Alridiwersah. (2017). Budidaya Tanaman Obat & Rempah. In *Umsu Press*.
- Wahyuningrum, R., Pangestu, D., & Budiman, A. (2022). Ethnomedicinal Study of Plants as a Traditional Medicine on Respiratory System Disease in Cilongok , Banyumas , Indonesia. *Traditional Medicine Journal*, 27(1), 41–50. <https://doi.org/10.22146/mot.72168>
- Yusro, F., Wardenaar, E., & Mariani, Y. (2022). Family medicinal plants (toga) in Tanap village Sanggau regency and their utilization by the Dayak Muara ethnic for the treatment of digestive system disorders. *Bioma: Jurnal Ilmiah Biologi*, 11(2), 165–178. <https://doi.org/10.26877/bioma.v11i2.11491>

## Profil Penulis



**Yesiana Dwi Wahyu Werdani, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Penulis merupakan dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya sejak tahun 2006 sampai sekarang dengan jabatan fungsional akademik Lektor. Penulis telah menekuni bidang utama keperawatan paliatif sejak tahun 2015 sampai sekarang. Penulis juga memiliki peminatan yang tinggi dalam bidang keperawatan komplementer tradisional khususnya dalam hal *herbal medicine* yang dituangkan dalam pengajaran keperawatan paliatif pada penyakit-penyakit kronis. Penulis memiliki ketertarikan dalam menerapkan *herbal medicine* di masyarakat bekerjasama dengan pihak BATRA (pengobatan tradisional) di Puskesmas terutama pada saat membimbing mahasiswa profesi keperawatan paliatif yang terjun ke masyarakat. Penulis aktif mengikuti seminar/ *workshop* yang diselenggarakan oleh organisasi profesi keperawatan maupun oleh institusi bidang kesehatan. Penulis juga memiliki pengalaman sebagai pembicara pada seminar dan *workshop* nasional terkait dengan keperawatan komplementer di bidang paliatif dan juga aktif dalam penelitian serta pengabdian kepada masyarakat. Penulis memiliki pengalaman dalam menulis artikel ilmiah pada jurnal nasional terindeks sinta dan jurnal internasional terindeks scopus. Penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang telah dilakukan penulis didanai oleh dana internal perguruan tinggi dan juga dana Kemenristek DIKTI. Penulis berharap buku ini dapat memberikan kontribusi yang positif untuk masyarakat terutama dalam hal penggunaan tanaman obat keluarga (*herbal medicine*) untuk mengatasi dan mencegah gejala penyakit tertentu maupun untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Email Penulis: [yesiana@ukwms.ac.id](mailto:yesiana@ukwms.ac.id)





# ADVOKASI, KEMITRAAN, DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENDUKUNG KESEHATAN IBU DAN ANAK

**Arman Rifat Lette, S.KM., M.P.H**  
Universitas Citra Bangsa

## **Pengertian dan Pentingnya Advokasi Kesehatan**

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan dibidang hukum atau pengadilan. Seseorang yang sedang tersangkut perkara atau pelanggaran hukum, agar memperoleh keadilan. Istilah advokasi dalam bidang Kesehatan mulai digunakan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1984, dan merupakan salah satu strategi global promosi kesehatan. WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan strategi pokok, yaitu: *Advocacy* (advokasi), *Sosial support* (dukungan sosial), *Empowerment* (pemberdayaan masyarakat). Advokasi kesehatan secara umum berarti usaha sistematis, secara bertahap, dan terorganisir yang dilakukan oleh kelompok atau organisasi profesi Kesehatan untuk menyuarakan aspirasi anggota, serta usaha mempengaruhi pembuat kebijakan publik untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada sektor kesehatan, sekaligus mengawal penerapan kebijakan agar berjalan efektif. Advokasi Kesehatan juga didefinisikan

sebagai upaya yang dilakukan untuk memperoleh dukungan politis dalam kebijakan dan implementasi program Kesehatan (Notoadmodjo dkk, 2013).

Berhasil atau gagalnya suatu program kesehatan juga dipengaruhi oleh pembuat keputusan, baik di tingkat nasional maupun lokal (provinsi, kabupaten, atau kecamatan). Kurangnya dukungan dari pembuat keputusan, antara lain : rendahnya alokasi anggaran untuk program kesehatan, tidak adanya kebijakan yang menguntungkan bagi Kesehatan, kurangnya sarana dan prasarana kesehatan dan sebagainya dapat berdampak pada pelaksanaan program kesehatan tersebut. Advokasi diperlukan untuk memperoleh dan meningkatkan dukungan dari para pembuat kebijakan, termasuk para pejabat lintas sektoral. Advokasi diperlukan untuk memperoleh dan menciptakan dukungan bagi pengembangan perilaku dan lingkungan yang sehat (Khumairah dkk, 2022).

Advokasi menjadi penting karena masih banyak pihak yang belum menyadari pentingnya Kesehatan, termasuk para pemangku/pengambil kebijakan publik. Kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor sehingga masalah kesehatan sering kurang menjadi prioritas dibanding masalah ekonomi dan kebutuhan fisik lainnya. Upaya mengenalkan kesehatan perlu dipicu agar memperoleh dukungan dan kepedulian semua pihak. Perlu dilakukannya pendekatan persuasif, cara-cara komunikatif dan inovatif yang memperhatikan setiap segmen sasaran untuk meningkatkan kesadaran semua pihak. Oleh karena itu, diperlukannya advokasi kesehatan kepada berbagai pihak agar kesehatan dianggap sebagai sesuatu yang penting oleh pihak lain, terutama para penentu kebijakan dan berbagai sektor, termasuk lembaga perwakilan rakyat, baik pusat maupun daerah.

### **Tujuan Advokasi Kesehatan**

Tujuan dilakukannya advokasi di bidang Kesehatan, Menurut Notoadmodjo dalam Khumairah dkk (2020) Sebagai berikut:

1. Komitmen politik (*political commitment*). Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan sangat penting untuk mendukung atau mengeluarkan peraturan-peraturan yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat, misalnya: komitmen bersama untuk pencegahan dan penanganan penyakit menular dan pencegahan dan penanganan masalah stunting di dalam masyarakat. Dua masalah tersebut tentunya tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja. Perlu dukungan dan kerja sama dari sektor yang lain dan juga pemangku kebijakan. Advokasi diperlukan untuk meningkatkan komitmen politik dalam melaksanakan program kesehatan.
2. Dukungan kebijakan (*Policy Support*). Setelah adanya komitmen politik dari para pemangku kebijakan, maka perlu ditindaklanjuti dengan advokasi lagi agar dikeluarkan kebijakan untuk mendukung program kesehatan yang telah memperoleh komitmen politik tersebut. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang-undang kesehatan, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, dan surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta.
3. Penerimaan sosial (*social acceptance*). Penerimaan sosial berarti diterimanya suatu program kesehatan oleh masyarakat. Suatu program kesehatan yang telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, perlu disosialisasikan untuk memperoleh dukungan dari dalam masyarakat. Hal ini menjadi penting agar program kesehatan dapat diterima bahkan dilaksanakan oleh Masyarakat. Advokasi juga perlu dilakukan kepada tokoh masyarakat, tokoh agama dan para pemimpin di dalam masyarakat agar program bisa berjalan dengan baik tanpa adanya hambatan dari dalam masyarakat itu sendiri.
4. Dukungan sistem (*system support*). Agar program kesehatan dapat berjalan dengan baik perlu adanya sistem, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas. Oleh sebab itu sistem kerja atau organisasi kerja yang melibatkan sektor kesehatan perlu dikembangkan. Masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai

sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya juga harus bersama-sama dengan sektor lain. Dengan kata lain, semua sektor pembangunan yang mempunyai dampak terhadap kesehatan, harus memasukkan atau mempunyai unit atau sistem yang menangani masalah kesehatan di dalam struktur organisasinya. Unit ini secara internal menangani masalah kesehatan yang dihadapi oleh karyawan, dan secara eksternal mengatasi dampak institusi tersebut terhadap kesehatan masyarakat.

### **Pengertian dan Pentingnya Kemitraan dalam Bidang Kesehatan**

Keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan tidak terlepas dari kerja sama dan dukungan berbagai pihak. Hal ini dikarenakan bidang Kesehatan tidak dapat terlepas dari sektor yang lain sehingga menjadi tanggung jawab bersama. Selain itu, kesehatan merupakan modal dasar bagi keberhasilan pembangunan sektor lain. Misalnya ;jika terjadi wabah sebuah penyakit tentunya akan berdampak pada sektor ekonomi, pariwisata, usaha Masyarakat dan sektor lainnya. Dengan demikian terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya merupakan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Violita, 2021).

Para pelaku pembangunan Kesehatan yang berasal dari lintas sektor, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, dan institusi pendidikan, baik yang ada di pusat maupun daerah perlu bekerja sama. Penggalangan kemitraan di bidang kesehatan merupakan salah satu strategi di bidang Kesehatan khususnya promosi kesehatan yang dilakukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Kemitraan diartikan sebagai suatu bentuk kerjasama formal antara individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai tujuan bersama. Istilah kemitraan dahulu dikenal dengan sebutan gotong-royong, dimana masyarakat saling membantu untuk meringankan beban. Kemitraan dalam bidang kesehatan adalah kerjasama antara dua pihak

atau lebih untuk mencapai tujuan bersama di bidang kesehatan, dimana masing-masing pihak memiliki hak dan tanggung jawab sesuai dengan kesepakatan.

Penggalangan kemitraan di bidang kesehatan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan sebagaimana diisyaratkan Piagam Ottawa pada tahun 1986 dan diperkuat oleh WHO pada konferensi internasional promosi kesehatan ke empat di Jakarta pada tahun 1997 yang dilakukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Di sisi lain, keberhasilan suatu kerjasama sangat bergantung pada komitmen yang diberikan oleh pihak yang bermitra. Kerjasama ini diarahkan untuk menghasilkan sinergi dari upaya yang berkelanjutan untuk mendukung program-program kesehatan demi mewujudkan masyarakat yang berperilaku sehat.

### **Prinsip Dasar Kemitraan Bidang Kesehatan**

Dikutip dari beberapa sumber, prinsip dasar dari kemitraan di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

1. **Kesetaraan:** Setiap mitra harus menempatkan diri setara dengan pihak lain. Pengambilan keputusan dilakukan secara demokratis, mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama, tanpa ada satu pihak yang memaksakan kehendak. Kesetaraan kedudukan juga akan memperkuat rasa kebersamaan, sehingga tercipta perasaan sama-sama bertanggung jawab dan sama-sama menanggung risiko, termasuk menghadapi tantangan yang mungkin terjadi di kemudian hari.
2. **Keterbukaan:** Melakukan kegiatan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan yang ada. Selain itu setiap kesepakatan yang telah dibuat dapat diimplementasikan secara transparan, jujur, dan tidak saling merahasiakan.

3. **Saling menguntungkan:** Setiap mitra mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama dalam melaksanakan upaya pembangunan Kesehatan. Kemitraan yang dibangun harus mendatangkan keuntungan dan manfaat untuk semua yang bermitra. Artinya tidak ada pihak yang dirugikan atau lebih diuntungkan dari kemitraan yang terbangun.

Membangun kemitraan yang berkelanjutan dapat dimaknai sebagai upaya membangun kepercayaan dari segenap pihak yang bermitra. Kemitraan yang berkelanjutan ditandai dengan adanya kerjasama yang harmonis dan koordinasi yang baik dalam mencapai tujuan bersama. Di sisi lain, pihak yang bermitra perlu menjalankan kolaborasi yang setara, terutama dalam berbagi informasi dan sumber daya. Hal lain yang tidak kalah penting yaitu adanya tim yang dinamis. Tim yang memiliki semangat kerja sama yang dilandasi rasa saling percaya dan saling menghargai. Adanya tim yang dinamis ini diharapkan dapat menjamin dan mempertahankan komitmen bersama serta bersikap konsisten terhadap kesepakatan yang telah dibuat (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

### **Tujuan Kemitraan dalam Bidang Kesehatan**

Kemitraan di bidang kesehatan tidak akan datang dengan sendirinya. Kemitraan tersebut harus dijalin dan digalang dengan berlandaskan pada prinsip-prinsip kemitraan agar jalinan kerja sama tersebut berlangsung secara efektif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, upaya menggalang kemitraan harus dilaksanakan dengan langkah-langkah yang sistematis. Tujuan dari kemitraan di sektor Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan koordinasi agar memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam Pembangunan Kesehatan. Inti dari kemitraan di bidang Kesehatan adalah meningkatnya koordinasi lintas program dan lintas sektoral untuk memecahkan dan menanggulangi suatu masalah kesehatan. Misalnya dalam pencegahan dan penanggulangan masalah stunting, dinas kesehatan dan Badan kependudukan dan

keluarga berencana Nasioanl (BKKBN) perlu bekerja sama dengan pemerintah daerah, dinas pertanian, dinas peternakan, dan sebagainya. Fungsi koordinasi harus dilakukan agar instansi terkait mengetahui peran masing-masing, saling mendukung dan tidak tumpang tindih dalam melaksanakan peran.

2. Meningkatkan komunikasi antar sektoral pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan. Saling memahami antar anggota yang melakukan kemitraan sangat penting. Oleh sebab itu, komunikasi yang efektif perlu dibangun di antara semua pihak melalui pertemuan atau rapat berkala. Dengan melakukannya rapat atau pertemuan secara berkala maka masing-masing Lembaga/sektoral dapat memiliki satu pemahaman tentang besarnya masalah Kesehatan yang dibahas dan program yang akan dijalankan merupakan kesepakatan bersama antar sektoral.
3. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Dalam mengatasi sebuah permasalahan kesehatan kadang sektor terkait tidak paham tugas dan kontribusi yang dapat diberikan. Terkesan bekerja sendiri-sendiri tanpa adanya koordinasi dan kerja sama. Salah satu tujuan kemitraan di bidang kesehatan adalah menggalang kekuatan bersama untuk memecahkan dan mengatasi masalah kesehatan Masyarakat yang ada.
4. Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama. Komitmen sifatnya mengikat dan menghubungkan unsur motivasi dan percaya diri. Kedua unsur komitmen ini penting dalam berbagai hal termasuk dalam kemitraan. percaya diri adalah keyakinan seseorang yang memiliki rasa tanggung jawab dan mampu melakukan tugas. Sementara unsur motivasi dalam komitmen menjelaskan antusiasme dan minat seseorang dalam melakukan sesuatu. Komitmen dalam kemitraan menjadi penting. Masing-masing instansi/sektoral perlu memiliki komitmen bersama



dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada. Dalam komitmen pasti ada pengorbanan dari masing-masing anggota, baik pengorbanan waktu, tenaga, dana, dan sebagainya. Sehingga komitmen bersama harus dijaga dan ditingkatkan selalu.

5. Tercapainya upaya kesehatan yang efektif dan efisien. Penanggulangan masalah kesehatan harus lebih efektif dan efisien karena pastinya ada keterbatasan dalam sumber daya yang digunakan. Efektif adalah kemampuan untuk menghasilkan suatu hasil yang sesuai dengan keinginan atau memberikan hasil sesuai dengan yang diharapkan. Sedangkan Efisien adalah kemampuan dalam melakukan suatu kegiatan untuk memberikan hasil yang memuaskan namun tidak memboroskan waktu, energi dan juga uang. Kerja sama dan kolaborasi dalam kemitraan dilakukan agar program kesehatan yang dilaksanakan dapat dikatakan efektif dan efisien.

### **Pengertian dan Pentingnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan**

Secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar “daya” yang berarti kekuatan atau kemampuan. Pemberdayaan dapat dimaknai sebagai suatu proses menuju berdaya atau proses pemberian daya (kekuatan/kemampuan) kepada pihak yang belum berdaya. Sementata itu, masyarakat adalah sekumpulan orang yang saling berinteraksi secara kontinyu, sehingga terdapat relasi sosial yang terpola dan terorganisasi. Dari kedua definisi tersebut bila digabungkan dapat dipahami makna pemberdayaan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses di mana masyarakat, khususnya mereka yang kurang memiliki akses ke sumber daya pembangunan, didorong untuk meningkatkan kemandiriannya di dalam mengembangkan peri kehidupan mereka, khususnya yang berkaitan dengan Kesehatan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat juga merupakan proses berkelanjutan dan proses partisipatif di mana anggota

masyarakat bekerja sama dalam kelompok formal maupun informal untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman serta berusaha mencapai tujuan bersama. Pemberdayaan Masyarakat juga didefinisikan sebagai upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Dalam bidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat ialah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan Kesehatan/perilaku hidup sehat.

Pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan Sumber daya manusia. Setiap orang berkewajiban untuk mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi dari promosi kesehatan dan merupakan unsur penting yang tidak bisa diabaikan dalam rangka pencapaian kemandirian di bidang kesehatan (Ambarwati dkk, 2021) .

### **Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan**

Secara umum tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan Masyarakat adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi lebih mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berfikir, bertindak, dan mengendalikan apa yang mereka lakukan tersebut. Untuk mencapai kemandirian masyarakat diperlukan sebuah proses. Melalui proses belajar maka secara bertahap masyarakat akan memperoleh kemampuan atau daya dari waktu ke waktu. Tujuan dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan sebagai berikut:

1. Tumbuhnya kesadaran, pemahaman, dan pengetahuan akan kesehatan bagi individu, kelompok dan Masyarakat. Perilaku Kesehatan, khususnya

dalam Upaya peningkatan Kesehatan dan pencegahan penyakit dipengaruhi oleh tingkat kesadaran dan pengetahuan individu atau Masyarakat. Banyak hasil penelitian yang telah membuktikan bahwa adanya hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku Kesehatan. Misalnya : hasil penelitian menunjukkan bahwa Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang pemenuhan gizi seimbang dengan perilaku pencegahan stunting pada balita (Kuswanti & Azzahra, 2022). Pemberdayaan menjadi penting agar kesadaran, pemahaman, dan pengetahuan masyarakat dapat bertumbuh dan meningkat tentang Kesehatan.

2. Timbulnya kemauan atau kehendak untuk melakukan upaya Kesehatan. Hal ini sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman tentang kesehatan. Kemauan disebut juga sikap/niat yang merupakan kecenderungan untuk melakukan tindakan. Pemberdayaan menjadi penting agar masyarakat dapat memiliki kemauan untuk melakukan upaya-upaya kesehatan. Banyak peneliti yang telah membuktikan bahwa niat juga berhubungan dengan perilaku/tindakan Kesehatan. Jika sikap/niat positif maka akan berhubungan dengan perilaku yang positif juga. Namun kemauan/sikap/niat dapat menjadi tindakan tergantung berbagai faktor, terutama adanya sarana dan prasarana pendukung. Misalnya: Masyarakat di suatu daerah memiliki kemauan untuk membangun jamban karena banyaknya warga yang menderita penyakit diare akibat Buang Air Besar (BAB) di Sungai. Niat untuk membangun jamban akan terwujud jika adanya uang/tersedianya bahan bangunan atau adanya dukungan dari pemerintah. Walaupun dalam prakteknya masyarakat sering mengalami persoalan/hambatan/kendala dalam menerapkan perilaku sehat namun tujuan dari pemberdayaan masyarakat juga meningkatkan kemampuan masyarakat. Artinya Masyarakat juga harus mampu memecahkan persoalan-persoalan yang dihadapi dalam bidang kesehatan.

3. Timbulnya kemampuan masyarakat di bidang Kesehatan. Jika Masyarakat sudah memiliki kesadaran dan pengetahuan yang cukup serta memiliki kemauan/niat pastinya akan berdampak pada perilaku mereka yang positif terhadap kesehatan. Masyarakat diharapkan mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatan yang mereka alami. Upaya kesehatan dapat timbul dari dalam diri tanpa adanya dorongan atau paksaan dari petugas kesehatan. Selain itu, Masyarakat diharapkan dapat mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi persoalan kesehatan yang ada.

### **Pentingnya Advokasi, Kemitraan, dan Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mendukung Kesehatan Ibu dan Anak**

Dalam rangka peningkatan kualitas hidup masyarakat Indonesia maka pembangunan kesehatan diprioritaskan untuk penanggulangan berbagai permasalahan kesehatan di Indonesia, khususnya yang berkaitan dengan tingginya kasus kematian ibu dan neonatus, serta rendahnya status gizi bayi/balita. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 Kelahiran hidup pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, khususnya melalui upaya advokasi, kemitraan dan pemberdayaan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Masalah Kesehatan ibu dan anak juga diperberat dengan terjadinya pola perilaku masyarakat yang tidak sehat. Sebagai contoh masalah stunting yang juga dipengaruhi oleh pola asuh, dan sosial budaya masyarakat.

Advokasi dalam sebuah upaya kesehatan ibu dan anak sangat penting dan dibutuhkan. Advokasi terbukti dapat membantu proses pelaksanaan program Kesehatan ibu dan anak. Sebagai contoh : hasil penelitian yang dilakukan oleh Dirman, dkk (2023) menunjukkan bahwa proses advokasi untuk penanganan stunting dilakukan

dengan cara melakukan pendekatan ke pemerintah desa dalam upaya pembuatan kebijakan penanggulangan stunting. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kebijakan penanggulangan stunting telah dijalankan di tingkat pemerintah daerah yakni bupati, namun kebijakan tersebut belum mendapat dukungan ditingkat pemerintah desa. Hal inilah yang mengharuskan pihak Puskesmas untuk melaksanakan pertemuan yang melibatkan kepala desa untuk membahas tentang anggaran dana kesehatan dari desa. Dari pertemuan tersebut dihasilkan sebuah kesepakatan mengenai penggunaan dana desa yang dialokasikan untuk kebutuhan penanggulangan stunting sebesar 10%. Pemanfaatan dana desa tersebut dialokasikan untuk peyediaan makanan tambahan bayi dan balita, serta melengkapi fasilitas posyandu. Selain itu dengan adanya advokasi maka dapat dibuat peraturan desa (PERDES) tertulis yang mengikat atau mengharuskan masyarakat khususnya yang memiliki bayi dan balita untuk mengikuti posyandu. Hal ini membuktikan bahwa advokasi sangat dibutuhkan dalam program Kesehatan ibu dan anak.

Kemitraan juga menjadi penting dalam upaya kesehatan ibu dan anak. Misalnya kemitraan antara bidan dan dukun bayi. Kemitraan ini menjadi penting karena bidan mempunyai peluang untuk melakukan upaya-upaya kerja sama secara sinergis dan saling menguntungkan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak. Faktor mendasar pentingnya kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi, karena dukun bayi masih dibutuhkan tenaganya, pengaruh dan kewibawaannya sebagai tokoh masyarakat agar dapat membantu bidan dalam hal memberi informasi awal jika ada ibu yang akan melahirkan, ibu yang beresiko atau ibu yang memerlukan perawatan lanjutan sebagai upaya mencegah dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Sebagai contoh bentuk kemitraan antara dukun bayi dan bidan di desa wilayah Puskesmas Sendang. Upaya yang dilakukan Puskesmas Sendang dalam meningkatkan kemitraan antara dukun bayi dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak meliputi koordinasi, menghargai dukun bayi, pelatihan

/pembinaan kepada dukun bayi, pemberian penghargaan/*reward*, dan fasilitas. Koordinasi yang dilakukan dengan baik akan meningkatkan kemitraan antara dukun bayi dan bidan sehingga angka cakupan kehamilan, persalinan dan nifas akan meningkat sedangkan angka kematian ibu dan bayi menurun (Maryam & Rustiana, 2014).

Sementara itu, upaya pemberdayaan masyarakat meliputi program peningkatan kesehatan ibu dan anak menjadi upaya strategis. Kegiatan yang terkait dengan upaya gerakan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ibu dan anak yang dilakukan tenaga kesehatan antara lain melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan melalui penyuluhan tentang pentingnya mengikuti program KB, penyuluhan deteksi dini kanker payudara/ sadari, penyuluhan dan screening pemeriksaan deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan balita, serta penyuluhan pentingnya gizi balita. pemberdayaan masyarakat tersebut dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam mengatasi permasalahan kesehatan di bidang kesehatan ibu dan anak sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak (Ambarwati dkk, 2021).

Upaya pemberdaaan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dapat dilakukan juga melalui Penyuluhan ibu hamil tentang kebutuhan gizi selama kehamilan dengan menggunakan media promosi kesehatan. Sebaai contoh upaya pengabdian Masyarakat yang dilakukan Rahadiyanti (2022) dimana penyampaian materi menggunakan presentasi power point, leaflet, serta diskusi tanya jawab terkait permasalahan gizi pada ibu hamil. Selan itu, dilakukan pendampingan berupa penyuluhan dan konseling kepada ibu yang memiliki bayi di bawah dua tahun (Baduta) mengenai pentingnya 1000 hari pertama kehidupan, ASI eksklusif, makanan pendamping ASI (MPASI), serta pemberian contoh makanan selingan untuk bayi yang bernilai gizi tinggi. Penyuluhan yang dilakukan terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil terkait asupan zat gizi pada ibu

hamil. Pendampingan gizi pada ibu yang memiliki baduta dapat memperbaiki keterampilan ibu terkait pemberian MP-ASI. Hal ini membuktikan bahwa Upaya pemberdayaan masyarakat sangat penting dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak. Program pemberdayaan ibu terkait 1000 Hari pertama kehidupan, program KB dan gizi pada anak dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil dan ibu yang memiliki bayi/balita.

## Daftar Pustaka

- Ambarwati ,E.N.,Lusi, N., Nisa,R,M., Azhari,R,A & Krisnasari,R,V. (2021). Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*.7 (2) : 331-336
- Dirman, Y., Kurniawan, R., & Wijaya, I. (2023). Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Upaya Pencegahan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Aeng Towa Kabupaten Takalar. *Jurnal Promotif Preventif*, 6 (4), 570-581. <https://doi.org/10.47650/jpp.v6i4.925>
- Khumairah,P.T; Angraeni, R & Darwis,D. (2022). Advokasi Kesehatan. *Jurnal Kesehatan USIMAR Universitas Sains Islam Al Mawaddah Warrahmah Kolaka*. 1(1): 1-13
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Panduan menggalang kemitraan di bidang kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Rencana aksi program kesehatan masyarakat tahun 2020-2025. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kuswanti, I., & Azzahra, S.K. (2022). Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pemenuhan Gizi Seimbang dengan Perilaku Pencegahan Stunting pada Balita. *Jurnal Kebidanan Indonesia*. 13(1) :15 - 22. <https://doi.org/10.36419/jki.v13i1.560>
- Khumairah,P,V., Angraeni, R & Darwis, D. (2022). Advokasi Kesehatan. *Jurnal Kesehatan USIMAR*. (1): 1 : 1-13
- Rahadiyanti,A. (2022). Pemberdayaan Ibu pada 1000 Hari Pertama Kehidupan untuk Generasi Lebih Baik. *Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat*.6 (1) : 139-143
- Maryam, S., & Rustiana, E. (2014). Kemitraan dukun bayi dan bidan terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak. *Jurnal Bonorowo*, 2(1), 23-32. <https://doi.org/10.36563/bonorowo.v2i1.28>



- Madolan, A. (2022). Pentingnya Menggalang Kemitraan Bidang Kesehatan. (diakses pada 07 September 2023). <https://www.mitrakesmas.com/2022/10/pentingnya-menggalang-kemitraan-bidang.html>
- Notoadmodjo, S., Krianto, T., Hassan, A & Mamdy, Z. (2013). Promosi Kesehatan Global. Jakarta : Rineka Cipta
- Violita, F. (2021) .Kemitraan dalam Strategi Kesehatan Masyarakat. (diakses pada 07 September 2023). <https://catatansehat.com/kemitraan-dalam-strategi-kesehatan-masyarakat/>

## Profil Penulis



### **Arman Rifat Lette, S.KM., M.P.H**

Penulis adalah dosen tetap di Universitas Citra Bangsa. Penulis juga menjabat sebagai sekretaris LP3M Universitas Citra Bangsa. Penulis Lahir di Kupang pada tanggal 02 Juni 1990. Penulis merupakan anak keempat dari enam bersaudara dari pasangan Almarhum Arcob Lette, S.Pd dan Sarmulina Lette-Kaseh. Penulis memperoleh gelar S.KM (Sarjana Kesehatan Masyarakat) dari Universitas Nusa Cendana pada tahun 2012. Gelar M.P.H (*Master of Public Health*) dari Universitas Gadjah Mada tahun 2016. Buku yang telah diterbitkan adalah: Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku sebagai penulis pertama, buku sang guru kami : catatan keteladanan dan kisah hidup bapak Arcob Lette, S.Pd, menulis *book chapter* : pendidikan & kontekstualisasi merdeka belajar (sebelum, selama dan pasca pandemi), menulis *book chapter* : Tanah dan langit NTT, menulis *book chapter* : Metode penelitian Kuantitatif dan Kualitatif, menulis *book chapter* : Hukum Kesehatan dan sumber daya manusia, menulis *book chapter* : Kesehatan Wanita dan Kesehatan Reproduksi, serta menulis *book chapter* : Promosi Kesehatan dan pendidikan kesehatan dalam keperawatan.

Email Penulis: [lette.arman@gmail.com](mailto:lette.arman@gmail.com)



## PENCATATAN DAN PELAPORAN KESEHATAN MASYARAKAT

**Ns. Aswati, S.Kep., M.Pd.**  
STIKes Yarsi Mataram

### **Latar Belakang**

Di Indonesia, kesehatan merupakan investasi pemerintah untuk mendukung pembangunan ekonomi serta dan memiliki peran yang sangat penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Menurut peraturan menteri kesehatan nomor 43 tahun 2018 mengenai pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) merupakan suatu fasilitas kesehatan pada tingkat pertama yang dapat menelenggarakan upaya kesehatan perorangan (UKP), pelayanan yang mengutamakan pelayanan *promotif* dan *preventif* yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 31 tahun 2019 tentang sistim informasi puskesmas, bahwa puskesmas wajib menyelenggarakan sistim pencatatan dan pelaporan, (Menteri Kesehatan RI, 2019). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 tahun 2019 tentang informasi puskesmas bahwa pencatatan adalah rangkaian kegiatan yang berguna untuk mendokumentasikan hasil, mengamati serta mengukur dan menghitung setiap upaya kesehatan yang dilakukan puskesmas. Sedangkan pelaporan adalah penyampaian data terpilih yang merupakan hasil pencatatan untuk pihak terkait sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang sudah ditentukan. Di puskesmas, pembuatan laporan dikenal dengan nama

Sistim Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas, (SP2TP). Salah satu bentuk laporannya adalah laporan bulanan data kesakitan (LB 1), yang berisi distribusi kasus penyakit dan berguna untuk mengetahui semua penyakit, yang diambil dari data kunjungan pasien ke puskesmas untuk mendapatkan 10 besar penyakit, (Hosizah & Maryati, 2018).

Menurut hasil penelitian Pratiwi & Pujihastuti (2016) dengan judul Tinjauan pelaksanaan Pelaporan Sistem Informasi Manajmena Puskesmas (SIMPUS) di Puskesmas Mantonoka Kabupaten Karanganyar, bahwa terdapat beberapa kendala yang menghambat pembuatan laporan, yaitu terlambatnya pengiriman resep, kelengkapan data, kerusakan perangkat keras, listrik. Faktor-faktor yang berhubungan keterlambatan pengiriman laporan SP2TP dari Puskesmas ke Dinas karna kurangnya peran faktor internal Puskesmas dalam upaya kelengkapan dokumen SP2TP, berupa pembinaan dan pengawasan di puskesmas Kotanopan (Fadilah, 2017). Berdasarkan uraian tersebut diatas maka sangat perlu memperbanyak literature atau sumber rujukan agar selanjutnya dapat dipahami oleh banyak petugas kesehatan masyarakat, sehingga bisa mencapai tuuan meningkatkan kualitas layanan terhadap masyarakat.

## **Konsep Pencatatan dan Pelaporan**

### **1. Pengertian Pencatatan dan Pelaporan**

Pencatatan (recording) dan pelaporan (reporting) yang dilakukan di masyarakat berpedoman kepada system pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP)

### **2. Tujuan Umum**

Agar semua hasil kegiatan puskesmas (di dalam dan di luar gedung) dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang selanjutnya sesuai dengan kebutuhan secara benar, berkala, dan teratur, guna menunjang pengelolaan upaya pengelolaan kesehatan masyarakat.

3. Tujuan khusus
  - a. Tersedianya data yang meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok puskesmas yang akurat.
  - b. Tercatatnya semua data hasil kegiatan puskesmas sesuai kebutuhan secara benar, berkeelanjutan, dan teratur
  - c. Terlaporkannya data kejejang administrasi berikutnya sesuai kebutuhan dengan menggunakan format yang telah ditetapkan secara benar, berkelanjutan dan teratur.
4. Ruang Lingkup Pencatatan dan Pelaporan
  - a. Pencatatan data demografis seperti: usia, jenis kelamin, dan lokasi geografis penduduk, membantu pemahaman tentang profil populasi dan distribusi penyakit serta faktor-faktor resiko kesehatan
  - b. Pencatatan penyakit dan cedera, penting penting untuk pemantauan dan pengendalian penyakit. Hal ini melibatkan pencatatan kasus-kasus penyakit menular, penyakit tidak menular, serta cedera dalam populasi.
  - c. Pencatatan faktor risiko kesehatan: Pencatatan faktor-faktor risiko kesehatan seperti perilaku meroko, konsumsi makanan tidak sehat, kekurangan aktifitas fisik, dan paparan lingkungan berbahaya membantu dalam pemahaman tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan.
  - d. Pelaporan kejadian luar biasa: Pencatatan dan pelaporan kejadian luar biasa seperti wabah penyakit atau kejadian kesehatan masyarakat yang signifikan membantu dalam respon cepat dan pengendalian situasi untuk melindungi kesehatan masyarakat

- e. Pencatatan dan pelaporan intervensi kesehatan: Pencatatan dan pelaporan intervensi kesehatan seperti program imunisasi, , promosi kesehatan, dan intervensi pencegahan lainnya membantudalam pemantauan efektifitas dan dampak dari upaya kesehatan masyarakat.
- f. Pencatatan dan pelaporan indikator kesehatan: Seperti angka kematian, angka kesakitan, dan prevalensi penyakit membantu dalam pemahaman status kesehatan populasi dan perbandingan antara kelompok populasi yang berbeda.
- g. Pencatatan dan pelaporan data pelayanan kesehatan: Seperti kunjungan ke fasilitas kesehatan, layanan yang diberikan, dan hasil pelayanan membantu dalam pemantauan aksesibilitas, kualitas, dan efisiensi system pelayanan kesehatan.

### **Konsep Pencatatan**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 tahun 2019 tentang informasi puskesmas bahwa pencatatan adalah rangkaian kegiatan yang berguna untuk mendokumentasikan hasil, mengamati serta mengukur dan menghitung setiap upaya kesehatan yang dilakukan puskesmas. Sistem pencatatan secara umum dibagi dua, yaitu sistim pencatatan tradisional, yaitu sistim pencatatan dari masing-masing profesi, seperti dokter, bidan, perawat dan profesi lainnya di bidang kesehatan. Sedangkan pencatatan dan pelaporan Non-tradisional adalah pencatatan yang berorientasi pada Masalah (Problem Oriented Record/POR). Untuk memudahkan pencatatan maka perlu adanya formulir standar yang telah ditetapkan dalam Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas, diantaranya: 1). Rekam kesehatan keluarga (RKK), 2). Kartu rawat jalan, 3).Kartu indeks penyakit, 4). Kartu ibu, 5). Kartu anak, 6).KMS balita, anak usia sekolah, 7). KMS ibu hamil, 8). KMS lansia, 9). Register.

### **Manfaat Pencatatan**

1. Menberi informasi tentang keadaan masalah/kegiatan
2. Sebagai bukti dari suatu kegiatan atau peristiwa
3. Sebagai bahan proses belajar dan bahan penelitian
4. Sebagai pertanggungjawaban
5. Sebagai bahan pembuatan laporan
6. Sebagai acuan dalam membuat perencanaan
7. Sebagai bukti hukum
8. Sebagai alat komunikasi

### **Bentuk-bentuk Pencatatan**

1. Catatan tradisional , berisi hal-hal yang didengar, dan dilakukan secara tidak sistematis, tidak lengkap dan biasanya berupa catatan harian
2. Catatan sistematis, menggambarkan pola keadaan , masalah dan langkah pencegahan masalah.

### **Jenis Data yang dikumpulkan**

1. Data demografi (kependudukan) di wilayah kerja puskesmas
2. Ketenagaan di puskesmas
3. Sarana yang dimiliki puskesmas
4. Kegiatan pokok puskesmas
5. Laporan SP2TP menggunakan system tahun kalender

### **Komponen SP2TP Sistem Pencatatan**

Pencatatan dapat dilakukan di dalam dan luar gedung. Di dalam gedung loket memegang peranan penting bagi seorang klien yang berkunjung pertama kali atau yang melakukan kunjungan ulang dan mendapatkan kartu tanda pengenalan. Kemudian klien disalurkan pada unit pelayanan yang akan dituju. Apabila pelayanan dilakukan diluar gedung, klien dicatat dalam register sesuai dengan pelayanan yang diterima untuk mendapatkan pelayanan tindak lanjut.



## **Mekanisme Pencatatan**

Pencatatan dapat dilakukan didalam dan diluar gedung, Didalam gedung loket memegang peranan penting bagi seorang klien yang berkunjung pertama kali atau yang melakukan kunjungan ulang dan mendapatkan kartu tanda pengenal. Kemudian klien disalurkan keunit pelayanan yang akan dituju. Apabila pelayanan dilakukan diluar gedung, klien dicatat dalam register pelayanan sesuai yang dituju.

## **Mekanisme Pelaksanaan**

1. Sistem sentralisasi: dimana penyimpanan, penyaluran, pengolahan, dihimpun melalui satu loket. Namun apabila kunjungan banyak, dapat digunakan lebih satu loket, tetapi pengumpulan dan pengolahan tetap terpusat.
2. Sistem desentralisasi: penyaluran, pengumpulan dan pengolahan catatan tidak dipusatkan, oleh karena ada bagian unit pelayanan yang melakukannya, tetapi pemberian nomor keluarga tetap mengacu pada pencatatan di Puskesmas

## **Konsep Pelaporan**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 tahun 2019 tentang informasi puskesmas bahwa pelaporan adalah penyampaian data terpilih yang merupakan hasil pencatatan untuk pihak terkaittr sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang sydah ditentukan. Pelaporan adalah catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan kepihak yang berwenang atau pihak yang berkaitan terhadap kegiatan tersebut. Pelaporan adalah catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan ke pihak yang berwenang atau berkaitan terhadap kegiatan tersebut. Sesuai dengan Keputusan Direktur Jendral Pembinaan l(esehatan Masyarakat No. 5g0lBMlDJllnf olv 196 pelaporan puskesmas menggunakan tahun kalender yaitu bulan lanua ri-Desem ber dalam tahun yang sama. Formulir pelaporan dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan

l(emampuan atau beban kerja di puskesmas. Setiap mengakhiri kegiatan harus ada oem buata n laoran.Di Puskesmas, pembuatan laporan bisa dikenal dengan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) yang merupakan kegiatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di masyarakat. Tujuan dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) ini supaya data dari hasil Puskesmas dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang diatasnya sesuai dengankebutuhan yang benar, berkala, dan teratur guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat

### **Manfaat Pelaporan**

Pelaporan memiliki manfaat sebagai: pertanggungjawaban otentik tentang pelaksanaan kegiatan, **m**emberi informasi terdokumentasi, bahan bukti kegiatan (bukti hokum), **b**ahan pelayanan, **b**ahan penyusun rencana dan evaluasi dan bahan penelitian. Laporan yang lengkap terdiri atas unsur, pendahuluan (latar belakang, tujuan, ruang lingkup), isi laporan (perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan, hasil kegiatan secara nyata, masalah dan hambatan, saran untuk tindak lanjut), dan jika diperlukan dilengkapi rekomendasi.

### **Jenis Laporan**

Jenis laporan dibagi dua, yaitu laporan insidensial dan laporan berkala. Laporan insidensial adalah laporan kejadian luar biasa atau darurat yang memerlukan pelayanan dan bantuan cepat. Sedangkan laporan berkala adalah laporan yang dilakukan harian, mingguan, bulanan, triwulan, kuartalan dan tahunan.

### **Mekanisme pelaporan**

Mekanisme pelaporan dan alur pelaporan, meliputi:

1. Laporan pengelolaan di puskesmas, meliputi:
  - a. laporan dari pustu, BDD (bidan didesa), puskesmas keliling, posyandu disampaikan ke pengelola SP22TP puskesmas

- b. Pengelola menyusun dan mengkopilasi data yang bersumber dari sensus harian dan register
  - c. Hasil kompilasi/olahan dimasukkan formulir laporan untuk dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten, /Kota
  - d. Hasil olahan dianalisa dan disajikan untuk mengambil keputusan (pada lokakarya mini).
2. Pengelolaan di Dinas Kabupaten /Kota

Laporan dari puskesmas diterima oleh pengelola SP2TP Dinas untuk untuk dikompilasi/diolah dan didistribusikan ke penanggung jawab program. Frekuensi dan jenis pelaporan meliputi:

- a. Laporan bulanan, meliputi: a) Data kesakitan (LB1), b) data kematian (LB2), c) Gizi, KIA, Imunisasi, pengamatan penyakit menular (LB3), d) Data obat-obatan
- b. Laporan triwulan data kegiatan puskesmas, meliputi: kunjungan puskesmas, perkesmas, pelayanan medic dasar (gigi dan mulut), kesling, laboratorium, PKM, PSM, rujukan.
- c. Laporan tahunan, meliputi: Umum dan pasilitas, sarana, tenaga.
- d. Laporan kejadian luar biasa
- e. Laporan KLB wabah/KLB: adalah peristiwa timbulnya penyakit yang mempunyai jumlah 2 kali lipat dari biasanya, atau penyakit yang sebelumnya tidak ada atau yang ditetapkan pemerintah berdasarkan UU Wabah.
  - 1) Formulir W1 dilaporkan dalam 24 jam, digunakan untuk melaporkan kejadian luar biasa/wabah. Satu formulir untuk satu tersangka penyakit, dan dilaporkan dengan cara tercepat kurir, telpon, radio, dan lainnya. Laporan W1 masih merupakan gambaran KLB/wabah secara kasar, oleh sebab itu harus segera diikuti dengan:

- Laporan penyelidikan sementara (PE)
  - Rencana penanggulangan
- 2) Formulir W2 dilaporkan secara mingguan, yaitu laporan dari penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB atau wabah yang perlu dilaporkan secara rutin yaitu: Kolera, Diare, Pea, DHF, Rabies, Difteri, Polio, Pertusi, Campak, dan penyakit yang sedang menjadi wabah (SAR).

Pencatatan dan pelaporan adalah indikator keberhasilan suatu kegiatan, Tanpa ada pencatatan dan pelaporan kegiatan, kegiatan atau program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya, Hasil dari pencatatan dan pelaporan ini adalah sebuah data dan informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar.

## **Daftar Pustaka**

- Hosizah, N. & Maryani, S. (2018), Evaluasi Pencatatan dan Pelaporan Data Penyakit di Puskesmas X Jurnal Kesehatan Masyarakat
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, (2019), Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Kegiatan Kesehatan Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, (2019), Modul Pelatihan Pencatatan dan Pelaporan Kegiatan Kesehatan Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Pratiwi, A, & Pujihastuti, A, (2016), Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) di Kabupaten X Jurnal Kesehatan Masyarakat
- World Health Organization. (2018), Monitoring The building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Press.
- World Health Organization. (2016), Integrated health services-What and why? Technical Brief No.1. WHO Press
- World Health Organization. (2017), Health Metrics Network Framework and Standards For Country Health Information Systems. WHO Press.
- World Health Organization. (2019), Handbook on Measuring Equity in Health. WHO Press.

## **Profil Penulis**



**Ns. Aswati, S.Kep., M.Pd.**

Lahir di Rebakong, Desa Kayangan, Kecamatan Kayangan Kabupaten Lombok Utara, pada tanggal 31 Desember 1973, dari pasangan Aludin (Almarhum) dan Kinasim. Memasuki sekolah SD Braringan no 2 kayangan, kemudian, kemudian SMP 2 kayangan dan SMA Al Ma'rif, dan lulus D4 Keperawatan UNAIR Surabaya, kemudian lulus Akta 4 UNRAM, selanjutnya Sarjana Keperawatan Ners, selanjutnya lulus Magister Pendidikan 2019. Aktif sebagai tenaga pengajar di SPK Yarsi dari tahun 1996, 1996-2003) selanjutnya sebagai dosen AKPER Yarsi sejak tahun 2004, selanjutnya sebagai dosen STIKES YARSI MATARAM Di Program Diploma tiga (3) Keperawatan. Mengampu mata kuliah komunitas, Keluarga dan gerontik dari tahun 2004.

Email Penulis: [aswati.karyadi@gmail.com](mailto:aswati.karyadi@gmail.com)



# SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN

**dr. Zahratul Aini, M.Biomed., Sp.KKLP**  
Bagian Family Medicine, Fakultas Kedokteran  
Universitas Syiah Kuala

## **Pendahuluan**

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu proses yang efisien dan efektif untuk menunjang pelayanan kesehatan oleh suatu organisasi mulai dari tindakan pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) sampai dengan rehabilitatif individu, keluarga ataupun masyarakat di Indonesia baik secara fisik, mental ataupun sosial.

Pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem tentunya melibatkan berbagai profesi mulai dari dokter, perawat, sarjana kesehatan masyarakat, ahli gizi sampai dengan ahli lingkungan hidup yang saling menunjang. Harapannya, kolaborasi dalam sistem ini akan memberikan nilai maksimal bagi kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat Indonesia. Pada sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, terdapat beberapa teori, meliputi:

### 1. Input

Berupa masukan bagi sistem pelayanan kesehatan, contohnya adalah tenaga kesehatan, sarana prasarana dan potensi yang dimiliki masyarakat.



## 2. Proses

Berupa kegiatan yang terdapat dalam pelayanan kesehatan untuk menjalankan suatu kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya

## 3. Output

Berupa hasil yang didapatkan setelah menjalani proses. Hasil ini dapat berbentuk pelayanan kesehatan berkualitas dan terjangkau untuk seluruh lapisan masyarakat.

## 4. Dampak

Merupakan akibat dari apa yang telah dilakukan pada proses yang bisa diperoleh dalam waktu yang berbeda-beda. Dampak atau target utama dari sistem pelayanan kesehatan adalah menjadikan masyarakat sehat.

## 5. Umpan balik

Dapat berupa hasil ataupun masukan dari sebuah sistem yang saling mempengaruhi. Umpan balik ini bisa didapatkan dari peningkatan kualitas tenaga kesehatan, penerapan mutu, dan lain sebagainya.

## 6. Lingkungan

Lingkungan berarti adalah keadaan sekitar di luar sistem dan sangat mempengaruhi jalannya sistem layanan, dapat dicontohkan adalah institusi yang berkaitan di luar pelayanan kesehatan

### **Tingkatan Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia**

Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (1983), sistem pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) dan pelayanan kedokteran (*medical services*). Perbedaan pada pelayanan kesehatan terletak pada sasarannya yaitu dalam *public health services* sasarannya adalah kelompok dan masyarakat, sedangkan pada *medical services* sasarannya adalah individu dan keluarga.

Prinsip *medical services* ini diterapkan pada pelayanan kedokteran keluarga, di mana sesuai dengan definisi dokter keluarga menurut Ikatan Dokter Indonesia (IDI) 1982; Dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya.

Pelayanan kesehatan pada kedokteran keluarga juga dikenal secara paripurna (komprehensif) yaitu menyeluruh meliputi pencegahan penyakit dan proteksi khusus (*preventive & spesific protection*), pemulihan kesehatan (*curative*), pencegahan kecacatan (*disability limitation*) dan rehabilitasi setelah sakit (*rehabilitation*) dengan memperhatikan kemampuan sosial serta sesuai dengan mediko legal etika kedokteran.

Leavel dan Clark menyatakan bahwa dalam pemberian layanan kesehatan harus melihat pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu:

1. *Health Promotion* (promosi kesehatan)

Tingkatan pertama dalam pemberian layanan kesehatan yang menjadi ujung tombak pelayanan untuk peningkatan status kesehatan masyarakat namun seringkali anggaran pada tahap promosi terlalu sedikit dibandingkan dengan anggaran pada tahap lainnya. Termasuk dalam hal *Health Promotion* (promosi kesehatan) adalah promosi pencegahan penyakit menular dan penerapan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

2. *Specifik Promotion* (Perlindungan khusus)

Kegunaannya untuk melindungi dari bahaya penyakit tertentu, contoh dalam hal ini adalah imunisasi, P3K (Perlindungan Pertama Pada Kesehatan Kerja)

### 3. *Early diagnosis and prompt treatment*

Dilaksanakan pada kelompok yang telah mulai tampak gejala penyakit guna mencegah penyebaran yang lebih luas, contohnya adalah padalah screening kasus di masyarakat

### 4. *Disability limitation*

Kegunaan layanan ini adalah untuk mencegah kecacatan pada individu yang telah menderita suatu penyakit, pencegahan terhadap komplikasi dan memberikan fasilitas guna menanggulangi kecacatan dan pencegahan kematian.

### 5. *Rehabilitation* (rehabilitasi)

Tingkat pelayanan ini diberikan pada pasien yang telah dinyatakan pulih dari penyakit sebelumnya, agar tetap dapat mempertahankan kualitas hidupnya.

Sistem pelayanan kesehatan ini di Indonesia mempunyai tingkatan mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier. Pada tingkat primer, pelayanan kesehatan dilaksanakan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yaitu fasilitas kesehatan yang melayani kesehatan perorangan, di mana pelayanan yang diberikan bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, disebutkan bahwa FKTP terdiri dari Puskesmas, klinik pratama, praktik dokter/dokter gigi dan Rumah Sakit Kelas D Pratama. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh pemerintah bersama masyarakat, termasuk swasta.

Pelayanan kesehatan tingkat sekunder adalah pelayanan kesehatan yang mememberikana layanan kesehatan tingkat spesialisik atau disebut FKRTL (Fasilitas Kesehatan Fujukan Tingkat Lanjut), sedangkan pada tingkat tersier adalah pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan tingkat sub spesialisik.

## **Sistem Rujukan**

Menurut Notoatmojo (2012) sistem rujukan adalah suatu sistem pelimpahan tanggung jawab dalam penanganan suatu penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (ke tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi) maupun horizontal (antar pelayanan kesehatan yang setara kemampuannya). Sistem rujukan diperlukan terutama untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang tidak dapat diselesaikan pada salah satu unit pelayanan kesehatan, disamping itu rujukan juga dapat melakukan penghematan dana, dikarenakan keterbatasan sarana prasarana di tiap unit pelayanan. Manfaat rujukan bagi tenaga kesehatan tentunya dapat meningkatkan etos kerja, pengetahuan dan ketrampilan melalui kerja sama yang terjalin antar unit pelayanan kesehatan serta pemerataan beban kerja. Sistem rujukan juga memberikan manfaat bagi masyarakat yaitu yang utama menyelesaikan permasalahan kesehatan secara mudah, dekat dan murah sehingga tidak berlarut-larut melalui sarana prasarana kesehatan dan tenaga kesehatan yang lebih memadai dari unit kesehatan sebelumnya dan tidak terjadi penumpukan pasien pada salah satu unit pelayanan kesehatan

Harapan pemerintah adalah pelaksanaan sistem layanan kesehatan berupa sistem rujukan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien. Untuk itu diperlukan koordinasi terarah dari masing-masing unit pelayanan kesehatan yang terlibat didalamnya. Tata laksana rujukan dibagi dua yaitu horizontal dan vertikal. Rujukan horizontal dilaksanakan antar FKTP karena keterbatasan sarana prasarana, seperti laboratorium, sedangkan rujukan vertikal adalah rujukan dari FKTP ke FKRTL yang pelayanannya spesialistiknya lebih lengkap. Dalam hal tata cara rujukan pasien, petugas kesehatan asal tempat rujukan membuat catatan informasi terkait nomor surat, tanggal, jam pengiriman, status pasien (pasien pemegang kartu Jaminan Kesehatan atau pasien umum), tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, resume hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, terapi dan penatalaksanaan yang telah diberikan sebelumnya.

## **Alur Sistem Rujukan Regional**

Alur sistem rujukan diterapkan secara bertingkat, yaitu dimulai dari pelayanan kesehatan di tingkat layanan primer atau Puskesmas, kemudian ke rumah sakit kelas C atau Kelas D, lalu selanjutnya dirujuk ke rumah sakit tingkatan selanjutnya yaitu kelas B dan terakhir ke kelas A.

Rujukan dapat berupa pelayanan rawat inap ataupun rawat jalan tergantung pada indikasi medis yang telah diputuskan oleh dokter dan atas pertimbangan yang mendengar mengutamakan kepentingan pasien dan keluarganya. Dalam merujuk pasien, rumah sakit kelas c atau D dapat melakukan rujukan ke rumah sakit tingkat B atau A ataupun antar atau lintas kabupaten/kota yang telah ditetapkan.

Antar kabupaten/kota berarti pelayanan rujukannya masih dalam satu daerah region yang telah ditetapkan, sedangkan lintas kabupaten/kota adalah rujukan ditujukan ke rumah sakit di luar daerah region yang telah ditetapkan.

## **Rujuk Balik**

Pelaksanaan sistem rujukan di Indonesia telah dikelola secara bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder dan tersier. Sistem rujukan ini tentunya saling terkait dalam suatu sistem pelayanan kesehatan. Bila ditemui hambatan dalam layanan kesehatan tingkat primer (FKTP), maka pelayanan akan dilimpahkan ke tingkat pelayanan sekunder (FKRTL). Sistem pelayanan kesehatan seperti ini akan berhasil bila didukung oleh kebijakan yang baik dari pemerintah, ketersediaan sarana prasarana, teknologi dan transportasi yang memadai. Kegagalan proses rujukan dapat terjadi bila tidak ada kerajasama pihak tertentu yang seharusnya bertanggung jawab, sarana prasarana yang terbatas, serta tidak didukung dengan aturan yang mengikat. Namun sistem rujukan tidak hanya ke unit pelayanan yang lebih tinggi atau yang setara, terdapat juga sistem Pelayanan Rujuk Balik (PRB) pada pelayanan

kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat.

Fungsi Puskesmas sebagai *gate keeper* dalam layanan primer dituntut mampu memberikan pelayanan terhadap 155 penyakit yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Demikian pula pada pelayanan PRB yang merupakan program unggulan BPJS Kesehatan, seharusnya Puskesmas juga mampu memberikan pelayanan dasar pada pasien PRB sesuai dengan prosedur. PRB memberikan manfaat bagi pesertanya untuk peningkatan kemudahan akses pelayanan kesehatan, peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, peningkatan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistik dan mempermudah akses obat yang dibutuhkan pasien.

Syarat utama menjadi peserta PRB yang harus dipenuhi adalah pasien merupakan peserta BPJS Kesehatan, mengantongi surat rujuk balik yang telah diisi oleh dokter tempat rujukan dan pasien juga telah mengisi form kesediaan untuk dirujuk balik. Pasien yang diperbolehkan mendapat obat PRB adalah pasien yang terdiagnosa penyakit kronis dalam keadaan stabil atau terkontrol sesuai hasil rekom dari dokter spesialis pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan atau FKRTL.

Sebelum merujuk balik pasien, kondisi pasien harus dipastikan stabil atau tidak oleh dokter spesialis, jika kondisi pasien dinyatakan stabil maka pasien akan diberikan obat-an rutinnnya selama satu bulan penuh. Evaluasi keadaan pasien oleh dokter di Puskesmas PRB, dilakukan setelah obat satu bulannya habis, kemudian setelah 3 bulan kondisi pasien tetap dipantau lagi, jika tidak stabil maka pasien akan dirujuk kembali ke rumah sakit.

Pada sistem rujuk balik terdapat obat utama dan obat tambahan, yang dimaksud dengan obat utama adalah obat kronis yang diresepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan tercantum pada formularium nasional untuk obat PRB. Obat tambahan adalah obat yang harus diberikan bersama obat utama dan diresepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di FKRTL guna menanggulangi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping dari obat utama.

Adapun mekanisme pelayanan obat PRB pada pelayanan di FKTP adalah peserta harus melakukan pemeriksaan ke FKTP dengan memperlihatkan identitas peserta BPJS, SRB dan buku kontrol pasien PRB. Selanjutnya dokter di FKTP menuliskan resep obat PRB sesuai dengan buku Kontrol pasien PRB.

Pelayanan obat PRB pada apotek depo/farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah dengan cara pasien memperlihatkan resep, SRB dan buku kontrol yang dibawanya dari FKTP kepada apotek depo/farmasi, di mana pelayanan obat PRB dapat dilaksanakan selama 3 bulan (3 kali berturut-turut) di FKTP.

Setelah 3 bulan, pasien harus kembali ke FKRTL untuk dilakukan pemeriksaan oleh dokter spesialis, namun bila kondisi pasien tidak stabil sebelum 3 bulan, maka pasien dapat segera dikonsultasikan ke dokter spesialis di FKRTL.

Kondisi pasien tetap dipastikan setiap 3 bulan sekali oleh dokter spesialis, dan bila hasil evaluasi menyatakan bahwa kondisi pasien masih terkontrol atau stabil maka pasien dapat melanjutkan PRB di FKTP dengan menyertakan SRB baru.

Adapun manfaat rujuk balik bagi peserta, FKTP dan FKRTL adalah sebagai berikut:

1. Bagi Peserta
  - a. Dapat meningkatkan kemudahan akses ke pelayanan kesehatan.

- b. Dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
  - c. Dapat merekatkan hubungan dokter dengan pasien dalam pelayanan secara holistik.
  - d. Kemudahan bagi pasien untuk mendapatkan obat yang diperlukan.
2. Bagi FKTP
- a. Dapat meningkatkan fungsi FKTP sebagai garda depan pelayanan kesehatan baik dari aspek pelayanan komprehensif maupun dalam pembiayaan yang rasional.
  - b. Dapat meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini (*evidence based medicine*)
  - c. Dapat meningkatkan fungsi terhadap pengawasan terapi atau pengobatan
3. Bagi FKRTL
- a. Dapat menghemat waktu pasien untuk menunggu jadwal konsultasi di poli FKRTL.
  - b. Dapat meningkatkan kualitas layanan spesialisik di FKRTL
  - c. Dapat memaksimalkan fungsi dokter spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit.

Berikut Jenis Penyakit yang termasuk Program Rujuk Balik (PRB):

1. Diabetes mellitus
2. Hipertensi
3. Jantung
4. Asma
5. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
6. *Epilepsy*



7. *Schizophrenia*
8. *Stroke*
9. *Sistemic Lupus Erythematosus (SLE)*

### **Pelayanan Komprehensif Bagi Pasien Rujuk Balik di Pelayanan Primer**

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai garda depan pelayanan kesehatan primer yang hadir di tengah masyarakat, memiliki peran penting dalam menjaga kestabilan kesehatan warga di sekitar wilayah kerjanya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan secara komprehensif di pelayanan primer harus dilaksanakan bagi pasien dan keluarganya. Pelayanan kesehatan yang dimaksud meliputi tindakan preventif, kuratif, promotif sampai dengan rehabilitatif bila diperlukan.

Sampai saat ini masih banyak anggapan bahwa pelayanan Puskesmas hanya meliputi pelayanan kuratif saja, karena itu banyak orang yang hanya datang ke Puskesmas atau layanan primer lainnya bila merasakan timbulnya gejala penyakit. Hal ini menyebabkan pembiayaan kesehatan terus meningkat. Oleh karena itu diperlukan usaha dari Puskesmas dalam melaksanakan tindakan pelayanan kesehatan lebih gencar ke masyarakat terutama dari segi preventif dan promotif.

Pelayanan komprehensif di Puskesmas sangat sesuai dengan prinsip-prinsip kedokteran keluarga. Bagi dokter keluarga pencegahan penyakit yang efektif adalah perpaduan antara pengetahuan dengan rekomendasi-rekomendasi terkini dan pengenalan antara pasien dengan dokter melalui komunikasi intens salah satunya adalah dengan melakukan kunjungan rumah (*home visit*).

*Home visit* merupakan ciri khas pada pelayanan kedokteran keluarga. Melalui *home visit*, dokter dapat melihat langsung keadaan pasien, keluarganya dan lingkungan sekitar rumah pasien. Dokter dapat mengumpulkan informasi-informasi penting untuk mendukung pemulihan dan pemeliharaan kesehatan pasien lewat informasi yang didapatkan dari keluarga

atau pun apa yang dilihat langsung oleh dokter. Tidak hanya kesehatan pasien yang menjadi perhatian dokter, namun keluarga pasien juga tidak luput dari pemantauan dokter, apalagi pada pasien rujuk balik dengan penyakit kronis dan gangguan metabolik. Dokter harus dapat melakukan intervensi preventif sedini mungkin bagi keluarga pasien agar tidak mengalami hal serupa seperti pasien. Pelaksanaan kegiatan preventif bagi pasien yang memiliki riwayat keluarga gangguan metabolik dilakukan dengan screening seluruh anggota keluarga melalui pemeriksaan fisik sehingga dapat diketahui seberapa besar resiko terjadinya kasus yang sama.

Kegiatan preventif tentunya diikuti dengan kegiatan promotif bagi pasien dan keluarganya, mulai dari edukasi mengenai penyakit pasien, edukasi terkait pencegahan penyakit bagi keluarga pasien, mengenalkan keluarga pasien ciri-ciri kegawatdaruratan penyakit pasien, sampai dengan mengedukasi keluarga pasien mengenai kegiatan apa saja yang dapat diberikan untuk mendukung pemeliharaan kesehatan pasien. Dokter juga melaksanakan kegiatan rehabilitasi pada pasien bila diperlukan. Rehabilitasi merupakan proses mengembalikan kemampuan, fungsi, serta kualitas hidup seseorang yang mengalami gangguan atau keterbatasan fisik. Tujuan rehabilitasi medik bukanlah untuk menyembuhkan, melainkan untuk memulihkan peran pasien sebagai manusia yang utuh dengan cara mengatasi gangguan kesehatan yang dialami. Dengan begitu, pasien dapat kembali menjalani hidupnya secara normal. Komprehensif tidak hanya ditujukan pada kesehatan fisik pasien tetapi juga meliputi kesehatan psikososial pasien. Dokter harus tetap memperhatikan kesehatan mental pasien, hal-hal apa saja pada pasien dan keluarganya yang dapat mendukung pemeliharaan dan perbaikan kesehatan pasien serta yang factor pemicu (*stress*) yang dapat menurunkan kualitas kesehatan pasien.

## **Daftar Pustaka**

- BPJS. (2014). *Panduan Praktis Program Rujuk Balik Bagi Peserta JKN*. Jakarta. BPJS Kesehatan,
- Hadi S., Wiku. (2007) . *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Kemenkes RI. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta.
- Notoatmodjo S. (2012). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. PT. Rineka Cipta,

## Profil Penulis



### **dr. Zahratul Aini, M.Biomed, Sp.KKLP**

Penulis lahir di Banda Aceh, Provinsi Aceh dan menempuh pendidikan S1 juga di kota yang sama yaitu pada Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Setelah meraih gelar dokter, penulis sempat berkerja pada Rumah sakit dan klinik layanan primer, lalu pada 2013, Penulis memilih untuk mengabdikan kembali pada almamater Penulis sebagai tenaga pengajar sampai dengan sekarang dan ditempatkan pada bagian *Family Medicine* (Ilmu Kedokteran Keluarga).

Penulis menempuh pendidikan Magister pada Magister Kedokteran Keluarga, Fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret, Solo, kemudian pada tahun 2020 penulis mendapatkan gelar Spesialis Kedokteran Keluarga (Sp.KKLP). Untuk menunjang tridarma Perguruan Tinggi sebagai Dosen, penulis aktif melakukan penelitian yang sesuai dengan bidang penulis dan juga rutin melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat di lingkungan sekitar tempat penulis berkerja. Aktifitas lain selain sebagai pengajar yang ditekuni adalah penulis aktif sebagai tim review pada jurnal nasional.

Email Penulis: [dr.zahratulaini@usk.ac.id](mailto:dr.zahratulaini@usk.ac.id)



## TEKNOLOGI TEPAT GUNA DALAM KEBIDANAN

**Wa Ode Nurul Mutia, S.Tr.Keb., M.Keb**  
Politeknik BauBau

### **Latar Belakang**

Dalam rangka meningkatkan sistem usaha pembangunan masyarakat supaya lebih produktif dan efisien, diperlukan teknologi. Pengenalan teknologi yang telah berkembang di dalam masyarakat adalah teknologi yang telah dikembangkan secara tradisional, atau yang dikenal dengan "teknologi tepat guna" atau teknologi sederhana dan proses pengenalannya banyak ditentukan oleh keadaan lingkungan dan mata pencaharian pokok masyarakat tertentu. Pertumbuhan dan perkembangan teknologi, ditentukan oleh kondisi dan tingkat isolasi dan keterbukaan masyarakat serta tingkat pertumbuhan kehidupan sosial ekonomi masyarakat tersebut. Untuk memperkenalkan teknologi tepat guna perlu disesuaikan dengan kebutuhan, yaitu kebutuhan yang berorientasi kepada keadaan lingkungan geografis atau propesi kehidupan masyarakat yang bersangkutan. Teknologi yang demikian itu merupakan barang baru bagi masyarakat dan perlu dimanfaatkan dan diketahui oleh masyarakat tentang nilai dan kegunaannya. Teknologi tersebut merupakan faktor ekstern dan diperkenalkan dengan maksud agar masyarakat yang bersangkutan dapat merubah kebiasaan tradisional dalam proses pembangunan atau peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Adanya Teknologi Tepat Guna Kesehatan diharapkan dapat menjembatani masyarakat dalam memenuhi kebutuhan akan hidup sehat. Maka, perlu kiranya melihat kondisi penerapan Teknologi Tepat Guna, khususnya bidang kesehatan yang berkembang di masyarakat dan melihat sejauh mana teknologi tersebut berhasil mewujudkan kondisi masyarakat yang sehat

### **Pengertian Teknologi Tepat Guna**

Teknologi adalah keseluruhan sarana untuk menyediakan barang-barang yang diperlukan bagi kelangsungan dan kenyamanan hidup manusia. Teknologi tepat guna adalah suatu alat yang sesuai dengan kebutuhan dan dapat berguna serta sesuai dengan fungsinya. Selain itu, teknologi tepat guna atau yang disingkat dengan TTG adalah teknologi yang digunakan dengan sesuai (tepat guna). Ada yang menyebutnya teknologi tepat guna sebagai teknologi yang telah dikembangkan secara tradisional, sederhana dan proses pengenalannya banyak ditentukan oleh keadaan lingkungan dan mata pencaharian pokok masyarakat tertentu.

Secara teknis TTG merupakan jembatan antara teknologi tradisional dan teknologi maju. Oleh karena itu aspek-aspek sosio-kultural dan ekonomi juga merupakan dimensi yang harus diperhitungkan dalam mengelola TTG. Dari tujuan yang dikehendaki, teknologi tepat guna haruslah menerapkan metode yang hemat sumber daya, mudah dirawat, dan berdampak polutif minimalis dibandingkan dengan teknologi arus utama, yang pada umumnya beremisi banyak limbah dan mencemari lingkungan.

### **Ciri-Ciri Teknologi Tepat Guna**

Sebagaimana telah dikemukakan pada kriteria dan syarat dan kesesuaian TTG, dapat dikemukakan ciri-ciri yang cukup menggambarkan TTG (walaupun tidak berarti sebagai batasan) adalah sebagai berikut:

1. Perbaiki teknologi tradisional yang selama ini menjadi tulang punggung pertanian, industri, pengubah energi, transportasi, kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di suatu tempat.
2. Biaya investasi cukup rendah/ relatif murah.
3. Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara dan didukung oleh keterampilan setempat.
4. Masyarakat mengenal dan mampu mengatasi lingkungannya.
5. Cara pendayagunaan sumber-sumber setempat termasuk sumber alam, energi, bahan secara lebih baik dan optimal.
6. Alat mandiri masyarakat dan mengurangi ketergantungan kepada pihak luar (self-reliance motivated).

### **Fungsi Teknologi Tepat Guna**

Sebagai mana fungsi dari teknologi tepat guna adalah:

1. Alat kesehatan yang digunakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.
2. Biaya yang digunakan cukup rendah dan relatif murah.
3. Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara.
4. Mengurangi kesalahan dalam mendiagnosis suatu penyakit.

### **Dampak Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan**

1. Dampak positif sebagai berikut:
  - a. Dengan adanya teknologi tepat guna dalam kebidanan, maka masyarakat akan mendapat kemudahan dalam menjaga kesehatan yang lebih efisien dan efektif.



- b. Teknologi yang ada, dapat membuat kegiatan khususnya di dalam kebidanan akan lebih sederhana dan mudah
2. Dampak negatif sebagai berikut:
- a. Jika penggunaannya teknologi tepat guna tidak sesuai dengan lingkup yang memerlukan maka itu akan sia-sia. Contoh penggunaan USG di daerah pedalaman, disana tidak orang yang mengelolanya dan tidak sesuai dengan kebudayaan masyarakat disana.
  - b. Dengan ketidaktepatan penggunaan alat tersebut maka akan berdampak buruk terhadap pasien. Contoh : penggunaan USG pada pasien dengan cara-cara yang tidak tepat.
  - c. Penggunaan teknologi pada daerah pedalaman dengan tenaga yang tidak ahli akan menimbulkan resiko terhadap pasien

### **Penggunaan Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan**

1. *Fetal Doppler*

adalah merupakan alat yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung bayi, yang menggunakan prinsip pantulan gelombang elektromagnetik, alat ini adalah sangat berguna untuk mengetahui kondisi kesehatan janin, sangat disarankan untuk dimiliki di rumah sebagai deteksi harian, selain aman juga mudah dalam penggunaannya serta harga yang sangat terjangkau untuk dimiliki



## 2. *Fetal doppler Sunray*

adalah salah satu jenis dan merk doppler yang digunakan untuk mengetahui denyut jantung janin dalam kandungan, fetal doppler ini sangat praktis digunakan baik secara pribadi atau digunakan oleh kalangan paramedic

## 3. *Staturmeter*

adalah alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan, alat ini adalah sangat sederhana pada disainnya karena hanya ditempelkan pada tembok bagian atas dan ketika akan digunakan hanya perlu untuk menariknya sampai ke bagian kepala teratas, sehingga dapat diketahui tinggi badan orang tersebut.



## 4. *Eye Protector Photo Therapy*

adalah alat bantu yang digunakan untuk melindungi bagian mata bayi pada saat dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X-ray atau jenis pemeriksaan lain yang menggunakan media sinar agar tidak mengganggu penglihatan bayi yang akan diperiksa.



#### 5. Alat Pengukur Panjang Bayi

adalah merupakan peralatan sederhana yang biasa digunakan oleh bidan dan petugas posyandu, untuk mengetahui perkembangan tinggi bayi dari waktu ke waktu, terbuat dari kayu dengan mistar yang mudah dibaca.



#### 6. *Breast Pump*

*Manual Breast Pump* atau alat pompa ASI manual adalah jenis pompa yang bekerja secara manual alias menggunakan tangan. Sedikit berbeda dengan cara pemerah ASI menggunakan tangan secara langsung, pemerah ASI manual melibatkan pemakaian alat.

*Electric breast pump* atau alat pompa ASI elektrik adalah jenis pompa yang bekerja dengan bantuan

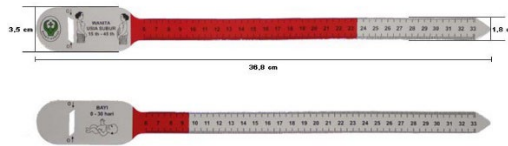
listrik maupun baterai. Ada jenis elektrik yang harus selalu dicolokkan ke listrik terdekat selama digunakan, tetapi ada juga yang menggunakan baterai. Alat pompa elektrik yang memakai baterai biasanya perlu melakukan pengisian daya setiap kali akan digunakan. Alat pompa ASI elektrik cenderung menghabiskan waktu yang lebih singkat dan cepat ketimbang pompa manual. Bagi ibu menyusui yang tidak punya banyak waktu tapi ingin memompa ASI, Anda bisa memilih penggunaan pompa elektrik. Kedua alat ini biasa digunakan oleh para ibu yang berkarier diluar rumah, agar ASI tidak terbuang dengan percuma, sehingga bayi tetap bisa mendapatkan ASI dari ibu.



## 7. Lingkar Lengan Ibu Hamil

Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) pada ibu hamil memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak di bawah kulit sehingga pengurangan LILA menunjukkan pengurangan masa otot atau jaringan lemak atau keduanya yang dapat digunakan sebagai parameter untuk melihat risiko KEK (Kurang Energi Kronis) pada ibu hamil.

## PITA LILA



### 8. Pengukur Panjang bayi (*Caliper*)

adalah alat yang digunakan untuk mengukur panjang bayi dengan ketepatan pengukuran yang tinggi, karena skala yang digunakan pada alat ini lebih detail, sehingga setiap inchi pertumbuhan bayi dapat diketahui. Berikut cara pengukuran menggunakan infantometer:

- a. Letakan pengukur panjang bayi pada meja atau bidang datar.
- b. Letakkan caliper dengan posisi panel kepala ada di sebelah kiri dan panel penggeser berada di sebelah kanan. Panel kepala adalah bagian yang tidak bisa digeser.
- c. Tarik bagian panel yang dapat digeser sampai batas yang diperkirakan cukup untuk mengukur panjang badan bayi.
- d. Baringkan bayi/balita dengan posisi telentang dan pastikan kepala bayi menempel pada bagian panel yang tidak dapat digeser
- e. Rapatkan kedua kaki dan tekan lutut bayi sampai lurus. Pastikan kedua kakinya menempel pada meja atau tempat meletakkan infantometer. Tekan kedua lutut bayi dan tegakkan telapak kakinya, kemudian geser bagian panel yang dapat digeser sampai persis menempel pada telapak kaki
- f. Bacalah skala angka terbesar yang tertera di infantometer untuk menunjukkan ukuran panjang badan bayi. Jangan lupa, tulislah hasil

pengukuran tersebut di buku catatan kesehatan anak.

- g. Setelah pengukuran selesai, bayi bisa diangkat dari infantometer.



9. Reflek *Hammer* / Reflek Patela

Reflex Hammer/palu refleks merupakan alat medis yang digunakan oleh dokter untuk menguji refleks tendon dalam/lutut. Pengujian refleksitas pasien merupakan bagian penting dari pemeriksaan fisik neurologis untuk mendeteksi kelainan pada sistem saraf pusat atau perifer. Alat ini berbentuk segitiga/tailor digunakan untuk memeriksa kemampuan refleksi dari bagian-bagian tubuh. Gagangnya terbuat dari besi stainless. Palu terbuat dari karet yang lembut sehingga tidak menyakitkan bagi pasien.



10. *Umbilical Cord Clem Nylon*

*Umbilical cord clamp*/klem tali pusat bayi baru lahir adalah peralatan medis yang memiliki fungsi untuk menjepit tali pusat yang baru dipotong dari plasenta atau ari-ari agar tidak terjadi pendarahan di pusar pada bayi yang baru lahir. Cara menggunakan klem tali pusat (*Umbilical Cord Clamp*) adalah dengan menekan kedua sisi klem sampai klem terkunci pada

posisi yang tepat. Pemasangan klem biasanya dilakukan oleh dokter atau bidan setelah proses melahirkan. Untuk menjaga kesterilan proses clamping diperlukan prosedur yang tepat.



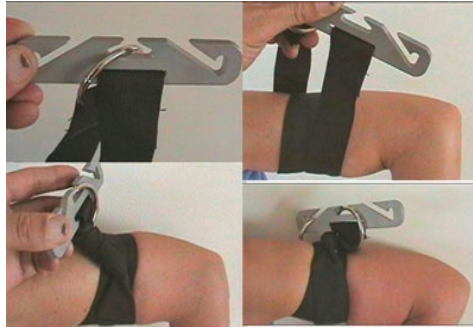
### 11. *Tourniquet*

*Tourniquet* atau tali pembendung ini merupakan bahan mekanis yang fleksibel yang biasanya dibuat dari karet sintesis yang bisa meregang. Tujuan penggunaan pembendungan ini agar pembuluh darah tampak melebar dan menonjol sehingga lokasi penusukan dapat dengan mudah ditentukan, serta berfungsi untuk menahan vena pada lokasi ketika penusukan dan mudah ditembus oleh jarum sehingga vena melebar dan menjadi tipis.

Cara pemasangannya yaitu *tourniquet* dipasang pada 3-4 inci di atas tempat tusukan. Jika terlalu dekat dari tempat tusukan, vena dapat kolaps ketika darah terisap ke dalam tabung dan jika terlalu jauh dari tempat tusukan pengambilan darah tidak akan efektif. Pasien yang memiliki kulit sensitif atau mengalami dermatitis, maka pemasangan *tourniquet* dilakukan di atas kain kering atau kasa yang melihat lengan. Ketika *tourniquet* telah terpasang, mintalah pasien untuk mengepalkan tangan sehingga pembuluh darah di lengan akan menjadi lebih menonjol, sehingga lebih mudah untuk mencari dan menusukkan jarum.

Hal yang harus diperhatikan pada penggunaannya ialah bahwa pembendungan ini tidak boleh terlalu ketat dan tidak boleh berlangsung lama.

Pemasangan tourniquet hendaknya digunakan tidak lebih dari satu menit. Pemasangan yang terlalu lama akan menyebabkan hemokonsentrasi.).





## **Daftar Pustaka**

- Iswari R. (2014). *Hematologi dan Transfusi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kharchenko, Olga. 2021. “Teknologi Tepat Guna Kebidanan.” *Phys. Rev. E*
- Rofiqoh, Fiky. 2020. “Teknologi Kebidanan Tepat Guna.” 165–79.
- Syafruddin,dkk, (2009). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Mahasiswa Kebidanan*. CV.Transinfo media : Jakarta
- World Health Assembeley XXI; “*National and Global SURVEILENS communicable Disease*”, Geneva:WHO, 1968

## **Profil Penulis**



### **Wa Ode Nurul Mutia, S.Tr.Keb., M.Keb.**

Lahir di Baubau Kota Baubau Kecamatan Betoambari Sulawesi Tenggara. Penulis menyelesaikan Pendidikan DIV Kebidanan Program Studi Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang. Tahun 2018, S2 (Magister) Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar Tahun 2020.

Selain sebagai Dosen, penulis menjabat sebagai kelompok kerja dosen di Bidang Pusat Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat di Politeknik Baubau sejak tahun 2022-sekarang. Penulis juga aktif, menjalankan tugas dan fungsi Tridharma perguruan tinggi, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara

Email Penulis: [waodenurulmutia21@gmail.com](mailto:waodenurulmutia21@gmail.com)



# ETIKA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT DAN HUKUM KESEHATAN

**Tatu Rija, S.Pd., M.Hum**

Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan  
Waingapu

## **Definisi Etika**

Pengertian Etika Menurut K. Berten, kata “etika” berasal dari bahasa Yunani kuno, yakni *ethos* (bentuk kata tunggal) atau *ta etha* (bentuk kata jamak). *Ethos* berarti tempat tinggal, padang rumput, kandang, kebiasaan atau adat, akhlak, watak, perasaan, sikap, dan cara berpikir. Sedangkan kata *ta etha* berarti adat kebiasaan. Namun, secara umum etika dimengerti sebagai ilmu apa yang biasa kita lakukan. Dalam kamus umum bahasa Indonesia (W.J.S Poerwandaminto, 2002) merupakan ilmu pengetahuan tentang asas - asas akhlak (moral). Apabila manusia memiliki orientasi yang jelas, ia tidak akan hidup dengan sembarang cara atau mengikuti berbagai pihak tetapi ia sanggup menentukan nasibnya sendiri. Dengan demikian, etika dapat membantu manusia untuk bertanggung jawab atas kehidupannya. Berdasarkan pengertian tadi, dapat dirumuskan pengertian etika menjadi tiga, pertama etika merupakan sistem nilai, yakni nilai - nilai atau norma - norma moral yang menjadi pegangan (landasan, alasan, orientasi hidup) seseorang atau kelompok orang dalam mengatur tingkah lakunya. Kedua, etika kumpulan asas - asas akhlak (moral) atau semacam kode etik. Ketiga, etika merupakan ilmu tentang

apa yang baik dan yang buruk. Hal ini terjadi apabila nilai - nilai, norma - norma moral, asas - asas akhlak (moral), atau kode etik yang terdapat dalam kehidupan suatu masyarakat menjadi bahan refleksi (pemikiran) secara menyeluruh (holisti), sistematis, dan metodelis. Etika merupakan pemikiran kritis tentang berbagai ajaran dan pandangan moral. Etika sering disebut filsafat moral, karena berhubungan dengan adat istiadat, norma - norma, dan nilai - nilai yang menjadi pegangan dalam suatu kelompok atau seseorang untuk mengatur tingkah laku.

#### 1. Jenis-Jenis Etika

Dalam membahas Etika sebagai ilmu yang menyelidiki tentang tanggapan kesusilaan atau etis, yaitu sama halnya dengan berbicara moral (mores). Manusia disebut etis, ialah manusia secara utuh dan menyeluruh mampu memenuhi hajat hidupnya dalam rangka asas keseimbangan antara kepentingan pribadi dengan pihak yang lainnya, antara rohani dengan jasmaninya, dan antara sebagai makhluk berdiri sendiri dengan penciptanya. Termasuk di dalamnya membahas nilai-nilai atau norma-norma yang dikaitkan dengan etika, terdapat dua jenis etika (Keraf: 1991: 23), sebagai berikut:

- a. Etika Deskriptif yaitu Etika yang menelaah secara kritis dan rasional tentang sikap dan perilaku manusia, serta apa yang dikejar oleh setiap orang dalam hidupnya sebagai sesuatu yang bernilai. Artinya Etika deskriptif tersebut berbicara mengenai fakta secara apa adanya, yakni mengenai nilai dan perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas yang membudaya. Dapat disimpulkan bahwa tentang kenyataan dalam penghayatan nilai atau tanpa nilai dalam suatu masyarakat yang dikaitkan dengan kondisi tertentu memungkinkan manusia dapat bertindak secara etis.

- b. Etika Normatif yaitu Etika yang menetapkan berbagai sikap dan perilaku yang ideal dan seharusnya dimiliki oleh manusia atau apa yang seharusnya dijalankan oleh manusia dan tindakan apa yang bernilai dalam hidup ini. Jadi Etika Normatif merupakan norma-norma yang dapat menuntun agar manusia bertindak secara baik dan meng-hindarkan hal-hal yang buruk, sesuai dengan kaidah atau norma yang disepakati dan berlaku di masyarakat. Dari berbagai pembahasan definisi tentang etika, etika dapat diklasifikasikan menjadi tiga

Jenis definisi, yaitu sebagai berikut:

- 1) Jenis pertama, etika dipandang sebagai cabang filsafat yang khusus membicarakan tentang nilai baik dan buruk dari perilaku manusia.
- 2) Jenis kedua, etika dipandang sebagai ilmu pengetahuan yang membicarakan baik buruknya perilaku manusia dalam kehidupan bersama. Definisi tersebut tidak melihat kenyataan bahwa ada keragaman norma, karena adanya ketidaksamaan waktu dan tempat, akhirnya etika menjadi ilmu yang deskriptif dan lebih bersifat sosiologik.
- 3) Jenis ketiga, etika dipandang sebagai ilmu pengetahuan yang bersifat normatif, dan evaluatif yang hanya memberikan nilai baik buruknya terhadap perilaku manusia. Dalam hal ini tidak perlu menunjukkan adanya fakta, cukup informasi, menganjurkan dan merefleksikan. Definisi etika ini lebih bersifat informatif, direktif dan reflektif.

## 2. Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan

Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan Filosofi moral etika kesehatan dijelaskan dalam Prinsip Dasar Etika Kesehatan sebagai berikut:

- a. **Autonomy (otonomi)** Prinsip “Autonomy” (self-determination) yaitu prinsip yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien (the rights to selfdetermination) dan merupakan kekuatan yang dimiliki pasien untuk memutuskan suatu prosedur medis. Prinsip moral inilah yang kemudian melahirkan konsep Informed consent. Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir secara logis dan membuat keputusan sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Beberapa contoh prinsip otonomi adalah sebagai berikut :
- 1) Pasien berhak menentukan tindakan-tindakan baru dapat dilakukan atas persetujuan dirinya.
  - 2) Seorang warga menentukan sikap untuk ikut penyuluhan ataupun kegiatan kesehatanyang diselenggarakan oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)
- b. *Beneficence* (Berbuat baik)

*Beneficence* (Berbuat baik) adalah prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang bertujuan untuk kebaikan pasien atau penyediaan keuntungan dan menyeimbangkan keuntungan tersebut dengan risiko dan biaya. Dalam *Beneficence* tidak hanya dikenal perbuatan untuk kebaikan saja, melainkan juga perbuatan yang sisi baiknya (manfaat) lebih besar daripada sisi buruknya.

*Beneficence* berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan

orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi. Contohnya dapat dilihat sebagai berikut:

- 1) Dokter memberi obat gatal tetapi mempunyai efek yang lain, maka dokter harus mempertimbangkan secara cermat atas tindakannya tersebut.
  - 2) Seorang sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan pelayanan kepada seorang pasien yang menderita penyakit TBC, maka SKM tersebut harus mempertimbangkan dan berkonsultasi dengan ahlinya dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- c. *Non Maleficence* (Tidak merugikan) Prinsip tidak merugikan "*non-maleficence*" adalah prinsip menghindari terjadinya kerusakan atau prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk keadaan pasien. Prinsip ini dikenal sebagai "*primum non nocere*" atau "*above all do no harm*". Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis pada klien atau pasien. Contoh:
- 1) Pendapat dokter dalam memberikan pelayanan tidak dapat diterima oleh pasien dan keluarganya sehingga jika dipaksakan dapat merugikan pasien.
  - 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan pelayanan yang terbaik dalam usaha penyembuhan pencegahan tanpa merugikan masyarakat.
- d. *Confidentiality* (kerahasiaan) Institusi kesehatan akan menjaga kerahasiaan informasi yang bisa merugikan seseorang atau masyarakat. Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka



pengobatan pasien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

Contoh:

- 1) Seorang dokter maupun tenaga medis yang menangani pasien menjaga setiap data informasi yang dimiliki dari pasien tersebut, baik itu nama, alamat, penyakit yang diderita, dan sebagainya.
  - 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) merahasiakan segala bentuk data terkait dengan data survei yang bersifat pribadi (tidak dipublikasikan)
- e. *Fidelity* (Menepati janji) Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Tenaga Kesehatan setia pada komitmen dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari tenaga kesehatan adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

Contoh:

- 1) Seorang dokter berjanji dengan sungguh untuk menjaga setiap rahasia pasiennya, dan sampai kapanpun akan tetap menjaga komitmennya untuk menjaga kerahasiaan setiap pasiennya
- 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) menepati janjinya dalam usaha peningkatan

dan perbaikan kesehatan di masyarakat sesuai dengan program yang telah dibuat.

- f. *Fiduciarity* (Kepercayaan) Adalah hukum hubungan atau etika kepercayaan antara dua atau lebih pihak. Kepercayaan dibutuhkan untuk komunikasi antara profesional kesehatan dan pasien. Seseorang secara hukum ditunjuk dan diberi wewenang untuk memegang aset dalam kepercayaan untuk orang lain. Para fidusia mengelola aset untuk kepentingan orang lain daripada untuk keuntungan sendiri.

Contoh:

- 1) Seorang dokter dipercaya oleh pasiennya untuk melakukan operasi pengangkatan sel kanker dalam tubuhnya.
- 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) diberi kepercayaan oleh masyarakat dalam memberantas wabah DBD dan malaria.

- g. *Justice* (Keadilan) Yaitu prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya (*distributive justice*) atau pendistribusian dari keuntungan, biaya dan risiko secara adil. Prinsip keadilan dibutuhkan untuk tercapai yang sama rata dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.

Contoh:

- 1) Tenaga kesehatan medis tidak boleh diskriminatif dalam memberikan pelayanan kesehatan antara pasien kelas III dan pasien VVIP.
- 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan pelayanan kesehatan seperti imunisasi, penyuluhan, pemberantasan jentik-jentik pada semua lapisan masyarakat.

- h. *Veracity* (Kejujuran) Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa pendapat yang mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors know best" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

Contoh:

- 1) Tenaga kesehatan harus menyampaikan sejujurnya penyakit pasien namun tidak dapat diutarakan semua kecuali kepada keluarga pasien.
  - 2) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan informasi terkait dengan kondisi kesehatan masyarakat dengan transparan dan dapat dipertanggung jawabkan.
3. Definisi Etika Kesehatan Etik (*Ethics*) berasal dari kata Latin yaitu berkaitan dengan kata *mores* dan *ethos*, yang berarti akhlak, adat kebiasaan, watak, perasaan, sikap yang baik, dan yang layak. Umumnya kedua kata ini dalam rangkaian *mores of community* (kesopanan masyarakat) dan *ethos of the people* (akhlak manusia). Jadi etika sangat berkaitan dengan

moral dan akhlak, yang merupakan nilai luhur dalam tingkah laku dan juga berhubungan sangat erat dengan hati nurani (Campbell et al., 2005; Rogers & Braunack-meyer, 2009).

Menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia etika adalah ilmu pengetahuan tentang azas akhlak, sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia dari Departemen Pendidikan dan Kebudayaan adalah Ilmu tentang apa yang baik, apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral. Etika umum (etika filosofis, etika teoritis) merupakan filsafat moral, adalah cabang ilmu filsafat yang mengkaji tentang moral dan moralitas. Etika khusus (etika praktis, etika terapan) adalah penerapan teori-teori dan metodologi etika untuk menganalisis dan memahami masalah-masalah, praktik praktik, atau kebijakan-kebijakan pada bidang khusus tertentu kegiatan manusia. Etika kesehatan masyarakat adalah suatu tatanan moral berdasarkan sistem nilai yang berlaku secara universal dalam eksistensi mencegah perkembangan resiko pada individu, kelompok dan masyarakat yang mengakibatkan penderitaan sakit dan kecacatan, serta meningkatkan keberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dan sejahtera. Etika kesehatan masyarakat sangat berbeda dengan etika kedokteran yang menyatakan bahwa dalam menjalankan pekerjaan kedokteran seorang dokter janganlah dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan pribadi, seorang dokter harus senantiasa mengingat kewajiban melindungi hidup makhluk insani, seorang dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan, seorang dokter harus tetap memelihara kesehatan dirinya

#### 4. Tujuan Dibuatnya Etika Kesehatan

Dalam kehidupan sehari-hari, etika sangat penting untuk di terapkan. Begitu pula dalam dunia kesehatan masyarakat. Beberapa orang mengartikan bahwa etika kesehatan hanyalah sebagai konsep untuk dipahami dan bukan menjadi bagian dari diri.

Padahal etika kesehatan sangatlah penting dimiliki dan diterapkan setiap berhadapan dengan pasien atau klien. Etika kesehatan bertujuan mengatur bagaimana bertingkah laku dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan, menentukan aturanaturan yang mengatur bagaimana menangani suatu masalah yang berkaitan dengan etik agar tidak menjadi suatu hal yang masuk ke ranah hukum atau menimbulkan efek hukuman bagi diri sendiri maupun pasien atau klien.

## 5. Definisi Hukum Kesehatan

- a. Berbagai pengertian atau definisi tentang Hukum Kesehatan dikemukakan para ahli dan sarjana hukum. Definisi tersebut dikemukakan antara lain oleh:
  - 1) Prof. Dr. Rang: “Hukum Kesehatan adalah seluruh aturan-aturan hukum dan hubungan-hubungan kedudukan hukum yang langsung berkembang dengan atau yang menentukan situasi kesehatan di dalam mana manusia berada”.
  - 2) Prof. Dr. Satjipto Rahardjo, SH.: “Ilmu Hukum Kedokteran meliputi peraturan-peraturan dan keputusan hukum mengenai pengelolaan praktek kedokteran”.
  - 3) Dr. Takdir, S.H., M.H. dan literatur yang menjadi sumber hukum kesehatan”. Dari definisi hukum kesehatan yang telah dijelaskan oleh para ahli hukum maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa hukum kesehatan adalah: pengetahuan yang mengkaji tentang bagaimana sebuah penegakan aturan hukum terhadap akibat pelaksanaan suatu tindakan medik/kesehatan yang dilakukan oleh pihak yang berprofesi sebagai tenaga Kesehatan yang dapat dijadikan dasar bagi kepastian tindakan hukum dalam dunia Kesehatan

6. Berdasarkan rumusan di atas, terkandung beberapa pengertian dalam pengertian Hukum Kesehatan, yaitu:
- a. Semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan bidang pemeliharaan kesehatan (*Health Care*) mengandung arti bahwa:
    - 1) Istilah 'ketentuan' lebih luas artinya daripada istilah peraturan hukum, karena istilah 'peraturan hukum' umumnya tertulis.
    - 2) Pengertian 'ketentuan hukum' termasuk pula 'hukum tidak tertulis'. Misalnya : Imunisasi, Pemberantasan dan Tata Cara Mengatasi Penyakit Menular.
  - b. Ketentuan yang tidak berhubungan dengan bidang pemeliharaan kesehatan tetapi merupakan penerapan dari bidang hukum, antara lain :
    - 1) Hukum Perdata, misalnya hubungan antara dokter dan pasien yang merupakan
      - a) Pengantar Hukum Kesehatan
      - b) hubungan medis
      - c) hubungan hukum karena adanya kontrak dengan tujuan penyembuhan (kontrak Terapeutik), misalnya berdasarkan Pasal 1320 BW menyatakan bahwa syarat sahnya suatu persetujuan adalah : adanya kesepakatan antara para pihak.
    - 2) Hukum Pidana, dalam terjadi hal-hal seperti :
      - a) Kelalaian yang mengakibatkan matinya seseorang (Pasal 359 KUHP)
      - b) Kelalaian yang mengakibatkan luka berat atau cacat (Pasal 360 KUHP)
    - 3) Hukum Administrasi, misalnya Izin Praktek yang dikeluarkan oleh Depkes yang harus

dimiliki oleh setiap dokter praktek, Rumah Sakit, apotik, dll.

- c. Pedoman Internasional, Hukum Kebiasaan, Jurisprudensi yang berkaitan dengan Pemeliharaan Kesehatan (Health Care).
- d. Hukum Otonom, ilmu dan literatur yang menjadi sumber hukum.

Menurut Anggaran Dasar PERHUKI, yang dimaksud dengan:

1. Hukum Kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya, serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan (health receivers) maupun sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (health providers) dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman medik, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum, serta sumber-sumber hukum lainnya.
  2. Hukum Kedokteran adalah bagian dari hukum Kesehatan yang menyangkut pelayanan medis.
7. Berdasarkan beberapa pengertian yang ada, dapat disimpulkan bahwa Hukum Kesehatan dan Hukum Kedokteran berbeda dengan ilmu Kedokteran Kehakiman. Hukum Kedokteran (Law for Medicine) maupun Hukum Kesehatan adalah pengetahuan tentang peraturan dan ketentuan hukum yang mengatur pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Yang dibicarakan adalah : hak dan kewajiban pasien, hubungan Rumah sakit dengan Dokter Tamu, paramedis dengan pasien, izin tindakan medis, malpraktek, konsep bayi tabung, kontrak terapeutik, medical negligence, dll. Yang dibicarakan adalah tanda-tanda kematian, kaku mayat, lebam mayat, otopsi, identifikasi, penentuan lamanya kematian,

abortus, keracunan, narkotika, kematian tidak wajar, perkosaan, Visum et Repertum, dll.

a. Fungsi Hukum Kesehatan

Hukum mempunyai fungsi penting sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh hukum itu sendiri, yaitu melindungi, menjaga ketertiban dan ketentraman masyarakat. Sejalan dengan asas hukum, maka fungsi hukum pun ada tiga, yaitu :

- 1) Fungsi Manfaat;
- 2) Fungsi Keadilan;
- 3) Fungsi Kepastian hukum

Ketiga fungsi hukum ini pada prinsipnya adalah ingin memberikan 'perlindungan' dari aspek 'hukumnya' kepada setiap orang atau pihak, dalam berbagai bidang kehidupannya. Dengan kata lain, yang ingin diberikan adalah 'perlindungan hukum' jika timbul persoalan-persoalan hukum dalam kehidupan sosial di masyarakat. Dalam pengertian melindungi, menjaga ketertiban dan ketentraman itulah tersimpul fungsi hukum. Dalam fungsinya sebagai alat 'social engineering' (pengontrol apakah hukum sudah ditepati sesuai dengan tujuannya), maka hukum dalam kaitannya dengan penyelesaian masalah-masalah di bidang kedokteran/ kesehatan, diperlukan. Karena fungsi hukum tersebut berlaku secara umum maka hal tersebut berlaku pula dalam bidang Hukum Kesehatan dan Hukum Kedokteran. Di dalam dunia Pelayanan Kesehatan (Health Care), pada dasarnya terdapat dua kelompok orang yang selalu menginginkan 'adanya kepastian hukum'. Sebab dengan adanya kepastian tersebut, maka orang-orang tersebut akan merasa 'terlindungi' secara hukum. Kedua kelompok tersebut ialah

1. Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (Health Receiver), antara lain adalah : pasien (orang sakit) dan orang-orang yang ingin



memelihara atau meningkatkan kesehatannya.

- a. Kepastian Hukumnya: antara lain, adanya ijazah dan Surat Izin Praktek Dokter.
- b. Perlindungan Hukumnya: adanya ketentuan hukum (Perdata) yang memberi jaminan ganti rugi jika terjadi hal-hal yang tidak sesuai dengan yang diperjanjikan. Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (Health Providers) antara lain adalah para medical providers yaitu dokter dan dokter gigi, serta paramedis atau tenaga kesehatan yaitu perawat, bidan, apoteker, asisten apotek

### **Hubungan Etika Kesehatan dan Hukum Kesehatan**

#### 1. Hubungan Etika dan Hukum Kesehatan.

Hukum kesehatan adalah semua peraturan hukum yang berkaitan langsung pada pemberian kesehatan dan penerapannya pada hukum perdata, hukum administrasi, dan hukum pidana. Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hal ini menyangkut hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelaksana kesehatan maupun dari pihak penyelenggara dalam segala aspeknya, organisasi, sarana, pedoman standar pelayanan medik, ilmu pengetahuan kesehatan, dan hakim serta sumber-sumber lainnya. Hukum kesehatan terdiri dari banyak disiplin, diantaranya: hukum kedokteran, hukum keperawatan, hukum farmasi, hukum apotik, hukum kesehatan masyarakat, hukum perobatan, dan lain-lain. Etika adalah salah satu bagian dari filsafat. Filsafat sebagai suatu interpretasi tentang hidup manusia mempunyai tugas meneliti dan menentukan semua fakta konkret sampai pada dasarnya yang mendalam. Persoalan-persoalan pokok filsafat

mempunyai ciri khas, yaitu: mendalam pemecahannya selalu menimbulkan pertanyaan-pertanyaan baru. Sebagai contoh misalnya: bila seseorang dapat membedakan dengan tepat antara benar dan salah, maka masih akan dibutuhkan pengetahuan lain yang mempertanyakan mengapa dan atas dasar apa perbedaan tersebut dinyatakan, juga mengapa demikian, dsb. Dengan demikian, pembahasan filosofis itu mencakup penelitian atau penyelidikan yang mempunyai ruang lingkup yang sedemikian luas dan menyeluruh (kanisius, 1995).

Etika berhubungan dengan semua aspek dari tindakan dan keputusan yang diambil oleh manusia maka etika merupakan bidang kajian yang sangat luas dan kompleks dengan berbagai cabang subdevisi. Etika kedokteran berfokus terutama dengan masalah yang muncul dalam praktik pengobatan sedangkan bioetika merupakan subjek yang sangat luas yang berhubungan dengan masalah moral yang muncul karena perkembangan dalam ilmu pengetahuan biologis yang lebih umum. Etika kedokteran juga sangat berhubungan dengan hukum. Hampir di semua Negara ada hukum yang secara khusus mengatur bagaimana dokter harus bertindak berhubungan dengan masalah etika dalam perawatan pasien dan penelitian. Namun etika dan hukum tidaklah sama. Sangat sering, bahkan etika membuat standar perilaku yang lebih tinggi dibanding hukum, dan kadang etika memungkinkan dokter perlu untuk melanggar hukum yang menyuruh melakukan tindakan tidak etis. Hukum juga berbeda-beda untuk tiap-tiap Negara sedangkan etika dapat diterapkan tanpa melihat batas Negara. Etika dan hukum kesehatan dalam dunia kesehatan umumnya berbeda namun saling melengkapi, dimana hukum cenderung bersifat kaku, lama dalam proses legalisasi, dan kurang menyeluruh kemudian norma etika akan melengkapi kelemahan-kelemahan norma hukum sehingga mampu mengikuti perubahan-perubahan yang terjadi di masyarakat.

2. Pengertian Hukum Kesehatan Hukum adalah peraturan perUndang-Undangan yang dibuat oleh suatu kekuasaan, dalam mengatur pergaulan hidup masyarakat. Pengertian Hukum Kesehatan menurut berbagai sumber yaitu :
- a. UU RI NO. 23/1992 tentang Kesehatan Hukum Kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan. Hal tersebut menyangkut hak dan kewajiban menerima pelayanan kesehatan (baik perorangan dan lapisan masyarakat) maupun dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam segala aspeknya, organisasinya, sarana, standar pelayanan medik dan lain-lain.
  - b. Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI) Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hal ini menyangkut hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspek-aspeknya, organisasi, sarana, pedoman standar pelayanan medic, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum serta sumber-sumber hukum lainnya. Hukum kesehatan mencakup komponen-komponen hukum bidang kesehatan yang bersinggungan satu dengan lainnya, yaitu Hukum Kedokteran/Kedokteran Gigi, Hukum Keperawatan, Hukum Farmasi Klinik, Hukum Rumah Sakit, Hukum Kesehatan Masyarakat, Hukum Kesehatan Lingkungan dan sebagainya (Konas PERHUKI, 1993)
  - c. Prof.H.J.J.Leenen Hukum kesehatan adalah semua peraturan hukum yang berhubungan langsung pada pemberian pelayanan kesehatan

dan penerapannya pada hukum perdata, hukum administrasi dan hukum pidana. Arti peraturan disini tidak hanya mencakup pedoman internasional, hukum kebiasaan, hukum yurisprudensi, namun ilmu pengetahuan dan kepustakaan dapat juga merupakan sumber hukum.

### 3. Nilai-Nilai Etika

Teori Nilai membahas dua masalah yaitu masalah Etika dan Estetika. Etika membahas tentang baik buruknya tingkah laku manusia sedangkan estetika membahas mengenai keindahan. Pembahasan teori nilai ini bukanlah membahas tentang nilai kebenaran walaupun kebenaran itu adalah nilai juga. Pengertian nilai itu adalah harga dimana sesuatu mempunyai nilai karena dia mempunyai harga atau sesuatu itu mempunyai harga karena ia mempunyai nilai. Dan oleh karena itu nilai sesuatu yang sama belum tentu mempunyai harga yang sama pula karena penilaian seseorang terhadap sesuatu yang sama itu biasanya berlainan. Perbedaan antara nilai sesuatu itu disebabkan sifat nilai itu sendiri. Jika kita kembali kepada ilmu pengetahuan, maka kita akan membahas masalah benar dan tidak benar. Kebenaran adalah persoalan logika dimana persoalan nilai adalah persoalan penghayatan, perasaan, dan kepuasan. Ringkasan persoalan nilai bukanlah membahas kebenaran dan kesalahan (benar dan salah) akan tetapi masalahnya ialah soal baik dan buruk, senang atau tidak senang. Masalah kebenaran memang tidak terlepas dari nilai, tetapi nilai adalah menurut nilai logika. Tugas teori nilai adalah menyelesaikan masalah etika dan estetika dimana pembahasan tentang nilai ini banyak teori yang dikemukakan oleh beberapa golongan dan mempunyai pandangan yang tidak sama terhadap nilai itu. Seperti nilai dikemukakan oleh agama, positifisme, pragmatisme, fatalisme, hidunisme dan sebagainya. Nilai mempunyai tiga ciri:

- a. Berkaitan dengan subjek
- b. Tampil dalam suatu nilai yang praktis karena subjek ingin membuat sesuatu
- c. Nilai menyangkut pada sifat yang ditambah oleh subjek pada sifat yang dimiliki objek. Nilai menjadi ukuran (standar) bagi manusia dalam menentukan pilihan aktivitas yang “baik” dan akan dilakukannya sehari – hari di dalam masyarakat.

Berbeda dengan pandangan Sutan Takdir Alisyahbana, Sondang P.Siagian menyebutkan bahwa ada tujuh nilai. Nilai reaktif (fisiologis), tribalistik (taat pada norma atau pimpinan secara penuh), ego-sentrisme (diri sendiri), konformitas (penyesuaian), manipulatif (menggunakan orang lain untuk kepentingan sendiri), sosiosentris (kepentingan organisasi), eksistensial (fleksibel, bijak dan menghargai orang lain).

- 1) Nilai Reaktif menunjukkan pada tindakan seseorang yang melakukan tindakan tertentu karena bereaksi terhadap situasi tertentu yang dihadapinya. Pada dasarnya ditujukan kepada pemuasan kebutuhan fisiologis seperti haus, lapar, dan sebagainya.
- 2) Nilai Tribalistik yaitu Sifat yang taat kepada norma social atau kelompok dan pimpinan formal. Dengan kata lain, ketaatan kepada orang yang berkuasa dan kepada norma – norma hidup yang telah disepakati bersama akan mengakibatkan hidup penuh keserasian dan keseimbangan.
- 3) Nilai Ego-sentris Sifat mementingkan diri sendiri. Mau bekerja sama dengan orang lain dalam kelompok apabila yang bersangkutan yakin bahwa kebutuhan pribadinya dapat terpenuhi.

- 4) Nilai Konformitas Menerima nilai – nilai hidup orang lain yang berbeda disisi lain tidak memaksakan nilai sendiri ke orang lain.
- 5) Nilai Manipulative Berusaha mencapai tujuan pribadi dengan memanipulasi orang lain sehingga orang itu membenarkan tindakannya.
- 6) Nilai Sosio-sentris Penempatan kebersamaan jauh lebih penting ketimbang nilai materialistic, manipulative atau konformitas.
- 7) Nilai Eksistensial Tingkat toleransi tinggi terhadap pandangan orang lain yang berbeda dari pandangan sendiri. Jika kita berbicara tentang nilai dalam konteks etika, kita memaksudkan suatu nilai spesifik yaitu nilai moral. Nilai lain merupakan sesuatu yang baik menurut aspek tertentu saja sedangkan nilai moral mewujudkan sesuatu yang baik bagi manusia sebagai manusia. Nilai moral bersifat normative. Nilai moral mengikat kita sebagai manusia. Nilai moral wajib direalisasikan. Terhadap nilai moral kita tidak boleh tinggal tak acuh saja. Sedangkan terhadap nilai lain, kita boleh bersikap netral. Etika sebagai ilmu, berefleksi tentang perilaku moral. Etika membahas kenyataan bahwa manusia merupakan makhluk moral. Etika bersifat normative. (Bertens, 2003). Tujuan etika adalah mengidentifikasi aturan yang mengatur perilaku orang-orang dan “barang-barang” yang layak dicari. Keputusan etis ditentukan oleh nilai-nilai yang mendasari seseorang. Etika akan menjadi persoalan yang semakin rumit ketika sebuah situasi mengharuskan suatu nilai melampaui nilai yang lain. Etika adalah system aturan yang mengatur tatanan nilai-nilai (Bateman, 2008).

## **Daftar Pustaka**

- Alvonsus, Sutarno. 2008. Etiket, Kiap Serasi Berelasaki, Yogyakarta: Kanisius
- Batemen, T dan Scott Snell. 2008. Manajemen Kepemimpinan dan Kolaborasi dalam Dunia yang Kompetitif. Jakarta: Salemba Empat
- Farelya, Gita dan Nurrobikha. 2015. Etikolegal dalam Pelayanan Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish
- Sudarma, Momon. 2008. Sosiologi Untuk Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika

## Profil Menulis



**Tatu Rija, S.Pd., M.Hum**

Lahir di Sumba Timur pada tanggal 31 Desember 1991. Penulis merupakan seorang pengajar yang memiliki latar belakang pendidikan sebagai berikut: pada tahun 2014 Penulis menyelesaikan studi S1 PENDIDIKAN BAHASA INGGRIS di IKIP Budi Utomo Malang, Puji Tuhan Penulis dapat menyelesaikan studi Magister Linguistik (S2) di Prodi Ilmu Linguistik PASCASARJANA UNIVERSITAS UDAYANA pada tahun 2019.

Penulis saat ini aktif dalam kegiatan menulis opini dibidang sosial politik, budaya dan pendidikan untuk diterbitkan di berbagai media. Bergabung dalam tim BC Kesehatan Masyarakat yang dimulai pada September 2023, penulis tertarik dengan ilmu baru. Menulis tentang Etika dalam Kesehatan dan Hukum Kesehatan Masyarakat, penulis merasa bangga dan belajar ilmu baru karena penulis berasal dari bidang ilmu Bahasa namun tertarik untuk mengkaji ilmu-ilmu kesehatan. Penulis saat ini bergabung dalam beberapa komunitas salah satunya bernama "*Gubuk Belajar Sumba*" yang terdiri dari banyak Anggota pemuda yang aktif dalam kegiatan aksi sosial, melaksanakan kegiatan Literasi Desa didaerah Pinggiran yang belum terjangkau pendidikan secara merata. Akhir kata, penulis berharap suatu saat nanti, lewat tulisan ini ada yang tergerak hati untuk mau melayani dan membantu generasi-generasi bangsa yang berada di Pinggiran. God Bless!

Email Penulis: [seriuslyika@gmail.com](mailto:seriuslyika@gmail.com)





# MANAJEMEN BENCANA DAN MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT

**Munadiah Wahyuddin, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
STIKes Marendeng Majene

## **Pendahuluan**

Indonesia merupakan negara rawan bencana urutan ketiga berdasarkan laporan World Risk Report 2022. Skor Indeks Risiko Global (World Risk Index/WRI) Indonesia sebesar 41,46 poin pada tahun 2021. Besarnya skor indeks risiko tersebut didukung dengan tingginya angka kejadian bencana alam yang melanda Indonesia dalam setahun terakhir (Cindy Mutia, 2022)

Kejadian bencana di Indonesia tidak lepas dari letak geografis, geologis dan demografis Indonesia itu sendiri. Secara geografis, Indonesia terletak di daerah khatulistiwa sehingga bencana kekeringan dan kebakaran hutan akibat kemarau panjang dapat terjadi, selain itu secara geologis Indonesia dikelilingi oleh tiga lempeng tektonik yang mana pergerakan lempeng tersebut dapat menyebabkan gempa bumi yang berujung pada tsunami. Sedangkan secara demografis Indonesia memiliki jumlah penduduk yang banyak yakni 275,36 juta jiwa, yang mana akan sangat banyak korban jika bencana terjadi. Selain itu, Indonesia memiliki 129 gunung api aktif yang kapan saja dapat mengancam nyawa.

Bencana menurut kamus besar bahasa Indonesia merupakan sesuatu yang menyebabkan, menimbulkan, kesusahan, kerugian, atau penderitaan. Bencana merupakan suatu peristiwa yang tidak dapat diprediksi kapan terjadinya dan dapat menimbulkan korban luka maupun jiwa serta mengakibatkan kerusakan dan kerugian. (Danil, 2021). Bencana menurut UNISDR 2010 adalah gangguan serius terhadap masyarakat atau komunitas yang menyebabkan terjadinya kerugian dan dampak kehilangan jiwa, ekonomi, dan lingkungan secara luas, yang melebihi kemampuan masyarakat yang terkena dampak untuk menghadapinya dengan menggunakan sumber daya mereka sendiri

Bencana adalah dampak dari suatu kejadian yang tidak dapat ditanggulangi dengan sumber daya setempat. Proses terjadinya dimulai dengan keberadaan suatu hazard yang berubah menjadi suatu kejadian (event). Kejadian tersebut dapat memberikan dampak langsung kepada manusia maupun lingkungannya. (Perdana, 2016). Dalam Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana menjelaskan bahwa bencana adalah peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

Dari beberapa definisi bencana diatas, dapat disimpulkan bahwa bencana merupakan suatu peristiwa yang tidak dapat ditangani oleh masyarakat setempat, baik yang disebabkan oleh alam maupun non alam yang kejadiannya dapat menimbulkan korban jiwa, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, dan dampak psikologis. Bencana yang merupakan pertemuan tiga unsur antara ancaman bencana, kerentanan, dan kemampuan yang dipicu oleh suatu kejadian, pada akhirnya akan memberikan masalah kesehatan terhadap masyarakat yang terdampak

## **Konsep Manajemen Bencana**

### **1. Definisi Manajemen Bencana**

Manajemen bencana adalah upaya sistematis dan komprehensif untuk menanggulangi semua kejadian bencana secara cepat, tepat dan akurat untuk menekankan jumlah korban dan kerugian yang ditimbulkan. (Muhammad,2021)

Manajemen bencana merupakan pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor pengurangan jumlah kerugian dan korban serta penanganan pengungsi secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh pada saat terjadinya bencana dengan fasenya. (Munadiah, 2017)

Manajemen bencana meliputi sekumpulan kebijakan dan keputusan – keputusan administratif dan aktivitas-aktivitas operasional yang berhubungan dengan berbagai tahapan dari semua tingkatan bencana. Bencana dapat dipandang sebagai serangkaian fase-fase dari kontinum waktu. Mengidentifikasi dan memahami fase-fase tersebut membantu untuk menggambarkan kebutuhan-kebutuhan yang terkait dengan bencana dan memberi konsep tentang aktivitas-aktivitas manajemen penanggulangan bencana yang memadai. (Nasution, 2005)

Dalam UU nomor 24 tahun 2007, penanggulangan bencana merupakan serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi.

Berdasarkan pengertian diatas, manajemen bencana yang merupakan penanggulangan bencana dapat didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan baik sebelum, saat dan sesudah terjadi bencana untuk mencegah, mengurangi, dan memulihkan diri dari dampak bencana.

## 2. Tujuan Manajemen Bencana

Bencana yang merupakan kejadian yang belum pasti kapan dan dimana terjadi, menyebabkan banyak pihak kurang menyadari pentingnya mengelola bencana dengan baik. Selain itu, belum adanya pengalaman kejadian bencana menyebabkan kepedulian terhadap ancaman bencana, kerentanan yang dimiliki, serta resiko bencana yang akan dihadapi menjadi kurang. Akibatnya ketika terjadi bencana akan banyak korban dan kerugian yang akan dialami. Untuk itu, diperlukan sistem manajemen bencana yang bertujuan untuk:

- a. Mempersiapkan diri menghadapi semua bencana atau kejadian yang tidak diinginkan
- b. Menekankan kerugian dan korban yang dapat timbul akibat dampak suatu bencana dan kejadian
- c. Meningkatkan kesadaran semua pihak dalam masyarakat atau organisasi terhadap bencana sehingga terlibat dalam proses penanganan bencana.
- d. Melindungi anggota masyarakat dari bahaya atau dampak bencana sehingga korban dan penderitaan yang dialami dapat dikurangi.

## 3. Macam-macam model manajemen bencana

Terdapat lima model manajemen bencana yaitu:

- a. ***Disaster management continuum model***. Model ini mungkin merupakan model yang paling populer karena terdiri dari tahap-tahap yang jelas sehingga lebih mudah diimplementasikan. Tahap-tahap manajemen bencana di dalam model ini meliputi *emergency, relief, rehabilitation, reconstruction, mitigation, preparedness, dan early warning*.
- b. ***Pre-during-post disaster model***. Model manajemen bencana ini membagi tahap kegiatan disekitar bencana. Terdapat kegiatan-kegiatan

yang perlu dilakukan sebelum bencana, selama bencana terjadi, dan setelah bencana. Model ini seringkali digabungkan dengan *disaster management continuum model*.

- c. **Contract-expand model.** Model ini berasumsi bahwa seluruh tahap-tahap yang ada pada manajemen bencana (*emergency, relief, rehabilitation, reconstruction, mitigation, preparedness, dan early warning*) semestinya tetap dilaksanakan pada daerah yang rawan bencana. Perbedaan pada kondisi bencana dan tidak bencana adalah pada saat bencana tahap tertentu lebih dikembangkan (*emergency dan relief*) sementara tahap yang lain seperti *rehabilitation, reconstruction, dan mitigation* kurang ditekankan.
- d. **The crunch and release model.** Manajemen bencana ini menekankan upaya mengurangi kerentanan untuk mengatasi bencana. Bila masyarakat tidak rentan maka bencana akan juga kecil kemungkinannya terjadi meski *hazard* tetap terjadi.
- e. **Disaster risk reduction framework.** Model ini menekankan upaya manajemen bencana pada identifikasi risiko bencana baik dalam bentuk kerentanan maupun *hazard* dan mengembangkan kapasitas untuk mengurangi risiko tersebut.

#### 4. Tahapan Manajemen Bencana

Dalam upaya menerapkan manajemen penanggulangan bencana, dilaksanakan melalui tiga tahapan yang meliputi:

##### a. Pra Bencana

Pra bencana ialah situasi tidak terjadi bencana tetapi situasi yang terdapat potensi bencana. Adapun kegiatan yang dilakukan adalah penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana (Disaster Management Plan), yang merupakan rencana umum dan menyeluruh yang meliputi

seluruh tahapan/bidang kerja kebencanaan. Secara khusus untuk upaya pencegahan dan mitigasi bencana tertentu terdapat rencana yang disebut rencana mitigasi. Selain itu, pada situasi ini terdapat pula rencana kontijensi dimana ketika terjadi keadaan darurat sudah ada skenario rencana yang akan dijalankan.

1) Manajemen Resiko Bencana

Merupakan kegiatan pengaturan pengurangan risiko bencana, saat sebelum terjadinya bencana dengan penekanan pada faktor-faktor pendukung bencana melalui kegiatan pengkajian risiko bencana (identifikasi risiko bencana, menilai risiko dan mengevaluasi risiko) dan pengelolaan risiko bencana dengan alternatif penanganan menghindari risiko (pencegahan), mengurangi risiko (mitigasi), mengalihkan risiko (transfer), dan menerima risiko (*risk acceptance*)

2) Pencegahan

Pencegahan adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya bencana dan jika mungkin meniadakan bencana. Pencegahan ialah langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan dari ancaman bencana melalui pengendalian dan modifikasi fisik dan lingkungan.

Selain itu, pencegahan merupakan kegiatan yang lebih dititik beratkan pada upaya penyusunan berbagai peraturan perUndang-Undangan yang bertujuan mengurangi resiko bencana. Misal peraturan tentang RUTL, IMB, rencana tata guna tanah, rencana pembuatan peta rawan bencana dsb.

3) Mitigasi

Menurut PP nomor 21 tahun 2008, mitigasi merupakan serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui

pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana.

Salah satu tindakan mitigasi misal pembuatan tanggul, sabo dam, check dam, Break water, Rehabilitasi dan normalisasi saluran. Selain itu, kegiatan-kegiatan mitigasi termasuk tindakan-tindakan non-rekayasa seperti upaya-upaya peraturan dan pengaturan, pemberian sanksi dan penghargaan untuk mendorong perilaku yang lebih tepat, dan upaya-upaya penyuluhan dan penyediaan informasi untuk memungkinkan orang mengambil keputusan yang berkesadaran. Upaya-upaya rekayasa termasuk penanaman modal untuk bangunan struktur tahan ancaman bencana dan/atau perbaikan struktur yang sudah ada supaya lebih tahan ancaman bencana (Smith, 1992).

#### 4) Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna (sikap mental dan budaya dan disiplin).

Kesiapsiagaan merupakan upaya-upaya yang memungkinkan masyarakat (individu, kelompok, organisasi) dapat mengatasi bahaya peristiwa alam, melalui pembentukan struktur dan mekanisme tanggap darurat yang sistematis

Beberapa yang termasuk dalam kegiatan kesiapsiagaan adalah membuat rencana darurat bencana (*Disaster Plan*), pengelolaan sumber-sumber daya manusia, kegiatan penyuluhan, pelatihan dan pendidikan kepada masyarakat yang berada di lokasi rawan bencana, petugas di lapangan maupun operator pemerintah, serta memberikan



pelatihan dalam rangka peningkatan keterampilan dan kemahiran serta kewaspadaan masyarakat.

b. Saat Bencana

Saat bencana disebut juga sebagai fase tanggap darurat yang mana merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi pemberian peringatan dini, kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana. Fase tanggap darurat adalah fase dimana dilakukan berbagai aksi darurat yang nyata.

Fase tanggap darurat termasuk dalam manajemen kedaruratan yang berarti segala pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor pengurangan jumlah kerugian dan korban serta penanganan pengungsi secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh pada saat terjadinya bencana. Adapun tindakan yang dilakukan dalam tanggap darurat:

- 1) Pengkajian secara cepat dan tepat terhadap lokasi, kerusakan, dan sumber daya, sehingga dapat diketahui dan diperkirakan magnitude bencana, luas area yang terkena dan perkiraan tingkat kerusakannya.
- 2) Penentuan status keadaan darurat bencana
- 3) Penyelamatan dan evakuasi masyarakat terkena bencana.

c. Pasca Bencana

Pasca bencana atau sesudah terjadinya bencana adalah upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor yang dapat

mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana secara terencana, terkoordinasi, terpadu, dan menyeluruh. Kegiatan pasca bencana juga meliputi langkah penyantunan dan pelayanan, konsolidasi, rehabilitasi, pelayanan lanjut, penyembuhan, rekonstruksi dan pemukiman kembali penduduk. Kegiatan pasca bencana termasuk dalam kegiatan manajemen pemulihan dimana terdapat fase rehabilitasi dan rekonstruksi.

- 1) Rehabilitasi merupakan perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat.
- 2) Rekonstruksi merupakan pembangunan kembali semua sarana dan prasarana, kelembagaan pada wilayah pascabencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pascabencana.

## **Konsep Kesehatan Masyarakat**

### **1. Sejarah Kesehatan Masyarakat**

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Menurut cerita mithos Yunani, Asclepius (Asculapius) adalah orang yang pertama kali berhasil mengobati penyakit, bahkan telah melakukan bedah menurut prosedur-prosedur tertentu. Higeia, yang merupakan seorang asistennya (diceritakan kemudian sebagai

istrinya), juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan. Tetapi berbeda dengan suaminya, ia melakukan upaya pencegahan sebelum terjadinya penyakit (menu seimbang, menghindari makanan dan minuman beracun, olah raga serta kebersihan diri). Apabila orang sudah jatuh sakit, Higeia menganjurkan lebih baik memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik, dibandingkan dengan pengobatan.

Dari kedua tokoh itulah akhirnya muncul dan berkembang 2 ilmu kesehatan yang berbeda, meskipun saling melengkapi, yakni:

- a. Dari tokoh **Asclepius** berkembang ilmu kedokteran (pengobatan dan pemulihan atau kuratif dan rehabilitatif)
- b. Dari tokoh **Hegiea** berkembang ilmu kesehatan masyarakat (pencegahan dan peningkatan atau preventif dan promotif)

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat terdiri dari: ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat), psikologi dan ilmu pendidikan. Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sebagai berikut: epidemiologi, biostatistik/statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, dan kesehatan kerja.

## 2. Definisi Kesehatan Masyarakat

Sehat menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 menyatakan kesehatan adalah keadaan sehat, baik

secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Berdasarkan pengertian kesehatan diatas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan fisik saja tetapi juga mental, spiritual maupun sosial.

Beberapa definisi kesehatan masyarakat menurut ahli kesehatan masyarakat sebagai berikut:

- a. Ilmu kesehatan masyarakat (public health) menurut Profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan individu terkait kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis, perawatan, diagnosis dini pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
- b. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948)
- c. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang terjadi pada masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit. Kesehatan masyarakat mencakup semua kegiatan baik secara langsung atau tidak langsung dalam mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (kuratif), ataupun pemulihan (rehabilitatif).

### 3. Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan kesehatan masyarakat adalah baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif adalah agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Adapun tujuan umum dan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

#### a. Tujuan umum

Kesehatan masyarakat yakni meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.

#### b. Tujuan khusus;

- 1) Meningkatkan individu, keluarga, kelompok, masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat dan sakit.
- 2) Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok, masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
- 3) Tertangani/terlayani kelompok keluarga, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan

#### 4. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok, baik yang sehat maupun sakit, terutama mereka yang beresiko tinggi dalam masyarakat.

##### a. Individu

Individu adalah kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Masalah kesehatan yang dialami individu karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri disebabkan suatu hal, akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Maka tenaga kesehatan diperlukan untuk membantu individu tersebut dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Tenaga kesehatan melakukan promosi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemauan menuju kemandirian.

##### b. Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan. Antara anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi. Akibatnya, jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, hal itu akan berpengaruh terhadap anggota yang lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan sebagai berikut: keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan, keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (*decision making*) dalam perawatan kesehatan, dan keluarga merupakan perantara yang efektif

dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

c. Kelompok Khusus

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

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

5. Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

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

- a. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan pencegahan (preventif) daripada pengobatan (kuratif)
- b. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara- cara yang ringan biaya dan berhasil baik
- c. Melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan kepada masyarakat.

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

Menurut Hendrik L Blum, kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik.

a. Faktor lingkungan

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural ataupun buatan manusia) dan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya dalam status kesehatan masyarakat. Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari.

Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses



untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik maka akan semakin sulit didapatkan. Misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga keberlangsungan hidup, jika individu/ masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/masyarakat semakin tinggi tingkat pendidikan individu/ masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

b. Faktor Perilaku

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat bergantung pada perilaku masyarakat itu sendiri. Hal lain yang mempengaruhi kesehatan adalah kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku lain yang melekat pada diri seseorang. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami tansisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan mempengaruhi derajat kesehatan.

Pada masyarakat tradisional dimana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/masyarakat senantiasa berolahraga. Pada masyarakat modern dimana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/masyarakat terbiasa beraktivitas menggunakan kendaraan seperti sepeda motor, sehingga individu/masyarakat kurang berolahraga. Kondisi seperti ini dapat berisiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolahraga dan mengonsumsi makanan cepat saji. Contoh lainnya seperti

perokok dini yang akan menyebabkan risiko terkena kanker paru.

c. Faktor Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat Kesehatan masyarakat, karena keberadaan fasilitas Kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan perawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan Kesehatan.

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

d. Faktor Genetik

Faktor genetik/keturunan ini juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang ditimbulkan lewat genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak lahir. Misalnya penyakit keturunan seperti diabetes melitus, epilepsy, asma bronkial, retardasi mental, hipertensi dan buta warna. Dengan demikian dapat diinterpretasikan bahwa dalam tubuh seseorang kemungkinan sudah membawa bibit penyakit turunan (orang tua dari bayi tersebut baik dari pihak ibu ataupun ayahnya atau keduanya membawa gen turunan). Hanya saja proses waktu yang akan menjawab kapan timbulnya keluhan penyakit turunan dimaksud.

## Daftar Pustaka

- Arsyad, M. (2017) Modul manajemen penanggulangan bencana “pelatihan penanggulangan bencana banjir”, Bandung. Pusat pendidikan dan pelatihansumber daya air dan konstruksi
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), (2007). Undang- Undang Nomor 24 tahun 2007, Tentang Penanggulangan Bencana.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), 2008. Peraturan Kepala Badan Penanggulangan Bencana Nomor 4 Tahun 2008. Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulanagan Bencana, Jakarta.
- Cholifah, Ameli.P.K, Khoirun.U. (2019) Ilmu Kesehatan Masyarakat  
[https://www.google.co.id/books/edition/ILMU\\_KESEHATAN\\_MASYARAKAT/vVRLEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/ILMU_KESEHATAN_MASYARAKAT/vVRLEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover)
- Cindy Mutia Annur. (2022) Indonesia Masuk Daftar 3 Teratas Negara Paling Rawan Bencana di Dunia by 05/12/2022 13:50 WIB  
<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/12/05/indonesia-masuk-daftar-3-teratas-negara-paling-rawan-bencana-di-dunia>
- Danial, M. (2021). Prosiding Mitigasi Bencana “Manajemen Bencana”
- Hamarno, R dkk. (2016) Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana, Jakarta
- I Ketut Swarjana. (2017) Ilmu Kesehatan Masyarakat.  
[https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu\\_Kesehatan\\_Masyarakat\\_Konsep\\_Strateg/fMQzDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu_Kesehatan_Masyarakat_Konsep_Strateg/fMQzDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover)
- Kadarusno,A.H dkk. (2022). Konsep dasar manajemen bencana, yogyakarta.
- Maisyarah, dkk. 2021. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Media Sains Indonesia.

- Maryam Andi. (2019) Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut
- Nasution, M. S. (2005). Penanggulangan bencana berbasis komunitas.
- Penulisan daftar pustaka menggunakan format APA Edisi-7 atau 6. Contoh:
- Perdana, N. (2016). Menurunkan Risiko Bencana Makassar: Masagena Press.
- Plate, E.J. 2002. Flood risk and flood management. Journal of Hydrology 267 : 2–11
- Purnama, S.G. (2017) Modul manajemen bencana
- Rahmawati, 2021. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Manager
- Rizal, Syamsul.S dkk (2022) Ilmu Kesehatan Masyarakat, Yogyakarta: Zahir Publishing
- Salmah Sjarifah, 2018. Pengantar ilmu Kesehatan masyarakat edisi revisi. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Surahman, Sipardi Sudiboyo. (2016). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Surya Dermawan Ade, Sjaaf Amal Chalik. 2021. Administrasi Kesehatan Masyarakat Teori Dan Praktik. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Yayi Suryo Prabandari, Retna Siwi Padmawati, Supriyati, dkk. (2020) Ilmu Sosial Perilaku Untuk Kesehatan Masyarakat  
[https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu\\_Sosial\\_Perilaku\\_Untuk\\_Kesehatan\\_Mas/WHz-DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu_Sosial_Perilaku_Untuk_Kesehatan_Mas/WHz-DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masalah+kesehatan+masyarakat&printsec=frontcover)

## Profil Penulis



### **Munadiah Wahyuddin, S.Kep, Ns., M.Kes.**

Merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Penulis tertarik dengan dunia kesehatan terutama pelayanan keperawatan sejak duduk dibangku SMA. Namun, sejak menyelesaikan kuliah strata satu di tahun 2011 dengan pilihan jurusan keperawatan, penulis lebih fokus berkari dalam dunia pendidikan. Hal ini karena penulis tumbuh dilingkungan keluarga pendidik, bapak yang berprofesi sebagai dosen dan ibu sebagai guru sehingga menginspirasi penulis untuk mengikuti jejak mereka. Karir sebagai pendidik dimulai sejak 2012 dengan profesi awal sebagai guru di SMK Kesehatan, kemudian penulis melanjutkan pendidikan strata dua dengan mengambil jurusan *Emergency And Disaster Management*. Sejak lulus strata dua ditahun 2015, penulis fokus berkari sebagai dosen dibidang keperawatan khususnya bidang manajemen keperawatan bencana. Ketertarikan penulis dalam bidang pelayanan emergency disaster membuat penulis aktif sebagai relawan PMI yang ikut memberikan pelayanan di lokasi bencana. Untuk meningkatkan karir penulis sebagai dosen profesional, penulis juga aktif dalam bidang pengabdian kepada masyarakat, penelitian, dan penulisan buku. Beberapa kegiatan penelitian maupun pengabmas yang penulis laksanakan mendapatkan dana hibah baik dari internal maupun eksternal kampus. Saat ini penulis masih terus belajar mengembangkan potensi penulis dalam menulis buku dengan harapan bisa lebih banyak membagi ilmu dan berkontribusi dalam mencerdaskan anak bangsa Indonesia.

Email Penulis: [yaya.nadyah@gmail.com](mailto:yaya.nadyah@gmail.com)

# KELUARGA BERENCANA, REVITALISASI DESA SIAGA DAN POSBINDU

**Dian Lestari, SST., M.Bmd., MKeb**  
Poltekkes Kemenkes Palembang

## **Keluarga Berencana (KB)**

### **Pengertian Keluarga Berencana**

KB merupakan Upaya pengaturan kelahiran anak, jarak anak, umur ideal melahirkan, pengaturan kehamilan melalui upaya promotif, perlindungan sesuai hak reproduksi agar terwujud keluarga yang berkualitas.

### **Pengertian Pelayanan Kontrasepsi**

Pelayanan kontrasepsi ialah pelayanan/asuhan pemberian atau pemasangan alat kontrasepsi ataupun tindakan yang bertujuan sebagai kontrasepsi pada peserta KB di fasilitas pelayanan KB.

### **Sasaran Program KB**

Program KB memiliki sasaran, yaitu:

1. Sasaran utama atau sasaran langsung program KB yaitu Pasangan Usia Subur (PUS).

Suami istri sebagai PUS punya peranan hak dan kewajiban yang sama dalam program KB. Walaupun demikian fokus pencegahan kehamilan pada WUS, dimana usia subur wanita sebagai usia reproduksi dari usia 15 tahun sampai usia 49 tahun. Tujuan

pelayanan KB pada WUS ini untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara menggunakan kontrasepsi secara berkelanjutan.

2. Sasaran antara atau sasaran tidak langsung program KB yaitu pelaksanaan dan pengelola KB. Pengelolaan KB ada diberbagai tingkatan pemerintah, yaitu di tingkat pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Pelaksana dan pengelola KB dengan pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu ini untuk menciptakan keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

### **Tujuan Kebijakan KB**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tujuan kebijakan keluarga berencana, meliputi:

1. Pengaturan kehamilan yang diinginkan
2. Penurunan angka kematian ibu, bayi, dan anak, serta untuk menjaga kesehatan
3. Peningkatan akses dan kualitas informasi, meningkatkan pendidikan kesehatan, konseling dan pelayanan KB-Kespro
4. Peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB
5. Promosi ASI eksklusif menjadikan kesuburan lama kembali jadi bermanfaat menjarangkan jarak kehamilan

### **Tujuan Reproduksi Dalam KB**

Tujuan reproduksi yang direkomendasikan antara lain:

1. Pada wanita yang berusia 20 tahun: tunda kehamilan pada pasangan muda, atau memiliki masalah kesehatan
2. Pada WUS yang berusia antara 20-35 tahun: mengatur jarak kehamilan
3. Pada wanita usia lebih dari 35 tahun: diharakan tidak hamil lagi
4. Mengatur jumlah anak

## **Manfaat program keluarga berencana**

Beberapa manfaat untuk program Keluarga Berencana (KB) sebagai berikut:

### 1. Manfaat bagi ibu

Manfaat bagi ibu menjaga status kesehatannya, yaitu kesehatan tubuh, kesehatan organ reproduksi, kesehatan mental dan kesehatan sosial karena mempunyai waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.

### 2. Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Menurunkan kematian bayi akibat komplikasi persalinan dikarenakan organ reproduksi yang tidak sehat/ tidak siap hamil. Dengan pengaturan jarak antar anak, anak menjadi tumbuh dengan baik terpenuhi kebutuhan dasar asah, asih, asuh.

### 3. Manfaat bagi suami

Menjaga kesehatan suami yaitu: kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu untuk keluarganya.

### 4. Manfaat bagi seluruh keluarga

Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan

### 5. Membantu mencegah penularan IMS, HIV-AIDS dengan alat kontrasepsi tertentu

### 6. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat terhadap kepedulian kesehatan individu dan keluarga berdasarkan informasi terkait KB

### 7. Mengurangi kehamilan remaja

### 8. Perlambatan laju pertumbuhan penduduk, yang akan berdampak kearah positif terhadap beban ekonomi, lingkungan dan Pembangunan.



## **Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran**

KB pasca persalinan adalah pelayanan KB yang diberikan setelah persalinan sampai dengan kurun waktu 42 hari, sedangkan KB pasca keguguran ialah KB yang diberikan setelah penanganan keguguran dengan kurun waktu 14 hari pasca keguguran. Pelayanan ini diatur dalam Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017.

## **Revitalisasi Desa Siaga**

Sejak tahun 1970an-1980an, pemerintah Indonesia mencanangkan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan melalui gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), sejak tahun 2006 diganti dengan Desa Siaga melalui Keputusan Menteri Kesehatan No.564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga

## **Pengertian Desa Siaga**

Desa atau kelurahan siaga adalah desa atau kelurahan yang penduduknya mendapatkan akses pelayanan kesehatan dengan mudah, antara lain Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya. Penduduknya dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan dapat mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

## **Komponen Desa Siaga**

### **Pelayanan Kesehatan Dasar**

Pelayanan kesehatan di Pustu, Puskesmas, dan RS. Pelayanan primer pada ibu hamil, menyusui, kesehatan anak, penemuan dan penanganan anggota masyarakat penyakit.

## **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

Masyarakat di desa siaga ini wajib menerapkan PHBS, dan menjadi indikator keberhasilan pengembangan Desa atau Keluarga siaga bahwa PHBS dilaksanakan dalam tiap rumah tangga., tempat umum, tempat kerja, sarana kesehatan, institusi pendidikan di wilayah Desa/ Kelurahan tersebut.

Indikator keberhasilan pembinaan PHBS yaitu mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, penggunaan air bersih, mengkonsumsi sayur dan buah, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, ASI eksklusif kepada bayi, penimbangan berat badan balita, penggunaan jamban sehat, memberantas jentik, nyamuk, mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari, dan aktivitas fisik setiap hari.

## **Persiapan Pengembangan Desa Siaga**

Persiapan desa siaga meliputi: pelatihan fasilitator pelatihan petugas kesehatan, analisis situasi perkembangan desa dan kelurahan siaga meliputi: pelatihan fasilitator, pelatihan petugas kesehatan, analisis situasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat, serta pelatihan kader pemberdayaan masyarakat dan lembaga kemasyarakatan.

## **Penyelenggaraan Desa/Kelurahan Siaga**

Dalam kelembagaan suatu desa/kelurahan dipimpin Kepala Desa atau Lurah beserta perangkat desa/ perangkat lurah dan Badan Permusyawaratan Desa (BPD).

## **Langkah-Langkah Pemecahan Masalah Kesehatan**

Berikut ini langkah-langkah dalam memfasilitasi siklus pemecahan masalah:

1. Pengenalan kondisi desa/kelurahan
2. Identifikasi masalah kesehatan dan PHBS
3. Musyawarah desa/kelurahan
4. Perencanaan partisipatif

5. Pelaksanaan kegiatan
6. Pembinaan kelestarian

Langkah-langkah ini merupakan siklus pemecahan masalah dari hasil pembinaan menjadi data terbaru untuk pengenalan kondisi desa/kelurahan.

### **Kriteria Klinik**

Tingkatan-tingkatan atau kategori Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif, sebagai berikut:

1. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Pratama: sudah terbentuk forum masyarakat desa, memiliki kader pemberdayaan masyarakat minimal 2 orang, akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan dasar, memiliki Posyandu, ada dana pengembangan desa dalam anggaran pembangunan desa, ada peran aktif masyarakat, belum ada peraturan di desa yang melandasi pengembangan desa siaga.
2. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Madya, memiliki: forum masyarakat desa, kader pemberdayaan masyarakat antara 3-5 orang, akses yang baik ke pelayanan kesehatan, peran aktif masyarakat, peran aktif ormas dalam kegiatan desa siaga, ada peraturan pengembangan desa, minimal 20% rumah tangga mendapat pembinaan PHBS
3. Desa dan kelurahan siaga aktif purnama, memiliki: forum masyarakat desa yang berjalan rutin, setiap triwulan, 6-8 orang kader pemberdayaan, ada kemudahan akses ke pelayanan kesehatan dasar, Posyandu aktif, 3 UKM lainnya yang aktif, terdapat dana pengembangan desa siaga dalam anggaran Pembangunan desa, ada peraturan tertulis yang melandasi pengembangan desa siaga, minimal 40% rumah tangga mendapat pembinaan PHBS.
4. Desa dan kelurahan siaga aktif mandiri, memiliki: forum masyarakat desa yang berjalan secara rutin setiap bulan, kader pemberdayaan masyarakat, ada kemudahan akses ke pelayanan kesehatan dasar, memiliki Posyandu aktif, memiliki lebih dari 4 UKBM

aktif, dana pengembangan desa siaga dalam anggaran Pembangunan desa, peran aktif masyarakat, peran aktif ormas, memiliki peraturan tertulis, minimal 70% rumah tangga mendapat pembinaan PHBS.

### **Pemantauan**

Pemantauan terhadap pengembangan desa siaga dengan melibatkan berbagai pihak, melalui:

1. Pemantauan dan pengawasan partisipatif oleh masyarakat
2. Pemantauan dan pengawasan oleh pemerintah
3. Pemantauan dan pengawasan oleh fasilitator
4. Pemantauan dan pengawasan independent oleh berbagai pihak

### **Evaluasi**

Evaluasi terhadap kemajuan Desa/Kelurahan Siaga dilakukan secara tahunan. tengah periode, dan akhir periode.

### **Revitalisasi Desa Siaga**

Untuk meningkatkan kualitas Desa Siaga penting untuk dilakukan revitalisasi Desa Siaga untuk mempercepat pencapaian target-target dari Desa Siaga melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota dan Keputusan Menteri Kesehatan No 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di kabupaten dan kota. Target saat itu untuk tahun 2015 dicapai 80% desa menjadi Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.

### **Posbindu**

Berbagai program pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, antara lain Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Ibu Anak, Posyandu lansia, Posyandu Remaja/Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, dan Pos

Pembinaan Terpadu (Posbindu) Penyakit Tidak Menular (PTM).

### **Pengertian Posbindu**

Posbindu PTM diselenggarakan oleh dan untuk masyarakat, dalam kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Kelompok PTM utama yaitu kanker, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJPD), dan gangguan akibat kecelakaan dan tindakan kekerasan.

### **Tujuan Posbindu**

Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mencegah dan mendeteksi faktor risiko PTM

### **Sasaran Posbindu**

Sasaran utama adalah kelompok masyarakat sehat yang berisiko serta penyandang PTM berusia lebih dari 15 tahun.

### **Pelaksana Kegiatan**

Kegiatan posbindu diselenggarakan dari masyarakat untuk masyarakat. Masyarakat yang dimaksud adalah kelompok/ organisasi/ lembaga/ tempat kerja yang bersedia menyelenggarakan Posbindu PTM, yang dilatih secara khusus, dibina atau difasilitasi untuk melakukan deteksi dini faktor risiko PTM di masing-masing kelompok atau organisasinya. Kader Posbindu PTM berpendidikan minimal SLTA, mau dan mampu melakukan kegiatan berkaitan dengan Posbindu PTM

### **Kegiatan Posbindu**

10 Kegiatan Posbindu PTM, yaitu:

1. Anamnesa: Wawancara tentang faktor risiko PTM, riwayat PTM pada keluarga dan diri peserta, aktifitas fisik, potensi kerja mengalami cedera/ kecelakaan, merokok, kurang makan sayur dan buah, potensi kekerasan rumah tangga, serta informasi lainnya yang dibutuhkan untuk identifikasi masalah kesehatan berkaitan dengan terjadinya PTM.

2. Pemeriksaan antropometri: pengukuran berat badan, tinggi badan, Indek Massa Tubuh (IMT), lingkar perut, analisis lemak tubuh, dan tekanan darah tiap satu bulan sekali.
3. Pemeriksaan fungsi paru: pemeriksaan paru sederhana diselenggarakan 1 tahun sekali bagi yang sehat, 3 bulan sekali bagi yang berisiko, dan 1 bulan sekali bagi yang menderita gangguan paru-paru. Pemeriksaan yang dimaksud dengan pemeriksaan arus puncak ekspresi menggunakan *peakflowmeter*.
4. Pemeriksaan gula darah: pemeriksaan tiap 3 tahun sekali bagi yang sehat, 1 tahun sekali bagi yang berisiko dan penderita DM.
5. Pemeriksaan kolesterol total dan trigliserida, pemeriksaan tiap 5 tahun sekali bagi yang sehat, tiap 6 bulan sekali bagi yang memiliki faktor risiko, tiap 3 bulan sekali bagi penderita displipidemia (gangguan lemak darah)
6. Pemeriksaan Inpeksi Visual Asam Asetat (IVA) setiap 5 tahun sekali bagi individu sehat. Bila ditemukan hasil positif, dilakukan pengobatan krioterapi, pemeriksaan IVA diulangi setelah 6 bulan, jika hasil negatif dilakukan pemeriksaan ulang 5 tahun kemudian, tapi bila hasil masih positif dilakukan tindakan krioterapi ulang.
7. Pemeriksaan kadar alkohol pernafasan dan tes amfemin urin pada kelompok pengemudi umum.
8. Kegiatan konseling dan penyuluhan, setiap pelaksanaan Posbindu PTM.
9. Aktifitas fisik (olahraga bersama), secara rutin dilakukan setiap minggu.
10. Rujukan ke fasilitas layanan kesehatan dasar.

## **Kategori Kelompok Posbindu**

1. Posbindu PTM dasar meliputi pemeriksaan deteksi dini faktor risiko , riwayat PTM, riwayat keluarga, pengukuran BB, TB, lingkar perut. IMT, pemeriksaan tekanan darah serta konseling.
2. Posbindu PTM utama melaksanakan kegiatan yang sama pada Posbindu dasar ditambah dengan pemeriksaan gula darah, kolesterol total, trigliserida, pengukuran APE, konseling dan pemeriksaan IVA serta CBE, pemeriksaan alkohol dalam darah, dan tes amfetamin urin bagi pengemudi

## **Faktor Risiko**

1. Faktor sosio ekonomi
2. Faktor modernisasi
3. Merokok
4. Diet tidak sehat
5. Konsumsi alkohol
6. Stress
7. Riwayat PTM keturunan
8. Faktor umur
9. Kurang aktifitas fisik

## **Tahapan Kegiatan**

1. Tahap 1/ Meja 1: Registrasi/ Pendaftaran
2. Tahap 2/ Meja 2: Anamnesa/ Wawancara faktor risiko, riwayat PTM yang pernah diderita, dan riwayat PTM keluarga
3. Tahap 3/ Meja 3: Layanan pemeriksaan BB, TB, IMT, lingkar perut, analisa lemak tubuh
4. Tahap 4/ Meja 4: Layanan pemeriksaan tekanan darah, gula darah. Kolesterol, trigiliserida, APE, kadar alkohol, amfetamin, CBE dan IVA
5. Tahap 5/ Meja 5: Identifikasi faktor risiko, konseling, edukasi, rekomendasi tidak lanjut, dll

## Pencatatan dan Pelaporan Posbindu PTM

Laporan Posbindu merupakan rekap bulanan/triwulan/tahunan berisi perkembangan, proporsi faktor risiko, cakupan kegiatan. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan oleh petugas posbindu, atau petugas puskesmas yang terlibat kegiatan di serahkan ke pihak Puskesmas untuk di analisa untuk pembinaan, dan menjadi laporan ke instansi pendiri Posbindu.

### Kriteria Faktor Risiko PTM

Tabel 24.1 Kriteria Hasil dari Faktor Risiko PTM

Faktor Risiko	Baik	Sedang	Buruk
Gula darah puasa	80-109	110-125	$\geq 126$
Glukosa darah 2 jam	80-144	145-179	$\geq 180$
Glukosa darah sewaktu	80-144	145-199	$\geq 200$
Kolesterol darah total	$< 150$	150-189	$\geq 190$
Trigliserida	$< 140$	140-150	$> 150$
Tekanan darah	$< 130/80$	130-139/80-90	$\geq 140/90$
Indeks Masa Tubuh (IMT)	18,5-22,9	23-24	$> 25$
Lingkar Perut	P $< 90$ cm; W $< 80$ cm	-	P $> 90$ cm; W $> 80$ cm
Arus Puncak Ekspirasi	Nilai APE $>$ Nilai Prediksi		Nilai APE = Nilai Prediksi

Sumber: Buku Petunjuk Teknis Kegiatan Posbindu PTM, Kemenkes (2012)



## **Daftar Pustaka**

- BKKBN (2015). *Kebijakan Program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga dalam Mendukung Keluarga Sehat*. Jakarta: BKKBN.
- Kementerian Kesehatan RI, (2021). *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Dirjen Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI, (2014). *Pedoman Umum Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI, (2012). *Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri RI, 2010. *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. Jakarta:Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI, (2011). *Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

## **Profil Penulis**

### **Dian Lestari, SST., M.Bmd., M.Keb**



Penulis kelahiran Palembang. Pada tahun 1999 penulis memulai perjalanan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Palembang, pada tahun 2004 penulis menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Padjajaran, menyelesaikan pendidikan S2 Biomedik di Universitas Sriwidjaya tahun 2017, tahun 2023 menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran. Menjadi dosen sejak tahun 2004 di Akbid YPSDMI Garut, 2006 di DIII Kebidanan UKB Palembang, dan tahun 2008 sampai sekarang menjadi dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang. Saat ini penulis mengampu matakuliah Keluarga Berencana, dan aktif menulis tentang keluarga berencana.

Email Penulis: [dianlestari@poltekkespalembang.ac.id](mailto:dianlestari@poltekkespalembang.ac.id)



# SANITASI LINGKUNGAN, PENGELOLAAN AIR LIMBAH DAN SAMPAH

**Lidia Br Tarigan, SKM., M.Si**

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

## **Pendahuluan**

Manusia sangat bergantung pada lingkungan. Lingkungan menjadi sumber air, tempat tinggal, makanan dan kebutuhan manusia lainnya. Kesejahteraan dan kesehatan manusia sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan. Kondisi lingkungan juga sangat dipengaruhi oleh aktivitas manusia. Aktivitas manusia dalam memenuhi kebutuhan hidup sering sekali membawa dampak negatif bagi lingkungan. Pencemaran lingkungan terjadi yang terjadi akibat meningkatnya industri untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Konsumsi masyarakat yang terus meningkat berdampak pada peningkatan volume limbah dan sampah. Peningkatan volume limbah dan sampah memiliki dampak yang merugikan ekosistem, penurunan kualitas hidup serta menimbulkan gangguan kesehatan bagi masyarakat.

Kualitas lingkungan yang baik berperan penting menciptakan kualitas kesehatan masyarakat. Pencemaran air, udara dan tanah dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan seperti penyakit pernafasan, penyakit perut, penyakit yang ditularkan oleh vektor bahkan penyakit kronis. Upaya pelestarian lingkungan, tindakan berkelanjutan serta perlindungan sumberdaya

alam menjadi kunci dalam menjaga keseimbangan lingkungan. Keseimbangan lingkungan akan memberi dampak positif terhadap kesehatan masyarakat. Dalam rangka menjaga keseimbangan lingkungan perlu dilakukan upaya secara terpadu dan berkesinambungan. Salah satu upaya tersebut adalah penerapan sanitasi lingkungan dan upaya pengelolaan limbah cair dan sampah.

### **Sanitasi Lingkungan**

Sanitasi lingkungan menurut Kamus Besar bahasa Indonesia (KBBI) adalah upaya menyehatkan lingkungan hidup manusia terutama air, udara dan tanah. Sanitasi lingkungan memiliki tujuan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat secara fisik, kimia, biologi, dan sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, n.d.). Sanitasi lingkungan merupakan tindakan untuk menjaga dan memelihara kebersihan, kesehatan serta keamanan lingkungan fisik sehingga dapat meminimalkan risiko terhadap kesehatan manusia dan lingkungan. Upaya-upaya dalam bidang sanitasi lingkungan mencakup hal-hal berikut:

#### 1. Pengelolaan air bersih

Pengelolaan air bersih menjadi salah satu dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals-SDGs*). Tujuannya adalah mencapai akses air bersih serta mengurangi pencemaran air. Untuk mengurangi pencemaran air maka *World Health Organization* (WHO) menetapkan parameter serta batas kualitas air untuk konsumsi manusia. Parameter tersebut termasuk kontaminan kimia maupun mikroba. Di Indonesia sendiri memiliki peraturan tentang air bersih maupun air minum. Standar baku mutu yang ditetapkan adalah standar baku mutu dan persyaratan kesehatan air minum, standar baku mutu dan persyaratan kesehatan air untuk keperluan higiene dan sanitasi dan standar baku mutu dan persyaratan kesehatan air untuk

kolam renang, solus per aqua, dan pemandian umum yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan, 2014).

## 2. Pengelolaan air limbah

Air limbah adalah air sisa dari suatu kegiatan atau aktivitas manusia yang berhubungan dengan pemakaian air. Peraturan perUndang-Undangan mengamanatkan limbah cair yang bersumber dari rumah tangga harus dikelola terlebih dahulu sebelum di buang agar tidak mencemari lingkungan (Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor : P.68/Menlhk-Setjen/2016 Tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik, n.d.). Pengelolaan air limbah yang baik akan mencegah pencemaran lingkungan khususnya tanah dan sumber air bersih. Pengelolaan limbah cair seharusnya mengikuti persyaratan yang telah ditetapkan dalam peraturan perUndang-Undangan. Namun dalam kenyataan sistem pengolahan air limbah domestik yang dilakukan masih cenderung kurang berkelanjutan (Solichin & Sari, 2023), sehingga menimbulkan pencemaran pada lingkungan.

## 3. Pengelolaan sampah

Pengelolaan sampah merupakan aktivitas untuk mengelola sampah dari munculnya sampah sampai pada pembuangan yang meliputi pengumpulan, pengangkutan, pengolahan dan pembuangan (Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 Tentang Pengelolaan Sampah, n.d.). Sumber sampah berasal dari aktivitas rumah tangga, perdagangan, wisata serta kuliner. Sampah yang dihasil pada umumnya terdiri dari sampah organik dan sampah anorganik. Kecendrungan pemakaian bahan sekali pakai seperti pembungkus makanan dari plastik meningkatkan volume sampah anorganik (Br Tarigan, 2019).

#### 4. Pengendalian pencemaran udara

Pengendalian pencemaran udara bertujuan agar kualitas udara tetap terjaga. Kualitas udara mempengaruhi kesehatan masyarakat khususnya penyakit pernafasan. Sebuah penelitian menyatakan hubungan yang signifikan antara polusi udara dan kejadian penyakit saluran pernapasan dengan konsentrasi partikulat PM2.5, SO<sub>2</sub>, dan NO<sub>2</sub> memiliki dampak yang merugikan terhadap kesehatan (Priyana, 2023).

#### 5. Pengendalian pencemaran tanah

Pengendalian pencemaran tanah bertujuan untuk menjaga kualitas tanah dari bahan-bahan pencemar yang dapat mempengaruhi kualitas tanah. Bahan pencemar dapat berupa bahan kimia, mikroba patogen atau bahan berbahaya beracun yang berasal dari pembuangan barang barang bekas.

#### 6. Pengendalian vektor penyakit

Pengendalian vektor penyakit adalah upaya menekan kepadatan vektor agar tidak menyebabkan masalah bagi manusia melalui penularan penyakit dengan konsep tidak menimbulkan gangguan atau kerusakan pada lingkungan (Ningrum et al., 2023).

Peran masyarakat menjadi hal penting dalam pelaksanaan sanitasi lingkungan. Peningkatan peran serta masyarakat dalam perbaikan sanitasi lingkungan dapat dilakukan melalui tiga pendekatan yaitu sosialisasi, pendampingan dan perencanaan pembangunan sarana sanitasi seperti tong sampah, jamban dan saluran pembuangan air limbah(Nursalim et al., 2020).

### **Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga**

Rumah tangga merupakan salah satu sumber air limbah. Aktivitas sehari hari menghasilkan air limbah seperti mencuci, mandi, minyak sisa penggorengan atau kegiatan rumah tangga lainnya yang menghasilkan buangan berbentuk cair. Air limbah yang dihasilkan harus dikelola dengan baik agar tidak menjadi penyebab pencemaran

bagi lingkungan. Pengelolaan limbah cair rumah tangga belum dilaksanakan dengan baik disebabkan masyarakat belum paham tentang limbah air rumah tangga dan dampaknya bagi kesehatan dan lingkungan (Rismawati & Sya'aban, 2023). Hal ini terlihat dari penggunaan bahan-bahan pembersih seperti deterjen yang digunakan secara masif. Keberadaan septic tank dalam setiap rumah masih belum seluruhnya tersedia. Septic tank merupakan salah satu bentuk pengelolaan limbah cair, dimana limbah tidak langsung dibuang ke sungai tetapi diolah dalam septic tank. Jika limbah cair tidak ditangani dengan tepat maka, akan menimbulkan dampak yang besar terhadap lingkungan dan kesehatan. Hal ini disebabkan limbah cair yang dihasilkan memiliki kandungan kimia yang berbeda-beda yang mana jika menjadi satu di lingkungan dapat menjadi bahan beracun.

Beberapa prinsip **pengelolaan limbah cair rumah tangga yaitu** air limbah kamar mandi dan dapur tidak boleh tercampur dengan air dari jamban. Limbah cair yang dibuang tidak boleh menjadi tempat perindukan vektor pembawa penyakit. Tidak boleh menimbulkan bau, tidak boleh tergenang yang menyebabkan lantai licin dan rawan kecelakaan. Saluran air limbah terhubung dengan saluran limbah umum/got atau sumur resapan. Pengelolaan limbah cair rumah tangga dilakukan melalui kegiatan pemisahan saluran limbah cair rumah tangga melalui sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah. Menyediakan dan menggunakan penampungan limbah cair rumah tangga dan memelihara saluran pembuangan dan penampungan limbah cair rumah tangga (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat., n.d.). Salah satu bentuk pengolahan limbah yang dapat menurunkan pencemaran pada air limbah domestik adalah dengan teknologi hybrid bioreaktor bio film dan fitoremediasi (Sumiyati et al., 2023).

Pembuatan saluran air kotor atau bak resapan, merupakan salah satu cara mengelola air limbah rumah



tangga. Pembuatan saluran air kotor atau bak peresapan perlu memperhatikan hal-hal berikut ini yaitu:

1. Tidak menyebabkan sumber air bersih yang terdapat di lingkungan tersebut tercemar
2. Tidak mengotori permukaan tanah.
3. Mencegah tersebarnya cacing tambang pada permukaan tanah.
4. Mencegah berkembangbiaknya lalat dan serangga lain.
5. Tidak menimbulkan bau tidak sedap yang dapat mengganggu masyarakat sekitar.
6. Membuat konstruksi secara sederhana dengan menggunakan bahan yang murah dan mudah untuk didapatkan.
7. Jarak sumber air dan bak resapan minimal 10 m.

Kualitas limbah rumah tangga yang dibuang saluran umum/got harus memenuhi kriteria baku mutu yang telah ditentukan pada Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor P.68/Menlhk-Setjen/2016 Tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik. Berikut ini baku mutu dari limbah cair sesuai peruran tersebut.

<b>Parameter</b>	<b>Satuan</b>	<b>Kadar maksimum</b>
pH		6 – 9
BOD	mg/L	30
COD	mg/L	100
TSS	mg/L	30
Minyak & lemak	mg/L	5
Amoniak	mg/L	10
Total Coliform	jumlah/100mL	3000
Debit	L/orang/hari	100

### **Pengelolaan Sampah Rumah Tangga**

Pengelolaan sampah adalah kegiatan yang sistematis, menyeluruh, dan berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah. Pada pasal 12 UU

Nomor 18 Tahun 2008 menyatakan bahwa “setiap orang dalam pengelolaan sampah rumah tangga dan sampah sejenis sampah rumah tangga wajib mengurangi dan menangani sampah dengan cara yang berwawasan lingkungan”(Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 Tentang Pengelolaan Sampah, n.d.).

Sampah yang dikelola adalah sampah rumah tangga yang berasal dari kegiatan sehari-hari dalam rumah tangga, tidak termasuk tinja, dan sampah spesifik. Sampah spesifik adalah sampah yang mengandung bahan berbahaya dan beracun. Pengelolaan sampah terdiri dari lima tahapan yaitu tahap penimbunan, tahap pewadahan, tahap pengumpulan, tahap pengangkutan dan tahap pembuangan akhir (Br Tarigan & Dukabain, 2023). Tahapan yang dilakukan di tingkat rumah tangga adalah tahap penimbunan, tahap pewadahan dan tahap pengumpulan. Pada tahap pewadahan dapat dilakukan kegiatan pemilahan sehingga sampah yang dihasilkan sudah dipisah sesuai dengan jenisnya.

Pengelolaan sampah rumah tangga dapat berjalan dengan baik jika terdapat partisipasi aktif masyarakat sebagai penghasil sampah. Partisipasi masyarakat dipengaruhi oleh pengetahuan, tingkat ekonomi dan jenis pekerjaan(Tarigan et al., 2020). Pengelolaan sampah dapat berjalan baik jika ada dukungan keluarga (Chandra, 2023). Masyarakat memiliki pemahaman yang terbatas mengenai biaya dan beban lingkungan akibat sampah, dan selanjutnya tidak ada kesediaan untuk membayar untuk sistem pengumpulan sampah (Blanchard et al., 2023). Pengelolaan sampah juga membutuhkan panduan dan standar yang efektif untuk metode pengumpulan yang tepat dan kurangnya pengetahuan yang tepat (Sundar et al., 2023).

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam pengelolaan sampah pada tingkat rumah tangga adalah sebagai berikut:

1. Pemilahan sampah

Pemilahan sampah dilakukan bertujuan untuk memisahkan sampah yang masih dapat dimanfaatkan. Kegiatan pemilahan menjadi penting

agar volume sampah yang di buang ke tempat penampungan akhir berkurang. Kegiatan ini juga dapat dimanfaatkan menjadi sumber ekonomi keluarga dengan membawa sampah organik yang bernilai ekonomi ke bank sampah.

## 2. Mengurangi sampah

Kegiatan mengurangi sampah dapat dilakukan dengan mengurangi penggunaan wadah sekali pakai, sebagai contoh penggunaan tas belanja yang terbuat dari kain yang dapat digunakan kembali. Kegiatan mengurangi sampah akan menyebabkan volume sampah menjadi turun.

## 3. Daur ulang sampah

Daur ulang adalah mengolah sampah menjadi bentuk lain yang dapat dimanfaatkan kembali. Hal akan mengurangi volume sampah yang dibuang sekaligus dapat memenuhi kebutuhan akan barang yang dibutuhkan. Sebagai contoh, memanfaatkan botol plastik menjadi pot bunga atau wadah barang di rumah tangga.

## 4. Membuat kompos

Sampah organik dalam rumah tangga hampir setiap hari di produksi. Aktivitas menyiapkan makanan untuk keluarga akan menghasilkan sampah organik. Sampah organik tersebut dapat dikelola menjadi kompos yang dapat digunakan untuk pupuk serta bernilai ekonomi. Pembuatan kompos dapat mengurangi volume sampah rumah tangga (Widjaja, 2023).

Peran serta masyarakat dalam pengelolaan sampah rumah tangga dapat melalui kegiatan 4R yaitu *recycle*, *reuse*, *reduse* dan *replace*. Kegiatan 4R diawali dari sumber sampah yaitu rumah tangga (Lidia & Olga, 2023). Pengelolaan sampah rumah tangga dapat dilakukan dengan berbagai metode sehingga sampah yang dikelola dapat bermanfaat dan bernilai ekonomi. Bank sampah dapat menjadi suatu bagian dalam pengelolaan sampah, dimana sampah dapat dimanfaatkan dan memunculkan

sirkulasi ekonomi. Sebuah penelitian di Yogyakarta menunjukkan suatu metode pengelolaan sampah yang diberi dengan nama Sedekah Sampah, dimana pengelolaan sampah yang dilakukan memberi dampak positif bagi kehidupan sosial dan juga peningkatan ekonomi (Yandri et al., 2023). Pemanfaatan sampah plastik menjadi bahan hidropnik juga menjadi salah satu alternatif dalam pengelolaan sampah (Santoso et al., 2023). Peran serta perempuan dalam pengelolaan memberikan manfaat berupa hasil kreatifitas yang dapat digunakan, meningkatkan keterampilan dan memberi nilai tambah ekonomi dan membantu pihak yang membutuhkan (Hafizah & Hidayat, 2023). Peran serta pemerintah dalam pengelolaan sampah juga dapat dilakukan dengan meningkatkan kinerja layanan kecamatan atau desentralisasi dan pengelolaan kualitas data tentang sampah (Budihardjo et al., 2023).

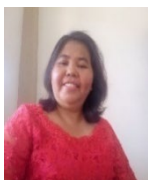
## Daftar Pustaka

- Blanchard, C., Harris, P., Pocock, C., & McCabe, B. K. (2023). Food and Garden Organic Waste Management in Australia: Co-Benefits for Regional Communities and Local Government. *Sustainability*, 15(13), 9901. <https://doi.org/10.3390/su15139901>
- Br Tarigan, L. (2019). Pengelolaan Limbah Pada Sentra Pedagang Makanan Jajanan Di Kota Kupang. *Oehonis*, 3(1), 140–146. <https://jurnal.poltekeskupang.ac.id/index.php/oe/article/view/285>
- Br Tarigan, L., & Dukabain, O. M. (2023). *Pengelolaan Sampah Kreatif* (S. Singga, Ed.; 1st ed.). Rena Cipta Mandiri.
- Budihardjo, M. A., Humaira, N. G., Ramadan, B. S., Wahyuningrum, I. F. S., & Huboyo, H. S. (2023). Strategies to reduce greenhouse gas emissions from municipal solid waste management in Indonesia: The case of Semarang City. *Alexandria Engineering Journal*, 69, 771–783. <https://doi.org/10.1016/j.aej.2023.02.029>
- Chandra, C. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Pinang Tahun 2022. *An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 38. <https://doi.org/10.31602/ann.v10i1.11121>
- Hafizah, N., & Hidayat, M. (2023). Kreativitas Perempuan dalam Pengelolaan Sampah Rumah Tangga Melalui Bank Sampah Unit Andalas Sepakat Kelurahan Andalas Padang. *Jurnal Perspektif*, 6(1), 87–97. <https://doi.org/10.24036/perspektif.v6i1.739>
- Lidia, T. B., & Olga, M. D. (2023). *Pengelolaan Sampah Kreatif* (Siprianus Singga, Ed.; 1st ed., Vol. 1). Rena Eka Cipta mandiri.

- Ningrum, S. A., Kartika, D., Nisha, D. M., Simatupang, S. A., Lolo, R. K., Azri, A. A., & Pulungan, S. H. (2023). *Manajemen pengendalian vektor* (M. Nanda, Ed.; 1st ed., Vol. 1).
- Nursalim, N., Saputri, M. M., Nurlinda, N., Muhammad, S., Jumawati, J., J. I., Nastia, N., & Hidayatullah, M. (2020). Pembinaan Masyarakat Dalam Perbaikan Sanitasi Lingkungan. *INTEGRITAS: Jurnal Pengabdian*, 4(1), 95. <https://doi.org/10.36841/integritas.v4i1.521>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.
- Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor: P.68/Menlhk-Setjen/2016 Tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 66 Tahun 2014 tentang kesehatan Lingkungan, (2014).
- Priyana, Y. (2023). Studi Kausalitas antara Polusi Udara dan Kejadian Penyakit Saluran Pernapasan pada Penduduk Kota Bogor, Jawa Barat, Indonesia. *Jurnal Multidisiplin West Science*, 2(06), 462–472. <https://doi.org/10.58812/jmws.v2i6.434>
- Rismawati, A., & Sya'aban, M. B. A. (2023). Potret kesadaran ekologis masyarakat: Studi pengetahuan masyarakat tentang limbah air rumah tangga terhadap pencemaran lingkungan. *AL MA'ARIEF: Jurnal Pendidikan Sosial Dan Budaya*, 5(2).
- Santoso, R., Bachtiar, A., Erliyani, I., & Alfiyanto, A. (2023). Community Development Through The Use Of plastic Waste management as Hydroponic. *Communnity Development Journal*, 4(Juni).
- Solichin, R., & Sari, P. A. (2023). *Review Pengolahan Air Limbah Domestik di Beberapa Kota di Indonesia*. 2(1), 527.

- Sumiyati, S., Sutrisno, E., & Wicaksono, F. (2023). *Pengolahan Air Limbah Domestik dengan Teknologi Hybrid Bioreaktor Biofilm-Fitoremediasi*. 21, 403–407. <https://doi.org/10.14710/jil.21.2.403-407>
- Sundar, D., Mathiyazhagan, K., Agarwal, V., Janardhanan, M., & Appolloni, A. (2023). From linear to a circular economy in the e-waste management sector: Experience from the transition barriers in the United Kingdom. *Business Strategy and the Environment*. <https://doi.org/10.1002/bse.3365>
- Tarigan, L. B., Rogaleli, Y. C., & Waangsir, F. W. F. (2020). Community participation in waste management. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 9(2), 115. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v9i2.20380>
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah.
- Undang-Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Widjaja, W. (2023). Pelatihan Proses Pengelolaan Sampah Rumah Tangga Menjadi Pakan Ternak. *SABAJAYA Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(2), 15–20. <https://doi.org/10.59561/sabajaya.v1i2.14>
- Yandri, P., Budi, S., & Putri, I. A. P. (2023). Waste sadaqah: a new community-based waste-management practice in Java, Indonesia. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/15487733.2023.2212510>

## **Profil Penulis**



### **Lidia Br Tarigan, SKM., M.Si**

Adalah Dosen Tetap di Prodi Sanitasi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang sejak tahun 1998. Lahir di Sumatera Utara, tepatnya di Kabanjahe pada 6 Januari 1972. Menyelesaikan Pendidikan D3 Kesehatan Lingkungan pada tahun 1994 dari Akademi Kesehatan Lingkungan Depkes Jakarta. Pada tahun 2003 menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Pada tahun 2009 menyelesaikan studi Pasca Sarjana Prodi Pengelolaan Sumberdaya Alam dan Lingkungan di Universitas Nusa Cendana. Memiliki pengalaman sebagai Sanitarian di Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Selatan Propinsi NTT pada tahun 1996-1998. Beberapa mata kuliah yang diampu adalah Dasar Pemecahan Masalah Kesehatan Lingkungan, Sanitasi Industri dan K3, dan Ekologi. Penulis aktif dalam penelitian dan penulisan artikel ilmiah di bidang kesehatan lingkungan khususnya pengelolaan sampah. Hasil karya ilmiah termuat dalam buku referensi, jurnal terindeks Scopus dan Sinta.

Email Penulis: [lidia.tarigan@gmail.com](mailto:lidia.tarigan@gmail.com)





## USAHA KESEHATAN SEKOLAH, POSYANDU DAN PUSKESMAS

**Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep**  
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

### **Konsep Usaha Kesehatan Sekolah**

#### 1. Pengertian Usaha Kesehatan Sekolah

Usaha kesehatan sekolah (UKS) adalah bagian dari program kesehatan anak usia sekolah dengan menerapkan upaya pendidikan dalam menanamkan, menumbuhkan, mengembangkan dan meningkatkan kesehatan dilaksanakan secara terpadu, berencana, terarah dalam kehidupan peserta didik sehari-hari dengan melibatkan masyarakat sekolah baik orang tua, guru dan komite sekolah.

#### 2. Tujuan Usaha Kesehatan Sekolah

Tujuan usaha kesehatan sekolah yaitu (a) Meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta derajat kesehatan lingkungan sekolah, (b) Meningkatkan kemampuan siswa, guru dan kader kesehatan dalam mendorong terbentuknya perilaku hidup sehat, (c) Menciptakan lingkungan sehat, (d) Mencegah dan memberantas penyakit menular di sekolah, (e) Memupuk kebiasaan hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan peserta didik yang memiliki pengetahuan, sikap dan ketrampilan melaksanakan prinsip hidup sehat, (f) Memperbaiki dan memulihkan kesehatan sekolah

melalui usaha mengikutsertakan secara aktif murid dan guru memberikan pendidikan kesehatan dalam keseharian, melakukan pertolongan pertama pada kecelakaan dan pengobatan sederhana, mengusahakan lingkungan sekolah yang sehat, (g) Peserta didik sehat secara fisik, mental, sosial maupun lingkungan, (h) Peserta didik memiliki pengetahuan dan kemampuan menolak terhadap pengaruh buruk dari penyalahgunaan narkoba, alkohol, kebiasaan merokok, masalah pornografi dan masalah sosial.

3. Teori Model Keperawatan Kesehatan : *Comprehensive School Health Model*

*Comprehensive school health model* merupakan model kesehatan sekolah yang membahas keseluruhan lingkungan sekolah mencakup empat pilar berbeda saling terkait yang memberikan fondasi kuat untuk kesehatan sekolah yang komprehensif dan mendukung perbaikan pendidikan siswa dilakukan secara terencana, terpadu dan holistik. Empat pilar tersebut adalah lingkungan sosial dan fisik, proses belajar mengajar, kebijakan sekolah sehat serta kemitraan dan layanan.

Prinsip *comprehensive school* yaitu (a) Menghubungkan masalah, sistem kesehatan dan pendidikan, (b) Menggabungkan kesehatan dalam semua aspek sekolah dan pembelajaran, (c) Mengerti bahwa sekolah secara langsung mempengaruhi kesehatan dan perilaku siswa, (d) Mengakui bahwa siswa yang sehat akan belajar lebih baik dan berprestasi lebih tinggi, (e) Menggabungkan kesehatan ke dalam semua aspek sekolah dan pembelajaran, (f) Mendorong pilihan gaya hidup sehat, mendorong kesehatan dan kesejahteraan siswa.

4. TRIAS Usaha Kesehatan Sekolah

a. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya peningkatan pengetahuan berupa bimbingan,

tuntunan tentang aspek kesehatan pribadi seperti fisik, mental dan sosial melalui kegiatan intrakurikuler dan ekstrakurikuler pada anak sekolah. Pendidikan kesehatan diberikan dengan melakukan pendekatan dan metode. Pendekatan dilakukan melalui individual dan kelompok disesuaikan situasi, kondisi dan mengacu pada tujuan pendidikan dengan memperhatikan kebutuhan dan mengikuti perkembangan pengetahuan serta teknologi. Metode yang digunakan diskusi/ceramah, belajar individu, penugasan, belajar dan kerja kelompok, tanya jawab, simulasi.

Tujuan pendidikan kesehatan agar peserta didik memiliki pengetahuan tentang kesehatan, memiliki perilaku hidup bersih dan sehat, menerapkan prinsip pencegahan penyakit, memiliki sikap dan nilai positif terhadap prinsip hidup sehat dan memiliki daya tangkal terhadap pengaruh buruk seperti narkoba, gaya hidup tidak sehat.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan diberikan kepada peserta didik disesuaikan dengan tingkat sekolah. Pendidikan kesehatan diberikan sesuai dengan jenjang sekolah yaitu (a)Taman kanak-kanak: makanan dan minuman sehat; kebersihan dan kesehatan pribadi, (b)Sekolah dasar: menjaga kebersihan diri; mengenal cara menjaga kesehatan alat reproduksi; mengenal makanan sehat; mengenal bahaya merokok; menjaga kebersihan lingkungan, (c)Sekolah menengah pertama: memahami pola makanan sehat; mengenal bahaya seks bebas; memahami berbagai penyakit menular seksual, (d)Sekolah menengah atas: menganalisis bahaya penggunaan narkoba, menganalisis dampak seks bebas; memahami bahaya HIV/AIDS; memahami cara menghindari seks bebas.

b. Pelayanan kesehatan

Tujuan pelayanan kesehatan di sekolah adalah (a) Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan melakukan tindakan hidup sehat untuk membentuk perilaku hidup sehat, (b) Meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit dan mencegah terjadinya penyakit, (c) Menghentikan proses penyakit dan pencegahan komplikasi akibat penyakit, pengembalian fungsi dan kemampuan yang cedera menjadi berfungsi optimal. Pelayanan kesehatan dilaksanakan disekolah melalui kegiatan ekstrakurikuler, puskesmas atau instansi kesehatan jenjang berikutnya sesuai kebutuhan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh TIM Kesehatan puskesmas berkerjasama dengan guru dan kader kesehatan sekolah. Kegiatan yang dilakukan berupa kegiatan promotif dilaksanakan melalui penyuluhan kesehatan dan latihan ketrampilan ekstrakurikuler yaitu dokter kecil, palang merah remaja, pembinaan kantin sekolah sehat dan pembinaan keteladanan berperilaku hidup bersih dan sehat. Kegiatan preventif dilakukan melalui kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan penularan penyakit dan penghentian proses penyakit pada tahap dini yaitu screening bagi anak yang baru masuk sekolah, pemeriksaan berkala setiap 6 bulan, memantau pertumbuhan, imunisasi, konseling kesehatan remaja, pengawasan kesehatan lingkungan sekolah. Kegiatan kuratif dan rehabilitatif berupa mencegah komplikasi dan kecatatan akibat proses penyakit, meningkatkan kemampuan siswa cedera agar dapat berfungsi optimal dengan pengobatan ringan, pertolongan pertama pada kecelakaan/penyakit, dan rujukan medik.

c. Pembinaan lingkungan sekolah sehat

Pembinaan lingkungan sekolah memiliki tujuan mewujudkan lingkungan sekolah sehat agar tercapai derajat kesehatan setinggi tingginya dalam mendukung tercapainya proses belajar yang maksimal bagi peserta didik/siswa. Lingkungan sekolah meliputi lingkungan fisik (kontruksi ruang dan bangunan, halaman, sarana dan ventilasi, pencahayaan, ventilasi, vektor penyakit, kantin, kebisingan) dan lingkungan non fisik (perilaku merokok, perilaku membuang sampah, perilaku mencuci tangan, perilaku memilih makanan sehat).

5. Tingkat Pencegahan dalam Pelaksanaan Program UKS

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer dilakukan meliputi Pendidikan seks (topik pendidikan seks meliputi anatomi dan fisiologi, pubertas dan perkembangan remaja, identitas/orientasi seksual, kehamilan dan reproduksi, penyakit menular dan HIV, hubungan yang sehat dan keamanan pribadi), Pendidikan jasmani (disesuaikan dengan usia anak, mengajarkan pentingnya melakukan aktivitas fisik pada usia muda), imunisasi (pentingnya imunisasi untuk kekebalan tubuh dan perlindungan jangka panjang terhadap penyakit), pencegahan kecelakaan (diajarkan sejak dini dan informasi yang diberikan disesuaikan dengan usia, berhubungan dengan keamanan dan keselamatan), pemenuhan nutrisi (kebutuhan gizi sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan usia anak) dan program pendidikan gizi (menyertakan orang tua, pedagang kantin sekolah terkait gizi dan konseling gizi).

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder berupa pemeriksaan kesehatan seperti gangguan penglihatan dan

pendengaran. Skrining pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia seperti pemeriksaan bentuk tulang belakang, pemeriksaan tekanan darah.

c. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier berupa perawatan darurat (kondisi yang bisa menyebabkan terjadinya kecelakaan atau cedera dibutuhkan pertolongan pertama pada kecelakaan atau cedera yang harus disediakan di semua sekolah, perawat sekolah harus memiliki pengetahuan tentang standard pertolongan pertama), dan pemberian obat.

## **Konsep Posyandu**

1. Pengertian Posyandu

Posyandu merupakan pelayanan kesehatan dasar dalam pelaksanaannya diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat dibantu oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Posyandu sebagai wadah pelayanan kepada masyarakat mempunyai nilai strategis pengembangan sumber daya manusia dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat agar hidup sehat. Posyandu pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah proses pemberian informasi kesehatan ditujukan kepada individu, keluarga atau kelompok dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan. Proses dilakukan untuk membantu dan memantau perkembangan kesehatan agar terjadi perubahan dari aspek pengetahuan (*knowledge*), aspek sikap (*attitude*), dan aspek tindakan (*practice*).

2. Posyandu yang ditujukan untuk Balita, anak, ibu hamil, PUS dan Nifas

a. Tujuan pokok posyandu adalah (a)Mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA) di Indonesia melalui upaya pemberdayaan masyarakat, (b)Meningkatnya

peran masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar dan peran lintas sektor dalam penyelenggaraan Posyandu, terutama berkaitan dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA, (c)Meningkatnya cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan dasar dan kemampuan masyarakat dalam pengembangan kegiatan kesehatan untuk menunjang peningkatan hidup sehat (d)Membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS).

b. Sasaran posyandu: Sasaran Sasaran Posyandu adalah ibu hamil, Pasangan Usia Subur (PUS), Bayi, Anak balita, ibu nifas dan ibu menyusui.

c. Kegiatan posyandu

1) Kegiatan Utama yang dilakukan meliputi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi dan Pencegahan dan Penanggulangan Diare.

Kesehatan ibu dan Anak (KIA) meliputi Ibu hamil, Ibu Nifas dan Menyusui, Bayi dan Anak balita, kegiatan tersebut meliputi: (1)Kegiatan ibu hamil dilakukan mulai awal kehamilan sampai dengan akhir kehamilan; pengukuran tekanan darah; pemantauan nilai status gizi; pemberian tablet zat besi, imunisasi TT, pemeriksaan kehamilan, perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi; Edukasi terkait tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan dan menyusui, gizi, KB, perawatan payudara, pemberian asi, senam hamil dan demonstrasi perawatan bayi baru lahir, (2)Kegiatan ibu nifas dan menyusui: KB pasca persalinan, Inisiasi menyusui dini (IMD), asi eksklusif, gizi, perawatan payudara, (3)Kegiatan bayi dan anak balita pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia, penyuluhan dan konseling. Jika ada tenaga kesehatan dilakukan imunisasi dan deteksi dini tumbuh kembang.



Keluarga Berencana (KB) meliputi kegiatan Pelayanan KB dapat diberikan oleh kader yang sudah mendapatkan pelatihan pada KB jenis tertentu. Jika ada tenaga kesehatan dapat juga jenis KB lain dan penyuluhan/konseling KB, atau dilakukan rujukan ke puskesmas untuk melakukan KB. Imunisasi meliputi kegiatan pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilaksanakan petugas Puskesmas. Jenis dan jadwal imunisasi diberikan disesuaikan dengan program terhadap bayi dan ibu hamil.

Gizi meliputi kegiatan Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Jenis pelayanan meliputi penimbangan BB, pengukuran TB, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan (PMT), suplementasi vitamin A dan tablet Fe. Kader melakukan pelaporan ke puskesmas jika ditemukan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) dan balita yang berat badan tidak naik 2 kali berturut-turut atau berada di bawah garis merah (BGM). Pencegahan dan penanggulangan diare meliputi kegiatan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Penanggulangan diare melalui pemberian oralit. Apabila diperlukan penanganan lebih lanjut dilakukan oleh petugas kesehatan atau dilakukan rujukan ke puskesmas.

## 2) Kegiatan Pengembangan/Tambahan

Kegiatan dapat dilakukan yaitu terkait dengan kegiatan kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit menular/program kesehatan yang dibutuhkan pada wilayah tersebut. Kegiatan dilaksanakan jika posyandu dapat menjalankan 5 kegiatan utama dapat berjalan dengan baik >50% dan tersedianya sumber daya yang mendukung. Contoh kegiatan

tambahan yaitu Bina Keluarga Balita (BKB), Penemuan dini dan pengamatan penyakit potensial kejadian luar biasa (KLB), Pos pendidikan anak usia dini (PAUD) dan Taman Obat Keluarga (TOGA).

a) Stratifikasi Posyandu

Stratifikasi Posyandu dikelompokkan 4 tingkat dari terendah sampai tertinggi yaitu Posyandu Pratama dengan warna merah, Posyandu Madya dengan warna kuning, Posyandu Purnama dengan warna hijau dan Posyandu Mandiri dengan warna biru. Penggolongan berdasarkan 8 indikator yaitu Frekuensi penimbangan pertahun, rata-rata jumlah kader pada hari H posyandu, Cakupan D/S, Cakupan imunisasi, cakupan ibu hamil, cakupan KB, program tambahan dan dana sehat.

b) Sistem Lima Meja

Kegiatan bulanan Posyandu dengan sistem lima meja yaitu (a)Meja 1: Pendaftaran balita, pendaftaran ibu hamil maupun pendaftaran ibu KB. Jika sudah memiliki KMS bisa melanjutkan ke meja berikutnya. Jika belum memiliki KMS/KMS hilang atau baru pertama kali kunjungan, akan dilakukan pendataan data diri sesuai yang ada di Buku KMS. Ibu hamil didaftar dalam formulir catatan ibu hamil. Pencatatan juga dilakukan untuk ibu peserta KB yang akan melakukan KB. (b)Meja 2: Penimbangan bayi dan anak balita, dilakukan penimbangan berat badan untuk bayi dan balita, dilakukan pencatatan hasil penimbangan pada kertas. (c)Meja 3: Pengisian KMS, hasil penimbangan dipindah di buku KMS. (d)Meja 4:

Penyuluhan perorangan, penyuluhan diberikan kepada semua orang tua balita. Penyuluhan juga diberikan kepada ibu hamil untuk rutin memeriksakan kehamilan sesuai dengan ketentuan atau bila ada gejala dan tanda yang tidak normal. Penyuluhan ibu menyusui terkait dengan pemberian ASI eksklusif, pentingnya pemberian ASI, pemberian vitamin A. (e)Meja 5: Pelayanan tenaga profesional meliputi pelayanan KIA, KB, Imunisasi, pengobatan, pelayanan sesuai kebutuhan.

### 3. Posyandu Remaja

#### a. Pengertian posyandu remaja

Posyandu remaja adalah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat diselenggarakan dan dikelola masyarakat termasuk remaja, guna pemberdayaan masyarakat dan memberikan kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan bagi remaja untuk meningkatkan derajat kesehatan dan ketrampilan hidup sehat. Pelayanan kesehatan yang peduli remaja, mencakup upaya promotif dan preventif meliputi: Pendidikan ketrampilan hidup sehat (PKHS), Kesehatan reproduksi remaja, kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan penyakit tidak menular dan pencegahan kekerasan pada remaja.

Kader kesehatan remaja adalah remaja yang dipilih secara sukarela dan dilatih untuk ikut melaksanakan upaya kesehatan bagi diri sendiri, teman sebaya, keluarga serta masyarakat. Pembentukan posyandu digunakan para remaja untuk menciptakan wadah pembinaan dan memahami gaya hidup sehat, meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, gizi, dan mengurangi kejadian kenakalan pada remaja.

b. Sasaran posyandu remaja

Sasaran kegiatan posyandu remaja berusia 10-18 tahun termasuk remaja dengan disabilitas tanpa memandang status pendidikan dan perkawinan. Pengurus dan kader yang terpilih akan mengikuti orientasi dan pelatihan yang diselenggarakan puskesmas. Selanjutnya kader yang terpilih menyusun rencana kerja termasuk sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

c. Tujuan kegiatan posyandu remaja

Tujuan posyandu remaja yaitu (a) Meningkatkan peran remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi posyandu remaja, (b) Meningkatkan pendidikan ketrampilan hidup sehat (PKHS), (c) Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan remaja tentang kesehatan reproduksi bagi remaja, (d) Meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan Napza, (e) Mempercepat upaya perbaikan gizi remaja, (f) Mendorong remaja untuk melakukan aktivitas fisik, (g) Melakukan deteksi dini dan pencegahan penyakit menular, (h) Meningkatkan kesadaran remaja dalam pencegahan kekerasan.

d. Fungsi posyandu remaja

Fungsi posyandu remaja yaitu: (a) Sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan ketrampilan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dan ketrampilan hidup sehat remaja, (b) Sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan mencakup upaya promotif dan preventif meliputi: pendidikan ketrampilan hidup sehat (PKHS), kesehatan reproduksi remaja

e. Pelaksanaan posyandu remaja

Tugas kader remaja meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan (PMT), pemberian kapsul vitamin A dan tablet Fe. Pelatihan kader remaja

merupakan salah satu bentuk upaya dalam meningkatkan pengetahuan kader dan remaja.

Pelaksanaan posyandu remaja: (a)Meja 1 adalah meja pendaftaran. Registrasi peserta yang hadir. Kader remaja mengetahui jumlah peserta yang hadir di posyandu dan untuk dijadikan evaluasi kegiatan, (b)Meja 2 adalah meja pengukuran berat badan dan tinggi badan, dilakukan setiap kali kegiatan. Dicatat dan dilaporkan, dapat dilakukan oleh kader, (c)Meja 3 adalah meja gizi. Remaja dapat melakukan konsultasi gizi terutama untuk kurang gizi dan gizi lebih. Dilakukan pemeriksaan LILA dan anemia bagi remaja perempuan. Jika remaja yang mengalami masalah, kader remaja akan memberikan rujukan ke sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) jika diperlukan, (d)Meja 4 adalah meja KIE atau komunikasi informasi dan edukasi.

## **Konsep Puskesmas**

### **1. Pengertian Puskesmas**

Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) merupakan kesatuan organisasi fungsional dan pusat pengembangan dari kesehatan masyarakat, membina peran serta masyarakat, memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok, sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama dan merupakan pelayanan kesehatan primer memberikan perawatan primer atau klinis bagi komunitas. Menerapkan prinsip *primary health care* (PHC) memberikan pelayanan komprehensif yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif, memaksimalkan kemandirian individu, kolaborasi dan kemitraan dengan sektor lain untuk pencegahan dan pengendalian kesehatan, mendukung sistem kesehatan, sistem rujukan dan upaya pelayanan kesehatan.

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dalam pelayanannya mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi tingginya di wilayah kerjanya. Mewujudkan kecamatan sehat, puskesmas memiliki tugas dan tanggung jawab melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan berwawasan kesehatan dengan konsep wilayah. Puskesmas melakukan koordinasi lintas sektor untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan kesehatan siswa melalui upaya kesehatan sekolah (UKS), pembina kesejahteraan keluarga (PKK) kecamatan dan desa untuk pembinaan keluarga sehat dengan mengerakkan posyandu dan posbindu PTM.

Puskesmas merupakan pelayanan terintegrasi dan komprehensif pertama di wilayah dan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan unggulan kesehatan di masyarakat. Penekanan pada promosi kesehatan untuk mengurangi masalah kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Manajemen puskesmas merupakan serangkaian langkah yang dilakukan secara terencana meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan evaluasi.

## 2. Fungsi puskesmas

Fungsi Puskesmas adalah a)Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, b)Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dan c)Pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan.

## 3. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Prinsip penyelenggaraan puskesmas yaitu (a)Puskesmas menggerakkan dan bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan wilayah kerjanya, (b)Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat,

(c) Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, (d) Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan, (e) Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau seluruh masyarakat wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan, (f) Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

#### 4. Tugas, Fungsi dan Kewenangan Puskesmas

a. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Penyelenggaraan fungsi upaya kesehatan masyarakat, puskesmas berwenang untuk (a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan, (b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan, (c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, (d) Menggerakkan masyarakat mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor terkait, (e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat, (f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas, (g) Memantau pelaksanaan pembangunan berwawasan kesehatan, (h) Melaksanakan

pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan, (i)Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

- b. Penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya

Menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan perorangan, puskesmas berwenang untuk (a)Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu, (b)Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif, (c)Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, (d)Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung, (e)Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi, (f)Melaksanakan rekam medis, (g)Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan, (h)Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, (i)Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, (j)Melaksanakan penapisan rujukan sesuai indikasi medis dan sistem rujukan.

##### 5. Kategori puskesmas

Kategori puskesmas dalam pelayanan dilaksanakan dengan konsep wilayah yang melibatkan lintas sektor ada 2 yaitu a)Pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer yaitu memberikan pelayanan promotif dan preventif untuk deteksi dini, mencegah dan mengendalikan penyakit serta memelihara dan



meningkatkan kesehatan dengan sasaran individu dalam kelompok dan masyarakat. b) Pusat pelayanan kesehatan primer perorangan yaitu puskesmas sebagai kontak pertama (*gatekeeper*) pada pelayanan kesehatan formal. Kriteria penatalaksanaan terhadap penyakit yang dijumpai dilayanan primer meliputi penyakit dengan resiko tinggi; penyakit membutuhkan pembiayaan tinggi dan penyakit dengan prevalensi cukup tinggi.

#### 6. Kategori Puskesmas

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, puskesmas dikategorikan menjadi: a) Puskesmas kawasan perkotaan, b) Puskesmas kawasan perdesaan, c) Puskesmas kawasan terpencil, d) Puskesmas sangat terpencil. Syarat kategori puskesmas dan karakteristik penyelenggaraan pelayanan kesehatan dari empat tipe puskesmas berdasarkan permenkes no 43 tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat.

#### 7. Standart pelayanan kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh semua puskesmas sebagai UPTD Kesehatan kabupaten/kota

Pelayanan tersebut meliputi a) Pelayanan Kesehatan ibu dan bayi, b) Pelayanan kesehatan anak prasekolah dan usia sekolah, c) Pelayanan keluarga berencana (cakupan peserta KB aktif), d) Pelayanan imunisasi desa/kelurahan (*Universal Child Immunization/UCI*), e) Pelayanan pengobatan/perawatan, f) Pelayanan kesehatan jiwa (pelayanan gangguan jiwa disarana pelayanan umum) dan pelayanan gawat darurat g) Pemantauan pertumbuhan balita, h) Pelayanan gizi, i) Pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, j) Pelayanan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) dan Gizi buruk, k) Pencegahan dan pemberantasan penyakit polio, TB Paru, diare, ISPA, dan HIV/AIDS, l) Pelayanan kesehatan lingkungan institusi yang dibina, m) Pelayanan pengendalian vector, n) Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum,

o)Penyuluhan perilaku sehat, p)Penyuluhan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba, psikotropika, dan zat adiktif berbasis masyarakat, q)Penyelenggaraan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan, r)Pelayanan penggunaan obat generik, s)Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan, keluarga miskin dan masyarakat rentan.

8. Pelayanan Kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh puskesmas tertentu sebagai UPTD Kesehatan kabupaten/kota

Kegiatan tersebut meliputi a) Pelayanan kesehatan kerja, b) Pelayanan kesehatan usia lanjut, c) Pelayanan gizi, d) Pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria, e) Pencegahan dan pemberantasan penyakit kusta, f) Pencegahan dan pemberantasan penyakit filariasis.

9. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bertujuan mencapai standar pelayanan minimal kesehatan masyarakat dengan program esensial dan pengembangan. Program dilaksanakan secara inovatif, berdasarkan prioritas masalah kesehatan dan memanfaatkan potensi sumber daya yang ada pada wilayah kerja puskesmas. UKM berfokus pada pelayanan utama terdiri dari a)Program promosi kesehatan, b)Pelayanan kesehatan lingkungan, c)Pelayanan kesehatan keluarga, d)Pelayanan gizi, e)Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Kegiatan pelayanan upaya Kesehatan perorangan (UKP) dilakukan di dalam dan di luar gedung disesuaikan kebutuhan pelayanan dan prosedur tindakan/operasional. UKP berfokus pada a)Pelayanan rawat jalan ditujukan pada saran sehat maupun skait, b)Pelayanan gawat darurat, c)Pelayanan persalinan normal, d)Pelayanan kunjungan rumah, e)Pelayanan rawat inap. Pelaksanaan UKP harus sesuai dengan standart

pelayanan, standart operasional prosedur, dan etika profesi. UKP dalam pelayanannya dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter pelayan primer, dokter gigi, perawat, analis, bidan, nutrisisionist, kesehatan masyarakat, dll).

Puskesmas harus menyelenggarakan 5 kegiatan pokok untuk dapat melaksanakan kegiatan Program UKM dan UKP yaitu managemen puskesmas, perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas), pelayanan laboratorium, pelayanan kefarmasian dan kunjungan keluarga (*home visite*).

## Daftar Pustaka

- Anita, B., Febriawati, H., & Yandrizal. (2019). *Puskesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.
- Dewi, M., & Ulfah, M. (2021). *Buku Ajar Remaja dan Pranikah*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Kasmiati, Sumarni, Metasari, A. R., Sasmita, A., Fhirawati, Sriwidyastuti, . . . Bintang, A. (2023). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Makasar: CV Tohar Media.
- KEMENKESRI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : KemenkesRI.
- KEMENKESRI, & POKJANALPOSYANDU. (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI .
- Nuryanto, A. (2020). *Aplikasi Keperawatan Profesional di Puskesmas*. Surakarta: CV Kekata Group.
- Podungge, Y., Nurlaily, S., & Mile, S. Y. (2022). *Buku Referensi Remaja Sehat, Bebas Anemia*. Yogyakarta : Deepublish.
- Prasetyo, J., Pabeno, Y., Deharnita, Ernawati, Astuti, V. W., Mrza, R. F., . . . Nuraeni, A. (2023). *Keperawatan keluarga dan Puskesmas* . Padang : Global Eksekutif Teknologi.
- Putri, N. R., Sumartini, E., Yuliyani, Mustary, M., Ruqaiyah, Wardhani, Y., . . . Niken. (2022). *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Rasyid, P. S., Zakaria, R., & Munaf, A. Z. (2022). *Remaja dan Stunting*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Rohaeti, L. S., Laksmi, N. M., Christanti, S., Marthatilova, F., Ginting, E., Zulaidah, H. S., . . . Risvayanti, E. (2018). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- Sahar, J., Setiawan, A., & Riasmini, N. M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Edisi Indonesia 1*. Indonesia: Elsevier.
- Salfiyadi, T. (2021). *Optimalisasi Kinerja Guru UKS*. Serang : A-Empat.
- Salfiyadi, T. (2022). *Modul manajemen Usaha Kesehatan sekolah (UKS)*. Aceh : Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Aceh.
- Sulaeman, E. S. (2021). *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Syatriani, S., Hasnawati, Pawenrusi, E. P., Dewi, C., & Hengky, H. K. (2023). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Makasar: Rizmedia Pustaka Indonesia.
- TimDirektoratSekolahDasar. (2020). *Tata kelola UKS di Sekolah Dasar*. Jakarta: Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan.

## Profil Penulis



**Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep**

Penulis aktif bekerja di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya sejak tahun 2012 hingga saat ini dan merupakan lulusan magister keperawatan di Universitas Airlangga. Penulis memiliki kepakaran dan menekuni bidang ilmu keperawatan komunitas, keluarga dan gerontik. Penulis aktif dalam kegiatan akademik dan profesi ners pada ketiga bidang tersebut. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat sesuai dengan bidang kepakaran baik pendanaan internal maupun eksternal, memiliki pengalaman menulis artikel ilmiah pada jurnal nasional terindek sinta. Aktif sebagai narasumber pada bidang kepakaran baik dilakukan di internal maupun eksternal. Penulis aktif dalam menulis, buku yang ditulis pada bidang keperawatan terutama sesuai kepakaran. Penulis berharap buku ini dapat memberikan kontribusi yang positif bagi pembaca.

Email Penulis: [nindaayu@ukwms.ac.id](mailto:nindaayu@ukwms.ac.id)



## KONSEP SEHAT, SAKIT DAN KEJADIAN PENYAKIT

**Ns. Yosep Andri Putra, S.Kep., M.Kep**  
Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti

### **Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan seorang individu atau kelompok dapat merealisasikan aspirasinya dengan kebutuhan yang layak dan dapat melakukan perubahan/mengatasi kesukaran dari lingkungan. Kesehatan merupakan suatu sumber daya yang penting dalam kehidupan sehari-hari, bukan objek kehidupan tapi merupakan suatu konsep positif yang mengutamakan sumber daya personal dan social. Kesehatan adalah suatu keadaan sehat jasmani, mental dan sosial. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 mengartikan kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang sangat kompleks dan saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan itu sendiri. Oleh sebab itu, untuk menyelesaikan permasalahan perlu adanya penelitian tentang berbagai aspek yang mempengaruhi kesehatan tersebut. Semakin majunya dunia kesehatan tidak berjalan beriringan dengan perilaku sehat dimasyarakat. Perilaku sehat pada dasarnya adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, makanan system pelayanan kesehatan, serta lingkungan.



Sehat dan sakit merupakan dua kata yang saling berhubungan erat. Sehat dan sakit adalah suatu kondisi yang seringkali sulit untuk kita artikan meskipun keadaan ini merupakan suatu kondisi yang dapat kita rasakan dan kita amati dalam kehidupan sehari-hari hal ini kemudian akan mempengaruhi pemahaman dan pengertian seseorang terhadap konsep sehat misalnya, orang yang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat. Sesuatu penyakit timbul oleh karena akibat beroperasinya berbagai faktor baik dari agent, host (penjamu) dan lingkungan. Dulu dikenal pendapat bahwa penyakit terjadi karena penyebab tunggal (*single causation*), dengan perkembangannya penyakit maka pendapat ini tidak bisa diterima. Dewasa ini berkembang pendapat bahwa penyakit terjadi dikarenakan ada penyebab yang majemuk atau juga di sebut dengan *multiple causation*.

## **Konsep Sehat dan Sakit**

### 1. Pengertian Sehat dan Sakit

Menurut Kamus Bahasa Indonesia sehat adalah suatu keadaan/kondisi seluruh badan serta bagian-bagiannya terbebas dari sakit. Mengacu pada Undang-Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis. Menurut *World Health Organization* (WHO), sehat adalah "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity*" yang artinya keadaan utuh fisik, jasmani, mental, dan sosial dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.

Sehat adalah suatu keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial baik tanpa gangguan yang berarti yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, sehingga akan menimbulkan kebahagiaan bagi diri orang tersebut. Ada pandangan bahwa tolok ukur atau parameter yang digunakan untuk menetapkan

apakah seseorang sehat, haruslah berdasarkan kajian yang dilakukan oleh professional. Namun, ada juga pandangan bahwa keyakinan sehat tergantung dari persepsi seseorang akan kondisi dirinya sendiri (Yuliandari, Elly. 2018 : 20).

Ada beberapa ciri-ciri manusia yang dikatana sehat, yaitu:

- a. Tubuh bugar dan tidak lemas
- b. Wajah berseri, tidak nyeri
- c. Berkomunikasi dua arah
- d. Berpikir logis dan dimengerti
- e. Produktif
- f. Melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri

Sehat Mengandung tiga karakteristik :

- a. Sehat Jasmani: Merupakan komponen penting dalam arti sehat seutuhnya, berupa sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, mata bersinar, rambut tersisir rapi, berpakaian rapi, berotot, tidak gemuk, nafas tidak bau, selera makan baik, tidur nyenyak, gesit dan seluruh fungsi fisiologi tubuh berjalan normal.
- b. Sehat Mental: dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno “Jiwa yang sehat terdapat di dalam tubuh yang sehat” (*Men Sana In Corpore Sano*).
- c. Sehat Spritual: merupakan komponen tambahan pada pengertian sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Setiap individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, kesempatan untuk berlibur, mendengar alunan lagu dan musik, siraman rohani seperti ceramah agama dan lainnya agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis dan tidak monoton.

Ada 6 kriteria parameter kesehatan, yaitu :

- a. Fungsi fisik, orang sehat tidak mengalami gangguan fisik
- b. Kesehatan mental, dimana perasaan nyaman, mampu mengontrol emosi diri, perilaku positif
- c. Sosial well-being, hubungan interpersonal aktif
- d. Fungsi peran, tidak mengalami gangguan hubungan dengan sesama
- e. Persepsi umum pandangan diri tentang kesehatan pribadi
- f. *Symtom-symtom*, tidak ada gangguan fisiologi maupun psikologi.

Istilah kata penyakit (*disease*) dan keadaan sakit (*illness*) sering kali tertukar dalam penggunaannya sehari-hari padahal kedua kata tersebut memiliki arti yang berbeda. Penyakit merupakan istilah medis yang menggambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas. Penyakit terjadi ketika keseimbangan dalam tubuh tidak dapat dipertahankan. Keadaan sakit terjadi pada saat seseorang tidak lagi berada dalam kondisi sehat atau dalam kondisi yang abnormal.

Sakit pada umumnya diartikan suatu keadaan yang tidak normal (abnormal) dan lazim terjadi pada diri seseorang. Misalnya bila seseorang mempunyai keluhan tanda gejala sakit gigi yang tidak tertahankan, demam, dan lain sebagainya ini yang dikatakan dengan sakit atau bahkan mengalami penyakit bila telah didiagnosis oleh dokter atau pun medis.

Parson mengemukakan Sakit adalah Gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan organisme sebagai system biologis dan penyesuaian sosialnya. Sakit merupakan perasaan tidak nyaman di tubuh atau bagian tubuh karena menderita sesuatu (demam, sakit perut, dan lain-lain). Sakit juga merupakan gangguan dalam fungsi

normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya.

Menurut Irwan (2017 : 26) Sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit. Oleh karena itu sakit tidak sama dengan penyakit. Sebagai contoh klien dengan Leukemia yang sedang menjalani pengobatan mungkin akan mampu berfungsi seperti biasanya, sedangkan klien lain dengan kanker payudara yang sedang mempersiapkan diri untuk menjalani operasi mungkin akan merasakan akibatnya pada dimensi lain, selain dimensi fisik. Sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya (bersifat subyektif). Penyakit adalah bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme benda asing atau luka (bersifat objektif). Seseorang yang menderita penyakit belum tentu merasa sakit dan sebaliknya orang mengeluh sakit padahal tidak ditemukan penyakit.

Sakit adalah suatu keadaan dimana terjadinya gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas emosional, fisik, sosial, intelektual, perkembangan dan bukan hanya kondisi terjadinya proses penyakit termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya.

## 2. Paradigma Sehat

Paradigma sehat merupakan pemikiran dan kefokusannya dalam upaya kesehatan pada konsep sehat, dimana setiap upaya difokuskan awalnya pada hal yang bersifat hilir (awalnya) yaitu sehat. Pada awalnya adalah sehat, sehingga perhatian lebih kepada bagaimana orang sehat untuk tetap sehat atau semakin meningkatkan kesehatannya. Konsep dasar sehat antara lain mencakup tanggung jawab individu, pencapaian tujuan, dinamis, pertumbuhan proses, pengambilan keputusan sehari-hari dalam

area nutrisi, pengelolaan stress, olahraga fisik, pelaksanaan upaya pencegahan, kesehatan emosi, dan kesehatan lain yang sangat baik secara keseluruhan dalam individu.

Paradigma dapat digambarkan sebagai alur berpikir yang menjelaskan suatu fenomena. Selain itu, ada juga definisi atau pengertian Paradigma sehat yang telah dikemukakan oleh beberapa pakar kesehatan, diantaranya:

- a. Menurut Pender (1982), mengemukakan sehat adalah aktualisasi (perwujudan) yang diperoleh individu melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain, perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten. Sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas sosial.
- b. Menurut Payne (1983), mengemukakan Sehat merupakan fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (Self Care Resources) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (Self Care Action) secara adekuat. Self Care Resources mencakup pengetahuan, dan sikap.
- c. Menurut Perseorangan. Kesehatan sebagai suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Maka kesehatan itu terdiri dari 3 dimensi yaitu fisik, psikis dan sosial yang dapat diartikan secara lebih positif, dengan kata lain bahwa seseorang diberi kesempatan untuk mengembangkan seluas-luasnya kemampuan yang dibawanya sejak lahir untuk mendapatkan atau mengartikan sehat.
- d. Menurut UU No. 23/1992 tentang kesehatan, sehat adalah keadaan sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani), dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Pada dasarnya Paradigma sehat bertujuan pada pembangunan kesehatan yang bersifat holistik dengan upaya yang lebih difokuskan pada orang sehat tetap dalam keadaan sehat melalui tindakan promotif dan preventif, namun tetap tidak mengesampingkan tindakan kuratif dan rehabilitatif jika memang diperlukan

Wolinsky, *The Sociology Of Health*, mengemukakan ada 8 tingkatan sehat, yaitu :

a. Sehat Walafiat (*Normally Well*).

Status Kesehatan ini merupakan satu dari dua status kesehatan yang paling mudah ditentukan, yaitu sehat dan sakit. Pada Status ini penilai kesehatan masyarakat bahwa ketiga dimensi kesehatan yaitu psikologis, media dan sosial baik. Seseorang yang berada didalam status ini mempunyai kesehatan yang normal.

b. Pesimistik (*Pessimistic*).

Golongan pessimistic ini percaya bahwa ia sakit, padahal pada penilaian dimensi medis dan sosialnya ia baik. Golongan ini paling sering menyelidiki penilaian sakitnya dari golongan penilai media dan sosial.

c. Sakit Sosialnya (*Socially ill*)

Status kesehatan ini ditandai apabila seseorang mempunyai penilaian kesehatan yang baik dalam dimensi Psikologis & Medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi sosial.

d. Gusar (*Hypochondriacal*)

Gusar adalah status kesehatan seseorang yang mempunyai penilaian baik dalam dimensi medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial

e. Sakit Secara Medis (*Medically ill*)

Seseorang mempunyai penilaian sakit dalam dimensi medis tetapi baik dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial.

f. Martir

Seseorang dalam penilaian medis dan psikologisnya sakit. Tetapi mereka dapat tetap menampilkan dirinya melaksanakan tugas dan peranan sosialnya dengan baik

g. Optimistik (*Optimistic*)

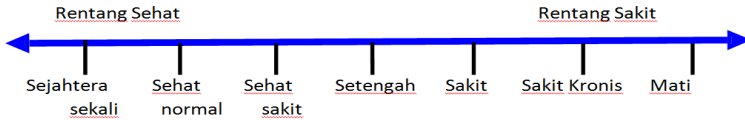
Seseorang menganggap dirinya tetap sehat, tetapi pada penilaian kesehatan dalam dimensi sosial dan medisnya sakit.

h. Sakit Parah (*Seriously ill*)

Seseorang dalam status kesehatan ini dinyatakan sangat sakit dan membutuhkan perawatan medis, sosial dan psikologis

3. Rentang Sehat-Sakit

Rentang sehat dan sakit merupakan konsep yang harus dipahami secara utuh dan menyeluruh agar dapat mengaplikasikan kepada orang lain yang butuh pertolongan perawatan sehingga dapat memberi gambaran yang sangat jelas tentang sehat sakit. Sehat dan sakit berada pada suatu rentang dimana setiap orang atau individu bergerak sepanjang rentang tersebut. Neuman mengemukakan bahwa sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejateraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentan dan kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total.



Gambar 27.1 Rentang Sehat-Sakit Menurut Model “*Holistik Health*”

Rentang sehat dan sakit seseorang akan berbeda-beda dan dinamis. Seorang dapat menganggap dirinya sehat padahal bagi orang lain kondisi orang tersebut pada rentan setengah sakit. Kondisi saat ini merasa dalam keadaan sehat, pada kondisi yang sama 10 tahun berikutnya, bisa saja seseorang ini merasa dalam keadaan sakit, sehingga rentan sehat dan sakit merupakan hal yang dinamis. Perubahan perilaku yang terjadi selama seseorang sakit adalah sensitif, egosentris, manarik diri sendiri, emosional tinggi, berkurangnya minat, cemas berlebihan, dan aktivitasnya terganggu. Bukan saja individu yang sakit akan berubah perilakunya, orang disekitar orang sakitpun akan terpengaruh dengan keadaan orang sakit tersebut.

#### 4. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Individu.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Kesehatan individu antara lain adalah:

- a. Status perkembangan: Kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan berespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia.

Contoh: Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatsainya.

- b. Pengaruh sosiokultural : Masing-masing kultur punya pandangan tentang sehat yang diturunkan dari orang tua pada anaknya. Contoh : Orang Cina, sehat adalah keseimbangan antara Yin dan Yang Orang dengan ekonomi rendah memandang flu sesuatu yang biasa dan merasa sehat.



- c. Pengalaman masa lalu: Seseorang dapat merasakan nyeri/sakit atau disfungsi (tidak berfungsi) keadaan normal karena pengalaman sebelumnya. Membantu menentukan definisi seseorang tentang sehat
- d. Harapan seseorang tentang dirinya: Seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat
- e. Kondisi dan Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan

Fretman, & Allensworth (2010), Mengemukakan ada beberapa tingkatan kondisi dan perilaku yang mempengaruhi Kesehatan, yaitu:

- a. Tingkat individu atau intrapersonal  
Karakter individu yang mempengaruhi perilaku seperti pengetahuan, perilaku, kepercayaan dan ciri kepribadian yang dimiliki)
- b. Tingkat interpersonal  
Proses interpersonal dan kelompok primer termasuk keluarga, teman, kelompok teman sebaya, yang memberikan identitas sosial, dukungan dan definisi peran
- c. Tingkat populasi.  
Tingkat Populasi meliputi 3 faktor, yaitu : Faktor institusi/ organisasi, Faktor modal social, Faktor kebijakan publik.
  - 1) Faktor institusi atau organisasi, meliputi peraturan, regulasi, kebijakan, dan struktur informal yang menghambat atau mendukung perilaku yang diinginkan.
  - 2) Faktor modal sosial, meliputi hubungan sosial dan norma atau standar baik formal maupun informal antara individu, kelompok atau organisasi dimana seseorang hidup atau bekerja.

- 3) Faktor kebijakan publik, meliputi kebijakan dan hukum lokal, provinsi dan nasional yang mengatur dan mendukung aktifitas kesehatan dan praktik pencegahan, deteksi dini, kontrol, dan manajemen penyakit

### **Kejadian Penyakit**

Kejadian penyakit menurut ilmu kesehatan tergantung dari jenis penyakit. Secara umum konsep ini ditentukan oleh berbagai faktor antara lain parasit, vektor, manusia dan lingkungannya. Penyakit diartikan sebagai suatu fenomena kompleks yang berpengaruh negative terhadap kehidupan manusia. Perilaku dan cara hidup individu tau manusia dapat merupakan penyebab bermacam-macam penyakit baik di zaman primitif maupun di masyarakat yang sudah sangat maju peradaban dan kebudayaannya. Penyakit merupakan suatu keadaan dimana proses kehidupan tidak teratur atau terganggu perjalanannya.

Segitiga epidemiologi atau yang umumnya dikenal dengan istilah trias epidemiologi merupakan konsep dasar yang memberikan gambaran penjelasan mengenai hubungan 3 faktor utama yang berkontribusi dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya. 3 faktor tersebut yaitu *agent* (faktor penyebab), *host* (tuan rumah/pejamu), dan *environment* (lingkungan).

#### *1. Agent* (faktor penyebab)

Agent penyakit dapat berupa benda hidup atau benda mati atau faktor mekanis lainnya yang menyebabkan terjadinya penyakit. Agent penyakit terdiri dari:

- a. Agent biologis yakni semua unsur penyebab yang tergolong makhluk hidup seperti virus, bakteri, jamur, protozoa, cacing (metazoa) dan rickettsia.

Contoh:

- 1) Virus: campak, cacar, poliomyelitis
- 2) Bakteri: sipilis, pneumoni, tuberculosis
- 3) Fungi (jamur): histoplasmosis, taenia pedis

- 4) Riketsia: rocky mountain spotted fever
  - 5) Protozoa: amoeba, malaria
  - 6) Metazoa: cacing tambang, cacing gelang, schistosomiasis
- b. Agent nutrisi yaitu semua unsur penyebab yang termasuk golongan zat nutrisi dan dapat menimbulkan penyakit tertentu karena kekurangan atau kelebihan seperti zat nutrisi protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral dan air.
  - c. Agent fisik yaitu semua unsur yang dapat menimbulkan penyakit melalui proses fisika, seperti panas, radiasi, dingin, kelembaban, tekanan.
  - d. Agent kimia yaitu semua unsur dalam bentuk senyawaan kimia yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan/penyakit tertentu, seperti zat-zat kimia beracun (karbon monoksida), asbestos, alergen, gas debu.
  - e. Agent mekanik, seperti gesekan, benturan, pukulan, tabrakan

## 2. *Host* (Penjamu)

*Host* atau Penjamu yaitu manusia atau hewan yang merupakan faktor tempat terjadinya penyakit atau faktor yang ada di dalam (intrinsik) manusia/ hewan. Penjamu adalah manusia/makhluk hidup lainnya termasuk burung dan arthropoda, yang menjadi tempat terjadi proses alamiah perkembangan penyakit. Adapun faktor penjamu yaitu :

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Ras/ golongan ethnik
- d. Genetik
- e. pekerjaan
- f. Keadaan fisiologi

- g. Status kekebalan
  - h. Perilaku
3. *Environment* (lingkungan).

Lingkungan mencakup semua area dimana host dan agent berinteraksi. Lingkungan merupakan faktor luar yang dapat mempengaruhi agent dan kesempatan host untuk terpapar.

Faktor lingkungan terdiri dari:

- a. Faktor lingkungan Fisik merupakan wilayah geografis dan iklim, bersifat abiotik atau benda mati seperti air, udara, tanah, cuaca, makanan, rumah, panas, sinar radiasi dan sebagainya.
- b. Faktor lingkungan Biologik bersifat biotik atau benda hidup seperti tumbuh-tumbuhan, hewan, virus, bakteri, jamur, parasit, serangga dan sebagainya.
- c. Faktor lingkungan Sosio ekonomi merupakan interaksi antar host, berupa kultur, adat istiadat, kebiasaan, kepercayaan, agama, sikap, standar dan gaya hidup, pekerjaan, kehidupan kemasyarakatan, organisasi sosial dan politik.

## **Daftar Pustaka**

- Fertman, C., Allensworth, D.D. 2010 . *Health Promotion Programs from Theory to Practice San Fransisco: Jossey Bass*
- Irwan. 2017. *Etika dan perilaku Kesehatan*. CV. Absolute Media
- Juwita, Citra Puspa. 2021, *Modul Konsep Sehat dan Sakit*. Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia Jakarta
- Notoatmodjo S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nugraheni, Hermien dkk 2018, *Kesehatan Masyarakat dalam determinan sosial budaya*. Yogyakarta : Deepublish
- Triyono, Samuel Dwi Krisna & Herdiyanto , Yohanes K. 2017. *Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali*
- Yuliandari, Elly. 2018. *Psikologi Klinis*. Yogyakarta : Graha Ilmu

## **Profil Penulis**



### **Ns. Yosep Andri Putra, M.Kep**

Anak pertama dari Bpk H. Amirzan . A. S.P. dan Ibu Hj. Sutriyati, S.Pd. Lahir Di Siulak Kecil 26 September 1985, Penulis menempuh Pendidikan Sekolah Dasar di SDN 73/3, Sekolah lanjutan Tingkat Pertama di SLTPN I Gunung Kerinci, Sekolah menengah Atas di SMAN 1 Gunung Kerinci, menyelesaikan pendidikan stata satu dan profesi di STIKES Harapan Ibu Jambi dan menyelesaikan pendidikan strata dua di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

Penulis saat ini merupakan suami dari Desi Sartika Dewi, S.Kep dan dikaruniai 3 orang anak, 2 perempuan dan 1 laki-laki. Penulis tinggal di Desa Siulak Kecil Hilir, Kecamatan Siulak, Kabupaten Kerinci. Penulis ikut sebagai pengurus PPNI dan juga bergabung di HIBGABI dan Organisasi lainnya. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti. Penulis mengampu beberapa matakuliah di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti antara lain Antropologi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Jiwa. Selain itu penulis juga melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Email Penulis: [andri.andriputra@gmail.com](mailto:andri.andriputra@gmail.com)



## PERILAKU KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

**Muhammad Taufik Page, S.KM., M.Kes**  
Universitas Sulawesi Barat

### **Karakteristik Manusia dan Perilaku**

Jika kita merujuk pada pendekatan agama, maka manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling sempurna diantara ciptaan-Nya. Ini menggambarkan bahwa manusia memiliki sesuatu yang istimewa dibanding makhluk lainnya. Salah satu diantaranya adalah perilaku. Walau seperti yang kita ketahui bersama bahwa setiap makhluk itu memiliki perilaku, tetapi manusia memiliki sesuatu yang lebih akan hal tersebut. Jika kita bandingkan perilaku manusia dengan makhluk lainnya, seperti hewan misalnya, maka akan kita dapati bahwa dalam satu bentuk kegiatan pun akan kita dapati perbedaan tersebut. Sebut saja perbandingan bagaimana perilaku manusia dengan hewan dalam hal makan misalnya. Dapat kita amati bahwa bagaimana cara mencari hingga cara makan pun akan terlihat banyak perbedaan. Hewan dalam pemenuhannya, tidak mengenal tempat dalam mencari dan memakan makanannya. Dimanapun dia berada, kapanpun dia membutuhkan makanan, tanpa pertimbangan apapun akan melakukan hal tersebut. Berbeda dengan manusia, setiap perbuatan yang dilakukan, baik itu disadari maupun tidak disadari secara langsung, mereka mempertimbangkan setiap hal yang dilakukan, bahkan dimulai dengan apa yang akan mereka makan. Oleh karena itu, sangat menarik untuk



kita bahas mengapa kemudian manusia sangat unik jika ditinjau dari aspek perilakunya.

Hakikat manusia sendiri pada dasarnya dapat kita ketahui melalui pendekatan karakter yang dimilikinya. Perilaku sejalan dengan karakter, yaitu apa yang nampak dan bisa diamati dari manusia, baik secara individu maupun secara kelompok. Oleh karenanya, berdasarkan karakter tersebut manusia dapat dibagi ke dalam dua pendekatan, yaitu manusia sebagai makhluk individu, dan manusia sebagai makhluk sosial.

### 1. Manusia Sebagai Makhluk Individu

Sebagai makhluk individu, manusia memiliki unsur jasmani dan rohani, unsur fisik dan psikis, serta unsur raga dan jiwa. Seseorang dikatakan sebagai manusia jika unsur-unsur tersebut menyatu di dalam dirinya, sebab jika unsur-unsur tersebut tidak menyatu atau bahkan tidak ada, tentu dia tidak bisa disebut sebagai individu. Dalam perkembangannya, manusia sebagai makhluk individu itu sendiri tidak hanya berarti kesatuan unsur-unsur tersebut. Manusia sebagai makhluk individu juga memiliki makna yang lebih luas dari itu, yakni manusia memiliki ciri khas dengan corak kepribadiannya sendiri. Kepribadian sendiri dapat kita artikan sebagai keseluruhan perilaku individu yang merupakan hasil interaksi antara potensi-potensi biopsikofisikal (fisik dan psikis) yang terbawa sejak lahir dengan rangkaian situasi lingkungan, yang terungkap pada tindakan dan perbuatan serta reaksi mental psikologisnya, jika mendapat rangsangan dari luar. Sigmund Freud mengemukakan tentang teori kepribadian yang menyatakan bahwa kebutuhan yang tidak disadari (*unconscious needs*) atau dorongan dari dalam diri manusia (*drive*), seperti dorongan seks dan kebutuhan biologis adalah inti dari motivasi dan kepribadian manusia. Lebih lanjut, Freud mengemukakan bahwa kepribadian manusia terdiri dari 3 unsur yang saling berinteraksi, yaitu *Id*, *Superego*, dan *Ego* (Ardiansyah, dkk, 2022). Untuk lebih jelasnya, mari kita lihat penjelasan berikut ini.

- a. **Id.** Merupakan aspek biologis dalam diri manusia yang ada sejak ia lahir, yang mendorong munculnya kebutuhan fisiologis seperti lapar, haus, dan seks. Berdasarkan hal tersebut maka pemenuhan kebutuhan menjadi unsur penting untuk menghindari tekanan dan pencarian kepuasan secepat mungkin, sehingga pada titik ini *Id* juga disebut melakukan prinsip kepuasan.
- b. **Superego.** Adalah aspek psikologis pada diri manusia yang menggambarkan sifat patuh dan tunduk pada nilai-nilai, etika, serta norma-norma sosial. Aspek ini cenderung ingin berbuat baik sesuai dengan nilai, etika, dan norma yang ada pada masyarakat sehingga *Superego* dapat menjadi unsur yang berfungsi untuk menekan nafsu biologis yang ada dalam diri manusia (*Id*).
- c. **Ego.** Merupakan aspek yang disadari dan dapat diatur oleh manusia itu sendiri. Sering disebut sebagai penengah antara *Id* dan *Superego*, yaitu upaya untuk menyeimbangkan apa yang diinginkan oleh *Id* dengan apa yang dituntut oleh *Superego* agar sesuai dengan norma sosial. Berkerja dengan prinsip realitas, yaitu berusaha untuk memenuhi kebutuhan biologisnya tanpa harus berbenturan dengan baik buruknya hal tersebut di masyarakat.

## 2. Sebagai Makhluk Sosial

Manusia sebagai makhluk sosial, Aristoteles mengemukakan bahwa manusia akan senantiasa berhubungan dan berinteraksi dengan orang lain, yaitu bahwa manusia tidak akan mampu hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Sehingga dengan adanya bentuk hubungan tersebut maka akan terbentuk sebuah interaksi yang disebut dengan interaksi sosial (Utsman, 2009). Adanya interaksi yang “terpaksa” tersebut tentu tidak terlepas karena kebutuhan yang melekat sebagai makhluk individu. Kalau kita cermati, akan kita dapatkan bahwa banyak faktor yang mendorong manusia secara individual

membuat dirinya menjadi makhluk sosial seperti dorongan mempertahankan diri, dorongan untuk melangsungkan hubungan dengan lawan jenis, bahkan untuk makan pun akan kita lihat bahwa individu tersebut akan mengharuskan interaksi tersebut.

Faktor-faktor individu yang mempengaruhi interaksi manusia secara garis besar bisa kita lihat dari tiga hal berikut ini:

- a. **Tekanan Emosional.** Merupakan tekanan psikologis yang dapat kita gambarkan dalam kebahagiaan, kesedihan, dan lainnya.
- b. **Harga Diri yang Rendah.** Merupakan tekanan psikologis yang membuat kita membutuhkan kasih sayang dan moral
- c. **Isolasi Sosial.** Merupakan keadaan dimana individu akan berupaya untuk berinteraksi dengan individu lainnya yang sepaham atau sepemikiran dengannya sehingga terbentuk interaksi harmonis

Adanya dua pendekatan di atas dapat mengantarkan kita kepada sebuah pondasi pemikiran bahwa sebagai seorang manusia, perilaku adalah suatu keharusan, baik itu yang berasal dari dalam diri seseorang, maupun yang mendapatkan pengaruh dari luar diri seseorang. Oleh karena itu maka sebagai pelaku, manusia akan senantiasa dapat diketahui melalui perilakunya entah secara individu maupun dalam sebuah kelompok.

### **Konsep dan Teori Perilaku Manusia**

Semua makhluk hidup seperti tumbuhan, hewan, hingga manusia pada dasarnya memiliki perilaku, sebab ditinjau dari aspek biologis, perilaku dapat diartikan sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup itu sendiri. Oleh karena itu, maka yang dimaksud perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang

sangat luas seperti, berbicara, menangis, tertawa, menulis, berjalan, bekerja, kuliah, membaca, dan sebagainya. Adapun pengertian dari perilaku (manusia) adalah segala kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2014).

Segala kegiatan atau aktivitas manusia tersebut adalah bentuk dari reaksi yang didapatkan manusia berdasarkan rangsangan yang didapatkannya. Skinner (1938) lebih dulu menyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) yang dapat kita lihat lebih jelas melalui proses Stimulus-Organisme-Respon. Oleh karenanya, Skinner terkenal dengan Teori S-O-R. Berdasarkan hal tersebut, perilaku manusia dapat dikelompokkan ke dalam dua, yaitu:

- a. **Perilaku Tertutup (Cover Behavior).** Perilaku ini disebut tertutup disebabkan karena respon manusia atau seseorang tidak atau belum dapat diamati orang lain dari luar secara jelas. Lebih tepatnya bahwa respon tersebut masih berupa sikap, perhatian, persepsi, pengetahuan, atau yang semisal dengannya. Namun demikian, bentuk perilaku ini masih bisa diukur, seperti melihat sejauh mana tingkat pengetahuan seseorang atau bagaimana sikap seseorang terhadap sesuatu.
- b. **Perilaku Terbuka (Overt Behavior).** Perilaku ini adalah bentuk respon yang dapat diamati langsung, yaitu respon yang telah berbentuk tindakan atau praktik. Seperti contoh, seseorang yang sakit akan memeriksakan kondisinya ke Puskesmas. Begitu pula dengan seorang anak yang rajin menggosok gigi setelah makan.

Selain teori yang dikemukakan oleh Skinner, ada banyak teori perilaku yang dikembangkan oleh para ahli seperti yang dapat kita lihat dari uraian berikut ini:

1. **Teori Klasik Kondisioning (Classical Conditioning) - Ivan Pavlov.** Teori ini mengemukakan bahwa perilaku dapat dipelajari

melalui asosiasi antara stimulus yang netral dengan stimulus yang memiliki respons alami. Contohnya, jika bel sekelas berbunyi sebelum makan siang setiap hari, siswa bisa merasa lapar ketika mendengar bel tersebut.

2. ***Teori Operant (Operant Conditioning) - B.F. Skinner.*** Skinner menyatakan bahwa perilaku manusia dapat dipelajari melalui konsekuensi dari tindakan mereka. Perilaku yang diikuti oleh hasil positif cenderung diperkuat, sedangkan perilaku yang diikuti oleh hasil negatif cenderung dikurangi.
3. ***Teori Sistem Sosial (Social Systems Theory) - Talcott Parsons.*** Teori ini menganggap individu sebagai bagian dari sistem sosial yang lebih besar. Perilaku individu dipengaruhi oleh norma-norma sosial dan peran yang diharapkan dalam masyarakat.
4. ***Teori Perilaku Rasional (Rational Choice Theory) - Gary Becker.*** Becker mengemukakan bahwa individu membuat keputusan perilaku berdasarkan analisis rasional yang mempertimbangkan biaya dan manfaat yang mungkin terjadi. Teori ini sering digunakan dalam ekonomi perilaku.
5. ***Teori Perilaku Difusi Inovasi (Diffusion of Innovations Theory) - Everett Rogers.*** Teori ini menjelaskan bagaimana ide atau inovasi menyebar dalam masyarakat. Rogers mengidentifikasi lima kelompok orang dalam proses adopsi inovasi: inovator, early adopter, early majority, late majority, dan laggard.
6. ***Teori Motivasi (Motivation Theory) - Abraham Maslow.*** Maslow mengemukakan bahwa individu memiliki hierarki kebutuhan, mulai dari kebutuhan fisik dasar hingga kebutuhan pengembangan diri. Perilaku dikendalikan oleh kebutuhan untuk memenuhi tingkatan tertentu dalam hierarki ini.

7. **Teori Penyesuaian (Adaptation Theory) - Robert K. Merton.** Teori ini mengemukakan bahwa individu cenderung berperilaku sesuai dengan norma-norma dan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat. Merton juga memperkenalkan konsep anomie, yang mengacu pada ketidakcocokan antara tujuan sosial dan cara mencapainya.
8. **Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive Theory) - Albert Bandura.** Teori ini menggabungkan elemen kognitif, perilaku, dan lingkungan dalam menjelaskan bagaimana individu belajar dan mengadopsi perilaku melalui pengamatan terhadap orang lain (model) dan pengaruh lingkungan.

Dari penggambaran akan konsep dan teori perilaku di atas, maka akan kita dapatkan dua faktor utama dalam pembentukan perilaku seseorang, yaitu faktor stimulus yang disebut juga faktor eksternal, dan faktor respon yang disebut juga dengan faktor internal. *Faktor eksternal* tersebut adalah berupa lingkungan, yaitu lingkungan fisik (hewan, tumbuhan, cuaca, tanah, kelembapan, panas, dingin, dll) dan lingkungan non fisik (sosial, budaya, ekonomi, pendidikan, dll). Sedangkan *Faktor Internal* adalah berupa perasaan bahagia, sedih, senang, pengetahuan, sikap, dan yang semisal dengannya. Berdasarkan hal tersebut, Ilmu Perilaku dapat dibentuk dan dikembangkan dari 3 cabang ilmu, yaitu psikologi, sosiologi, dan antropologi seperti pada gambar di bawah ini.



## **Perilaku Kesehatan**

Jika kita merujuk konsep perilaku secara umum yang dikemukakan oleh Skinner, maka akan kita dapati bahwa perilaku kesehatan merupakan respon terhadap stimulus, dimana stimulus yang dimaksud adalah objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, serta faktor-faktor lain yang berkaitan dengan kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, pelayanan kesehatan, dll. Oleh sebab itu, Notoatmodjo (2014) menjelaskan perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Berdasarkan pengertian tersebut, maka perilaku kesehatan dapat dibagi ke dalam dua kelompok besar, yang pertama adalah perilaku orang sehat agar tetap sehat dan meningkat, dan yang kedua adalah perilaku orang yang sakit atau lelah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Karena perilaku kesehatan erat kaitannya dengan mempertahankan dan memelihara kesehatan, olehnya jika perilaku kesehatan individu buruk maka akan memberikan dampak yang buruk pula pada kondisi kesehatan. Fokus dari perilaku kesehatan berada dalam berbagai variasi seperti peningkatan perilaku kesehatan seperti berolahraga dan makan makanan sehat, perilaku menjaga kesehatan seperti vaksinasi dan pemeriksaan kesehatan rutin, dan menghindari perilaku yang mengancam kesehatan seperti merokok dan minum minuman beralkohol, serta menjaga perilaku dalam hal peran kesehatan seperti kepatuhan dengan peraturan medis.

Becker (1979) membagi kedalam tiga klasifikasi tentang perilaku kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan (*Health Related Behavior*), yaitu:

1. **Perilaku Sehat (*Healthy Behavior*)**. Merupakan perilaku-perilaku atauapun kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan usaha untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Contoh yang dapat kita lihat adalah seperti istirahat yang cukup, tidak

merokok, makan makanan bergizi, olahraga yang teratur, manajemen stress, dan seterusnya.

2. **Perilaku Sakit (*Illness Behavior*)**. Merupakan perilaku yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang atau keluarga yang sakit atau terkena masalah kesehatan, untuk mencari penyembuhan atau mengatasi masalah kesehatan lainnya. Contoh dari perilaku ini adalah mendiagnosis saja sakit atau penyakit yang dideritanya, melakukan pengobatan sendiri baik dengan cara tradisional maupun dengan cara modern, serta mencari penyembuhan atau pengobatan keluar atau dalam hal ini adalah ke fasilitas pelayanan kesehatan baik yang termasuk tradisional maupun layanan kesehatan modern.
3. **Perilaku Peran Orang Sakit (*The Sick Role Behavior*)**. Ditinjau dari aspek sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran yang mencakup hak dan kewajibannya. Hak dan kewajiban inilah yang kemudian merupakan perilaku peran orang sakit. Contoh dari perilaku ini adalah Tindakan yang bisa dilakukan oleh individu seperti melakukan pengobatan, mencari tahu fasilitas Kesehatan untuk memperoleh kesembuhan, tidak melakukan sesuatu yang merugikan kesembuhannya, melakukan kewajiban meminum obat sesuai ketentuan, dan seterusnya.

Dalam perkembangan teori yang dikemukakan oleh Becker di atas, Salazar, dkk (2015) dalam penelitian yang mereka lakukan, menjadikan tiga klasifikasi tersebut lebih terperinci dalam pengkajiannya, seperti yang dapat kita lihat pada penjelasan berikut ini:

1. **Perilaku Pencegahan (*Preventive Behavior*)**. Kategori ini mencakup tindakan yang diambil individu untuk mencegah penyakit dan menjaga kesehatan. Individu dalam kategori ini berada dalam kondisi sehat, dan perilaku yang mereka lakukan bertujuan untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan merawat kesehatan mereka dengan baik. Hal yang dapat



dilakukan seperti berolahraga, menerapkan pola makan tinggi serat, dan menggunakan sabuk pengaman atau helm saat berkendara. Tindakan pencegahan ini masuk dalam level primer (*primary prevention*)

2. **Perilaku Sakit (*Illness Behavior*)**. Perilaku sakit merujuk pada tindakan yang diambil individu ketika mereka menyadari adanya masalah kesehatan atau sakit, dan mereka mencari bantuan atau informasi mengenai penyakit tersebut. Individu dalam kategori ini telah menyadari kondisi kesehatan mereka yang tidak baik dan berusaha mencari bantuan. Kategori ini termasuk dalam level sekunder (*secondary prevention*)
3. **Perilaku Peran Sakit (*Sick-Role Behavior*)**. Perilaku peran sakit melibatkan tindakan yang diambil individu untuk merasa lebih baik atau mengobati penyakit yang mereka alami. Individu dalam perilaku ini telah menerima diagnosis penyakit atau kondisi kesehatan yang serius. Tindakan yang bisa dilakukan oleh individu termasuk pengobatan, berolahraga untuk mengurangi risiko kardiovaskular, atau mengikuti diet khusus jika mengalami obesitas. Perilaku ini berada dalam level tersier (*tertiary prevention*)

Berdasarkan uraian di atas, perilaku kesehatan akan mengacu kepada tindakan, keputusan, dan praktik yang dilakukan oleh individu untuk mempengaruhi, merawat, atau menjaga kesehatan mereka sendiri. Tentu saja perilaku ini akan memiliki dampak kemungkinan yang bisa terjadi, yaitu dampak positif maupun negatif tergantung seberapa besar stimulus yang masuk dan respon yang bisa terjadi.

### **Perubahan Perilaku (Kesehatan)**

Perubahan perilaku adalah suatu proses dimana individu atau kelompok mengadopsi atau meninggalkan perilaku tertentu. Ada banyak teori dan pandangan yang dikemukakan oleh para ahli untuk menjelaskan

perubahan perilaku. Berikut beberapa pandangan dari para ahli terkait perubahan perilaku:

1. **Model Transisi Perubahan (Transtheoretical Model) - James O. Prochaska & Carlo Di Clemente.** Model ini mengidentifikasi beberapa tahapan dalam perubahan perilaku, termasuk tahapan prakontemplasi (ketidaktahuan), kontemplasi (pertimbangan), persiapan, tindakan, pemeliharaan, dan terminasi. Ini menggambarkan bagaimana individu melewati tahapan ini sebelum mengadopsi perilaku baru atau meninggalkan perilaku yang tidak diinginkan.
2. **Teori Pembelajaran Sosial (Social Learning Theory) - Albert Bandura.** Teori ini menekankan peran pengaruh sosial dalam pembentukan perilaku. Menurut Bandura, individu belajar dari pengalaman mereka sendiri dan juga dari pengamatan terhadap orang lain (model) yang melakukan perilaku tertentu. Keyakinan diri (self-efficacy) juga merupakan faktor penting dalam perubahan perilaku.
3. **Teori Kesehatan Terpadu (Health Belief Model) - Irwin M. Rosenstock.** Model ini menekankan bahwa individu akan mengadopsi perilaku kesehatan jika mereka percaya bahwa perilaku tersebut akan mengurangi risiko penyakit dan jika mereka merasa diri mereka memiliki kemampuan untuk melakukan perilaku tersebut.
4. **Teori Perubahan Berfokus (Focused Change Theory) - Kurt Lewin.** Teori ini mengemukakan bahwa perubahan perilaku terjadi melalui tiga tahap: unfreezing (membongkar pola pikir lama), moving (mengadopsi perilaku baru), dan refreezing (menstabilkan perilaku baru sebagai norma baru).
5. **Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive Theory) - Albert Bandura.** Teori ini menggabungkan elemen-elemen kognitif (seperti keyakinan diri dan ekspektasi) dengan pengaruh sosial dalam menjelaskan perubahan perilaku. Bandura menekankan

pentingnya pengamatan terhadap model-model yang sukses dalam mengadopsi perilaku baru.

6. **Model HBM (Health Behavior Model) - Becker, M., & Rosenstock, I. M.** Model ini mengatakan bahwa terdapat lima faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang, yaitu persepsi tentang penyakit, persepsi tentang keparahan penyakit, persepsi tentang manfaat dari tindakan kesehatan, persepsi tentang hambatan atau rintangan dalam melakukan tindakan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan untuk mengadopsi perilaku kesehatan.
7. **Model Ekologi Kesehatan (Ecological Model) - Urie Bronfenbrenner.** Model ini menekankan pentingnya faktor-faktor ekologi yang mempengaruhi perilaku, termasuk lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan sistem budaya. Perubahan perilaku dipandang sebagai hasil interaksi kompleks antara individu dan lingkungannya.
8. **Teori Kontrol Diri (Self-Control Theory) - Roy Baumeister.** Teori ini mengemukakan bahwa perubahan perilaku melibatkan pengendalian diri dan manajemen dorongan serta keinginan. Individu perlu mengelola dorongan singkat demi mencapai tujuan jangka panjang.

Selain itu, menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Notoatmodjo (2014) menyebutkan, perubahan perilaku dapat dikelompokkan kedalam tiga bagian:

1. **Perubahan Alamiah (Natural Change).** Perilaku manusia setiap saat bisa berubah salah satunya disebabkan oleh kejadian yang alamiah. Seringkali dalam kehidupan masyarakat terjadi berbagai macam perubahan, baik yang bentuknya berupa perubahan lingkungan fisik (kondisi alam), maupun perubahan non fisik (sosial, budaya, ekonomi, dll). Maka secara otomatis, masyarakat dalam hal ini individu-individu yang terdapat di dalamnya akan berupaya untuk beradaptasi dengan hal tersebut

2. **Perubahan Terencana (Planned Change).** Perubahan perilaku ini terjadi disebabkan karena memang pelaku itu sendiri yang merencanakan perubahan tersebut.
3. **Kesediaan Untuk Berubah (Readiness to Change).** Terjadinya perubahan tersebut didasari akan kesediaan setiap orang untuk berubah. Sebesar apapun stimulus yang diberikan kepada setiap orang, bahkan dengan dengan kondisi dan objek yang sama sekalipun, setiap orang akan berbeda-beda tingkat perubahannya

Berdasarkan uraian perubahan perilaku di atas, kita dapat mengamati bahwa perubahan perilaku dapat mengarah ke dalam dua bentuk perubahan, yaitu perubahan ke arah positif atau yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, dan perubahan yang mengarah ke ranah negatif atau yang jauh dari norma-norma kesehatan. Oleh karena itu, untuk menggiatkan perubahan perilaku ke arah positif, maka dibutuhkan suatu strategi guna pengoptimalan ke arah yang kita inginkan tersebut. Notoatmodjo (2014) mengemukakan bahwa, WHO mengelompokkan ke dalam tiga bentuk strategi untuk memperoleh perubahan perilaku yang diinginkan tersebut, yaitu:

1. **Menggunakan Kekuatan (Enforcement).** Kekuatan yang dimaksud disini adalah dengan mengubah secara paksa kepada sasaran atau masyarakat yang menjadi objek perubahan. Penggunaan kekuatan fisik maupun psikis diperkenankan dalam hal ini guna menghasilkan perubahan yang diinginkan secara cepat. Intimidasi dan ancaman yang diberikan dilakukan agar sasaran, baik atas kemauan sendiri maupun tidak, diharuskan untuk tetap ikut dalam perubahan yang diinginkan.
2. **Menggunakan Peraturan atau Hukum (Regulation).** Berbeda dengan kekuatan sebelumnya, perubahan perilaku yang diinginkan dilakukan melalui peraturan, perUndang-Undangan, atau peraturan tertulis lainnya. Dengan adanya peraturan

ini diharapkan kepada setiap sasaran atau masyarakat bisa berubah karena setiap peraturan biasanya diiringi dengan sanksi

3. **Melalui Pendidikan (Education).** Strategi ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi terkait kesehatan. Dengan pemberian informasi-informasi tentang pencapaian hidup sehat dan dampak negatif jika tidak melakukannya tentu mengakibatkan peningkatan pengetahuan bagi sasaran. Maka dengan pengetahuan yang cukup, dapat menimbulkan kesadaran mereka, dan pada akhirnya diharapkan terjadinya perubahan perilaku yang diharapkan.

## **Daftar Pustaka**

- Ardiansyah., Sarinah., Susilawati., & Juanda. (2022). *Kajian Psikoanalisis Sigmund Freud*. Jurnal Kependidikan Vol. 7 (1): 25-31
- Notoatmodjo, S (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oktavilantika, D.M., Suzana D., & Damhuri, T.A. (2023). *Literature Review: Promosi Kesehatan dan Model Teori Perubahan Perilaku Kesehatan*. Jurnal Pendidikan Tambusai Vol. 7 (1): 1480-1494.
- Sabian, Utsman. (2009). *Dasar-Dasar Sosiologi Hukum Makna Dialog Antara Hukum dan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

## Profil Penulis



**Muhammad Taufik Page, S.KM., M.Kes**

Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2010 di Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Ketertarikan terhadap irisan antara ilmu sosial dan eksakta berdasarkan bidang ilmu yang sudah didapatkan sebelumnya, membuat penulis memutuskan untuk melanjutkan studi di Sekolah Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin pada Program Studi Kesehatan Masyarakat dengan mengambil Konsentrasi Promosi Kesehatan. Saat ini penulis aktif menjadi dosen pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Universitas Sulawesi Barat (Unsulbar) yang terletak di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat. Penulis mengajarkan berbagai matakuliah yang erat kaitannya dengan bidang Promosi Kesehatan seperti *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, *Dasar-Dasar Komunikasi*, *Wawasan Sosial Budaya*, dan *Antropologi Sosial Kesehatan*. Kegiatan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) penulis pun berfokus pada bidang kajian tersebut baik itu yang kegiatan yang dilakukan secara mandiri maupun yang mendapatkan dana hibah. Adanya program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM) yang digagas oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Riset dan Teknologi semakin membuat penulis terjun dalam pengembangan kepakaran dibidang Promosi Kesehatan dengan ikut serta pada beberapa kegiatan di program MBKM tersebut.

Email Penulis: [muhammadtaufik@unsulbar.ac.id](mailto:muhammadtaufik@unsulbar.ac.id)

# ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

**Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep**  
Universitas Perintis Indonesia

## **Pendekatan Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan**

Kesehatan adalah aspek penting dalam kehidupan manusia yang tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial dan budaya di mana individu dan masyarakat hidup. Kesehatan bukan hanya tentang penyakit dan pengobatan, tetapi juga berkaitan dengan bagaimana faktor-faktor sosial, budaya, dan lingkungan memengaruhi kesejahteraan fisik dan mental individu serta kelompok dalam masyarakat (Nurbaeti, Sundari, 2022). Oleh karena itu, untuk memahami sepenuhnya isu-isu kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat, kita perlu mempertimbangkan perspektif dari dua disiplin ilmu yang saling melengkapi: Antropologi dan Sosiologi Kesehatan Masyarakat. Antropologi kesehatan masyarakat menggali lebih dalam tentang bagaimana budaya, tradisi, norma, dan nilai-nilai memengaruhi cara individu dan kelompok masyarakat memahami, mengatasi, dan mengelola isu-isu kesehatan. Dalam konteks ini, Antropologi Kesehatan Masyarakat membantu kita memahami mengapa orang mencari pengobatan tertentu, mengapa mereka mungkin menghindari perawatan medis modern, dan bagaimana budaya memainkan peran penting dalam pemahaman mereka tentang penyakit dan



kesehatan (Kusyogo, 2019). Lebih dari itu, antropologi juga memungkinkan kita untuk menjelajahi peran penting dari pengobatan tradisional, praktik penyembuhan, dan pengetahuan lokal dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat

Sementara itu, sosiologi kesehatan lebih fokus pada analisis struktur sosial dan sistem yang memengaruhi kesehatan. Ini mencakup penelitian tentang ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, pengaruh determinan sosial seperti status ekonomi, pendidikan, ras, dan jenis kelamin terhadap kesehatan individu, serta peran sistem perawatan kesehatan dalam membentuk pengalaman kesehatan. Sosiologi Kesehatan Masyarakat juga mencermati bagaimana stigma sosial dan stereotip dapat mempengaruhi pandangan masyarakat tentang penyakit tertentu dan individu yang hidup dengan kondisi kesehatan yang berbeda (Kusyogo, 2019). Kombinasi dari Antropologi dan Sosiologi Kesehatan Masyarakat memberikan pandangan yang komprehensif tentang kompleksitas kesehatan dan penyakit dalam masyarakat. Penelitian dalam dua disiplin ini membantu kita merancang kebijakan kesehatan yang lebih inklusif, memahami perbedaan budaya dalam perawatan kesehatan, serta menangani ketidaksetaraan kesehatan yang terus ada di berbagai lapisan masyarakat. Dalam pandangan yang lebih luas, penggabungan antara Antropologi dan Sosiologi Kesehatan Masyarakat memungkinkan kita untuk memahami kesehatan sebagai produk dari interaksi yang kompleks antara individu, kelompok sosial, dan lingkungan sosial-budaya yang melingkupinya

### **Konsep Antropologi**

Antropologi adalah bidang yang menarik yang berusaha memahami manusia dengan segala kompleksitasnya. Antropologi adalah disiplin ilmu yang mencakup berbagai aspek kehidupan manusia, termasuk budaya, masyarakat, biologi, bahasa, dan sejarah. Melalui studi antropologi, kita mendapatkan wawasan yang berharga

tentang beragam perspektif, perilaku, dan kepercayaan yang membentuk dunia kita (Kusyogo, 2019).

### **Pentingnya Antropologi**

Antropologi sangat penting dalam dunia kita yang semakin saling terhubung. Antropologi membantu kita memahami dan menghargai keragaman budaya dan masyarakat manusia. Dengan mempelajari berbagai praktik budaya, nilai, dan kepercayaan, kita dapat memupuk pemahaman dan rasa hormat lintas budaya.

Antropologi juga memainkan peran penting dalam menangani masalah-masalah sosial kontemporer. Dengan mengkaji kompleksitas perilaku manusia dan struktur sosial, para antropolog menyumbangkan wawasan yang berharga ke berbagai bidang seperti kesehatan masyarakat, pendidikan, pembangunan, dan kelestarian lingkungan. Sebagai contoh, para antropolog telah memberikan wawasan yang berharga tentang bagaimana budaya yang berbeda memahami dan menanggapi masalah kesehatan, yang mengarah pada intervensi kesehatan masyarakat yang lebih efektif (Nurbaeti, Sundari, 2022).

Antropologi memiliki banyak relevansi dan pentingnya dalam berbagai aspek kehidupan manusia. Berikut adalah beberapa alasan mengapa antropologi dianggap penting

1. **Memahami Keragaman Manusia:** Antropologi membantu kita memahami keragaman manusia dalam segala hal, termasuk budaya, bahasa, agama, dan sistem nilai. Ini membuka cakrawala dan memungkinkan kita untuk menghargai perbedaan dan kesamaan antara berbagai kelompok manusia.
2. **Pengembangan Pengetahuan:** Melalui studi etnografi dan penelitian lapangan, antropologi menyumbangkan data dan pemahaman yang berharga tentang masyarakat manusia. Penelitian antropologi membantu kita mengetahui lebih banyak tentang sejarah, budaya, dan cara hidup berbagai kelompok manusia di seluruh dunia.

3. **Pemahaman Interaksi Manusia dengan Lingkungan:** Antropologi juga memeriksa bagaimana manusia berinteraksi dengan lingkungan alam dan bagaimana perubahan lingkungan memengaruhi kehidupan manusia. Hal ini relevan dalam konteks masalah lingkungan seperti perubahan iklim dan kerusakan lingkungan.
4. **Kesehatan dan Kesejahteraan:** Antropologi kesehatan membantu kita memahami faktor-faktor sosial, budaya, dan ekonomi yang memengaruhi kesehatan manusia. Ini membantu dalam perancangan program kesehatan yang lebih efektif dan berkelanjutan.
5. **Perdamaian dan Konflik:** Antropologi dapat membantu memahami akar penyebab konflik dan ketegangan antara kelompok manusia, serta memberikan pandangan tentang bagaimana perdamaian dapat dicapai melalui dialog dan pemahaman budaya.
6. **Pengembangan Kebijakan:** Antropologi memberikan pemahaman yang dalam tentang masyarakat dan budaya yang mungkin menjadi subjek kebijakan pemerintah. Ini membantu dalam merancang kebijakan yang lebih sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai komunitas yang bersangkutan.
7. **Pengetahuan Praktis:** Penelitian antropologi sering kali menghasilkan wawasan praktis yang dapat digunakan dalam berbagai bidang, termasuk bisnis, pendidikan, pelayanan kesehatan, dan pembangunan internasional.
8. **Pemberdayaan Komunitas:** Antropologi seringkali bekerja dengan komunitas lokal dan membantu mereka memiliki suara dalam proses pengambilan keputusan yang memengaruhi kehidupan mereka. Ini dapat meningkatkan pemberdayaan dan kemandirian komunitas.
9. **Melawan Stereotip dan Diskriminasi:** Antropologi membantu melawan stereotip dan diskriminasi dengan menyediakan pemahaman yang lebih dalam tentang berbagai kelompok manusia. Ini dapat

mempromosikan toleransi, keragaman, dan inklusi sosial.

10. Pendidikan dan Kesadaran: Studi antropologi juga penting dalam pendidikan untuk mengajarkan orang tentang berbagai budaya dan pandangan dunia. Ini membantu mengembangkan kesadaran budaya dan global yang lebih baik.

Dengan demikian, antropologi memiliki peran yang signifikan dalam membantu kita memahami dunia kita dengan lebih baik, merancang kebijakan yang lebih efektif, dan mempromosikan harmoni sosial dan kerjasama antara berbagai kelompok manusia.

### **Manfaat Antropologi**

Antropologi adalah bidang studi yang mengeksplorasi kompleksitas masyarakat dan budaya manusia. Bidang ini mencakup berbagai sub-disiplin ilmu seperti arkeologi, antropologi linguistik, antropologi biologi, dan antropologi sosial-budaya. Meskipun studi antropologi mungkin tidak sepopuler atau arus utama seperti disiplin ilmu lainnya, antropologi menawarkan banyak manfaat dan wawasan yang berharga bagi individu dan masyarakat secara keseluruhan (Haryono, 2020)

1. Memahami Keanekaragaman Budaya

Salah satu manfaat utama antropologi adalah kemampuannya untuk menumbuhkan pemahaman yang lebih dalam tentang keanekaragaman budaya. Dalam dunia yang mengglobal di mana orang-orang dari berbagai latar belakang dan budaya berinteraksi secara teratur, sangat penting untuk menghargai dan menghormati perbedaan yang ada (Puspitawati & Batubara, 2015). Antropologi membantu kita menyadari bahwa ada banyak cara untuk hidup dan hidup, dan tidak ada budaya yang secara inheren lebih unggul atau lebih rendah daripada budaya lain. Melalui studi etnografi dan observasi partisipan, para antropolog membenamkan diri mereka dalam budaya yang berbeda, sehingga memungkinkan mereka

untuk mendapatkan pemahaman holistik tentang kompleksitas dan nuansa masyarakat manusia

2. Menginformasikan kebijakan dan pembangunan

Antropologi memainkan peran penting dalam menginformasikan kebijakan dan inisiatif pembangunan. Dengan mempelajari dinamika sosial dan budaya masyarakat, para antropolog dapat memberikan wawasan tentang dampak kebijakan dan intervensi terhadap berbagai kelompok. Mereka dapat mengidentifikasi potensi konsekuensi yang tidak diinginkan dan menyarankan pendekatan alternatif yang lebih sesuai dengan budaya dan berkelanjutan. Sebagai contoh, seorang antropolog yang mempelajari masyarakat adat dapat mengungkapkan pentingnya pengetahuan dan praktik tradisional dalam menjaga keseimbangan ekologi, yang mengarah pada pengembangan kebijakan yang lebih inklusif dan ramah lingkungan (Kusyogo, 2019)

3. Mempromosikan keadilan sosial dan hak asasi manusia

Antropologi memiliki sejarah panjang dalam mengadvokasi keadilan sosial dan hak asasi manusia. Dengan mempelajari dinamika kekuasaan, ketidaksetaraan, dan struktur sosial, para antropolog dapat memberikan pencerahan kepada masyarakat yang terpinggirkan dan tidak bersuara. Mereka dapat menantang narasi dan stereotip yang ada, membawa perhatian pada isu-isu diskriminasi, eksploitasi, dan penindasan. Sebagai contoh, melalui penelitian mereka, para antropolog telah menyoroti perjuangan yang dihadapi oleh masyarakat adat dalam sengketa hak atas tanah, yang mengarah pada peningkatan kesadaran dan dukungan untuk perjuangan mereka

4. Berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan

Antropologi juga memberikan kontribusi yang signifikan pada bidang kesehatan dan kesejahteraan. Antropologi medis, misalnya, meneliti hubungan antara budaya, masyarakat, dan kesehatan. Dengan

memahami kepercayaan budaya, praktik, dan faktor penentu sosial kesehatan, para antropolog dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan hasil kesehatan. Mereka dapat membantu menjembatani kesenjangan antara pendekatan biomedis dan sistem pengetahuan lokal, memastikan bahwa intervensi perawatan kesehatan peka secara budaya dan efektif (Putri, 2018)

#### 5. Meningkatkan komunikasi antar budaya

Di dunia yang semakin terhubung, komunikasi antarbudaya yang efektif sangat penting. Antropologi membekali individu dengan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk menavigasi perbedaan budaya dan membina hubungan yang bermakna. Dengan mempelajari berbagai praktik budaya, norma, dan gaya komunikasi, para antropolog dapat memberikan wawasan yang berharga tentang interaksi lintas budaya. Pemahaman ini dapat membantu mengurangi kesalahpahaman, meningkatkan empati, dan memfasilitasi kerja sama dalam berbagai konteks, termasuk bisnis, diplomasi, dan pendidikan (Sukardin, Muliawati, 2023)

### **Konsep Sosiologi Kesehatan Masyarakat**

Kesehatan adalah aspek kritis dalam kehidupan manusia yang memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup individu dan masyarakat secara keseluruhan. Namun, untuk memahami sepenuhnya dinamika kesehatan, kita perlu melihatnya melalui lensa sosiologi kesehatan masyarakat. Sosiologi kesehatan masyarakat adalah cabang sosiologi yang mempelajari bagaimana faktor-faktor sosial, struktur sosial, dan dinamika kelompok memengaruhi kesehatan individu dan populasi.

Dalam masyarakat modern yang semakin kompleks, isu-isu kesehatan tidak dapat dipisahkan dari konteks sosialnya. Ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, determinan sosial kesehatan seperti status ekonomi dan pendidikan, serta peran sistem perawatan kesehatan dalam membentuk pengalaman kesehatan

individu menjadi fokus utama dalam sosiologi kesehatan masyarakat. Pemahaman ini membantu kita mengidentifikasi pola-pola ketidaksetaraan dalam kesehatan dan mencari solusi yang lebih adil dan efektif (Afifah, 2010). Selain itu, sosiologi kesehatan masyarakat juga memeriksa bagaimana norma-norma sosial, nilai-nilai budaya, dan stereotip dapat mempengaruhi persepsi terhadap penyakit, pengobatan, dan individu yang hidup dengan kondisi kesehatan yang berbeda. Stigma sosial terhadap penyakit tertentu atau kelompok tertentu dapat memperburuk kondisi individu dan menghambat upaya pencegahan dan pengobatan. Dalam era globalisasi, masalah kesehatan tidak lagi terbatas oleh batas-batas negara. Penyebaran penyakit menyeberang negara dengan cepat, dan masalah kesehatan global menjadi semakin kompleks. Sosiologi kesehatan masyarakat juga mempertimbangkan dampak globalisasi, migrasi, dan perubahan demografis terhadap kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, kajian sosiologi kesehatan masyarakat memberikan pandangan yang kaya dan multidimensional tentang bagaimana kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan budaya dalam masyarakat. Tujuan akhir dari disiplin ini adalah untuk membantu merancang kebijakan kesehatan yang lebih inklusif, menjembatani kesenjangan kesehatan, dan mempromosikan kesejahteraan kesehatan yang lebih baik bagi semua warga masyarakat (Nurbaeti, Sundari, 2022). Dalam esensi, sosiologi kesehatan masyarakat membantu kita memahami bahwa kesehatan adalah produk dari interaksi yang kompleks antara individu, kelompok sosial, dan lingkungan sosial yang melingkupinya.

### **Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat**

Antropologi dan sosiologi adalah dua disiplin ilmu yang memainkan peran penting dalam memahami dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Meskipun kedua bidang ini memiliki perspektif dan metodologi yang berbeda, keduanya memiliki tujuan yang sama yaitu untuk meneliti faktor-

faktor sosial, budaya, dan struktural yang mempengaruhi hasil kesehatan di masyarakat. Antropologi dalam Kesehatan Masyarakat Antropologi, sebagai sebuah disiplin ilmu, berfokus pada pemahaman tentang perilaku manusia, budaya, dan masyarakat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, para antropolog meneliti bagaimana kepercayaan, praktik, dan norma-norma sosial budaya membentuk perilaku kesehatan dan akses ke layanan kesehatan (Afifah, 2010). Salah satu kontribusi utama antropologi terhadap kesehatan masyarakat adalah konsep "kompetensi budaya". Hal ini mengacu pada kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memahami dan menavigasi kepercayaan, nilai, dan praktik budaya masyarakat yang mereka layani. Dengan mengenali dan menghormati perbedaan budaya, para profesional kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan peka terhadap budaya, yang pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan.

Antropolog juga mempelajari faktor penentu sosial kesehatan, yaitu faktor ekonomi, politik, dan lingkungan yang memengaruhi kesenjangan kesehatan. Sebagai contoh, mereka dapat menyelidiki bagaimana kemiskinan, diskriminasi, atau akses terhadap air bersih mempengaruhi kesehatan masyarakat yang terpinggirkan. Dengan memahami faktor-faktor penentu sosial ini, para pembuat kebijakan dan praktisi kesehatan masyarakat dapat mengembangkan intervensi yang ditargetkan untuk mengatasi ketidaksetaraan kesehatan (Nurbaeti, Sundari, 2022)

### **Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat**

Sosiologi, di sisi lain, meneliti struktur sosial, institusi, dan proses yang membentuk masyarakat. Dalam bidang kesehatan masyarakat, sosiolog mempelajari distribusi kesehatan dan penyakit dalam populasi, serta faktor-faktor sosial yang berkontribusi terhadap pola-pola ini. Salah satu konsep penting dalam sosiologi adalah "stratifikasi sosial", yang mengacu pada pembagian masyarakat ke dalam kelas-kelas atau kelompok-kelompok sosial yang berbeda. Para sosiolog meneliti



bagaimana ketidaksetaraan sosial, seperti perbedaan pendapatan atau tingkat pendidikan, berdampak pada hasil kesehatan. Sebagai contoh, individu dari latar belakang sosial ekonomi yang lebih rendah mungkin menghadapi tingkat penyakit kronis yang lebih tinggi karena terbatasnya akses ke layanan kesehatan dan kondisi kehidupan yang tidak sehat (Sukardin, Muliawati, 2023). Para sosiolog juga menganalisis peran kekuasaan dan politik dalam membentuk kebijakan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Mereka mengeksplorasi bagaimana kekuatan sosial, ekonomi, dan politik memengaruhi alokasi sumber daya untuk program kesehatan masyarakat dan pelaksanaan tindakan pencegahan. Dengan memahami dinamika ini, para sosiolog dapat mengadvokasi sistem perawatan kesehatan yang lebih adil dan efektif

### **Integrasi Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat**

Meskipun antropologi dan sosiologi memiliki pendekatan yang berbeda, ada pengakuan yang semakin besar tentang perlunya mengintegrasikan disiplin ilmu ini untuk mengatasi tantangan kesehatan masyarakat yang kompleks. Dengan menggabungkan wawasan antropologi tentang budaya dan perspektif sosiologi tentang struktur sosial, para peneliti dan praktisi dapat memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif tentang isu-isu kesehatan dan mengembangkan intervensi yang lebih efektif.

Sebagai contoh, sebuah penelitian tentang pencegahan HIV dapat menggabungkan penelitian antropologi tentang kepercayaan dan praktik budaya yang berkaitan dengan perilaku seksual dengan analisis sosiologi tentang faktor struktural seperti kemiskinan dan ketidaksetaraan gender. Pendekatan interdisipliner ini memungkinkan pemahaman yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penularan HIV dan desain pencegahan yang ditargetkan.

## 1. Hubungan Antara Antropologi dan Sosiologi dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah bidang yang kompleks dan memiliki banyak aspek yang membutuhkan pemahaman yang komprehensif mengenai perilaku manusia, struktur sosial, dan konteks budaya (Haryono, 2020). Dua disiplin ilmu yang berkontribusi secara signifikan terhadap pemahaman ini adalah antropologi dan sosiologi. Meskipun kedua disiplin ilmu ini memiliki pendekatan dan metodologi yang berbeda, keduanya menawarkan wawasan yang berharga tentang dimensi sosial dan budaya dari kesehatan dan penyakit.

## 2. Antropologi dan Kesehatan Masyarakat

Antropologi adalah ilmu yang mempelajari masyarakat dan budaya manusia, dengan fokus pada keanekaragaman dan keterkaitannya. Para antropolog melakukan pendekatan terhadap studi kesehatan dan penyakit dari perspektif holistik, dengan mempertimbangkan faktor sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan yang membentuk hasil kesehatan (Nildawati, 2020). Mereka bertujuan untuk memahami bagaimana kepercayaan budaya, praktik, dan struktur sosial yang berbeda memengaruhi perilaku kesehatan, akses ke perawatan kesehatan, dan kesejahteraan secara keseluruhan..

Para antropolog sering melakukan penelitian lapangan dan penelitian etnografi untuk membenamkan diri dalam komunitas yang mereka pelajari. Dengan mengamati dan berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari masyarakat, mereka mendapatkan wawasan tentang makna dan praktik budaya yang terkait dengan kesehatan dan penyakit. Sebagai contoh, seorang antropolog yang mempelajari masyarakat pedesaan dapat mengeksplorasi tradisi pengobatan lokal, kepercayaan agama, dan norma-norma sosial yang mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan. Pengetahuan ini dapat menginformasikan intervensi dan kebijakan kesehatan masyarakat yang menghormati dan mengintegrasikan konteks lokal.

## **Rangkuman**

Meskipun antropologi dan sosiologi memiliki metodologi yang berbeda, keduanya memiliki tujuan yang sama untuk memahami dimensi sosial dan budaya dari kesehatan. Perspektif keduanya saling melengkapi, menawarkan wawasan yang berbeda tentang interaksi yang kompleks antara individu, komunitas, dan struktur sosial yang lebih besar. Penekanan antropologi pada relativisme budaya dan metode penelitian kualitatif memberikan wawasan yang mendalam tentang pengalaman hidup individu dan masyarakat. Perspektif ini membantu mengungkap kepercayaan, praktik, dan dinamika sosial budaya yang unik yang memengaruhi hasil kesehatan.

Dalam keseluruhan, antropologi dan sosiologi kesehatan membantu kita memahami bahwa Kesehatan adalah fenomena yang kompleks dan berlapis, yang tidak hanya di pengaruhi oleh faktor medis, tetapi juga oleh konteks sosial, budaya, ekonomi dan lingkungan. Kedua disiplin ini bekerjasama untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana kita dapat mencapai kesehatan yang lebih baik bagi individu dan masyarakat secara keseluruhan.

## Daftar Pustaka

- Afifah, E. (2010). *Keragaman Budaya Dan Perspektif Transkultural Dalam Keperawatan*. <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/afifah/material/transkulturalnursing.pdf>
- Haryono, T. J. S. (2020). *Pengantar Antropologi* (1st ed., Issue February). Literasi Nusantara.
- Kusyogo, C. (2019). Sosiologi Antropologi Kesehatan. *Sosiologi Antropologi Kesehatan*, 116–117. [http://bapelkescikarang.bppsdmk.kemkes.go.id/kamu/upload/SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN.pdf](http://bapelkescikarang.bppsdmk.kemkes.go.id/kamu/upload/SOSIOLOGI_DAN_ANTROPOLOGI_KESEHATAN.pdf)
- Nildawati, A. (2020). *Studi kasus sosio antropologi kesehatan. March*.
- Nurbaeti, Sundari, N. (2022). *Antropoligi Sosiologi Kesehatan* (Kembong Da, Issue 1). CV.Cahaya Bintang Cemerlang.
- Puspitawati, & Batubara, R. R. (2015). Pertolongan Persalinan Ma'blen pada Masyarakat Desa Sawang Kecamatan Samudera Aceh Utara. *Jurnal Antropologi Sosial Dan Budaya*, 1(2), 124–132. <http://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/anthropos%0APertolongan>
- Putri, D. M. P. (2018). Keperawatan Transkultural Pengetahuan dan Praktik Berdasarkan Budaya. In *Keperawatan Transkultural* (pp. 285–287). [http://repository.akperkyjogja.ac.id/102/1/Buku Keperawatan Transkultural Lengkap.pdf](http://repository.akperkyjogja.ac.id/102/1/Buku_Keperawatan_Transkultural_Lengkap.pdf)
- Sukardin, Muliawati, Y. (2023). *Keperawatan komunitas, gerontik dan transkultural* (A. Munandar (ed.)). Media Sains Indonesia.

## Profil Penulis



### **Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep**

Penulis lahir pada 25 februari 1980, di kota Bukittinggi. Saat masih remaja menamatkan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Kesdam I/BB Padang Tahun 1998, dilanjutkan Pendidikan Akademi Perawat (Akper), dan tahun 2016 menamatkan Pendidikan Magister Keperawatan ke Khususan Jiwa di Universitas Andalas (UNAND). Pengalaman bekerja sejak Tahun 2004 bergabung dengan Universitas Perintis Indonesia (dahulunya Stikes) pengalaman menjadi Pembimbing mahasiswa untuk Praktek Keperawatan Jiwa. Penulis juga Aktif terlibat sebagai Anggota Persatuan Perawatan Nasional Indonesia (PPNI) Kota Bukittinggi, dan Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Sumatera Barat. Dan saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Komisariat PPNI Universitas Perrintis Indonesia. Dalam pengembangan Ilmu Penulis sering mengikuti Workshop dan Pelatihan yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa, Penulis telah 2 kali mendapatkan Dana Hibah DIKTI dalam Penelitian dan 1 kali Pengabdian Masyarakat yang berkaitan dengan keperawatan jiwa yaitu penelitian tentang “Pengaruh Nursing Round Terhadap Tingkat Kepuasan”, “Pengaruh Tugas Perkembangan Keluarga Terhadap Perilaku Kekerasan” dan “Peranan Care Giver Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa”, penulis juga telah beberapa kali menjadi Nara Sumber dalam seminar-seminar yang bersifat Lokal ataupun Nasional dan dan memiliki hasil karya berupa Buku Chapter “Psikologi Kesehatan Teori dan Aplikasinya” dan “Keperawatan Gerontik, Komunitas Dan Transkultural, Buku Etika dan Komunikasi Keperawatan” serta HaKI tentang Kesehatan Jiwa yaitu “Modul Therapi Kognitif dan Buku Psikologi Kesehatan, dan juga Buku Keperawatan Gerontik, Komunitas Dan Transkultural dan Etika dan Komunikasi Keperawatan”.

Email Penulis: [falemorin@yahoo.com](mailto:falemorin@yahoo.com)

# SURVEILANS KESEHATAN MASYARAKAT, KOTA SEHAT DAN PEMANASAN GLOBAL

**Wuri Ratna Hidayani, S.KM., M.Sc.**  
STIKes Respati

## **Definisi Surveilans Kesehatan Masyarakat**

Istilah surveilans biasanya dikenal dalam rumpun epidemiologi dalam kesehatan masyarakat. Dewasa ini surveilans dikenal dalam kesehatan masyarakat seiring perkembangan ilmu pengetahuan. Surveilans seiring perkembangan pengetahuan meliputi berbagai ilmu dalam kesehatan masyarakat. Oleh karena itu dewasa ini dikenal dengan Surveilans Kesehatan Masyarakat.

Surveilans berasal dari bahasa Perancis “surveillance” yang artinya mengamati tentang sesuatu. Dalam penggunaan dalam ranah kesehatan masyarakat dapat diartikan secara luas sebagai usaha memantau atau memonitoring keadaan kesehatan secara ketat di masyarakat, sehingga dapat dipakai sebagai dasar perencanaan, monitoring dan evaluasi intervensi kesehatan masyarakat. Misalnya seorang petugas surveilans pneumonia balita di Puskesmas dalam pelaporan harian, mingguan, dan bulanan sehingga dapat dijadikan bahan dalam memonitoring evaluasi program pencegahan dan pengendalian kejadian pneumonia balita. Dalam pelaporan harian pneumonia balita dilakukan 1x24 jam dipantau berapa jumlah kejadian pneumonia balita yang berkunjung ke Puskesmas. Selain itu juga

petugas surveilans kejadian pneumonia balita melakukan pemantauan secara mingguan dan juga melaporkan secara bulanan kejadian pneumonia. Dalam aplikasinya perlu diingat bahwa surveilans ini harus dipahami dan dikenalkan pada semua pihak terutama petugas kesehatan agar satu pemahaman dalam praktik atau aplikasi di lapangan sehingga tujuan surveilans dapat dicapai bersama-sama. Hambatan dalam aplikasi surveilans kesehatan masyarakat di lapangan adalah masih banyaknya petugas kesehatan yang belum memahami tentang konsep teori dan aplikasi tentang surveilans kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Pemerintah seharusnya banyak melakukan Pendidikan dan Latihan surveilans kesehatan masyarakat. Hal ini sangat penting dalam mencapai tujuan surveilans kesehatan masyarakat.

Surveilans kesehatan masyarakat adalah serangkaian kegiatan mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, interpretasi data kesehatan yang digunakan untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi aktivitas kesehatan dan kemudian diseminasi sehingga Langkah efektif pencegahan penyakit dan masalah-masalah kesehatan masyarakat dapat dilakukan (WHO, 2010, Hidayani, 2020). Surveilans kesehatan masyarakat tidak lagi terbatas pada pengumpulan data kesakitan, kecelakaan dan kondisi kesehatan lainnya, tetapi semakin luas pemakaiannya. Hal ini termasuk dalam pengumpulan data tentang kondisi factor risiko individu dan lingkungannya (Amiruddin, 2023). Pada awalnya surveilans kesehatan masyarakat mengamati penyakit-penyakit intervensi yang timbul. Akan tetapi dengan perluasan teori dan aplikasi surveilans, maka kejadian atau kondisi kesehatan yang diamati pada populasi termasuk pula kelompok penderita yang berada di rumah sakit dan tidak terbatas pada penyakit infeksi saja. Namun demikian, terdapat perbedaan dan persamaan secara konseptual antara surveilans penyakit akut dan kronis serta kondisi penyakit atau masalah kesehatan yang dilakukan surveilans.

## **Tujuan Surveilans Kesehatan Masyarakat**

Tujuan Surveilans Kesehatan Masyarakat (Murti, 2003, Hidayani, 2020) antara lain

1. Memperkirakan secara dini epidemi (*outbreak*)  
Dengan adanya surveilans kesehatan masyarakat, petugas kesehatan dapat memprediksikan secara lebih awal terjadinya wabah /KLB.
2. Memonitor, mengevaluasi dan memperbaiki program pencegahan dan pengendalian penyakit
3. Memasok informasi untuk penentuan prioritas, pengambilan kebijakan, perencanaan, implementasi dan alokasi sumber daya kesehatan Memonitoring kecenderungan penyakit endemis dan mengestimasi dampak penyakit di masa mendatang
4. Mengidentifikasi kebutuhan riset dan investigasi lebih lanjut

Menurut Amiruddin (2023) Tujuan Surveilans Kesehatan Masyarakat antara lain:

1. melakukan deteksi perubahan akut dari penyakit yang terjadi dan distribusinya
2. melakukan identifikasi dan perhitungan trend dan pola penyakit menurut frekuensi kejadiannya
3. melakukan identifikasi factor risiko dan penyebab lainnya seperti vector yang dapat menyebabkan penyakit di kemudian hari
4. mendeteksi perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi di masyarakat

## **Sejarah Surveilans**

### **Sejarah Surveilans sebagai berikut (Hidayani, 2020):**

1. Abad ke Empat Belas dan Kelima Belas.

Hal ini terjadi pada sekitar tahun 1348 di Eropa terjadi epidemi atau wabah penyakit pneumonia dikarenakan pes (*pneumonia plague*) dan dikenal dengan istilah “*Black Death*”. Dinamakan *black death*



dikarenakan orang yang terkena pes maka akan adanya benjolan yang akhirnya menghitam. *agent* penyakit ini adalah *Yersinia pestis* dari pinjal tikus. Masa inkubasi penyakit ini yaitu 2-4 hari ada juga yang 2-6 hari. Kematian yang sangat tinggi bahkan mencapai ratusan juta jiwa meninggal dunia. Penyakit ini menyebar sangat cepat melalui perdagangan melalui jalur kapal dagang sehingga menjadi pandemi pes yang menimpa berbagai negara dan benua di dunia. Pada waktu itu orang berfikir bagaimana cara untuk mengendalikan penyakit Pes, akhirnya ditemukan cara dengan melakukan karantina pada penderita Pes. Karantina ini dilakukan dengan cara mengisolasi orang yang terkena Pes. Karantina ini merupakan suatu pencegahan dalam kegiatan surveilans meskipun pada jaman dahulu belum mengenal surveilans

## 2. Abad Keenam Belas

Tokoh utama adalah John Graunt. Pencatatan kematian mulai dilakukan di beberapa kota-kota besar di negara Eropa sejak abad ke enambelas yang lalu. Undang-Undang tentang kematian di London atau yang dikenal dengan "*London Bills of Mortality*" dipersiapkan pada tahun 1532 oleh seseorang yang sampai sekarang tidak diketahui namanya. Kegiatan pencatatan kematian ini merupakan suatu kegiatan yang ada dalam surveilans, padahal pada jaman itu belum adanya surveilans. Pencatatan kematian secara manual tersebut merupakan cikal bakal lahirnya ilmu surveilans

## 3. Abad Ketujuh Belas

Pada abad ini, pencatatan kematian yang dilakukan secara sporadis dan hanya dilakukan apabila ada wabah pest, mulai diterbitkan. Para sekretaris paroki (*Parish Clerks*) di ibukota London mulai mencatat dan melaporkan setiap minggunya, tentang orang-orang yang dikubur dan penyebab kematiannya pada "*The Hall of Parish Clerks*" Company. Sekretaris Hall menyusun laporan statistik kematian di London dan

digabungkan dari beberapa Paroki serta diinterpretasi bagaimana keadaan penyebab wabah pes di kota London. Laporan ini kemudian diterbitkan secara mingguan kepada yang memerlukan dan disebut dengan "*Bill Mortality*" sehingga tindakan yang sesuai dapat diambil secara konkrit. Laporan W2 secara ilmiah disusun pertama kali oleh John Graunt pada tahun 1662. Laporan ini memuat informasi tentang jumlah penduduk kota London dan jumlah yang meninggal karena sebab tertentu. Dengan demikian John Graunt adalah orang yang pertama kali yang mempelajari konsep jumlah dan pola penyakit secara epidemiologis, yang menerbitkan buku yang berjudul "*Natural and Political Observation on the Bills of Mortality*". Oleh karena itu John Graunt dijuluki Bapak Surveilans karena pemikirannya pada dewasa ini digunakan dalam prinsip-prinsip Surveilans. Kegiatan diseminasi juga sudah dilakukan oleh John Graunt dengan menerbitkan laporan statistik secara mingguan dalam "*Bill Mortality*". Kegiatan pencatatan kematian tersebut merupakan salah satu kegiatan surveilans. Hal ini sangat diapresiasi bahwa pada abad tersebut sudah mengenal kegiatan surveilans.

#### 4. Abad Kedelapan Belas

Dalam abad yang sama (1741), surveilans dasar ini dilaksanakan di beberapa koloni Amerika. Tahun 1741 negara bagian "*Rhode Island*" mengeluarkan peraturan bahwa pegawai restoran wajib melaporkan penyakit menular yang diderita oleh rekan-rekannya. Dua tahun kemudian, negara bagian ini menyetujui keharusan lapor bagi penderita cacar, demam kuning dan kolera. Pada abad ini sudah menerapkan dasar surveilans, upaya pencegahan penyakit, upaya penyelidikan KLB dan investigasi wabah dalam rangka pengendalian penyakit agar masyarakat terhindar dari penyakit yang penularannya sangat cepat. Meskipun belum adanya Tindakan investigasi wabah yang nyata sesuai dengan prosedur pengendalian penyelidikan KLB.

## 5. Abad Kesembilan Belas

William Farr yang menemukan konsep surveilans secara modern. Sebagai "*Superintendent of Statistical Department of the General Registrar's Office*" di Inggris Raya dari tahun 1839-1879. Pada abad yang sama, tindakan Farr diikuti dan diperluas oleh Edwin Chadwick yang mengadakan riset tentang konsep analitik yaitu hubungan antara kondisi lingkungan dan penyakit. Louis Rene Villerme Shattuck membuat publikasi hubungan antara kematian bayi, anak dan ibu dengan kondisi lingkungan di Amerika Serikat. Pada tahun 1836 dan pada tahun berikutnya adanya pencatatan dan pemberian sertifikat kematian. Daftar internasional tentang nama-nama penyakit penyebab kematian diperkenalkan pada tahun 1893. William Farr dikenal sebagai bapak pendiri konsep surveilans secara modern karena kontribusinya dalam surveilans. Pada abad ini sudah dikenalnya dan dilakukan sebuah penelitian observasional analitik yaitu penelitian dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara kondisi lingkungan dan penyakit. Sudah adanya pengukuran antara variabel bebas (faktor risiko) dan variabel terikat (efek), padahal waktu itu belum dikenal surveilans, epidemiologi dan kesehatan masyarakat. Selain itu pada abad ini telah adanya penelitian analitik secara sederhana yaitu penelitian korelasi penyakit dan kondisi lingkungan. Adanya pengenalan statistik sederhana dengan pencatatan kematian sehingga diketahuinya demografi penduduk yang secara periodik adanya laporan laju penduduk, angka kematian bayi, anak dan ibu. Hal ini sudah adanya pengenalan surveilans pada waktu itu.

## 6. Abad kedua Puluh

Meningkatnya penggunaan aplikasi secara praktis surveilans untuk pendekatan epidemi dan pencegahan penyakit infeksi mulai dikenal pada abad ke dua puluh. Pada tahun 1889 Inggris Raya mulai mengeluarkan peraturan wajib lapor bagi penyakit-penyakit infeksi. Pelaksanaan wajib lapor penyakit

demam kuning, pes dan cacar mulai diberlakukan pada tahun 1878 di Amerika dan sejak tahun 1925 semua negara bagian harus melaporkan penyakit tersebut kepada petugas kesehatan masyarakat setiap minggu. Pada saat ini jenis-jenis penyakit yang harus dilaporkan di USA semakin bertambah banyak, termasuk HIV dan AIDS positif. Pada abad ini lebih berkembang dari abad sebelumnya yaitu dikenalnya beberapa penyakit infeksi serta pelaporannya tidak hanya satu daerah, negara tetapi sudah pelaporan surveilans penyakit mencapai tingkat dunia. Hal ini sudah adanya perkembangan surveilans pada abad ini dari abad sebelumnya.

### **Prinsip Evaluasi Surveilans**

Menurut Hidayani (2021) beberapa prinsip evaluasi surveilans antara lain:

1. Representatif  
*System surveilans* harus dapat mendeskripsikan keadaan pada saat itu yang dapat disajikan dengan memperhatikan variable epidemiologi
2. Sensitivitas yaitu adanya kepekaan dalam mendeteksi permasalahan
3. Nilai prediksi yaitu adanya kemampuan system surveilans untuk membuktikan adanya seberapa besar (proporsi) permasalahan kesehatan yang benar-benar menjadi masalah diantara banyaknya masalah yang diduga
4. Fleksibilitas yaitu harus menyesuaikan dengan kondisi sumberdaya manusi, dana dan waktu
5. Ketepatan waktu yaitu harus adanya tepat waktu antara tahap I misalnya W1 ke tahap berikutnya
6. Akseptabilitas artinya bahwa surveilans harus diterima oleh semua orang

## **Kota Sehat**

Pengertian Kabupaten/Kota sehat adalah suatu kondisi dari suatu wilayah yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduknya dengan mengoptimalkan potensi ekonomi masyarakat yang saling mendukung melalui koordinasi forum kecamatan dan difasilitasi oleh sektor terkait dan sinkron dengan perencanaan masing-masing desa. Kawasan sehat adalah kondisi wilayah tertentu yang bersih, nyaman, aman dan sehat bagi pekerja dan masyarakat dikawasan tersebut dengan mengoptimalkan potensi masyarakat dan pekerja, melalui pemberdayaan pelaku pembangunan yang terkait, difasilitasi oleh sektor terkait dan sinkron dengan perencanaan wilayah (Arifin, 2018).

Menurut Yanti (2023) Kondisi Kabupaten/Kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Pada dasarnya pelaksanaan Kabupaten/Kota Sehat ini terkait dengan permasalahan yang ada dan memanfaatkan potensi-potensi yang ada di masyarakat secara maksimal melalui pemberdayaan masyarakat. Dalam hal ini ditetapkan tatanan yang merupakan sasaran pelaksanaan. Kabupaten/Kota Sehat yang disesuaikan dengan potensi dan permasalahan daerah tersebut. Tatanan Kabupaten/Kota Sehat ini dibagi menjadi 9 kawasan, yaitu sebagai berikut:

1. Kawasan Permukiman, Sarana dan Prasarana Sehat
2. Kawasan Sarana Lalu Lintas tertib dan masyarakat
3. Kawasan pertambangan sehat
4. Kawasan hutan sehat
5. Kawasan industri dan perkantoran sehat
6. Kawasan Pariwisata sehat
7. Kawasan pangan dan gizi
8. Kawasan masyarakat sehat dan mandiri
9. Kehidupan sosial yang sehat

Berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri Dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota, Untuk mengukur kemajuan kegiatan pada setiap tatanan yang dipilih masyarakat dibutuhkan indikator. Indikator tersebut merupakan alat bagi semua pihak yang ikut terlibat dapat menilai sendiri kemajuan yang sudah dilakukan dan menjadi tolok ukur untuk merencanakan kegiatan selanjutnya. Setiap daerah dapat memilih, menetapkan dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan kondisi dan kemampuan mereka untuk memenuhi indikator tersebut. Berikut ini merupakan penjabaran setiap indikator dari tatanan kawasan permukiman dan sarana prasarana umum dan kehidupan masyarakat sehat yang mandiri sebagai berikut (Oktia, 2020):

1. Udara bersih

Salah satu komponen yang paling penting dalam kehidupan sehari-hari makhluk hidup untuk tetap bertahan hidup adalah udara.

2. Air sungai bersih

Danau, sungai, lautan, dan air tanah merupakan bagian penting dari siklus kehidupan manusia dan merupakan salah satu bagian penting dari siklus hidrologi itu sendiri.

3. Penyediaan air minum individu dan umum

Menurut Suripin (2002) air bersih adalah air yang aman dan baik untuk diminum, tidak berwarna, tidak berbau, dengan rasa yang segar. Penyediaan air minum untuk masyarakat terdapat 2 sumber penyedia air minum yaitu: pemerintah, swasta serta individu.

4. Pembuangan air limbah domestik (Rumah Tangga)

Pembuangan air limbah domestik merupakan hal yang penting untuk membangun suatu lingkungan yang bersih dan nyaman. Langkah pengurangan limbah dari sumbernya akan memberikan dampak yang

sangat signifikan terhadap timbulan/produksi air limbah.

5. Pengelolaan sampah

Pengelolaan sampah perlu dilakukan secara komprehensif dan terpadu dari hulu ke hilir agar memberikan manfaat secara ekonomi, sehat bagi masyarakat dan aman bagi lingkungan serta dapat mengubah perilaku masyarakat. Faktor-faktor kapasitas pengelolaan sampah yaitu antar lain: makin besarnya timbulan sampah, rendahnya kualitas dan tingkat pengelolaan persampahan serta terbataskannya lahan TPA

6. Perumahan dan Permukiman

Permukiman adalah bagian dari lingkungan hidup di luar kawasan lindung, baik yang berupa kawasan perkotaan maupun perdesaan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau lingkungan hunian dan tempat kegiatan yang mendukung perikehidupan dan penghidupan.

7. Sekolah

Salah satu sarana untuk memenuhi kebutuhan masyarakat suatu wilayah di aspek sosial yaitu kebutuhan akan pendidikan. Sekolah merupakan wadah yang terbaik untuk masyarakat memenuhi kebutuhan tersebut

8. Pengelolaan Pasar

Pasar merupakan area tempat jual beli barang dengan jumlah penjual lebih dari satu baik yang disebut sebagai pusat perbelanjaan, pasar tradisional, pertokoan, mall, plasa, ataupun pusat perdagangan lainnya.

9. Sarana olahraga dan rekreasi dan tempat bermain anak-anak

Sarana olahraga dan rekreasi merupakan sarana yang akan menbugarkan dan menyegarkan masyarakat di lingkungan tersebut.

## 10. Penataan sektor informal

Kota sehat pada hakikatnya memiliki tujuan yang sangat baik yaitu mewujudkan lingkungan yang sehat, aman, bersih. Salah satu hal yang akan membuat lingkungan menjadi bersih dan nyaman adalah penataan sektor informal.

## 11. Perilaku hidup sehat dan bersih

Menerapkan perilaku hidup sehat dan bersih kepada setiap orang untuk menjadi kebiasaan memerlukan proses yang panjang. Menantau, menilai, dan mengukur tingkat kemajuan tatan lebih mudah dibandingkan dengan perorangan.

## 12. Permukiman, Perumahan dan Bangunan Sehat

Konsep rumah sederhana sehat telah tercantum dalam Keputusan Menteri Permukiman dan Prasarana Wilayah No. 403 Tahun 2002 Tentang Pedoman Teknis Rumah Sederhana Sehat

## **Pemanasan Global**

**Pemanasan global** (*global warming*) adalah suatu bentuk ketidakseimbangan ekosistem di bumi akibat terjadinya proses peningkatan suhu rata-rata atmosfer, laut, dan daratan di bumi. Selama kurang lebih seratus tahun terakhir, suhu rata-rata di permukaan bumi telah meningkat  $0.74 \pm 0.18$  °C. Meningkatnya suhu rata-rata permukaan bumi yang terjadi adalah akibat meningkatnya emisi gas rumah kaca, seperti; karbondioksida, metana, dinitro oksida, hidrofluorokarbon, perfluorokarbon, dan sulfur heksafluorida di atmosfer. Emisi ini terutama dihasilkan dari proses pembakaran bahan bakar fosil (minyak bumi dan batu bara) serta akibat penggundulan dan pembakaran hutan (Novia, 2023). Pemanasan global adalah meningkatnya suhu rata-rata udara, atmosfer, laut, dan daratan bumi. Periode perubahan iklim juga terjadi di masa lalu, namun perubahan iklim yang terjadi pada saat ini jauh lebih cepat dan bukanlah dikarenakan oleh sebab-sebab alamiah (Wikipedia, 2023). Pemanasan



global terjadi ketika ada konsentrasi gas-gas tertentu yang dikenal dengan gas rumah kaca, yang terus bertambah di udara, hal tersebut disebabkan oleh tindakan manusia, kegiatan industri, khususnya CO<sub>2</sub> dan chlorofluorocarbon. Pemanasan global mengakibatkan efek yang meluas dan serius bagi lingkungan bio-geofisik (seperti pelelehan es di kutub, kenaikan muka air laut, perluasan gurun pasir, peningkatan hujan dan banjir, perubahan iklim, punahnya flora dan fauna tertentu, migrasi fauna dan hama penyakit. Untuk mengatasi pemanasan global diperlukan usaha yang sangat keras karena hampir mustahil untuk diselesaikan saat ini (Jingga, 2022)

Penyebab Pemanasan Global antara lain:

1. Efek Rumah Kaca

Segala sumber energi yang ada di Bumi dari matahari. Energi tersebut radiasi gelombang pendek, termasuk dari Cahaya yang tidak terlihat. Pada saat energi datang ke dunia, ia akan berubah menjadi Cahaya panas dan memantulkan kembali sisanya. Sebagian dari panas ini berwujud infra merah gelombang Panjang ke angkasa luar. Akan tetapi Sebagian panas terjebak di atmosfer bumi akibat menumpuknya jumlah gas rumah kaca antara lain uap air, karbondioksida, metana dan nitrogen monoksida yang menjadi perangkap gelombang radiasi ini. Gas-gas menyerap dan memantulkan kembali radiasi gelombang yang dipancarkan bumi dan akibatnya panas tersebut akan tersimpan di permukaan bumi. Keadaan ini terjadi terus menerus sehingga mengakibatkan suhu rata-rata tahunan bumi terus meningkat (Wikipedia, 2023). Ketika kita berada dalam mobil dengan kaca tertutup yang sedang parkir di bawah terik matahari. Panas yang masuk melalui kaca mobil, sebagian dipantulkan kembali ke luar melalui kaca tetapi sebagian lainnya terperangkap di dalam ruang mobil. Akibatnya suhu di dalam ruang lebih tinggi (panas) daripada di luarnya. Perhatikan gambar berikut (Gleason, 2007). Efek rumah kaca (greenhouse effect) merupakan suatu kondisi

terjadinya peningkatan suhu dari benda-benda permukaan langit secara signifikan. Peningkatan suhu tersebut dipicu oleh perubahan komposisi dan keadaan atmosfer yang mengelilingi benda-benda langit, seperti planet dan bintang (Pratama, 2019). Penggunaan istilah efek rumah kaca berasal dari negara Amerika dan Eropa, umumnya para petani di negara tersebut pada saat musim dingin menggunakan rumah kaca. Di dalam rumah kaca berisikan tanaman yang dapat hidup dan tidak mati membeku karena pengaruh musim dingin. Suhu yang masuk dihalangi oleh kaca dan dipantulkan kembali keluar (Jingga, 2022)

## 2. Efek Umpan Balik

Penyebab pemanasan global juga dipengaruhi oleh berbagai proses efek balik yang dihasilkannya, seperti pada penguapan air. Pada awalnya pemanasan akan lebih meningkatkan banyaknya uap air di atmosfer. Karena uap air sendiri merupakan gas rumah kaca, maka pemanasan akan terus berlanjut dan menambah jumlah uap air di udara hingga tercapainya suatu kesetimbangan konsentrasi uap air. Keadaan ini menyebabkan efek rumah kaca yang dihasilkannya lebih besar bila dibandingkan oleh akibat gas CO<sub>2</sub> itu sendiri. Peristiwa efek balik ini dapat meningkatkan kandungan air absolut di udara, namun kelembaban relatif udara hampir konstan atau bahkan agak menurun karena udara menjadi menghangat. Karena usia CO<sub>2</sub> yang panjang di atmosfer maka efek balik ini secara perlahan dapat dibalikkan (Soden and Held, 2005).

## 3. Variasi matahari

Pemanasan global dapat pula diakibatkan oleh variasi matahari. Suatu hipotesis menyatakan bahwa variasi dari Matahari yang diperkuat oleh umpan balik dari awan, dapat memberi kontribusi dalam pemanasan saat ini (Marsh and Henrik, 2000).

#### 4. Polusi Karbondioksida

Karbondioksida berasal dari proses kegiatan manusia, mulai dari pembakaran pada mesin kendaraan, mesin pabrik dan industri, pembangkit listrik berbahan bakar fosil dan lain-lain. Polusi karbondioksida ini merupakan penyumbang terbesar penyebab global warming yang terjadi saat ini. Hal ini menjadi pemicu memburuknya karena tingginya pengguna sepeda motor di berbagai negara (Novi 2023).

#### 5. Penggunaan Bahan Kimia

Mayoritas produk dan kebutuhan manusia yang menggunakan bahan kimia, salah satunya adalah pupuk tanaman. Meskipun dianggap berbahaya, tetapi pemakaian pupuk kimia tetap dilakukan dewasa ini. Pupuk kimia mengandung gas nitrogen oksida yang kapasitasnya 300 kali lebih panas dibandingkan dengan karbon dioksida (Novi, 2023).

### **Efek Pemanasan Global**

Beberapa efek pemanasan global antara lain (Novi, 2022) dan (Jingga, 2022):

#### 1. Cuaca

Ilmuwan memprediksikan selama terjadi pemanasan global, wilayah utara belahan bumi lebih panas daripada wilayah lain di bumi. Hal ini menyebabkan dampak gunung es mencair dan luas daratan menyusut. Ada sedikit es yang mengapung di perairan utara. Area yang pernah mengalami salju ringan di masa lalu kemungkinan akan mengalaminya lagi. Pada daerah pegunungan subtropis, bagian yang tertutup salju lebih sedikit dan lebih cepat mencair. Pada beberapa tempat musim tanam semakin Panjang dan pada musim dingin dan malam hari biasanya suhu naik.

#### 2. Permukaan Laut

Pada saat atmosfer menghangat, lapisan permukaan laut juga menghangat, menjadikan volume meningkat

dan permukaan laut naik. Pemanasan dapat mencairkan es, terutama di sekitar Greenland yang selanjutnya meningkatkan jumlah air laut.

3. Punahnya berbagai jenis fauna

Flora dan fauna adanya keterbatasan terhadap suhu, kelembaban, kadar air dan sumber makanan. Kenaikan suhu global menyebabkan terganggunya siklus air, kelembaban udara dan berdampak pada pertumbuhan tumbuhan sehingga menghambat laju produktivitas primer. Kondisi ini pun memberikan pengaruh habitat dan kehidupan fauna. Hewan dan tumbuhan menjadi makhluk hidup, yang hampir tidak luput dari pengaruh pemanasan, karena sebagian besar bumi berada di bawah kekuasaan manusia. Saat iklim menghangat, hewan cenderung bermigrasi ke arah kutub atau ke atas pegunungan.

4. Lapisan ozon menipis

Lapisan ozon merupakan lapisan yang menyelimuti bumi sehingga tidak terkena radiasi langsung dari sinar matahari. Global warming mengakibatkan lapisan ozon ini semakin menipis bahkan rusak.

5. Terjadinya hujan asam

Asap hasil pembakaran batubara dan minyak akan menghasilkan emisi SO dan nitrogen oksida. Ketika kedua gas tersebut bereaksi di udara maka akan menghasilkan asam nitrat, asam sulfat

6. Kesehatan Manusia

Di dunia yang menghangat, para ilmuwan memperkirakan bahwa lebih banyak orang akan sakit atau mati akibat tekanan panas. Epidemii penyakit umum terjadi di daerah tropis, dikarenakan oleh nyamuk dan hewan pembawa penyakit lainnya, terus berlanjut karena dapat berpindah ke daerah yang sebelumnya terlalu dingin. Saat ini, 5 persen populasi dunia tinggal di daerah dimana nyamuk pembawa parasit malaria dapat menggigit mereka, dan dengan kenaikan suhu, persentase itu akan meningkat

menjadi 60 persen. Meningkatnya penyakit-penyakit seperti DBD, malaria, chikungunya dan penyakit yang disebabkan oleh vektor karena pengaruh iklim dan suhu. Selain itu akan meningkatnya penyakit pernafasan karena meningkatnya jumlah polutan.

## Daftar Pustaka

- Amiruddin, Ridwan. (2023). *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Trans Info Media
- Arifin, Z. (2021). *Penelitian Pendidikan*. Bandung :PT Remaja Rosdakarya
- Gleason. Karen K. (2007). *Climate Classroom : What's up with global warming? National Wildlife Federation*. URL diakses 20 September 2023
- Hidayani, WR. (2020). *Epidemiologi*. Yogyakarta: Deepublish
- Hidayani, WR; Ramadhan, RB; Maulana, Nawawi, I; Muhibbudin, M; Sudrajad, AW; Risdiana, A; et al. (2021). *Gambaran Kasus Covid 19 di Indonesia Melalui Pemanfaatan Surveilans Epidemiologi Sebagai Upaya Penanganan Covid 19 dalam Harmoni Lintas Mazhab Menjawab Problem Covid-19 dalam Ragam Perspektif*. Yogyakarta: Ladang Kata dan Al Qodir Press
- Jingga, FP; Mardhotillah. (2022). *Greenhouse Effect Triggers Global Warming and Countermeasures. Efek Rumah Kaca Pemicu Pemanasan Global dan Upaya Penanggulangannya*. Prosiding Semnas BIO 2022 UIN Syarif Hidayatullah ISSN : 2809-8447
- Marsh, Nigel, Henrik, S. (2000). *Cosmic Rays, Clouds and Climate Space Science Review* 94:215-230. URL diakses 20 September 2023
- Murti, B.(2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Novia. (2023). *Pemanasan Global*. <http://mil.umrah.ac.id> diakses 20 September 2023
- Okta, S. (2020). *Evaluasi Program Kota Sehat di Kecamatan Lima Puluh Kota Pekanbaru. Program Studi Perencanaan Wilayah dan Kota*. Fakultas Teknik. Universitas Islam Riau
- Pratama, R &Kunci K. (2019) *Efek Rumah Kaca Terhadap Bumi*. Buletin Utama Teknik Vol 14 Issue 2

- Soden, B; Held, I (2005).An Assesment of Climate Feedback In coupled Ocean Atmosphere Models. *Journal of Climate* 19 (14) URL diakses 20 September 2023
- Suripin. (2002). *Pelestarian Sumber Daya Tanah dan Air*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- WHO. (2010). *2010 Who Malaria Report Annouces Decline In Incidence And Mortality, Significantly Expanded Access To Lifesaving Interventions*. Diakses di <http://whqlibdoc.who.int/publications.pdf> pada tanggal 20 September 2023
- Wikipedia. (2023). *Efek Pemanasan Global Pada Manusia*. <http://id.m.wikipedia.org>. diakses 20 September 2023
- Yanti, D. (2023). Implementasi Strategi Pengembangan Program Kota Sehat Melalui Kawasan Masyarakat Sehat Yang Mandiri di Kabupaten Rokan Hulu. *JOM FISIP* Vol.10.Edisi Januari-Juni 2023, p.1-10

## Profil Penulis



**Wuri Ratna Hidayani, S.K.M., M.Sc**

Lahir di Bantul, Yogyakarta pada Maret 1985. Pada Tahun 2007 penulis meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi dan Penyakit Tropik Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Ahmad Dahlan (UAD) Yogyakarta. Pada tahun 2011 penulis meraih gelar *Master of Science* (M.Sc) pada program Magister *Tropical Medicine* atau program studi Ilmu Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta. Penulis adalah dosen tetap di Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Respati di Tasikmalaya. Penulis mengajar mata kuliah Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular, Surveilans Kesehatan Masyarakat, Investigasi Wabah, Dasar Epidemiologi, dan beberapa mata kuliah pilihan. Prestasi penulis: meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) Kemenristekdikti tahun 2019 dengan judul “*Model Pemberdayaan Posbindu PTM dengan meningkatkan Peran dan Keterampilan Kader di Desa Cikunir Kecamatan Singaparna Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2019*”. Penulis telah menghasilkan karya 44 buku terdiri dari 17 buku terdiri dari Buku Ajar, Monograf, Bookchapter, Buku Saku, Buku Referensi dan 27 Buku antologi cerpen dan puisi. Penulis juga merupakan *Reviewer* pada *Journal Pharmaceutical Research Internasional* dan *Reviewer* pada *Jurnal Ilmiah Widyaaiswara*, jurnal masalah dan editor pada *Jurnal Public Health Science*. Memiliki jurnal scopus, 3 prosiding Internasional, 2 Prosiding Nasional, jurnal terindeks SINTA juga memiliki 10 HAKI. Penulis aktif pada publikasi jurnal nasional dan internasional serta mengikuti kegiatan seminar nasional dan internasional.

Email Penulis: [wuri.ratnahidayani@gmail.com](mailto:wuri.ratnahidayani@gmail.com)





## VEKTOR DAN PENYEHATAN MAKANAN SERTA MINUMAN

**Ricky Perdana Poetra, SKM., M.Kes**  
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

### **Latar Belakang**

Penyakit yang ditularkan melalui vektor masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang endemis di Indonesia bahkan di beberapa negara lainnya. Malaria, demam berdarah dengue, pes, kolera, filariasis dan lain sebagainya merupakan beberapa jenis penyakit yang diakibatkan oleh vektor. Penyakit tersebut jika tidak dapat dikendalikan akan menjadi wabah dan menjadi kasus kejadian luar biasa (KLB) yang mengakibatkan gangguan kesehatan masyarakat hingga menyebabkan kematian. Penularan penyakit pada manusia melalui vektor berupa serangga atau binatang yang dikenal dengan *Vektor borne diseases*. Setiap tahun ada ratusan juta kasus penyakit yang dapat ditularkan oleh serangga dan hewan pengerat serta menunjukkan ancaman utama bagi kesehatan masyarakat global melalui penyakit yang ditularkan oleh vektor. Penyakit yang ditularkan melalui hewan vektor merupakan lebih dari 17% semua penyakit menular di dunia dan menyebabkan lebih dari 700 ribu kematian setiap tahunnya. Lebih dari 3,9 miliar orang dari 128 negara berisiko tertular demam berdarah dan dengan 96 juta kasus pertahunnya (WHO, 2017).

Sanitasi yang buruk dapat menjadi media transmisi agen penyakit berbasis lingkungan seperti, lalat, nyamuk, kutu, kecoa, pinjal dan tikus yang dapat menimbulkan

gangguan kesehatan seperti sakit diare, Demam Berdarah Dengue (DBD), kulit, dan ISPA (Kemenkes RI, 2016). Hal tersebut bisa menyebar melalui makanan dan minuman yang dikonsumsi setiap hari.

Sanitasi makanan sangat penting terutama di tempat-tempat umum yang erat kaitannya dengan pelayanan orang banyak. Masyarakat perlu dilindungi dari makanan dan minuman yang dikelola Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Jasa Boga termasuk Rumah Sakit, Pondok Pesantren, Restoran, Rumah Makan, Industri Rumah Tangga, Pedagang Kaki Lima, Kantin, Pedagang Keliling yang tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi agar tidak membahayakan kesehatan perlu adanya pengelolaan makanan yang baik dan memenuhi syarat hygiene sanitasi makanan. Untuk mendapatkan makanan yang bermanfaat dan tidak membahayakan bagi yang memakannya perlu adanya suatu usaha penyehatan makanan dan minuman, yaitu upaya pengendalian faktor yang memungkinkan terjadinya kontaminasi yang akan mempengaruhi pertumbuhan kuman dan bertambahnya bahan aditif pada makanan dan minuman yang berasal dari proses pengolahan makanan dan minuman yang disajikan agar tidak menjadi mata rantai penularan penyakit dan gangguan kesehatan (Irawan, 2022).

## **Konsep Dasar**

### 1. Definisi Vektor

Menurut pasal 1, ayat ( 4) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 50 tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan & Persyaratan Kesehatan Untuk Vektor & Binatang Pembawa Penyakit & Pengendaliannya bahwa “Vektor” merupakan artropoda yang dapat menularkan, memindahkan, dan/atau menjadi sumber penular penyakit.

### 2. Tujuan Pengendalian Vektor

- a. Menurunkan populasi Vektor serendah mungkin secara cepat sehingga keberadaannya tidak lagi

berisiko untuk terjadinya penularan penyakit tular Vektor di suatu wilayah

- b. Menghindari kontak dengan Vektor sehingga penularan penyakit tular vektor dapat dicegah
- c. Meminimalkan gangguan yang disebabkan oleh binatang atau serangga pengganggu

### 3. Jenis-Jenis Vektor

Adapun beberapa jenis vektor yaitu:

- a. Vektor Nyamuk
- b. Vektor Kecoa
- c. Vektor Lalat
- d. Vektor Tikus
- e. Vektor Tungau
- f. dan lain sebagainya

### 4. Metode Pengendalian Vektor

Metode pengendalian dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Pengendalian lingkungan: *breeding* mengubah situs dengan mengeringkan atau mengisi situs, pembuangan sampah secara teratur, menjaga tempat penampungan bersih, dan kebersihan.
- b. Pengendalian secara mekanis
  - 1) Menggunakan bednets
  - 2) Perangkap
  - 3) Penutup makanan
- c. Pengendalian biologis
  - 1) Menggunakan organisme hidup untuk mengendalikan larva, seperti ikan pemakan larva (ikan nila, ikan mas, guppies)
  - 2) Bakteri (*Bacillus thuringiensis israelensis*) yang menghasilkan racun terhadap larva

- 3) Pakis mengambang bebas yang mencegah pembiakan, dan lain-lain.
- 4) Pengendalian kimiawi
  - a) Penggunaan *repellents*. Banyak masyarakat terbiasa menggunakan berbagai bahan sebagai *repellents*. Penggunaan *repellents* ini efektif dan tidak berbahaya, mereka dianjurkan untuk menggunakannya dalam situasi darurat, dan hal ini sebenarnya sudah umum pada sebagian masyarakat untuk memakai *repellents* yang terbukti manfaatnya
  - b) Insektisida untuk penyemprotan (*IRS, spray, fogging*) untuk Vektor dewasa
  - c) Larvicides untuk pengendalian larva. Data resistensi terhadap insektisida akan berguna dalam membantu memastikan insektisida yang akan dipilih.

## 5. Higiene dan Sanitasi

Higiene sangat erat kaitannya dengan sanitasi sehingga istilah higiene dan sanitasi tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lain. Namun, terdapat perbedaan antara higiene dan sanitasi. Higiene adalah upaya kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatan kepada usaha kesehatan individu, maupun usaha kesehatan pribadi hidup manusia. Sementara itu, sanitasi adalah usaha kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatan kepada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia.

## 6. Manfaat Higiene dan Sanitasi

Upaya higiene sanitasi memberikan beberapa manfaat, yaitu:

- a. Lingkungan menjadi bersih, sehat dan nyaman.
- b. Melindungi setiap individu dari faktor lingkungan yang dapat merusak kesehatan fisik dan mental.
- c. Tindakan pencegahan terhadap penyakit menular.

- d. Tindakan pencegahan terhadap kecelakaan kerja.
7. Manfaat Higiene dan Sanitasi
- a. Ruang lingkup higiene
- Ruang lingkup higiene meliputi hygiene perseorangan dan hygiene makanan dan minuman
- b. Ruang lingkup sanitasi
- Ruang lingkup kegiatan sanitasi meliputi beberapa aspek berikut:
- 1) Penyediaan air bersih/air minum (*water supply*), meliputi:
    - a) Pengawasan terhadap kualitas dan kuantitas air
    - b) Pemanfaatan air
    - c) Penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air
    - d) Cara pengolahan
    - e) Cara pemeliharaan
  - 2) Pengolahan sampah (*refuse disposal*), meliputi hal-hal sebagai berikut :cara/sistem pembuangan, peralatan pembuangan dan cara penggunaannya serta cara pemeliharaannya.
  - 3) Pengolahan makanan dan minuman (*food sanitation*), meliputi hal-hal sebagai berikut:
    - a) Pengadaan bahan makanan
    - b) Penyimpanan bahan makanan
    - c) Pengolahan bahan makanan
    - d) Pengangkutan makanan
    - e) Penyimpanan makanan
    - f) Penyajian makanan
  - 4) Pengawasan/Pengendalian serangga dan binatang pengerat, meliputi cara pengendalian Vektor

## **Pengendalian Vektor Kecoa**

Lingkungan memiliki pengaruh serta kepentingan yang relative besar dalam hal peranannya sebagai salah satu yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, lingkungan sendiri tidak dapat terpisahkan dari berbagai hewan disekitarnya berbagai hewan tersebut diantaranya merupakan Vektor pembawa penyakit salah satunya adalah kecoa. Serangga ini merupakan serangga hama yang cukup mengganggu bagi manusia karena selain dapat mengeluarkan cairan yang berbau tidak sedap. Kecoa adalah salah satu insekta yang termasuk ordo Orthoptera (bersayap dua) dengan sayap yang di depan menutupi sayap yang di belakang dan melipat seperti kipas.

Penularan penyakit dapat terjadi saat mikroorganisme patogen tersebut terbawa oleh kaki atau bagian tubuh lainnya dari kecoa, kemudian melalui organ tubuh kecoa, mikroorganisme sebagai bibit penyakit tersebut mengkontaminasi makanan. Selain itu pula kecoa dapat menimbulkan reaksi- reaksi alergi seperti dermatitis, gatal-gatal, dan pembengkakan kelopak mata. Untuk mengurangi populasi kecoa yang ada dan mengurangi kejadian penyakit yang diakibatkan oleh adanya kecoa maka perlu diadakannya tindakan pengendalian kecoa yang dapat mengendalikan Vektor ini agar tidak menimbulkan masalah bagi kesehatan masyarakat.

### **1. Masalah Kesehatan Yang Ditimbulkan Kecoa**

Kecoa mempunyai peranan yang cukup penting dalam penularan penyakit (Anonim, 2004). Peranan tersebut antara lain sebagai vektor mekanik bagi beberapa mikroorganisme patogen antara lain, *Streptococcus*, *Salmonella* dan lain-lain yang berperan dalam penyebaran penyakit antara lain, disentri, diare, kolera, virus Hepatitis A, polio pada anak-anak.

Adapun penyakit-penyakit yang disebabkan oleh kecoa adalah:

- a. Tifus
- b. Diare

- c. Tuberkolusa (TBC)
  - d. Kolera
  - e. Hepatitis
  - f. Asma
2. Upaya Pengendalian
- a. Pembersihan kapsul telur yang terdapat pada celah-celah dinding, lemari, peralatan dan kemudian dimusnahkan dan dihancurkan.
  - b. Pemberantasan kecoa dengan secara fisik yaitu dibunuh langsung/menyiram tempat perindukan dengan air panas dan secara kimia yaitu menggunakan bahan kimia insektisida, spray, aerosol, dan yang lainnya.
  - c. Sanitasi yaitu dengan membersihkan sisa-sisa makanan, membersihkan lingkungan, memperbaiki pipa bocor, dan lain sebagainya.
  - d. Trapping atau perangkap kecoa

### **Pengendalian Vektor Lalat**

Kesehatan merupakan faktor paling penting terwujudnya kesehatan masyarakat. Saat ini banyak sekali masalah-masalah yang terjadi di dalam masyarakat yang dapat mengancam kesehatan seseorang. Salah satu masalah yang terjadi yaitu jumlah penduduk yang besar dengan angka pertumbuhan yang cukup tinggi dan penyebaran penduduk yang belum merata, tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang masih rendah. Lingkungan sangat berpengaruh dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Peranan lingkungan sangat besar dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dalam teori Blum dijelaskan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu, faktor lingkungan, faktor tingkah laku, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor keturunan.

Diare salah satunya dapat diakibatkan oleh sanitasi yang buruk di rumah tangga seperti tidak adanya fasilitas untuk BAB dan buruknya pengelolaan sampah yang



terjadi akan menimbulkan munculnya berbagai vektor penyakit yang dapat menyebabkan diare, salah satunya adalah lalat. Makanan lalat merupakan makanan yang dimakan manusia sehari-hari seperti gula, susu, makanan olahan lainnya, selain itu lalat juga memakan kotoran manusia dan hewan. Maka dari itu besar penyebaran penyakit yang dapat ditularkan melalui lalat, maka perlu dilakukan pengendalian lalat dengan cermat. Oleh sebab itu sangat diperlukan pengendalian vektor penyakit untuk menghindari kontak antara manusia dengan lalat dan mencegah timbulnya penyebaran penyakit.

#### 1. Masalah yang Ditimbulkan oleh Lalat

Masalah yang ditimbulkan oleh serangga lalat antara lain, yaitu:

- a. Mengganggu pemandangan
- b. Menularkan wabah penyakit seperti diare dan disentri
- c. Dapat mencemari makanan

#### 2. Upaya Pengendalian Lalat

Upaya pemberantasan lalat meliputi:

- a. Tindakan penyehatan lingkungan
  - 1) Menghilangkan tempat-tempat pembiakan lalat
  - 2) Melindungi makanan terhadap kontaminasi oleh lalat
- b. Pembasmian larva lalat dengan cara menimbun kotoran ternak setelah diangkat dan disemprot dengan insektisida
- c. Pembasmian lalat dewasa dengan penyemprotan udara. Jenis zat yang digunakan berbagai macam tergantung lokasi penyemprotan.
- d. Umpan lalat berupa makanan yang dicampur dengan insektisida

## **Pengendalian Vektor Tikus**

Tikus merupakan hama nomor satu untuk beberapa tanaman di Indonesia selain itu tikus merupakan pembawa masalah di bidang kesehatan. Tikus termasuk hewan menyusui (kelas Mamalia, ordo Rodentia). Khusus di Sulawesi diketahui terdapat lebih dari 51 spesies dari family. Lindu Sulawesi Tengah ditemukan 21 spesies dari famili Muridae dan satu spesies dari Sciuridae. Perkembangan tikus sangatlah cepat, umur 1 sampai 5 bulan sudah dapat berkembangbiak, setelah 21 hari setiap ekor dapat melahirkan 6 samapi 8 ekor anak, 21 hari kemudian pisah dari induknya dan setiap tahun seekor tikus dapat melahirkan 4 kali. Dari data tersebut dapat kita ketahui perkembangan tikus sangatlah cepat dan merugikan tentunya. Kehadiran populasi tikus yang sangat banyak mulai dirasakan menimbulkan masalah kesehatan. Selain menimbulkan masalah kesehatan, populasi tikus yang banyak juga menyebabkan kerugian ekonomi.

Untuk meminimalkan perkembangbiakan tikus dapat dilakukan pengendalian yang comprehensive. Dengan pengendalian seperti ini dapat melibatkan semua aspek yang mempengaruhi keberadaan atau tempat yang biasanya di tempati oleh tikus tersebut. Selama ini pengendalian yang banyak kita temui adalah pengendalian dengan pestisida yang terkadang juga menimbulkan masalah baru yakni terjadinya *resistance* serta menimbulkan potensial kesehatan manusia dan mengancam spesies hewan lain.

1. Masalah Kesehatan yang Ditimbulkan
  - a. *Leptospirosis* (penyakit kuning)
  - b. PES (penyakit zoonosa yang menyebabkan batuk, sakit pada dada, sesak nafas dan lubuh lemas)
  - c. *Scrub typhus/rickettsia* (berupa kutu, tungau yang menyebabkan demam, sakit kepala, lemah, kelainan pada kulit, dan pembesaran limpa serta hati)
  - d. *Murine typhus* (menyebabkan demam thypoid)

- e. *Rat Bite Fever* (RBF) yang bisa menyebabkan komplikasi yang parah bahkan membahayakan nyawa
2. Upaya Pengendalian
- a. *Rat Proofing* bertujuan untuk mencegah masuk dan keluarnya tikus dalam ruangan serta mencegah tikus bersarang di bangunan tersebut
  - b. Sanitasi lingkungan dan manipulasi habitat
  - c. *Treatment* tikus (*Rodent Control*) dengan menggunakan *rat baiting*. Penggunaan trap untuk jangka Panjang menimbulkan jera umpan dan neophobia terhadap trap
  - d. Pengendalian kimiawi dilakukan dengan menggunakan bahan kimia yang dapat membunuh tikus atau dapat mengganggu aktivitas tikus.

### **Prinsip Higiene dan Sanitasi Makanan dan Minuman**

1. Kontaminasi  
Masuknya zat asing yang tidak dikehendaki ke dalam makanan.
2. Keracunan  
Timbulnya gejala klinis suatu penyakit/gangguan kesehatan lainnya akibat mengkonsumsi makanan yang tidak higienis
3. Peracunan  
Sengaja untuk tujuan negative tertentu (persaingan bisnis, pembunuhan, bunuh diri)
4. Pembusukan  
Proses dekomposisi makanan (sebagian/seluruhnya) menjadi keadaan yang tidak dikehendaki akibat dari pematangan alam, pencemaran, fermentasi, dan sebagainya.

## 5. Pemalsuan

Upaya perubahan tampilan makanan dengan cara menambah atau mengganti bahan makanan yang disengaja dengan tujuan meningkatkan tampilan makanan untuk mendapatkan keuntungan yang besar dan berdampak buruk bagi konsumen

### **Pemilahan Bahan Makanan**

Bahan makanan dibagi dalam 3 golongan besar yaitu:

1. BM Mentah (segar)
  - a. Makanan yang perlu pengolahan sebelum dihidangkan
  - b. Daging, beras, ubi, kentang, sayuran, dll
2. Makanan Terolah (pabrikan)
  - a. Makanan yang sudah dapat langsung dimakan tapi digunakan untuk proses pengolahan makanan lebih lanjut
  - b. Tahu, tempe, kecap, ikan kaleng, kornet, dll.
3. Makanan Siap Santap
  - a. Makanan yang langsung dimakan
  - b. Nasi rames, soto mie, bakso, ayam goreng, dll

### **Penyimpanan Bahan Makanan**

Sesuai suhu, ada 4 cara penyimpanan makanan:

#### *Cooling*

Penyimpanan sejuk dengan suhu 10°C – 15°C (minuman, buah sayuran)

#### *Chilling*

Penyimpanan dingin dengan suhu 4°C – 10°C (bahan makanan berprotein yang akan segera diolah)

#### *Freezing*

Penyimpanan dingin sekali dengan suhu 0°C – 4°C (bahan berprotein mudah rusak untuk jangka waktu 24 jam)

## *Frozen*

Penyimpanan beku dengan suhu  $<0^{\circ}\text{C}$  (bahan berprotein mudah rusak untuk jangka waktu  $>24$  jam)

### **Pengolahan Makanan**

Ada beberapa perhatian yang diperlukan dalam melakukan pengolahan makanan dan minuman, diantaranya:

1. Persiapan tempat pengolahan (Dapur)
  - a. Ventilasi cukup baik agar asap dan udara panas dapat keluar dengan sempurna
  - b. Lantai, dinding dan ruangan bersih dan terpelihara
  - c. Meja percikan bersih, permukaan kuat/tahan goresan
  - d. Ruangan bebas lalat dan tikus
2. Peralatan masak
  - a. *Bahan*, tidak boleh melepaskan zat beracun kepada makanan / minuman (tidak melampaui ambang batas)
  - b. *Keutuhan*, tidak patah, penyok, tergores, retak karena akan menjadi sarang bakteri. Selain harus dapat dicuci dengan sempurna sehingga tidak menjadi sumber kontaminasi.
  - c. *Fungsi*, jangan mencampur alat untuk makanan masak dengan bahan mentah.
  - d. *Letak*, alat bersih diletakkan pada tempat masing-masing sehingga mudah dicari.

### **Pengangkutan Makanan & Minuman**

Pengangkutan makanan dan minuman yang sehat berperan dalam mencegah terjadinya pencemaran makanan dan minuman. Pencemaran makanan matang lebih berisiko disbanding pencemaran pada bahan makanan sehingga pengendalian lebih diperhatikan pada

makanan matang. Dalam proses pengangkutan banyak pihak yang terkait mulai dari persiapan, pewadahan, orang, suhu, kendaraan pengangkut. Pencemaran dalam pengangkutan dapat berupa pencemaran fisik, mikroba, maupun kimia.

Perhatian untuk mengurangi sumber pencemaran:

- a. Pengangkutan tidak bercampur dengan bahan berbahaya
- b. Kendaraan pengangkut makanan tidak dipakai untuk keperluan lain
- c. Kendaraan selalu dalam keadaan bersih
- d. Prinsip pengangkutan makanan/minuman siap santap:
- e. Setiap makanan mempunyai wadah masing-masing
- f. Isi makanan/minuman tidak terlalu penuh untuk menghindari kondensasi (basi)
- g. Wadah harus utuh, kuat, ukuran memadai dan terbuat dari bahan anti karat/bocor
- h. Pengangkutan dalam waktu lama harus dengan suhu tetap
- i. Selama perjalanan, wadah harus tetap tertutup

### **Penyajian Makanan**

Penyajian makanan merupakan rangkaian akhir perjalanan makanan dan minuman. Untuk keperluan analisis perku dilakukan pemeriksaan uji laboratorium untuk memeriksa kualitas dan kuantitas makanan/minuman.

Prinsip tepat penyajian yaitu:

1. Tepat menu  
Sesuai pesanan konsumen
2. Tepat Waktu
  - a. Sesuai dengan waktu penyajian

- b. Penyajian tunggal
  - c. Penyajian berangkai
3. Tepat Tata Hidang
- a. Cara penyajian sesuai pesanan
  - b. Pesan prasmanan harus dihidangkan secara prasmanan
4. Tepat Volume
- a. Makanan disajikan sesuai jumlahnya dengan pesanan
  - b. Perlu disediakan cadangan makanan/minuman untuk menjaga kemungkinan kekurangan
  - c. Pengusaha dapat memperhitungkan harga atas kemungkinan tersebut sebesar 10%

## Daftar Pustaka

- Adisasmito, Wiku. (2012). *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Anonim. 2014. *Jenis Hama dan Masalah yang Ditimbulkan*. Diakses melalui: <http://pestcontroljakarta.com/jenis-hama-dan-masalah-yang-ditimbulkan/>. Pada tanggal: 5 Agustus 2022.
- Depkes RI, Ditjen P2PL (2008), *Pedoman Pengendalian Tikus Khusus di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, Dit.Jen.PPM dan PLP (1992), *Petunjuk Teknis Tentang Pemberantasan Lalat*, Jakarta.
- Depkes RI, 2004. *Hygiene Sanitasi Makanan Dan Minuman*. Jakarta: Ditjen PPM dan PL
- Djoko Windu P. Irawan. 2021. *Buku Ajar Penyehatan Makanan Minuman*. Prodi Sanitasi Program D-III Kampus Magetan. Jurusan Kesehatan Lingkungan, Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Ishak, Hasanuddin. 2018. *Pengendalian Vektor*. Makassar. Masagena Press.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Kumpulan Modul Kursus Higiene Sanitasi Makanan dan Minuman*. Sub Direktorat Higiene dan Sanitasi Pangan Direktorat Penyehatan Lingkungan, Direktorat Jenderal PP dan PL, Jakarta.
- Irawan, Djoko Windu, 2022. *Prinsip-Prinsip Hygiene Sanitasi Makanan Minuman*. Poltekkes Kemenkes Surabaya. Surabaya.
- Purnama, Sang. 2017. *Diktat Pengendalian Vektor*. Bali. Univesitas Udayana.
- USU.(n.d). *Bab I Pendahuluan*. Retrieved from <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/34085/5/Chapter%20I.pdf>. Diakses pada tanggal 5 Agustus 2022.



Widyastuti & Almira, 2019. *Higiene dan Sanitasi Dalam Penyelenggaraan Makanan*. K-Media Publishing. Yogyakarta.

## Profil Penulis



### **Ricky Perdana Poetra, SKM., M.Kes**

Anak pertama dari bapak Drs. H. Ismail Yakub, MM dan ibu Hj. Haerani Nuhung yang lahir di Ujung Pandang tanggal 24 Januari 1988 silam. Penulis menempuh Pendidikan di Sekolah Menengah Atas di SMAN 1 Sungguminasa Kabupaten Gowa. Pendidikan Strata Satu diselesaikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia. Selanjutnya melanjutkan Strata Dua di Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Lingkungan Universitas Hasanuddin.

Penulis saat ini merupakan suami dari Fatma Kherawati S.Kes dan memiliki seorang putri bernama Shanum Ayudia Putri. Alamat penulis di Desa Pallangga Kabupaten Gowa. Penulis juga aktif berorganisasi yang diantaranya KNPI, Purna Paskibraka Indonesia, dan beberapa organisasi lainnya. Selain itu penulis bergabung di beberapa klub olahraga khususnya sepakbola amatir di Makassar.

Hingga kini penulis aktif sebagai dosen di Prodi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan menjabat sebagai penanggung jawab UKM biro Kemahasiswaan.

Email Penulis: [rickyperdana\\_poetra@yahoo.com.au](mailto:rickyperdana_poetra@yahoo.com.au)

- 1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT, SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT, DAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL  
Arif Munandar
- 2 RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT, DINAMIKA MASYARAKAT DAN SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT  
Nur Afni Maftukhah
- 3 PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT  
Atik Bad'ah
- 4 PROGRAM PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DAN METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT  
Pipit Festi Willyanarti
- 5 KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN IBU-ANAK  
Arijanti S. Ulang
- 6 BIostatistik DAN KEPENDUDUKAN  
Aff Kurniawan
- 7 SISTEM INFORMASI KESEHATAN DAN KOMUNIKASI KESEHATAN  
Yohanes Jakri
- 8 DASAR DASAR EPIDEMIOLOGI, PENCEGAHAN, DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR  
Rani Ardina
- 9 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT, GIZI ANAK DAN BALITA  
Rus Andraini
- 10 HIGIENE PERUSAHAAN, KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (HIPERKES) DAN PENYAKIT AKIBAT KERJA  
Lujeng Galih Pradana
- 11 PENYULUHAN KESEHATAN DALAM MASYARAKAT  
Nia Novita Sari
- 12 PEMBERDAYAAN DAN PENGORGANISASIAN MASYARAKAT  
Ernawati
- 13 DASAR DAN KEBIJAKAN ADMINISTRASI KESEHATAN  
Freny Ravika Mbaloto
- 14 EKONOMI KESEHATAN, PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN  
Linta Meyla Putri
- 15 PERENCANAAN DAN EVALUASI KESEHATAN  
Dwi Juwartini
- 16 SURVEILANS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN  
Fatiyani Alyensi
- 17 TANAMAN OBAT KELUARGA DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI HERBAL MEDICINE  
Yesiana Dwi Wahyu Werdani
- 18 ADVOKASI, KEMITRAAN, DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK Mendukung KESEHATAN IBU DAN ANAK  
Arman Rifat Lette
- 19 PENCATATAN DAN PELAPORAN KESEHATAN MASYARAKAT  
Aswati
- 20 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN  
Zahratul Aini
- 21 TEKNOLOGI TEPAT GUNA DALAM KEBIDANAN  
Wa Ode Nurul Mutia
- 22 ETIKA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT DAN HUKUM KESEHATAN  
Tatu Rija
- 23 MANAJEMEN BENCANA DAN MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT  
Munadhiah Wahyuddin
- 24 KELUARGA BERENCANA, REVITALISASI DESA SIAGA DAN POSBINDU  
Dian Lestari
- 25 SANITASI LINGKUNGAN, PENGELOLAAN AIR LIMBAH DAN SAMPAH  
Lidia Br Tarigan
- 26 USAHA KESEHATAN SEKOLAH, POSYANDU DAN PUSKESMAS  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih
- 27 KONSEP SEHAT, SAKIT DAN KEJADIAN PENYAKIT  
Yosep Andri Putra
- 28 PERILAKU KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU  
Muhammad Taufik Page
- 29 ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT  
Falerisiska Yunere
- 30 SURVEILANS KESEHATAN MASYARAKAT, KOTA SEHAT DAN PEMANASAN GLOBAL  
Wuri Ratna Hidayani
- 31 VEKTOR DAN PENYEHATAN MAKANAN SERTA MINUMAN  
Ricky Perdana Poetra

*Editor:*

Arif Munandar

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**

Melong Asih Regency B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)



ISBN 978-623-195-659-0 (PDF)



9 786231 956590