

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/349491785>

Buku Digital – Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Book · February 2021

CITATION

1

READS

314

13 authors, including:



Vina Novela

universitas fort de kock bukittinggi

11 PUBLICATIONS 10 CITATIONS

SEE PROFILE



Cici Apriza

Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi

12 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PATH ANALYSIS OF INCIDENT DBD IN BUKITTINGGI CITY AT 2016 [View project](#)



DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Maisyarah, SKM., M. Kes. | Fitria Fatma, SKM., M. Kes.
Adriani, S.Kp., M. Kes. | Harisnal, SKM., M. Epid.
Rizki Fajariyah, SKM., M. Kes. | Abdi Iswahyudi Yasril, SKM., MKM.
Mila Sari, SST., M. Si. | Cici Aprilliani, SKM., MKM.
Shantrya Dhelly Susanty, S. ST, M. Kes. | Vina Novela, SKM., M. Kes.
Nurdin, SKM., MPH. | Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M. Kes.
Cici Apriza Yanti, SKM., M. H. Sc.

DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Maisyarah, SKM., M. Kes.

Fitria Fatma, SKM., M. Kes.

Adriani, S.Kp., M. Kes.

Harisnal, SKM., M. Epid.

Rizki Fajariyah, SKM., M. Kes.

Abdi Iswahyudi Yasril, SKM., MKM.

Mila Sari, SST., M. Si

Cici Aprilliani, SKM., MKM

Shantria Dhelly Susanty, S. ST, M. Kes.

Vina Novela, SKM., M. Kes.

Nurdin, SKM., MPH.

Dr. Neila Sulung., S.Pd., Ns., M. Kes.

Cici Apriza Yanti, SKM., M. H. Sc.

Penerbit



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

DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Maisyarah, SKM., M. Kes.
Fitria Fatma, SKM., M. Kes.
Adriani, S.Kp., M. Kes.
Harisnal, SKM., M. Epid.
Rizki Fajariyah, SKM., M. Kes.
Abdi Iswahyudi Yasril, SKM., MKM.
Mila Sari, SST., M. Si
Cici Aprilliani, SKM., MKM
Shantrya Dhelly Susanty, S. ST, M. Kes.
Vina Novela, SKM., M. Kes.
Nurdin, SKM., MPH.
Dr. Neila Sulung., S.Pd., Ns., M. Kes.
Cici Apriza Yanti, SKM., M. H. Sc.

Desain Cover :

Rintho Rante Rerung

Tata Letak :

Harini Fajar Ningrum

Proofreader :

Rintho Rante Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 418

ISBN :

978-623-6068-18-2

Terbit Pada :

Januari, 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab penerbit

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

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Sejarah kesehatan masyarakat sudah dimulai sejak abad ke 5 sebelum masehi, namun sesuai dengan perkembangan zaman dan kemajuan teknologi, ilmu kesehatan masyarakat semakin berkembang serta menuju lebih baik. Secara mendasar ilmu kesehatan masyarakat yang berawal dari pendidikan kesehatan yang berorientasi pada upaya preventif dan promotif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Buku ini mencoba memberikan gambaran tentang Paradigma kesehatan masyarakat secara umum dan masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat yang berhubungan dengan perilaku sehat sakit, faktor yang mempengaruhinya serta upaya untuk pencegahan munculnya masalah kesehatan bagi masyarakat.

Buku ini merupakan buku pertama dari team penulis yang berjudul Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat akan terbit tahun 2021, dan dapat dijadikan sebagai referensi dalam bidang pendidikan ilmu kesehatan masyarakat bagi para petugas kesehatan dan para mahasiswa dibidang kesehatan. Sebagian besar buku ini berasal dari kutipan dari beberapa buku referensi, hasil riset, artikel penelitian yang berkaitan dengan topik yang ada dalam buku ini.

Dalam proses penulisan buku ini kami team penulis dengan upaya saling bekerjasama untuk membantu selesainya buku ini, Untuk meningkatkan kualitas buku dan kepuasan pembaca, kami meminta saran dan masukan dari pembaca yang bersifat membangun sangat kami harapkan.

Terima Kasih kepada semua pihak yang telah membantu, semoga buku buku ini bermanfaat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.

Bukittinggi, Januari 2021
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat	1
A. Pengertian Pendidikan Kesehatan Masyarakat	1
B. Tujuan Pendidikan Kesehatan Masyarakat	7
C. Peranan Pendidikan Kesehatan Masyarakat..	11
D. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Masyarakat.....	18
E. Upaya Membina Pendidikan Kesehatan Masyarakat.....	22
F. Soal Latihan	25
BAB 2 Sejarah Kesehatan Masyarakat dan Konsep Kesehatan Masyarakat.....	27
A. Evolusi Kedokteran dan Kesehatan.....	27
B. Ilmu Kedokteran Kuno.....	28
C. Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran di Indonesia dan Dunia.....	32
D. Perubahan Konsep Kesehatan Masyarakat....	34
E. Perkembangan Ilmu Kedokteran Pencegahan	36
F. Konsep Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif	39
G. Soal Latihan	44
BAB 3 Sehat dan Sakit	47
A. Pendahuluan.....	47
B. Definisi Sehat	47
C. Konsep Sakit dan Penyakit	55
D. Factor: Agent, Host, Environment	66

E.	Daur Penyakit	76
F.	Soal Latihan	81
BAB 4	Konsep Pencegahan Penyakit	83
A.	Pendahuluan	83
B.	Konsep dan Upaya Pencegahan Penyakit	85
C.	Tingkatan Pencegahan Penyakit.....	86
D.	Pencegahan Penyakit dalam Pelayanan Kesehatan	96
E.	Soal Latihan	128
BAB 5	Pilar Ilmu Kesehatan Masyarakat	133
A.	Pendahuluan.....	133
B.	Epidemiologi Sebagai Salah Satu Pilar dari Kesehatan Masyarakat.....	135
C.	Soal Latihan	162
BAB 6	Konsep Biostatistik Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	165
A.	Pendahuluan.....	165
B.	Tujuan dan Manfaat Biostatistik.....	167
C.	Jenis Statistik	168
D.	Soal Latihan	179
BAB 7	Kesehatan Lingkungan dan Upaya Kesehatan Lingkungan	181
A.	Pengertian Kesehatan Lingkungan.....	181
B.	Masalah Kesehatan Lingkungan	182
C.	Sanitasi Lingkungan.....	185
D.	Upaya Meningkatkan Kualitas Lingkungan Hidup	188

E.	Penyakit-Penyakit Akibat Lingkungan yang Tidak Sehat	196
F.	Soal Latihan	200
BAB 8 Kesehatan Kerja dan Upaya Mewujudkan Kesehatan Kerja.....		
		201
A.	Pendahuluan	201
B.	Konsep Dasar Ilmu Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)	202
C.	Peraturan Perundang-Undangan Kesehatan dan Keselamatan Kerja	204
D.	Resiko Bahaya Fisik, Biologi, dan Psikologi.	217
E.	Penanggulangan Kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja.....	222
F.	Soal Latihan	228
BAB 9 Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana		
		231
A.	Kesehatan Reproduksi.....	231
B.	Konsep Keluarga Berencana	259
C.	Soal Latihan	266
BAB 10 Analisis Proses Administrasi Kebijakan Kesehatan		
		269
A.	Konsep Dasar Administrasi Kebijakan Kesehatan	269
B.	Metode Dalam Melakukan Analisis Stakeholder Lingkungan Kesehatan	305
C.	Metode Dalam Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat.....	309
D.	Soal Latihan	312
BAB 11 Strategi Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan		
		315

A.	Pendidikan Kesehatan	315
B.	Kriteria Pendidikan.....	316
C.	Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat.....	317
D.	Soal Latihan	331
BAB 12	Gizi Kesehatan Masyarakat dan Upaya Perbaikan Gizi.....	341
A.	Pendahuluan.....	341
B.	Konsep Gizi	343
C.	Pengelompokan Zat Gizi Menurut Kebutuhan	345
D.	Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	350
E.	Masalah Gizi.....	356
F.	Soal Latihan	373
BAB 13	Pemberdayaan Masyarakat.....	383
A.	Pendahuluan.....	383
B.	Tujuan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat.....	386
C.	Konsep Pemberdayaan Masyarakat.....	388
D.	Soal Latihan	409
DAFTAR PUSTAKA	419

BAB 1

Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

A. Pengertian Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Di bagian ini akan dijelaskan tentang konsep pendidikan kesehatan masyarakat secara umum sebagai berikut. Ada beberapa Pendapat Para Ahli yang berhubungan dengan konsep Pendidikan Kesehatan

Para ahli sudah merumuskan berbagai macam pengertian yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan yang mengacu pada paradigma sebagai berikut.

1. Health Believe Model (HBM) by Wacker, Robbyn R., Ph. D (1990) model ini menekankan peranan persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit dan keefektifan potensial dalam pengobatan” artinya pendidikan kesehatan mempertimbangkan persepsi individu bahwa mereka rentan terhadap penyakit yang mengancam kesehatan mereka dan tindakan dari individu tersebut yang dapat mencegah ancaman dan memusnahkan penyakit yang

mungkin menyerang. HBM didasarkan pada kepercayaan bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh apakah individu (1) memandang diri mereka rentan terhadap suatu masalah kesehatan, (2) memandang masalah sebagai suatu yang serius, (3) yakin akan mendapatkan manfaat dari pengobatan atau upaya pencegahan, dan (4) Mengenali kebutuhan untuk mengambil tindakan dan kendala apapun yang dapat mengganggu tindakan ini. HMB sebagai suatu pendekatan pendidikan kesehatan yang didasarkan suatu kepercayaan atau persepsi yang dimiliki seseorang berkaitan dengan kerentanan terhadap penyakit (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015).

2. Stuart (1986) secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan bagian dari program kesehatan dan kedokteran. Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya terencana yang bertujuan memodifikasi sudut pandang, sikap maupun perilaku suatu individu, kelompok maupun masyarakat ke arah pola hidup yang lebih sehat, melalui proses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Stuart dalam Suliha dkk., 2001).

3. Green (1980) secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang terencana untuk mencapai tujuan kesehatan dengan mengombinasikan berbagai macam cara pembelajaran (Green dalam Notoatmodjo, 2012).
4. *Committee President on Health Education* (1997) secara garis besar mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai proses yang mampu membantu merevitalisasi kesenjangan yang terjadi antara informasi yang didapatkan dan praktik kesehatan. Melalui proses ini, diharapkan seseorang dapat termotivasi untuk menjauhkan diri dari kebiasaan yang buruk dan mengimplementasikan pola hidup yang lebih menguntungkan bagi kesehatan (*Committee President on Health Education dalam Notoatmodjo, 2003*).

Craven & Hirnle (1996) secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses pembelajaran yang bersifat praktik maupun instruksi dengan tujuan untuk memberikan berbagai informasi maupun motivasi kepada seseorang sehingga diharapkan terjadi peningkatan wawasan serta keterampilan untuk mengimplementasikan pola hidup sehat (Craven & Hirnle dalam Suliha dkk., 2001) terjadi peningkatan

wawasan serta keterampilan untuk mengimplementasikan pola hidup sehat (Craven & Hirnle dalam Sulih dkk., 2001)

Dalam definisi diatas telah dijelaskan bahwa Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang direncanakan dan bersifat dinamis atau selalu bergerak. Dengan tujuan dari proses tersebut adalah untuk perubahan perilaku dengan adanya peningkatan keterampilan, peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap yang kaitannya dengan pola hidup ke arah yang lebih baik dan sehat. Adapun Perubahan yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah teraplikasinya penerapan program kesehatan yang dimulai dari individu, kelompok sampai kepada masyarakat luas.

Proses pembelajaran pada konsep pendidikan kesehatan ini dapat dipraktikkan oleh siapa pun, di mana pun, dan kapan pun. Menurut Mubarak dkk. (2007), terjadinya perubahan dari sebelumnya tidak mengetahui tetapi setelah diberikan pendidikan kesehatan jadi mengetahui dan dari sebelumnya tidak mampu untuk melakukan setelah diberikan pendidikan kesehatan menjadi mampu untuk melakukan ini merupakan ciri dari perubahan pada individu/seseorang setelah mengikuti proses pembelajaran.

Dalam pendidikan kesehatan ada beberapa unsur dan komponen yaitu adanya para pendidik dan sasaran dari pendidikan tersebut, yang merupakan *input*, pelaksanaan dari berbagai jenis kerangka kegiatan yang sudah direncanakan sebagai bentuk proses dari perubahan perilaku, kemudian perubahan perilaku merupakan hasil atau *output* yang diharapkan dari kegiatan yang dilakukan yang nantinya akan diterapkan selalu dalam kehidupan sehari - hari. Pendidikan kesehatan maupun promosi kesehatan merupakan upaya perubahan perilaku hidup kearah yang lebih baik dan sehat secara mandiri (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan merupakan penunjang dari program lain dan telah diakui oleh petugas kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dilapangan. Namun pada kenyataanya pengakuan ini tidak sesuai dengan kenyataan dengan kata lain program kesehatan kurangnya melibatkan pendidikan kesehatan dalam setiap pelaksanaan program kesehatan, alasannya pendidikan kesehatan itu tidak segera dan jelas memperlihatkan hasilnya. Sebab pendidikan kesehatan merupakan *behavior investmeny* yaitu hasil dari pendidikan kesehatan dalam jangka panjang dapat dilihat atau diukur sedangkan *immediate impacty* yaitu hasil perubahan dari pendidikan kesehatan dalam jangka

waktu pendek untuk meningkatkan pengetahuan sedangkan indikator kesehatan masyarakat tidak cukup dilihat dari tingkat pengetahuan saja sebagai luaran atau *outcome* pendidikan kesehatan. Jadi ada perbedaan dengan program pengobatan yang langsung memberikan hasil yaitu terjadinya penurunan angka kesakitan pada masyarakat.

Pendidikan kesehatan adalah suatu konsep yang diaplikasikan dalam bidang kesehatan yang merupakan proses yang di dalamnya terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, dan perubahan kearah lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri seseorang atau individu, kelompok dan masyarakat. Beranjak konsep tersebut bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupan untuk mencapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat yang selalu membutuhkan orang lain yang mempunyai kelebihan seperti lebih dewasa, lebih panda, lebih mampu, lebih tahu. Dalam mencapai tujuan tersebut tidak terlepas dari kegiatan belajar baik itu secara individu. Kelompok dan masyarakat. (Notoatmodjo, 2003)

Beranjak dari konsep pendidikan tersebut, pendidikan kesehatan juga merupakan proses belajar pada seseorang, kelompok dan masyarakat tentang nilai – nilai kesehatan dari sebelumnya tidak tahu setelah diberikan pendidikan menjadi tahu,

sebelumnya tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu mengatasi masalah kesehatan.

Menurut (Manajemen 2017) adanya peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan kepada sekelompok sasaran dengan menggunakan alat bantu media poster tujuannya untuk mempermudah menyampaikan materi pendidikan kesehatan kepada peserta didik terutama terkait dengan masalah kesehatan seperti adanya peningkatan pengetahuan tentang manajemen hipertensi pada pasien hipertensi.

B. Tujuan Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Tujuan pendidikan secara umum dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara global dan lengkap dalam mencapai derajat kesehatan secara optimal. disini juga dijelaskan tujuan pendidikan secara spesifiknya adalah meningkatkan pemahaman tentang apa itu sehat dan sakit baik personal, kelompok dan masyarakat, meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat baik secara personal, kelompok dan masyarakat, adanya tindaklanjut dalam mengatasi permasalahan pelayanan kesehatan terhadap kelompok keluarga yang berisiko atau rawan dan kelompok khusus.

tujuan kesehatan masyarakat tersebut dioperasionalkan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif supaya masyarakat mampu mencapai derajat kesehatan secara optimal baik itu secara jasmani, rohani, sosial dan diharapkan mempunyai umur harapan hidup yang maksimal.

Tujuan pendidikan kesehatan yang paling pokok adalah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara perilaku sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Banyak faktor yang perlu diperhatikan dalam keberhasilan pendidikan kesehatan, antara lain tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat, dan ketersediaan waktu dari masyarakat. Effendy (1995).

Pendidikan kesehatan mempunyai tujuan mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat. dari tujuan tersebut dapat dicapai bahwa anggapan manusia dapat selalu belajar dan berubah sebab manusia dalam kehidupannya selalu berubah dan dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya terjadinya perubahan karena adanya. Dalam kegiatan kesehatan masyarakat menuju masyarakat menuju masyarakat sehat jasmani, rohani, sosial dan ekonomi pendidikan kesehatan sangat di

butuhkan sebagai dasar utama dalam kegiatan tersebut.

Pendidikan kesehatan memiliki tujuan adalah meningkatkan perilaku sehat yang meliputi pilihan, tindakan, kebiasaan yang positif bagi perkembangan gaya hidup yang sehat. Membantu perkembangan kepribadian yang seimbang. Memperjelas kesalahan konsep dan menyediakan informasi yang akurat tentang fakta kesehatan pribadi dan masyarakat, akurat tentang fakta kesehatan pribadi dan masyarakat. Menyumbang pada pembentukan kesehatan masyarakat melalui pengembangan warga Negara yang terdidik-sehat sehingga mendukung takaran sehat dimasa datang. Mengembangkan kemauan anak untuk melihat sebab akibat tentang kesehatan, mengambil langkah pencegahan, penyembuhan di mana memungkinkan, memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup Lutan (2000).

Menurut H (Pendidikan *et al.*, 2003) adanya perubahan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui permainan/game sebagai media dalam menyampaikan informasi kesehatan, dengan kata lain pendidikan dapat diberikan melalui media atau permainan seperti permainan ular tangga kepada sasaran terutama anak- anak, memberikan pendidikan kesehatan

sejak dini akan dapat merubah perilaku lebih lama atau lageng sebab sudah terbiasa sejak kecil, kondisi ini terjadi tidak terlepas dari peran orang tua dan dukungan lingkungan keluarga.

Secara umum pendidikan kesehatan yaitu untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan. Kemudian tujuan dan manfaat dari pendidikan tersebut adalah :

1. Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
4. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya).
5. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi parah dan mencegah penyakit menular.
6. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat

umum sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat kesehatan masyarakat.

7. Meningkatkan pengertian terhadap pencegahan dan pengobatan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan perilaku sehat sehingga angka kesakitan terhadap penyakit tersebut berkurang (Notoatmodjo, 2007, Suliha, 2005)

Melalui pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang akan pentingnya nilai- nilai kesehatan dalam kehidupan, pendidikan kesehatan dapat memampukan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan dan adanya upaya langkah – langkah pencegahan sebelum terjadinya masalah kesehatan serta mampu mengembangkan budaya berperilaku hidup bersih dan sehat baik secara pribadi kelompok maupun masyarakat.

C. Peranan Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan adalah hasil dari interaksi baik faktor internal dan faktor eksternal pada diri manusia yang dimaksud dengan faktor internal yaitu apa yang ada dalam diri seseorang seperti keadaan fisik dan psikis sedangkan faktor eksternal adalah yang diluar diri manusia seperti lingkungan sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, kondisi politik,

ekonomi, dan pendidikan faktor- faktor tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan baik secara personal, kelompok dan masyarakat yang di kelompok menjadi 4 sesuai dengan teori HL Blum (1974) yang dapat memberikan pengaruh besar terhadap kesehatan sebagai berikut:

Bagan 1.1 HL Blum (1974)



Dari 4 faktor tersebut mempengaruhi kesehatan masyarakat hendaknya daam pemeliharaan dan peningkatannya mengacu pada faktor- faktor tersebut. Yang nanti intervensi yang akan dilakukan dikelompokkan menjadi 4 bentuk intervensi yakni terhadap *Enviroment* (Lingkungan), *Behavior*

(Perilaku), *Health Service* (Pelayanan Kesehatan) dan *Hereditas* (Keturunan) .

Pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama pada faktor perilaku tetapi tiga faktor yang lainnya juga membutuhkan pendidikan kesehatan sebagai intervensi seperti uraian di bawah ini:

1. Faktor Lingkungan

Pembangunan fasilitas kesehatan telah banyak dilakukan baik oleh instansi pemerintah maupun swasta dan LSM yaitu pengadaan sarana untuk sanitasi lingkungan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat seperti jamban sehat, MCK umum, tempat sampah, saluran pembuangan air limbah, penyediaan air bersih. Namun masih masyarakat yang belum maksimal menggunakan dan memelihara fasilitas yang tersedia, oleh karena itu diperlukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Demikian halnya juga dengan lingkungan non fisik banyaknya problem sosial yang belum tersentuh oleh pendidikan kesehatan sehingga menyebabkan muncul masalah gangguan kejiwaan dan stres pada masyarakat untuk masalah tersebut diperlukan pendidikan kesehatan.

2. Perilaku

Upaya kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif terhadap kesehatan maka diperlukan pendidikan kesehatan dengan kata lain masyarakat akan menyadari dan mengetahui betapa pentingnya memelihara kesehatannya, adanya upaya pencegahan terhadap hal-hal yang merugikan kesehatan diri dan orang lain dan adanya tindakan untuk mendapatkan kesembuhan apabila terjadi sakit. perlunya kesadaran masyarakat akan pentingnya nilai-nilai kesehatan dalam kehidupannya namun bukan itu saja tetapi tercapainya perilaku kesehatan (*health behavior*) sebab kesehatan itu bukan hanya sekedar di ketahui (*Knowledge*) dan disadari serta di sikapi (*attitude*) tetapi harus ada tindak sebagai bukti mampu melakukan nilai-nilai kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. akhir dari tujuan pendidikan kesehatan adalah masyarakat mampu mempraktikkan hidup sehat bagi diri sendiri dan masyarakat yang mempunyai perilaku hidup sehat (*healthy life style*)

3. Pelayanan Kesehatan

Tersedianya tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang nanti dapat

dimanfaatkan. namun kenyataannya masih ada masyarakat yang belum maksimal memanfaatkan tempat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Pos pelayanan kesehatan terpadu yang semakin dekat dengan masyarakat sehingga tidak ada alasan masyarakat untuk mencari pengobatan selain di tempat pelayanan kesehatan. pemerintah telah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata dengan pelayanan maksimal oleh petugas kesehatan.

4. Hereditas

Status kesehatan masyarakat yang dipengaruhi oleh keturunan/ hereditas terutama orang tua yang mewariskan kepada anak- anaknya sebab orang tua yang sehat dengan gizi yang cukup akan mewariskan kesehatan yang baik juga kepada keturunannya. Demikian pula sebaliknya apabila kondisi orang tua dgn keadaan kesehatan yang kurang baik makan akan menurun kepada anaknya, minsal ibu hamil dengan kondisi gizi yang rendah akan berisiko akan melahirkan bayi dengan berat badan rendah kemudian pada kasus yang lain rendah status kesehatan ibu bukan hanya dari

keadaan sosial ekonomi yang rendah tetapi pengetahuan ibu tentang bagaimana cara memelihara kesehatan. oleh sebab itu maka diperlukan pendidikan kesehatan supaya masyarakat terutama ibu menyadari apa yang dapat mewariskan kesehatan kepada anak anaknya.

Dari empat faktor kesehatan diatas dapat kita maknai adanya saling mempengaruhi kesehatan seperti faktor yang berkaitan dengan perilaku manusia yakni bagaimana masyarakat menyikapi dan mengelola lingkungan, adanya perilaku memelihara dan meningkatkan kesehatan dan perilaku masyarakat beserta petugas kesehatan mengelola dan menyikapi fasilitas pelayanan kesehatan serta mampu mempraktikkan bagaimana hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan yang baik pada keturunannya. untuk faktor- faktor tersebut maka dibutuhkan pendidikan kesehatan yang tidak terlepas dari perilaku. (Prasetyawati *et al.*, 2013).

Perubahan perilaku hidup sehat melalui pendidikan kesehatan bukan hanya sekedar mentransfer/ membagi ilmu pengetahuan dan sikap dari guru akan tetapi bagaimana siswa dapat berperilaku dan mewujudkan keseimbangan anatara lingkungan, perilaku dan manusia, sesuai dengan tujuan

pendidikan kesehatan adanya perubahan perilaku dari sebelumnya seperti pendidikan kesehatan disekolah dapat terwujudkan harus didukung oleh sarana dan prasarana yang cukup seperti berjalannya program unit kesehatan sekolah (UKS).

Adapun peran lain pendidikan kesehatan antara lain:

1. Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia).
2. Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor, antara lain sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya.
3. Sarana sanitasi lingkungan dibangun untuk masyarakat, misalnya jamban (kakus, WC) keluarga, jamban umum, MCK (sarana mandi, cuci, dan kakus), tempat sampah, dan sebagainya

Menurut penelitian yang dilakukan oleh(Putri and Maemunah, 2017) tentang peran pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan anak tentang pentingnya sayur mengatakan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan anak. artinya

memberikan pendidikan kesehatan sejak dini akan memberikan pengaruh yang baik terhadap pengetahuan tentang perilaku makan sayur, dengan memberikan informasi secara kontinyu akan terbentuk kebiasaan.

D. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni yang mencakup dua disiplin pokok keilmuan Bio-medis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Sehingga ilmu kesehatan masyarakat merupakan multi disiplin secara garis besar merupakan pilar utama dalam kesehatan masyarakat antara lain ada epidemiologi, biostatistik, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi kesehatan masyarakat dan kesehatan kerja.

Dalam ilmu kesehatan masyarakat ada ilmu dan seni untuk pemecahan masalah kesehatan masyarakat mempunyai kegiatan baik secara langsung maupun tidak langsung dilakukan seperti adanya upaya untuk mencegah munculnya penyakit (*Preventif*), adanya upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan dari keadaan sekarang (*Promotif*), dan melakukan dukungan/suport sosial, mental dan

fisik sebagai bentuk terapi. adapun upaya masyarakat terhadap kesehatan antara lain menjaga sanitasi lingkungan atau menjaga kebersihan lingkungan untuk mencegah terjadinya penyakit yang diakibat dari lingkungan yang kotor, penyediaan sumber dan sarana air yang bersih untuk kebutuhan masyarakat baik itu secara kualitas yang baik, kuantitas yang cukup, dan kontinuitas, melakukan pengawasan terhadap pangan yang dikonsumsi oleh masyarakat agar tetap sehat dan layak konsumsi.

Penerapan upaya tersebut dilakukan dalam bentuk adanya kegiatan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, perbaikan sanitasi lingkungan pemukiman masyarakat, pemberantasan terhadap vektor sebagai agent penyakit, melakukan penyuluhan sebagai bentuk upaya pendidikan kesehatan dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat, pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak, upaya peningkatan gizi masyarakat, melakukan pengawasan terhadap tempat umum, pengawasan obat dan minuman serta adanya pembinaan peranserta masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat (Syafrudin, 2015).

Dalam pendidikan kesehatan ruang lingkupnya dapat dilihat dari berbagai dimensi anatara lain dari dimensi sasaran pendidikan kesehatan yaitu

sasaran secara personal/ individu, sarana secara berkelompok baik itu berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, dll, sasaran pada kelompok masyarakat secara umum. pada tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan atau tempat pendidikan berlangsung dilakukan sesuai dengan sasaran yang dituju seperti

- Pendidikan kesehatan dilakukan di sekolah yang menjadi sasaran utama adalah siswa/siswi yang di mulai dari pendidikan anak usia dini sampai pada sekolah menengah atas bahkan ditingkat perguruan tinggi pendidikan sangat di perlu untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan.
- Pendidikan kesehatan dilakukan di tempat – tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, klinik swasta yang menjadi sasaran utama adalah pasien dan keluarga sebagai pengunjung.
- Pendidikan kesehatan yang dilakukan di tempat kerja baik disektor informal maupun formal yang menjadi sasaran adalah para pekerja/ karyawan yang berkerja disebuah instansi pemerintah maupun non pemerintah, perusahaan, dll.

Tingkat pelayanan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada sasaran yang mencakup upaya

pencegahan berdasarkan lima tingkatannya atau *five levels of prevention* dari *Leavel and Clark* :

1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Pada tingkat pendidikan kesehatan ini merupakan tindakan untuk meningkatkan kesehatan melalui upaya perbaikan pola hidup, meningkatkan status gizi, meningkatkan kesehatan lingkungan, personal hygiene dll.

2. Perlindungan khusus (*Specific Protection*)

pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya perlindungan khusus terhadap penyakit tertentu melalui program imunisasi terutama pada anak-anak.

3. Diagnosa Dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and Prompt treatment*)

Pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat supaya memahami pentingnya deteksi sejak awal penyakit tertentu untuk mendapatkan pengobatan segera dan tetap sesuai dengan hasil pemeriksaan.

4. Pembatasan kecacatan (*Disability limitation*)

Pendidikan kesehatan untuk pemahaman dan kesadaran masyarakat akan pentingnya

pemeriksaan dan pengobatan dengan tuntas sehingga memperkecil resiko kecacatan atau terjadi ketidakmampuan dalam menjalani kehidupan secara normal.

5. Reabilitasi (*rehabilitation*)

pendidikan kesehatan diberikan kepada orang setelah sakit dan menjalani masa penyembuhan yang menjalani masa pemulihan kesehatan secara sempurna.

(Notoatmodjo, 2007)

E. Upaya Membina Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan merupakan suatu kegiatan dalam memelihara kesehatan dan adanya upaya peningkatan kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh pemerintah bersama masyarakat. Dalam upaya peningkatan kesehatan baik secara personal, kelompok maupun masyarakat secara umum, untuk mewujudkan kesehatan yang optimal diharapkan adanya peran pemerintah, masyarakat dan LSM yang nantinya dapat dilihat dari dua dimensi yakni bagaimana pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan atau dengan kata lain promotif dan preventif, kuratif dan rehabilitatif yaitu pengobatan bagi yang mengalami sakit dan pemulihan sesudah mengalami masa sakit.

Dalam membina pendidikan kesehatan kepada masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kemauan masyarakat dalam memelihara kesehatannya baik secara personal/ individu, kelompok dan masyarakat secara umum ada beberapa upaya pendidikan kesehatan kepada masyarakat sebagai berikut:

1. Upaya pendidikan kesehatan terhadap lingkungan seperti terhadap lingkungan fisik dengan memberikan pengertian dan kesadaran untuk pemeliharaan sanitasi lingkungan. lingkungan non fisik seperti lingkungan sosial budaya, politik dan ekonomi dengan melakukan pendidikan kesehatan untuk memperbaiki status sosial ekonomi, penstabilan politik dan keamanan serta kenyamanan masyarakat
2. Pendidikan kesehatan untuk perubahan perilaku masyarakat dan menciptakan perilaku yang kondusif terhadap kesehatan dengan kata lain untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya memelihara kesehatan dan adanya upaya pencegahan serta mencari pengobatan jika terjadi sakit.
3. Pendidikan kesehatan tentang bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan dan upaya

perbaikan sistem pelayanan dan manajemen di tempat pelayanan kesehatan sehingga masyarakat mendapat pelayanan kesehatan lebih maksimal.

4. Pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan faktor keturunan sebagai penyebab munculnya masalah kesehatan seperti upaya perbaikan gizi terutama pada ibu hamil agar dapat melahirkan bayi dengan berat badan yang normal tidak BBLR.

Menurut (Manggarai, 2020) memberikan pendidikan kesehatan mampu membantu masyarakat secara sosial dan ekonomi terutama pada masa Pandemi serta mampu menumbuh kesadaran kritisnya terkait bahaya covid19. Melalui kegiatan pengabdian kepada masyarakat pesisir dengan mengadaptasi dan memodifikasi pendekatan IPOAI (*identifikasi, planing, organizing, acting, impact*) adanya peningkatan kesadaran masyarakat pesisir akan pentingnya memelihara kesehatan dan bantuan sosial dapat membantu peningkatan Asupan Gizi untu menjaga immunitas tubuh dimasa pandemik Cavid19.

F. Soal Latihan

1. Jelaskan tentang konsep pendidikan kesehatan menurut beberapa ahli.
2. Jelaskan tujuan dari Pendidikan kesehatan masyarakat.
3. Jelaskan bagaimana peran pendidikan kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat dan
4. Jelaskan Ruang Lingkup pendidikan kesehatan berdasarkan dimensi dan berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat
5. Jelaskan upaya pendidikan kesehatan terhadap lingkungan, perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan

BAB 2

Sejarah Kesehatan Masyarakat dan Konsep Kesehatan Masyarakat

A. Evolusi Kedokteran dan Kesehatan

Ilmu kesehatan dan kedokteran adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang memiliki kaitan erat dengan kesehatan manusia ataupun hewan. Baik ilmu kesehatan maupun ilmu kedokteran, keduanya termasuk ke dalam ilmu terapan yang sangat terkait dengan ilmu murni biologi dan kimia. Tujuan dari adanya ilmu kesehatan dan kedokteran adalah untuk memberikan solusi atas berbagai masalah kesehatan manusia ataupun hewan. (Ernyasih, 2016)

Meskipun memiliki persamaan, sebenarnya ada perbedaan diantara ilmu kesehatan dan kedokteran. Perbedaannya adalah ilmu kesehatan memiliki fokus pada hal-hal tentang bagaimana cara menjaga dan meningkatkan kesehatan. Sementara, fokus ilmu kedokteran adalah mencari tahu masalah medis yang sedang dialami oleh seseorang (diagnosa) dan memberikan rekomendasi cara untuk mengobatinya

baik berupa saran medis, resep obat, tindakan medis, dan sebagainya. (Rosmalia and Sriani, 2017)

B. Ilmu Kedokteran Kuno

1. Ilmu Kedokteran pada Zaman Pra-Sejarah

Status kesehatan manusia terdiri dari sehat dan sakit. Penyakit merupakan masalah yang tidak dapat dihindarkan oleh manusia. Sakit atau cacat adalah tantangan setiap peradaban. Strategi untuk memberikan sehat kepada manusia melewati beberapa tahapan. Ribuan tahun yang lalu, fungsi penyembuhan menempati posisi pertama.

2. Pada Masyarakat Paleolisric

Masa Paleolisric jumlah penduduk sedikit, mobilitas rendah, dan tempat tinggal terisolasi. Hal ini beberapa orang ahli berpendapat dapat melindungi manusia dari beberapa penyakit, karena tidak banyak kontak dengan berbagai jenis lingkungan fisik, kimia dan biologis. Namun kenyataannya, manusia banyak kekurangan nutrisi, kehidupan berpindah-pindah, dan gangguan dari hewan buruan yang akan menyebabkan kematian.

3. Zaman Neolitik

Transisi kebiasaan manusia zaman ini adalah mengumpulkan makanan dan memproduksi makanan akan menyebabkan jumlah penyakit bertambah, karena kontak dengan hewan dan sanitasi lingkungan pada limbah baik sampah dan limbah cair tidak terjaga dengan baik. Selain itu suplai makanan tidak merata sehingga terjadinya penyakit gangguan pencernaan.

a. Pengobatan

Berdasarkan empiris, pengobatan luka, jamu, pembatasan makanan. Praktek ini berdasarkan uji coba tehnik dan resep yang bermanfaat disebarluaskan dari face to face dan dari generasi ke generasi sebagai bagian dari adat istiadat. Di lain pihak, penyakit yang datang tiba-tiba dan serius dianggap sebagai kekuatan supranatural, sebagai hukuman sehingga menimbulkan rasa takut dan kecemasan.

b. Pengobatan untuk kekuatan Supranatural

Masyarakat memilih dukun untuk berobat dibanding tenaga medis.

Masyarakat percaya penyakit disebabkan oleh makhluk halus.

- c. Teori mengenai penyakit pada zaman pra sejarah

Masing-masing negara dan daerah memiliki cara masing-masing untuk mengobati penyakit, yaitu disease object intrusion, soul loss, spirit intrusion, dan breach of taboo. Praktek tersebut merupakan phenomena sosial, rasa nyaman secara psikologis. (David Benyamin, 2013)

Ilmu Kedokteran Pada Zaman Kuno

1. Mesir dan Mesopotamia

Peningkatan penularan penyakit yang tak terbatas ditengah masyarakat, disebabkan meningkatnya kepadatan penduduk karena pengolahan lahan pertanian secara intensif dan berdirinya kampung-kampung dan kota-kota.

Contohnya, adanya mummi di Mesir dapat menimbulkan penyakit, seperti tubelculosis, parasit bagian pencernaan, artrhitis, dan lain-lain.

2. Ilmu kedokteran pada zaman Mesopotamia dan Mesir Kuno

Pengobatan pada zaman ini menggunakan kekuatan ilmu gaib dan agama, karena zaman ini masa transisi. Pada ilmu klinik dan terapi dipertahankan, dipertahankan, disebarluaskan, serta diabadikan lewat tulisan. Dikenal ada sumhu (terpelajar) dan wabu (pendeta)

3. India

Ilmu kedokteran dikenal pada zaman Vedic 1500-1800 SM. Berisi nyanyian yang disebut Arthar Veda. Kemudian berkembang ke sistem yang lebih rasional disebut Ayur Veda dengan tujuan penyempurnaan moral manusia. Kedokteran Hindu Kuno dikumpulkan dalam buku Caraka, yang isinya adalah kesehatan dilihat dari keseimbangan elemen dalam tubuh dan mental sehat. Jika tidak seimbang, maka tubuh akan sakit.

4. Cina

Pengobatan penyakit Cina dimulai dari zaman Kerajaan Shang 1963-1123 SM). Konsep sakit pada zaman ini adalah hukuman dari nenek myang. Wu adalah seseorang yang memiliki keahlian dalam pengobatan penyakit.

5. Yunani dan Roma

Ilmu kedokteran Yunani dikenal pada abad ke 5 SM. Pengobatan menggunakan ilmu gaib dan agama. Seorang peramal menggunakan ilustrasi masa depan. Prognosis adalah memprediksi evolusi penyakit. Kesehatan adalah 4 keseimbangan Humoral, yaitu darah, flegma, kuning empedu, dan empedu hitam. Penyakit timbul katanya kehilangan keseimbangan. Istilah anatomi dikenal sebelum abad ke 5 SM. Orang Romawi menggunakan ukuran kesehatan masyarakat, yang terdiri dari penyediaan air bersih, pembuangan sampah dan perbaikan kesehatan pribadi. Seorang dokter di zaman Romawi Kuno abad ke-1 SM, mengelompokkan dokter menjadi 3 bagian, yaitu diet, farmasi, dan bedah. Obat-obat digunakan untuk memperbaiki keseimbangan. (Pongtiku, 2017)

C. Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran di Indonesia dan Dunia

Pengertian Kesehatan Masyarakat menurut Winslow (1920) adalah Ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Masalah kesehatan masyarakat bersifat

multikausal karena ilmu kesehatan masyarakat merupakan multidisiplin ilmu. Sehingga apapun permasalahan tentang kesehatan dapat diselesaikan pemecahan masalah secara pencegahan penyakit (*preventif*), memberikan promosi kesehatan (*promotif*), terapi fisik, mental dan social (*kuratif*), dan pemulihan (*rehabilitatif*). Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat merupakan sejarah yang panjang membahas kehidupan manusia dan lingkungan, karena perkembangan dibebribagai dunia terkait satu dengan lainnya. Selain itu, terdapat momentum sejarah perkembangan ilmu pengetahuan dan tekhnologi kesehatan masyarakat.

Berkembangnya ilmu pengetahuan modern merupakan tanda berkembangnya ilmu kesehatan masyarakat dari budaya yang paling luas yaitu Babylonia, Yunani, Mesir dan Roma tercatat manusia telah melakukan usaha dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan masyarakat dan penyakit. Pada zaman ini telah dibuat kebijakan-kebijakan tertulis yang mengatur tentang pembuangan limbah padat dan limbah cair pada pemukiman masyarakat, peraturan air minum, pembuangan kotoran manusia (*latrin*) bersifat umum, walaupun pada dasarnya *latrin* dibuat bukan karena kesalahan. Dibangunnya *latrine* umum pada saat itu bukan karena tinja atau

kotoran manusia dapat menularkan penyakit tetapi tinja menimbulkan bau tak enak dan pandangan yang tidak menyenangkan. Demikian juga masyarakat membuat sumur dengan kondisi waktu itu dengan alasan bahwa minum air kali yang mengalir sudah kotor itu terasa tidak enak, bukan karena minum air kali dapat menyebabkan penyakit. (Notoatmodjo, 2007)

D. Perubahan Konsep Kesehatan Masyarakat

Konsep ilmu kesehatan masyarakat mengalami perubahan evolusi dengan berkembangnya zaman. Konsep kesehatan masyarakat pada awalnya sangat terbatas kepentingannya, untuk mengukur sanitasi dan penanggulangan risiko kesehatan individu yang tidak dapat dilakukan penanggulangannya. Sehingga sanitasi lingkungan sangat tidak sehat dan perkembangan penyakit meningkat sebagai pedoman dan menjadi ruang lingkup kesehatan masyarakat. (David Benyamin, 2013)

Penemuan-penemuan baru dalam bakteriologi dan imunologi pada akhir akhir abad XIX dan awal abad XX dan perkembangan aplikasi menambah referensi dalam menambah cakupan ilmu kesehatan masyarakat, yaitu konsep pencegahan penyakit pada individu. Ilmu kesehatan masyarakat menjadi gabungan antara ilmu kedokteran, ilmu kesehatan

lingkungan, dan ilmu sosial. (Rosmalia and Sriani, 2017). Winslow pada tahun 1920 melakukan sosialisasi kebenaran definisi ilmu kesehatan masyarakat yang memiliki hubungan dengan bidang ilmu lain. Winslow mendefinisikan ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni tentang pencegahan penyakit, memperlama harapan hidup, meningkatkan derajat kesehatan, serta mengatur komunitas untuk berupaya sebagai berikut :

1. Meningkatkan sanitasi lingkungan
2. Mencegah penebaran penyakit
3. Melakukan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri sendiri
4. Meningkatkan pelayanan kesehatan
5. Mengembangkan sarana dan prasarana sosial untuk menjamin kesehatan masyarakat

Konsep dari Winslow ini bersifat komprehensif untuk menjamin kesehatan masyarakat, tetapi memiliki kekurangan. Ilmu kesehatan masyarakat memiliki semua lingkup ilmu sosial yang berkaitan dengan kesehatan dan kesejahteraan. Padahal harapan kesehatan masyarakat terus berubah. Menekan pada memperlama hidup telah mulai berubah dari umur panjang dengan batas yang mudah dicapai. Dilengkapi dengan kualitas hidup yang baik. Winslow juga tidak memasukkan upaya perawat

medis dan kesehatan mental dalam definisinya. (Notoatmodjo, 2012)

Beberapa pakar mendefinisikan ilmu kesehatan masyarakat adalah „*ilmu tentang pengaturan dan penetapan sumber daya masyarakat yang mencegah ketergantungan, yang dapat menyebabkan penyakit*“

Definisi ini merujuk pada istilah ketergantungan (*dependency*), bukan kerusakan (*impairment*), atau kecacatan (*disability*). Definisi ini merujuk pada ilmu yang luas dan perspektif sosial dan kebijakan. Hal ini menunjukkan definisi ilmu kesehatan masyarakat memperluas horison. Dalam menyesuaikan perkembangan ilmu pengetahuan dan ilmu kedokteran, serta perubahan sosial masyarakat dan kebijakan pemerintah, maka ilmu kesehatan masyarakat memperluas ruang lingkungannya. Yaitu kesehatan lingkungan, teknik kesehatan lingkungan, ilmu kedokteran pencegahan penyakit fisik dan mental, dukungan sosial, aspek perilaku, jaminan kesehatan, promosi kesehatan masyarakat, dan kedokteran komunitas. (Ayuningtyas, Misnaniarti and Rayhani, 2018)

E. Perkembangan Ilmu Kedokteran Pencegahan

Perkembangan penelitian kedokteran adanya hubungan Perkembangan penelitian dunia kedokteran akhir-akhir ini menunjukkan adanya

hubungan yang saling berkaitan antara layanan kedokteran pencegahan dengan layanan kesehatan primer. Konsep ilmu kedokteran pencegahan ditujukan untuk menyongsong paradigma sehat yakni cara berpikir yang lebih menekankan pada upaya-upaya promotif, preventif, dan protektif.

Dalam praktek kedokteran ilmu kedokteran pencegahan merupakan peranan yang paling penting, karena meningkatnya kemampuan yang menerapkan konsep kedokteran pencegahan dalam diagnosis dini dan pengobatan penyakit baru diderita ataupun sudah menetap. Perkembangan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik, serta upaya kesehatan yang berkesinambungan, sehingga penerapan pendekatan kedokteran serta pencegahan cenderung menurun. Maka perlu adanya perkembangan kurikulum pendidikan dokter yang berbasis kedokteran komunitas dan kedokteran keluarga. (Restuastuti *et al.*, 2017)

Perkembangan kurikulum kedokteran pencegahan akan meningkatnya upaya promosi kesehatan yang semula berorientasi pada individu (kedokteran pencegahan), sekarang meluas menjadi keluarga dan masyarakat (kedokteran komunitas). Dengan demikian, perkembangan ilmu kedokteran pencegahan berawal dari pendekatan kesehatan

masyarakat yang berorientasi pada lingkungan fisik dan sanitasi, kemudian berubah menjadi kedokteran pencegahan. Sekarang kembali berorientasi pada individu dan lingkungan, namun dalam kerangka kesatuan masyarakat dan lingkungan fisik (komunitas).

Ilmu kedokteran pencegahan terdiri dari pencegahan penyakit pada individu, antara lain:

1. Pencegahan akibat dari penyakit (yang dapat dicegah atau diobati), seperti: diabetes, kanker, sifilis, tuberculosis, dan hipertensi
2. Pencegahan terhadap factor biologis dari penyakit tertentu, seperti: penyakit covid-19, penyakit defisiensi, dan penyakit menular tertentu
3. Mengurangi akibat penyakit (penyakit tidak dapat diobati atau dicegah), seperti: penyakit genetic.
4. Motivasi tentang upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, baik pada individu melalui perubahan gaya hidup, pola makan, akan mengurangi akibat potensial dari perilaku dan gangguan kesehatan. (David Benyamin, 2013)

F. Konsep Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif

Dalam dunia Kesehatan adanya istilah promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Arti dari promotif adalah peningkatan, preventif artinya pencegahan, kuratif artinya penyembuhan, sedangkan rehabilitatif artinya pemulihan.

(Notoatmodjo, 2007).

1. Promotif.

Promotif berarti "peningkatan", promotif atau promosi kesehatan dari terjemahan bahasa Inggris *promotion of health*. Terjemahan dari istilah promotif terdapat lima tingkatan pencegahan (*five levels of prevention*) yang dijelaskan dalam buku yang berjudul "*Preventive Medicine For The Doctor In His Community*" karangan dari H.R. Leavell dan E.G. Clark. Promosi kesehatan berasal dari terjemahan aslinya *Promotion of health*. Merupakan tingkatan pencegahan pertama, yang oleh para ahli Kesehatan Masyarakat di Indonesia diartikan sebagai peningkatan kesehatan. Makna adalah meningkatkan kesehatan seseorang, yaitu dengan melalui asupan gizi seimbang, olah raga teratur, dan

lain sebagainya agar orang tersebut tetap sehat, tidak terserang penyakit.

Pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan atau perilakunya, untuk mencapai kesehatan secara optimal. Sedangkan WHO (*World Health Organization*) yang merupakan organisasi kesehatan dunia di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) merumuskan promosi kesehatan sebagai perluasan makna dari pendidikan kesehatan, sebagai berikut:

Promosi kesehatan adalah proses untuk kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.

2. Preventif.

Istilah preventif diartikan sebagai "pencegahan". Upaya kesehatan Preventif adalah berbagai masalah kesehatan yang mengancam diri sendiri maupun orang lain untuk menghindari berbagai masalah

kesehatan di masa yang akan datang. Usaha pencegahan suatu penyakit lebih baik dari pada mengobati, hal ini dikarenakan usaha pencegahan suatu penyakit akan memunculkan hasil yang lebih baik dan biaya yang lebih murah.

Menurut H.R. Leavell dan E.G. Clark usaha pencegahan (preventif) penyakit dapat dilakukan dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. Pada Masa Sebelum Sakit, yaitu dengan:
 - 1) Mempertinggi nilai kesehatan (*health promotion*).
 - 2) Memberikan perlindungan khusus terhadap suatu penyakit (*specific protection*).
- b. Pada Masa Sakit.
Pada masa sakit, yaitu dengan:
 - 1) Mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera (*early diagnosis and prompt treatment*).
 - 2) Pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan

gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan oleh suatu penyakit (*disibility limitation*).

- 3) Rehabilitasi (*rehabilitation*).
(Notoatmodjo, 2007)

3. Kuratif.

Istilah kuratif diartikan sebagai "penyembuhan" yang dimaksud dengan kuratif kesehatan atau upaya kesehatan kuratif adalah suatu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan.

Upaya kesehatan kuratif juga dapat diartikan sebagai usaha medis yang dilakukan untuk menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit yang diderita seseorang. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. Tujuan utama dari usaha pengobatan (kuratif) adalah pengobatan yang setepat - tepatnya dan secepat - cepatnya dari setiap jenis penyakit sehingga tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera.

Upaya kuratif cenderung bersifat reaktif, maksudnya upaya kesehatan kuratif umumnya

dilakukan setelah adanya suatu penyakit atau setelah masalah datang. Upaya kesehatan kuratif ini juga cenderung hanya melihat dan menangani penderita penyakit lebih kepada sistem biologis-nya saja, atau dengan kata lain penderita hanya dilihat secara parsial, padahal sebagai manusia seutuhnya, kesehatan seseorang tidak hanya sebatas pada sistem biologis saja tetapi meliputi juga kesehatan psikologis dan sosial. (Notoatmodjo, 2010)

4. Rehabilitatif.

Istilah rehabilitatif diartikan sebagai "pemulihan". Yang dimaksud dengan rehabilitatif kesehatan atau upaya kesehatan rehabilitatif adalah suatu upaya maupun rangkaian kegiatan yang ditujukan kepada bekas penderita (pasien yang sudah tidak menderita penyakit) agar dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial. Usaha rehabilitatif ini memerlukan bantuan dan pengertian dari seluruh anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (bekas penderita), sehingga memudahkan mereka (bekas penderita) dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat dengan kondisinya yang sekarang ini.

Rehabilitasi bagi bekas penderita terdiri dari:

- a. Rehabilitasi fisik, yaitu agar penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimalnya.
- b. Rehabilitasi mental, yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan.
- c. Rehabilitasi sosial vokasional, yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan atau jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- d. Rehabilitasi aesthetis, yaitu usaha yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan dari bagian anggota tubuh, walaupun fungsinya tidak bekerja seperti anggota tubuh aslinya. (Notoatmodjo, 2007)

G. Soal Latihan

1. Jelaskan perbedaan ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan?
2. Bagaimana evolusi kedokteran dan kesehatan?
3. Pada zaman kedokteran kuno, masyarakat melakukan pengobatan dengan cara

supranatural atau masyarakat memilih dukun dibanding tenaga medis, jelaskan bagaimana pendapat saudara?

4. Perubahan konsep kesehatan masyarakat berubah dimulai tahun 1920, jelaskan perubahan apa saja yang mendasar terhadap peningkatan kesehatan masyarakat?
5. Jelaskan mengapa perkembangan ilmu kedokteran dan pencegahannya dapat meningkatkan upaya promosi kesehatan?
6. Jelaskan perbedaan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif?

BAB 3

Sehat dan Sakit

A. Pendahuluan

Konsep sehat sakit yang akan penulis uraian berikut ini lebih diarahkan pada konsumsi bagi para mahasiswa kesehatan masyarakat dan pemerhati kesehatan masyarakat, berikut penulis susun sebagai berikut:

1. Definisi sehat (sehat fisik, mental, spiritual)
2. Konsep sakit dan penyakit
3. Factor: agent, pejamu, lingkungan
4. Daur penyakit
5. Soal Latihan

Adapun uraian materi adalah sebagai berikut:

B. Definisi Sehat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan” (WHO, 1947)(Bhattarai and Bhattarai 2015). Kesehatan adalah keadaan yang didefinisikan orang dalam kaitannya dengan nilai, kepribadian, dan gaya hidup

mereka sendiri. Sehat berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik. (Husaini et al. 2017)

Kondisi sehat dan sakit adalah kata yang saling berhubungan erat dan merupakan bahasa kita sehari-hari. Dalam kehidupan manusia sehari-hari istilah sehat dan sakit dikenal di semua kebudayaan. Sehat dan sakit adalah suatu kondisi yang seringkali sulit untuk kita artikan meskipun keadaan ini adalah suatu kondisi yang dapat kita rasakan dan kita amati dalam kehidupan sehari-hari hal ini kemudian akan mempengaruhi pemahaman dan pengertian seseorang terhadap konsep sehat misalnya, yang dikatakan sehat adalah seseorang yang dikatakan tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat. Jadi faktor subyektifitas dan kultural juga mempengaruhi pemahaman dan pengertian mengenai konsep sehat yang berlaku dalam masyarakat, Sementara defenisi sehat menurut UU no 36 tahun 2009 adalah “keadaan sehat, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomi” (Krisna Triyono and K. Herdiyanto 2018)

Kata sehat merupakan Indonesianisasi dari bahasa Arab “ash-shihhah” yang berarti sembuh, sehat, selamat dari cela, nyata, benar, dan sesuai dengan kenyataan. Kata sehat dapat diartikan pula: (1) dalam keadaan baik segenap badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit), waras, (2) mendatangkan kebaikan pada badan, (3) sembuh dari sakit. Dalam bahasa Arab terdapat sinonim dari kata ash-shihhah yaitu al-‘afiah yang berarti ash-shihhah at-tammah (sehat yang sempurna). Kedua kata ash-shihhah dan al-afiah sering digabung digabung menjadi satu yaitu ash-shihhah wa al’afiah, yang apabila diIndonesiakan menjadi ‘sehat wal afiat’ dan artinya sehat secara sempurna (Nadya 2013)

Menurut UU kesehatan no 36 tahun 2009 Pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.(Krisna Triyono and K. Herdiyanto 2018).

Menurut Organisasi kesehatan Dunia (WHO) ada 3 komponen penting yang merupakan satu kesatuan termasuk dalam defenisi sehat antara lain (Nadya 2013)

1. Sehat Fisik jasmani

Artinya tidak merasa sakit dan secara klinis tidak sakit, semua organ tubuh normal dan berfungsi normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh. Sehat jasmani 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.

2. Sehat mental

Sehat mental mencakup:

- a. Sehat pikiran tercermin dari cara berfikir seseorang yakni mampu berfikir secara logis (masuk akal) atau berfikir runtut, pikiran sehat tercermin dari cara berfikir atau jalan pikiran.
- b. Sehat emosional tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosional atau pengendalian diri yang baik. Misalnya takut, gembira, khawatir, sedih dan sebagainya.

3. Sehat spiritual

Sehat Spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu diluar alam fana ini, yakni Allah yang Maha Kuasa, misalnya spiritual dapat dilihat dari praktek keagamaan seseorang. Sehat spiritual dapat juga dikatakan sebagai penyembahan terhadap pencinta alam dan seisinya yang dapat dilihat dari praktek keagamaan dan kepercayaannya serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat. Setiap individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, kesempatan untuk berlibur, mendengar alunan lagu dan music, siraman rohani seperti ceramah agama dan lainnya agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis dan tidak monoton.

4. Sehat sosial

Adalah; Kemampuan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain secara baik atau mampu berinteraksi dengan orang lain atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama, atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik.dan sebagainya serta saling toleran dan menghargai.

5. Sehat dari aspek ekonomi

Dalam arti seseorang mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Untuk anak dan remaja ataupun bagi yang sudah tidak bekerja maka sehat dari aspek ekonomi adalah bagaimana kemampuan seseorang untuk berlaku produktif secara sosial. Dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiun), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Yang berlaku adalah produktif secara sosial yaitu mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti.

Kesehatan juga merupakan hak fundamental yang harus diperjuangkan bagi setiap orang. Pada dasarnya setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan (Amisim, Kusen, and Mamosey 2020)

Program kesehatan yang menekankan upaya kuratif adalah merupakan "*Health program for survival*", sedangkan yang menekankan pada upaya promotif dan

preventif merupakan “*Health Program for human development*”. Paradigma sehat dicanangkan Depkes pada tanggal 15 September 1998 dari (Husaini et al. 2017). Upaya pelayanan kesehatan yang menekankan upaya kuratif-rehabilitatif kurang menguntungkan karena:

- a. Melakukan intervensi setelah sakit.
- b. Cenderung berkumpul di tempat yang banyak uang.
- c. Dari segi ekonomi lebih cost effective.
- d. Melakukan tindakan preventif dari penyakit, agar tidak terserang penyakit.

PARADIGMA SEHAT

Menurut Depkes RI (1980) dalam (Husaini et al. 2017)paradigma adalah hubungan teori-teori yang membentuk susunan yang mengukur teori itu berhubungan satu dengan yang lain sehingga menimbulkan hal-hal yang baru dan perlu diselidiki. Paradigma sehat bertujuan pada pembangunan kesehatan yang bersifat holistik melalui upaya yang lebih difokuskan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan. Jadi tidak hanya berfokus pada pemulihan aatu penyembuhan orang sakit. Hal berbeda yang paling mendasar antara paradigma sehat dan paradigma sakit, Paradigma

sakit hanya terfokus pada upaya penyembuhan orang sakit untuk kembali kekeadaan sehat. Sedangkan paradigma sehat lebih berfokus pada upaya untuk membuat orang sehat dalam keadaan sehat melalui promotif dan preventif (pencegahan), namun juga tetap tidak mengesampingkan tindakan kuratif dan rehabilitatif jika memang diperlukan (Husaini et al. 2017).

Berikut ini dapat dijelaskan tentang **faktor-faktor yang mempengaruhi keyakinan dan tindakan kesehatan, antara lain:**

- a. Kondisi perkembangan; seseorang mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan berespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia. Contoh: Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya.
- b. Pengaruh sosiokultural: Masing - masing Kultur punya pandangan tentang sehat yang diturunkan dari orang tua padabanaknya. Contoh: Orang Cina, sehat adalah dikarenakan adanya keseimbangan antara Yin dan Yang; Orang dengan status ekonomi rendah memandang penyakit flu adalah 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 defenisi seseorang tentang sehat

- d. Harapan seseorang tentang dirinya: Seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat. Menurut penelitian bahwa factor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang dapat dilihat sebagai berikut; keturunan 5%, lingkungan 40%, pelayanan kesehatan 20% serta perilaku 35%(Husaini et al. 2017)

C. Konsep Sakit dan Penyakit

Penyakit (disease) dan keadaan sakit (illness) sering tertukar dalam penggunaannya sehari-hari padahal keduanya memiliki arti yang berbeda. Penyakit adalah istilah medis yang digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas (Nadya 2013). Penyakit terjadi ketika keseimbangan dalam tubuh tidak dapat dipertahankan. Keadaan sakit terjadi pada saat seseorang tidak lagi berada dalam kondisi sehat yang normal. Contohnya pada penderita penyakit asma, ketika tubuhnya mampu beradaptasi dengan penyakitnya maka orang tersebut tidak berada

dalam keadaan sakit. Unsur penting dalam konsep penyakit adalah pengukuran bahwa penyakit tidak melibatkan bentuk perkembangan bentuk kehidupan baru secara lengkap melainkan perluasan dari proses-proses kehidupan normal pada individu. Dapat dikatakan bahwa penyakit merupakan sejumlah proses fisiologi yang sudah diubah(Nadya 2013). Karena sehat dan sakit merupakan kualitas yang relative dan mempunyai tingkatan sehingga akan lebih akurat jika diletakkan sesuai titik-titik tertentu pada skala trentang sehat dan sakit.(Husaini et al. 2017). Proses perkembangan penyakit disebut patogenesis. Bila tidak diketahui dan tidak berhasil ditangani dengan baik, sebagian besar penyakit akan berlanjut menurut pola gejalanya yang khas. Sebagian penyakit akan sembuh sendiri (self limiting) atau dapat sembuh cepat dengan sedikit. Intervensi atau tanpa intervensi sebagian lainnya menjadi kronis dan tidak pernah benar-benar sembuh.

Pada umumnya penyakit terdeteksi ketika sudah menimbulkan perubahan pada metabolisme atau mengakibatkan pembelahan sel yang menyebabkan munculnya tanda dan gejala. Manifestasi penyakit dapat meliputi hipofungsi (seperti konstipasi), hiperfungsi (seperti peningkatan produksi lendir) atau peningkatan fungsi mekanis (seperti kejang).

Secara khas perjalanan penyakit terjadi melalui beberapa tahap (Nadya 2013) :

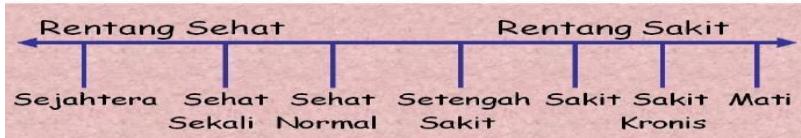
1. Paparan atau cedera yang terjadi pada jaringan sasaran
2. Masa latensi atau masa inkubasi (pada stadium ini tidak terlihat tanda atau gejala.
3. Masa prodormal (tanda dan gejala biasanya tidak khas)
4. Fase akut (pada fase ini penyakit mencapai intensitas penuh dan kemungkinan menimbulkan komplikasi, fase ini disebut juga sebagai fase akut subklinis)
5. Remisi (fase laten kedua ini terjadi pada sebagian penyakit dan biasanya akan diikuti oleh fase akut lain)
6. Konvalesensi (keadaan pasien berlanjut ke arah kesembuhan sesudah perjalanan berhenti)
7. Kesembuhan (recovery) pada kondisi ini pasien kembali sehat dan tubuhnya sudah berfungsi normal kembali serta tidak terlihat tanda atau gejala penyakit yang tersisa.

Terjadinya penyakit akan dicetuskan oleh suatu stressor seperti perubahan dalam kehidupan seseorang. Stressor dapat terjadi melalui salah satu dari dua mekanisme dibawah ini:

1. Adaptasi yang berhasil baik
2. Kegagalan beradaptasi

Stressor dapat bersifat fisik atau psikologik. Stressor fisik seperti terkena racun, dapat menimbulkan respon berbahaya yang menyebabkan terjadinya keadaan sakit atau muncul kumpulan tanda dan gejala yang dapat dikenali. Stressor psikologik seperti kehilangan orang yang dicintai ataupun hal lain yang dapat menyebabkan gangguan yang bersifat psikologik dapat menimbulkan respon maladaptif. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan dari beberapa penyakit kronik(Nadya 2013). Kondisi penyakit dapat dilihat dari ekspresi emosional dan wajah seseorang yang sedang sakit dibandingkan dengan wajah seseorang yang sehat. Wajah yang sakit juga dikaitkan dengan emosi yang lebih negative dan kurang positif atau dinilai lebih sedih secara signifikan $p < 0,001$ dan lebih muak $p > 0,001$ dibandingkan dengan wajah yang sehat(Sarolidou et al. 2019).

Berikut ini adalah rentang sehat dan sakit menurut model “Holistik health”.



Gambar: Rentang Sehat Dan Sakit Menurut Model “Holistik Health”

Sumber: (Husaini et al. 2017).

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU SAKIT

Faktor yang mempengaruhi perilaku sakit adalah (Husaini et al. 2017):

1. Faktor fisik; gejala dan tanda dari penyakit yang menonjol terlihat dan yang dapat dikenali dan dirasakan factor - faktor perilaku
2. Faktor seriusnya penyakit; faktor yang menunjukkan bahayanya penyakit ditinjau dari keparahan dari tanda dan gejala suatu penyakit.
3. Faktor hubungan sosial; terhambat atau terputusnya hubungan dengan keluarga, pekerjaan ataupun dari peran sosial lainnya.
4. Faktor frekuensi: yang menunjukkan frekuensi atau jumlah banyaknya tanda dan gejala yang muncul pada jangka waktu tertentu.
5. Faktor sensitivitas; kepekaan seseorang

terhadap kesakitan dan nilai ambang rasa sakit yang masih dapat ditolerir pada masing-masing individu.

6. Faktor *knowledge* dan asuransi: faktor yang menerangkan tentang bagaimana seseorang menanggapi tanda dan gejala penyakit yang bermunculan dengan dikaitkan pada pengetahuan yang mereka miliki dan bagaimana asuransi atau upaya-upaya yang mereka lakukan.
7. Faktor kebutuhan dasar: faktor-faktor yang dianggap sangat berperan terhadap peningkatan status kesehatan klien, sesuai dengan penyakitnya masing-masing.
8. Faktor *responsiveness*: respon individu seiring datangnya penyakit.
9. Faktor persepsi: masing-masing individu mempunyai interpretasi yang berbeda-beda terhadap penyakit, khususnya klien dengan pihak luar.
10. Faktor lingkungan tempat tinggal dan keturunan: karakter demografi, geografi, dan psikografi serta faktor genetik individu.
11. Faktor budaya: masing-masing individu mempunyai keyakinan dan nilai diri akan perilaku sehat ataupun sakit, yang hal

tersebut dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya individu tersebut.

12. Faktor sumber daya: SDM ataupun SDA ditempat individu tinggal juga sangat mempengaruhi

Perilaku yang biasa ditunjukkan bila seseorang sakit antara lain;

1. Timbul perasaan takut

Perilaku ini dapat terjadi pada semua orang, takut sebagai dampak sakit yang dialami pasien

2. Menarik diri

Kecendrungan menarik diri dan ingin menyendiri, merasa malu dan tidak mau bergaul dari lingkungan.

3. Egosentris

Orang sakit cenderung menjadi egois, tidak mau mendengar orang lain, ia cenderung ingin didengar

4. Sangat sensitif

Seorang yang sakit sangat perasa, mudah menyalahkan orang lain seperti mengomel, dan sering mempermasalahkan hal yang kecil.

5. Reaksi emosional tinggi

Orang sakit akan mudah tersinggung, mudah menangis karena ingin menuntut perhatian dari orang sekitarnya, cenderung agresif

6. Perubahan persepsi

Pada seorang yang sedang sakit orang tersebut akan mempercayakan kesehatannya untuk sembuh hanya pada dokter, perawat dsbnya, padahal ada Allah yang maha menyembuhkan, jadi persepsi pasien berubah.

7. Berkurangnya minat

Orang yang sakit merasa stress dengan penyakit yang dialaminya, menurunkan kemauannya dalam melakukan aktifitas sehari-harinya.

Penyakit yang disebabkan gaya hidup menjadi beban pada perawatan kesehatan, Penelitian yang dilakukan di Oslo Norwegia, 2019 menunjukkan bahwa dukungan dan tanggung jawab sosial berhubungan signifikan dengan dukungan yang kuat dan tanggung jawab kesehatan pribadi. Gagasan bahwa individu bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan masing-masing dapat diterima secara luas sebagai cita-cita untuk sembuh. Dukungan dan tanggung jawab sosial menjadi saling berhubungan

dengan dukungan dan tanggung jawab kesehatan pribadi (Traina, Martinussen, and Feiring 2019).

Kondisi sakit pada individu akan mempengaruhi peristiwa kehidupannya secara keseluruhannya. Klien dan keluarga harus menghadapi berbagai perubahan yang terjadi akibat kondisi sakit dan pengobatan yang dilakukan. Setiap klien akan merespon secara unik terhadap kondisi sakit yang dialaminya, oleh karena itu intervensi kesehatan yang diberikan harus bersifat individu. Klien dan keluarga umumnya akan mengalami perubahan perilaku dan emosional, seperti perubahan peran, gambaran diri, konsep diri, dan dinamika dalam keluarga. Dampak-dampak tersebut antara lain(Husaini et al. 2017):

1. Perubahan perilaku dan emosional

Setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda-beda terhadap kondisi sakit atau terhadap ancaman penyakit. Reaksi perilaku dan emosi individu bergantung pada asal penyakit, sikap klien dalam menghadapi penyakit tersebut, reaksi orang lain terhadap penyakit yang diderita, dan berbagai variabel dari perilaku sakit, penyakit dengan jangka waktu yg singkat dan tidak mengancam kehidupan akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku pada fungsi klien dan keluarga. Sedangkan penyakit

yang berat terutama yang dapat mengancam kehidupan, dapat menimbulkan emosi dan perilaku yang lebih luas.

2. Perubahan peran pada keluarga

Gangguan peran akan dialami oleh orang yang sakit, misalnya peran sebagai kepala keluarga yang mencari nafkah, hal ini terhalang karena sakit, hal ini akan mengganggu juga peran anggota keluarga yang lainnya, hal ini terkadang membuat stress pada kepala keluarga tersebut.

3. Gangguan psikologi

Kondisi sakit dapat mengakibatkan stress sampai mengalami kecemasan yang berat. Proses terganggunya psikolog ini diawali dengan adanya konflik terhadap dirinya seperti kecemasan, ketakutan, dll.

4. Masalah keuangan

Masalah ini jelas akan terjadi karena adanya beberapa pengeluaran keuangan yang sebelumnya tidak diduga selama sakit mengingat biaya perawatan dan pengobatan cukup mahal.

5. Kesepian akibat perpisahan

Dampak ini dapat terjadi pada seseorang yang

sebelumnya berkumpul dengan keluarganya, namun ketika sakit ia harus dirawat dan berpisah dengan keluarganya, contoh yang paling kongrit adalah bila dirawat karena covid-19 maka tidak boleh ditunggu keluarga, hal ini membuat stress berat pada pasien yang dirawat.

6. Perubahan kebiasaan sosial

Dampak sakit jelas membuat pasien tidak mampu berinteraksi dengan masyarakat disekitarnya, akibatnya pasien merasa terisolasi, ini juga berdampak stress pada pasien.

7. Terganggunya privasi seseorang

Privasi seseorang dapat ditunjukkan pada perasaan menyenangkan yang merefleksikan tingkat penghargaan seseorang. Perasaan menyenangkan ini akan mengalami gangguan karena aktivitasnya terbatas dengan kehidupan dirumah sakit serta kebutuhannya terganggu sehingga dapat mengakibatkan perasaan tidak menyenangkan dan kebutuhan sosial sulit dicapai.

8. Otonomi

Orang yang sakit segala kebutuhannya dipenuhi kebutuhannya oleh orang lain selama

dirawat di Rumah sakit, hal ini mengakibatkan menurunnya kemampuan aktivitas pasien mandiri dan mengatur diri sendiri, sehingga pasien akan tergantung pada orang lain selama dirawat tersebut.

9. Perubahan gaya hidup

Peraturan dan ketentuan dari rumah sakit tentang perilaku sehat serta aturan dalam makanan, obat dan aktivitas yang menyebabkan seseorang akan mengalami perubahan dalam gaya hidup.

10. Dampak pada citra tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat mengakibatkan penampilan fisik pasien dan keluarga akan berubah hal ini membuat bertambahnya kecemasan pasien.

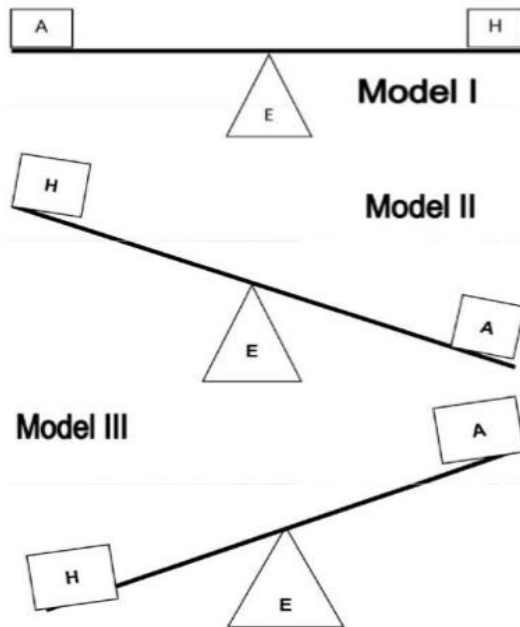
D. *Factor: Agent, Host, Environment*

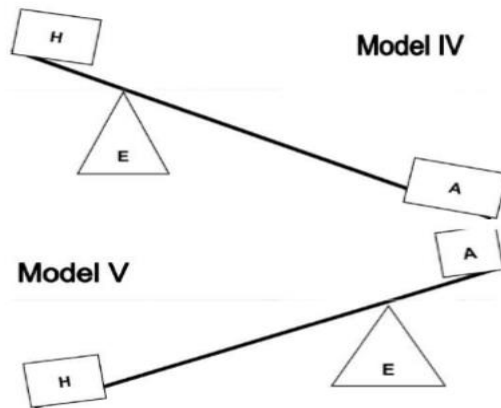
Pendekatan epidemiologi pada penyakit menular, akan terkait dengan teori John Gordon dan La rich (1950) dalam (Sumampouw 2012) yang menyebutkan bahwa timbul atau tidaknya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh tiga factor utama

host(pejamu), *agent* (agen) dan *environment* (lingkungan), Gordon berpendapat bahwa:

1. Penyakit timbul karena ketidakseimbangan antara *agent* (penyebab) dan manusia (*host*).
2. Keadaan keseimbangan bergantung pada sifat alami dan karakteristik *agent* dan *host* (baik individu/kelompok).
3. Karakteristik *agent* dan *host* akan mengadakan interaksi, dalam interaksi tersebut akan berhubungan langsung pada keadaan alami dari lingkungan (lingkungan sosial, fisik, ekonomi, dan biologis). Pejamu (*host*) adalah semua faktor yang terdapat pada manusia yang dapat memengaruhi timbulnya suatu perjalanan penyakit. Bibit penyakit (*agent*) adalah suatu substansi tertentu yang keberadaannya atau ketidakberadaannya diikuti kontak efektif pada manusia dapat menimbulkan penyakit atau mempengaruhi perjalanan suatu penyakit. Environment (lingkungan) adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan manusia (Rajab, 2009) dalam (Sumampouw 2012)
4. Model Gordon mengatakan bahwa sehat apabila terjadi keseimbangan pada ketiga

faktor tersebut, sementara keadaan sakit terjadi apabila ada ketidakseimbangan antara tiga faktor tersebut misalnya faktor kualitas lingkungan yang menurun sehingga memudahkan agent penyakit masuk ke dalam tubuh manusia (Chandra, 2009). Menurut sumampouw 2015 ada 5 interaksi antara penjamu, bibit penyakit dan lingkungan, seperti digambarkan dalam skema berikut ini;





Sumber : (Sumampouw 2012), A(Agent) H(Host),E(Environment)

Uraian gambar:

1. Model I; Model ini penjamu dalam keadaan sehat karena timbangan dalam keadaan seimbang hasil dari interaksi bibit penyakit, penjamu dan lingkungan.
2. Model II; Model ini sudah terjadi ketidakseimbangan dimana bibit penyakit menjadi lebih berat, dimana bibit penyakit mendapat kemudahan menyebabkan penyakit sehingga penjamu menjadi sakit. Salah satu contoh keadaan ini yaitu terjadinya mutasi bibit penyakit.
3. Model III; Model ini sudah terjadi ketidakseimbangan dimana penjamu menjadi lebih berat, dimana penjamu menjadi lebih peka terhadap penyakit sehingga penjamu

menjadi sakit. Contoh keadaan ini yaitu banyaknya populasi balita dimana balita masih peka terhadap penyakit sehingga populasi tersebut rentan terhadap bibit penyakit, contoh lain Kasus Covid-19 yang banyak menimbulkan sakit pada orang yang comorbid tinggi.

4. Model IV: Dalam model ini sudah terjadi ketidakseimbangan dimana terjadi pergeseran lingkungan yang memudahkan bibit penyakit masuk ke penjamu sehingga penjamu menjadi sakit. Contoh keadaan ini yaitu terjadinya perubahan iklim global yang menyebabkan mutasi gen dari bibit penyakit dan populasi masyarakat peka terhadap penyakit. Selain itu, terjadinya banjir menyebabkan penyakit akibat banjir seperti penyakit kulit dan diare mudah terkena pada populasi.
5. Model V: Dalam model ini sudah terjadi ketidakseimbangan dimana penjamu menjadi sangat peka terhadap bibit penyakit sehingga penjamu menjadi sakit. Salah satu contoh keadaan ini yaitu adanya pencemaran udara yang menyebabkan gangguan pada tubuh seperti kurangnya oksigen, penyempitan saluran udara ke paru - paru karena sulfur dioksida (SO₂) yang menyebabkan jantung lemah dan pada akhirnya gagal jantung.

1. **Factor Agent**

Agent artinya penyakit yaitu makhluk hidup atau mati yang memegang peranan penting di dalam epidemiologi yang merupakan penyebab penyakit dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Golongan virus, misalnya influenza dan cacar, covid-19.
- b. Golongan riketsia, misalnya tifus
- c. Golongan bakteri, misalnya disentri, diare
- d. Golongan protozoa, misalnya malaria, filaria, dan sebagainya.
- e. Golongan jamur, misalnya panu.
- f. Golongan cacing, misalnya cacing perut seperti ascaris, cacing kremi, cacing pita, cacing tambang dan sebagainya (Budiarto, 2003) dalam (Sumampouw 2012)(Traina, Martinussen, and Feiring 2019)

Klasifikasi agen penanyi, dibagi menjadi 5 kelompok :

- a. Agen biologis, contohnya virus, bakteri, fungi
- b. Agen kimia, dapat bersifat endogenous, seperti asidosis, diabetes dan uremia atau bersifat exogenous seperti zat kimia, allergen, debu

- c. Agen nutrisi, contoh protein, karbohidrat, lemak, vitamin, mineral, air
- d. Agen mekanik, contoh gesekan, benturan atau pukulan yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan tubuh pejamu
- e. Agen fisika, contoh panas, radiasi, dingin, kelembaban, tekanan, kebisingan

2. **Faktor Host (Penjamu);**

Host artinya semua faktor yang terdapat pada manusia yang dapat mempengaruhi timbulnya suatu perjalanan penyakit (Rajab, 2009) dalam (Sumampouw 2012)

Faktor intrinsik pada host antara lain

- a. Genetik, misalnya penyakit herediter seperti hemophilia
- b. Umur, misalnya pada usia lanjut beresiko terkena penyakit Reumatoid arthritis Jantung, Diabetes dll
- c. Jenis kelamin, misalnya penyakit hipertensi cenderung menyerang pria dan penyakit kelenjar gondok cenderung menyerang wanita.
- d. Kondisi fisiologi, misalnya kehamilan dan persalinan memiliki resiko penyakit anemia

- e. Imun tubuh atau Kekebalan, misalnya manusia yang tidak mempunyai kekebalan tubuh yang baik akan mudah terserang penyakit
- f. Penyakit yang diderita sebelumnya, misalnya reumatoid arthritis yang mudah kambuh
- g. Sifat-sifat manusia, misalnya higiene perorangan yang buruk akan menyebabkan mudah terserang penyakit (Budiarto,2003).

Faktor ekstrinsik pada host antara lain:

- a. Kebiasaan buruk yang tidak sesuai dengan prinsip kesehatan
- b. Ras, beberapa ras tertentu yang diduga mengidap suatu penyakit tertentu
- c. Pekerjaan, keadaan atau situasi dalam pekerjaan yang dapat menimbulkan penyakit tertentu
- d. Lingkungan

3. **Environtment (lingkungan) dan reservoir**

Environtment atau Lingkungan adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan manusia (Rajab, 2009) dalam (Sumampouw

2012). Lingkungan diklasifikasikan dalam tiga macam yaitu:

- a. Lingkungan fisik, yaitu lingkungan yang berada disekitar manusia yang meliputi kondisi udara, musim, cuaca, kondisi geografi, dan geologinya yang dapat mempengaruhi host.
- b. Lingkungan biologi, yaitu manusia namun yang memiliki jenis dari golongan biotis (hewan, tumbuhan dan mikroorganisme) lingkungan yang berada disekitar
- c. Lingkungan non-fisik, yaitu lingkungan sebagai akibat dari interaksi manusia yang meliputi sosial-budaya, norma dan adat-istiadat

Hubungan antara agent dan environment merupakan interaksi antara keadaan saat agent penyakit, manusia dan lingkungan bersama-sama saling mempengaruhi dan mempersbesar satu sama lain, sehingga agen penyakit baik secara langsung maupun tidak langsung mudah masuk kedalam tubuh manusia. (Nadrian et al. 2019)

4. Reservoir (Sumampouw 2012) :

Arti reservoir adalah media atau habitat tempat pathogen atau infeksius tumbuh subur,

memperbanyak diri dan berkembang biak dengan cepat (Timmreck, 2005). Macam reservoir,

- a. Manusia
- b. Hewan
- c. Artropoda dan lain-lain (Budiarto, 2003) dalam (Sumampouw 2012)

Tipe reservoir pada manusia, hewan dan lingkungan

- a. Tipe reservoir pada manusia: Carrier, adalah orang yang terkena infeksi tetapi belum memiliki tanda atau gejala yang jelas, dan dapat menularkan infeksi yang diderita kepada orang lain. Carrier memiliki 3 tipe yaitu : 1. Para carrier yang terjangkit infeksinya tidak terlihat selama infeksi itu berkembang. 2. Para carrier yang berada pada tahap inkubatori 3. Para carrier yang berada dalam tahap pemulihan
- b. Tipe reservoir hewan yaitu: 1. Orang yang makan daging binatang yang menderita penyakit 2. Melalui gigitan binatang sebagai vektornya 3. Binatang penderita penyakit langsung menggigit manusia

c. Tipe reservoir pada lingkungan

Air dan tanah merupakan reservoir lingkungan utama untuk beberapa agen patogenik bagi manusia. Contohnya *Pseudomonas* yang dapat hidup dan berkembangbiak di air dan *Coccidioides* adalah jamur yang hidup di tanah pada zat organik yang busuk. Infeksi jamur ini ditularkan melalui pernapasan (Arias, 2010) dalam (Sumampouw 2012) (Sarolidou et al. 2019)

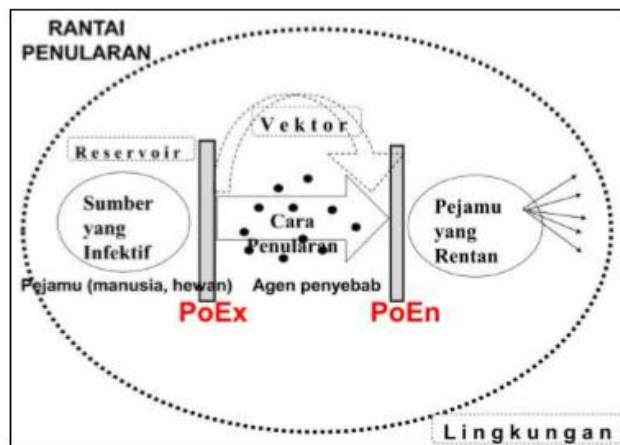
E. Daur Penyakit

Daur penularan penyakit terjadi ketika patogen atau agen meninggalkan reservoir melalui jalan keluar (*portal of exit*), disebarkan dengan salah satu cara penularan. Patogen atau agen penyebab penyakit memasuki tubuh melalui jalan masuk (*portal of entry*) dan menginfeksi pejamu, jika pejamu dalam kondisi rentan. Rantai agen atau patogen etiologis mencakup bakteri, virus, cacing, zat kimia atau substansi hewan atau tumbuhan atau faktor lain yang dapat menyebabkan penyakit. Sumber atau reservoir adalah media atau habitat tempat patogen atau agen infeksius tumbuh subur, memperbanyak diri dan berkembang biak dengan cepat. Reservoir mencakup manusia, hewan dan kondisi lingkungan.

Begitu agen atau patogen meninggalkan reservoir, agen menggunakan suatu cara penularan akan berpindah ke pejamu (*host*) yang rentan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Rantai paling akhir yaitu pejamu yang rentan biasanya manusia atau hewan. Jika patogen dapat masuk ke dalam tubuh pejamu akibatnya adalah sakit dimana bila pejamu sudah kurang atau tidak memiliki imunitas tubuh lagi (Timmreck, 2005) dalam (Sumampouw 2012).

Berikut adalah rantai penularan dalam skema:



Sumber : (Sumampouw 2012)

Riwayat alamiah penyakit Riwayat alamiah penyakit adalah perjalanan penyakit yang alami tanpa pengobatan apapun, yang mulai terjadi dari keadaan sehat hingga timbul penyakit. Riwayat alamiah penyakit dapat dibagi menjadi 5 kategori:

1. Tahap prapatogenesis, yaitu host masih dalam keadaan sehat namun telah terpajan dan beresiko terhadap penyakit
2. Tahap inkubasi, yaitu bibit penyakit telah masuk ke manusia namun gejala belum tampak
3. Tahap penyakit dini, yaitu timbul gejala penyakit, yang sifatnya masih ringan dan masih dapat beraktivitas
4. Tahap penyakit lanjut, yaitu pada tahap ini penyakit makin bertambah hebat, penderita tidak dapat beraktivitas sehingga membutuhkan perawatan
5. Tahap akhir penyakit, yaitu pada tahap ini manusia berada dalam 5 keadaan yaitu sehat sempurna, sembuh dengan cacat, carrier, kronis, atau meninggal.

Berikut ini digambarkan bagan riwayat penyakit secara alamiah:



Sumber : (Sumampouw 2012)

Beberapa penyakit yang kejadiannya tidak sesuai sehingga dikenal dengan istilah (Sumampouw 2012):

1. *Self limiting disease*, yaitu proses penyakit terhenti sendiri dan tubuh kembali normal
2. Penyakit *inapparent*, yaitu penyakit yang berlangsung tanpa gejala klinis, penderita penyakit sudah mulai menularkan penyakitnya sebelum masa inkubasi selesai, atau penderita penyakit tertentu mulai menularkan penyakitnya setelah gejala klinis muncul
3. Masa *latent*, yaitu masa antara masuknya agen sampai penderita dapat menularkan penyakitnya

4. Periode menular, yaitu penderita mampu menularkan penyakit ketika keadaan penderita pulih atau sembuh dan pulih atau sembuh sesudah penyakit tidak menunjukkan gejala klinis
5. Periode akut, yaitu penyakit berlangsung dalam waktu singkat
6. Periode kronis, yaitu penyakit berlangsung beberapa tahun

Manfaat mengetahui riwayat alamiah penyakit antara lain ;

1. Guna diagnostic; Masa inkubasi dapat dipakai sebagai pedoman jenis penyakit, misalnya terjadinya KLB (kejadian luar biasa)
2. Untuk Pencegahan; dengan mengetahui kuman patogen penyebab dan rantai perjalanan penyakit dapat dengan mudah dicari titik potong yang penting dalam upaya pencegahan penyakit.
3. Untuk Terapi Intervensi atau terapi hendaknya biasanya diarahkan ke fase paling awal sehingga terapi dapat diberikan dengan tepat.

F. Soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan sehat dan sakit?
2. Jelaskan tentang paradigma sehat
3. Jelaskan tentang rentang sehat dan sakit
4. Apa yang dimaksud dengan Agent, host dan environment
5. Jelaskan tentang riwayat alamiah penyakit dan manfaat mengetahui riwayat alamiah penyakit.

BAB 4

Konsep Pencegahan Penyakit

A. Pendahuluan

Secara umum pencegahan atau *prevention* dapat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan sebelum peristiwa yang diharapkan akan terjadi sehingga peristiwa tersebut tidak terjadi atau dapat dihindari. Pencegahan atau *prevention* dapat diartikan sebagai bertindak mendahului (*to come before or precede*) atau mengantisipasi (*to anticipate*) yang menyebabkan suatu proses tidak mungkin berkembang lebih lanjut. Dalam melakukan tindakan pencegahan akan memerlukan tindakan antisipatif (*anticipatory action*) berdasarkan pada penguasaan kita tentang model riwayat alamiah penyakitnya, yang berkaitan inisiasi (awal mula) atau kemajuan dari proses suatu penyakit atau masalah kesehatan apapun tidak mempunyai peluang untuk berlanjut. (Juaria, 2016)

Sasaran pelayanan kesehatan masyarakat tersebut adalah individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat yang tujuannya agar tercapai derajat kesehatan yang optimal melalui upaya promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitative. Sedangkan lingkup tatanan kesehatan masyarakat, meliputi tatanan keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Pencegahan dalam arti sempit berarti mencegah perkembangan keadaan patologis. Dalam arti yang lebih luas, mencakup semua langkah-definitif terapi antara mereka yang membatasi perkembangan penyakit pada setiap tahap nya saja. (Amir, 2019)

Pencegahan adalah mengambil suatu tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologi (Nasry, 2006).

Pencegahan penyakit masal adalah kemampuan untuk melindungi kesehatan penduduk melalui administrasi intervensi kritis dalam menanggapi keadaan darurat kesehatan masyarakat untuk mencegah perkembangan penyakit di antara mereka yang terkena atau berpotensi terkena ancaman kesehatan.

Pencegahan penyakit adalah tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit dan kecacatan, dengan menerapkan sebuah atau sejumlah intervensi yang telah dibuktikan efektif (Murti 2010).

Dapat disimpulkan bahwa mencegah penyakit berarti menggunakan pengetahuan dan tindakan kita yang terbaru sebaik mungkin untuk menunda, mengurangi, mencegah penyakit dan ketidakmampuan, dengan tujuan memperpanjang umur dimana semua upaya tersebut dapat dicapai dengan cara mengorganisasi dan menyediakan pelayanan kedokteran dan kesehatan masyarakat kepada perorangan maupun keluarga atau masyarakat yang membutuhkan.

B. Konsep dan Upaya Pencegahan Penyakit

Dasar-dasar Konsep Pencegahan penyakit dapat dibedakan atas,(Wening, 2016) :

1. Dasar-dasar Konsep Pencegahan Berdasarkan konsep natural history of disease maka: Kondisi sakit merupakan suatu episode.
2. Tindakan pencegahan merupakan upaya memotong perjalanan alamiah penyakit pada titik-titik perjalanan yg dikuasai oleh iptek/sumber daya yang ada.
3. Pencegahan primer: untuk menghindari fase prepatogenesis.
4. Pencegahan sekunder: tindakan pengobatan pada fase patogenesis, berupa diagnosis dini dan pengobatan segera untuk menghentikan

proses penyakit pada tingkat permulaan tdk jadi lebih parah.

5. Pencegahan tersier: tindakan pencegahan terjadinya komplikasi penyakit atau lebih parah/fatal, untuk menurunkan cacat fisik atau mental

Aspek upaya kesehatan ada 2 aspek,(Juaria, 2016):

1. Pemeliharaan kesehatan mencakup dua aspek yaitu kuratif (Pengobatan penyakit) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau cacat).
2. Peningkatan kesehatan mencakup 2 aspek yakni, preventif (pencegahan penyakit) dan promotif (peningkatan kesehatan)

C. Tingkatan Pencegahan Penyakit

1. Tingkat Pencegahan Primer

Tingkat pencegahan primer adalah suatu upaya untuk memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko, sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel dan induksi penyakit, dengan tujuan mencegah atau memnunda kejadian baru suatu penyakit. (Wening, 2016)

Tingkat pencegahan primer berkaitan dengan pencegahan primoridal dan reduksi kerugian.

Pencegahan primordial merupakan strategi pencegahan penyakit dengan menciptakan lingkungan yang dapat mengeliminasi faktor risiko, sehingga tidak diperlukan intervensi preventif lainnya. Contoh: (1) Program eliminasi global cacar, sehingga tidak diperlukan imunisasi cacar; (2) Penciptaan lingkungan bersih sehingga tidak diperlukan pengabutan nyamuk *Aedes aegypti*; (3) Program eliminasi garam dari semua makanan yang jika tercapai sangat efektif untuk mencegah hipertensi. (Widyaloaka, 2017)

Reduksi kerugian (*harm reduction*) adalah program yang bertujuan untuk mereduksi kerugian kesehatan pada populasi, meskipun mungkin tidak mengubah perilaku. Sebagai contoh, pada tahun 1990an sejumlah kota di AS melakukan eksperimen berupa program penukaran jarum (*needle exchange program*). Dalam program itu jarum bekas pengguna obat intravena ditukar dengan jarum bersih yang diberikan gratis oleh pemerintah kota.

Tujuan program adalah memperlambat penyebaran HIV, meskipun tidak menurunkan dan bahkan bisa mendorong peningkatan penyalahgunaan obat. Argumen yang dikemukakan untuk membenarkan strategi tersebut, kerugian yang dialami oleh penerima

lebih rendah jika menggunakan jarum bersih. Program seperti itu menjadi kontroversial jika sebagian masyarakat memandang dana publik telah digunakan untuk mendukung aktivitas/perilaku yang tidak sehat.

Pencegahan tingkat pertama (primer) secara garis besar dapat berupa pencegahan umum dan pencegahan khusus. Pencegahan umum dimaksudkan untuk mengadakan pencegahan pada masyarakat umum, contohnya pendidikan kesehatan masyarakat dan kebersihan lingkungan. Sedangkan pencegahan khusus ditujukan pada orang-orang yang mempunyai risiko dengan melakukan imunisasi, misalnya imunisasi terhadap difteri, pertusis, tetanus, polio, dan hepatitis. (Widyaloka, 2017)

2. Tingkat Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan pada fase penyakit asimtomatis, tepatnya pada tahap preklinis, terhadap timbulnya gejala-gejala penyakit secara klinis melalui deteksi dini (*early detection*). Jika deteksi tidak dilakukan dini dan terapi tidak diberikan segera maka akan terjadi gejala klinis yang merugikan.

Deteksi dini penyakit sering disebut “skrining”. Skrining adalah identifikasi yang menduga adanya penyakit atau kecacatan yang belum diketahui dengan menerapkan suatu tes, pemeriksaan, atau prosedur lainnya, yang dapat dilakukan dengan cepat. (Susanti, 2019)

Tes skrining memilah orang-orang yang tampaknya mengalami penyakit dari orang-orang yang tampaknya tidak mengalami penyakit. Tes skrining tidak dimaksudkan sebagai diagnostik. Orang-orang yang ditemukan positif atau mencurigakan dirujuk ke dokter untuk penentuan diagnosis dan pemberian pengobatan yang diperlukan (Last, 2001).

Skrining yang dilakukan pada subpopulasi berisiko tinggi dapat mendeteksi dini penyakit dengan lebih efisien daripada populasi umum. Tetapi skrining yang diterapkan pada populasi yang lebih luas (populasi umum) tidak hanya tidak efisien tetapi sering kali juga tidak etis. (Widyaloka, 2017)

Skrining tidak etis dilakukan jika tidak tersedia obat yang efektif untuk mengatasi penyakit yang bersangkutan, atau menimbulkan trauma, stigma, dan diskriminasi bagi individu yang menjalani skrining. Sebagai contoh, skrining HIV tidak etis dilakukan pada kelompok risiko tinggi

jika tidak tersedia obat antiviral yang efektif, murah, terjangkau oleh individu yang ditemukan positif mengidap HIV. Selain itu, skrining HIV tidak etis dilakukan jika hasilnya mengakibatkan individu yang ditemukan positif mengalami stigmatisasi, pengucilan, dan diskriminasi pekerjaan, asuransi kesehatan, pendidikan, dan berbagai aspek kehidupan lainnya.

Deteksi dini pada tahap preklinis memungkinkan dilakukan pengobatan segera (*prompt treatment*) yang diharapkan memberikan prognosis yang lebih baik tentang kesudahan penyakit daripada diberikan terlambat. (Susanti, 2019)

Hipertensi klinis Skrining tekanan darah tinggi, Kanker payudara Skrining dengan mammografi, Kanker kolon Sigmoidoskopi atau kolonoskopi untuk mendeteksi kanker dini atau lesi prakanker HIV/AIDS ELISA atau WESTERN blot rutin untuk kelompok risiko tinggi Hepatitis B, *Immunoglobulin* hepatitis B untuk neonatus dari ibu dengan HbsAg positif, dan orang-orang yang belum pernah diimunisasi dan terpapar oleh virus hepatitis B. Contoh:

- a. Pada ibu hamil yang sudah terdapat tanda – tanda anemia diberikan tablet Fe dan dianjurkan untuk makan makanan yang mengandung zat besi

- b. Mencari penderita dalam masyarakat dengan jalan pemeriksaan. Misalnya pemeriksaan darah, rontgent paru.
- c. Mencari semua orang yang telah berhubungan dengan penderita penyakit menular (contact person) untuk diawasi agar bila penyakitnya timbul dapat segera diberikan pengobatan.
- d. Melaksanakan skrining untuk mendeteksi dini kanker.
- e. Menemukan penderita secara aktif pada tahap dini.

Kegiatan ini meliputi:

- a. Pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu seperti pegawai negeri, buruh/ pekerja perusahaan tertentu, murid sekolah dan mahasiswa serta kelompok tentara, termasuk pemeriksaan kesehatan bagi calon mahasiswa, calon pegawai, calon tentara serta bagi mereka yang membutuhkan surat keterangan kesehatan untuk kepentingan tertentu;
- b. Penyaringan (screening) yakni pencarian penderita secara dini untuk penyakit yang secara klinis belum tampak gejala pada

penduduk secara umum atau pada kelompok risiko tinggi.

- c. Surveilans epidemiologi yakni melakukan pencatatan dan pelaporan secara teratur dan terus-menerus untuk mendapatkan keterangan tentang proses penyakit yang ada dalam masyarakat, termasuk keterangan tentang kelompok risiko tinggi. (Ismah, 2018).
- d. Selain itu, pemberian pengobatan dini pada mereka yang dijumpai menderita atau pemberian kemoprofilaksis bagi mereka yang sedang dalam proses patogenesis termasuk mereka dari kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu.

3. Tingkat Pencegahan Tersier

Pencegahan ini dilakukan setelah penanganan sistem dengan berbagai strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tersier difokuskan pada perbaikankembali kearah sistem stabilitas secara optimal. (Wening, 2016)

Tujuan utamanya adalah memperkuat daya tahan tubuh, mencegah agar tidak mengalami kecacatan, serta mencegah penyakit muncul

kembali (masa rehabilitasi). Upaya pencegahan tingkat ketiga ini dapat dilakukan dengan:

- a. Memaksimalkan fungsi organ yang cacat
- b. Membuat protes a ekstremitas akibat amputasi, dan
- c. Mendirikan pusat-pusat rehabilitasi medik (Budiarto, 2003).

Contoh pencegahan tersier adalah rehabilitasi penyakit jantung. Sesuai dengan konsep rehabilitasi dini maka bagi penderita pasca serangan jantung dan pasca bedah jantung tanpa komplikasi akan dilaksanakan program latihan sedini mungkin. Penderita akan didatangi tim rehabilitasi untuk menjelaskan maksud latihan yang akan dilaksanakan.

Pada pelaksanaannya dirumah sakit program latihan ini dilakukan pada hari ke-2 dan ke-3 dengan memberikan jenis latihan ringan dengan dibantu oleh instruktur sehingga disebut sebagai latihan pasif (*passive exercise program*) yang akan dilanjutkan dengan latihan secara aktif oleh penderita sendiri berupa kegiatan senam ditempat tidur, dikursi, latihan lengan dan tangkai yang tujuannya untuk mencegah terjadinya berbagai penyakit akibat posisi tidur yang lama. Latihan dilanjutkan di ruang rawat berupa latihan jalan di ruangan, keluar ruangan serta dilanjutkan

dengan berlatih di ruang gymnasium dengan tetap melakukan pengawasan terhadap perubahan nadi, tekanan darah serta keluhan pernafasan (hemodinamik) dari penderita dan khusus di ruang gymnasium dilakukan monitoring perubahan rekaman elektrokardiografi jarak jauh (telemonitor). (Wening, 2016)

Penilaian ini amat bermanfaat dalam menentukan respons latihan terhadap penderita, sebelum dipulangkan ke rumah dilakukan tes evaluasi kemampuan fisik penderita dengan mempergunakan *treadmill* (jentera lari) selanjutnya bagi penderita setelah dipulangkan ke rumah. Semua jenis latihan ini dikenal sebagai program latihan rehabilitasi fase satu.

Program latihan bagi penderita selanjutnya setelah dipulangkan dari rumah sakit merupakan program latihan Fase II yang dilaksanakan paling sedikit selama 1-2 bulan, berupa latihan dengan meningkatkan program secara bertahap dengan berpedoman kepada hasil *treadmill* yang telah dilaksanakan.

Latihan Fase II ini mencakup latihan penafasan, latihan ketahanan, latihan alat serta latihan relaksasi yang sebaiknya dilaksanakan secara bersama-sama dengan penderita lain di ruangan (*indoor programme*) yang telah dipersiapkan

dengan berbagai perlengkapan di bawah pengawasan ketat dari dokter rehabilitasi dan staf. (Susanti, 2019)

Penilaian terhadap hasil latihan ini sangat bermanfaat bagi penentuan ramalan perjalanan penyakit (jantung) dan penderita selanjutnya serta untuk menilai perlukah dilaksanakan intervensi operative terhadap penderita. Selama menjalani program fase II ini terhadap penderita dilaksanakan upaya-upaya rehabilitasi lainnya berupa penilaian terhadap kondisi gizi, psikologis, masalah psikologis dsb, serta memberikan bimbingan khusus terhadap hal-hal di atas melalui kegiatan pendidikan terhadap penderita dan keluarga secara group. Pada akhirnya latihan fase II ini dilaksanakan lagi pengujian ulang kemampuan fisik penderita dengan tes treadmill atau tes *ergocycle* (sepeda statis) guna penyusunan program selanjutnya (fase III). (Eliana & Sumiati, 2016)

Program latihan fase III adalah merupakan program latihan lanjutan bagi penderita yang dilaksanakan selama 3 s/d 6 bulan pasca serangan jantung. Latihan disini merupakan program pemantapan terhadap latihan fase II. Karena merupakan latihan lanjutan Fase III ini dilaksanakan di tempat yang lebih luas dan

terbuka sehingga disebut sebagai program out door. Disini penderita dilatih secara lebih mendalam guna persiapan mereka untuk sendiri di rumah, karena sesudah latihan III ini biasanya penderita sudah diizinkan untuk kembali bekerja ke pekerjaannya semula atau pekerjaan barunya (*return to work*) dan berlatih di rumah sendiri (program rehabilitasi fase IV) atau bergabung dengan klub-klub jantung yang berada di lokasi perumahan masing-masing. (Sawitri et al., 2017).

D. Pencegahan Penyakit dalam Pelayanan Kesehatan

Secara umum pencegahan atau prevention dapat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan sebelum peristiwa yang diharapkan akan terjadi, sehingga peristiwa tadi tidak terjadi atau dapat dihindari. Pencegahan atau *prevention* dapat diartikan sebagai tindakan yang mendahului (*to come before or precede*) atau mengantisipasi (*to anticipate*) yang menyebabkan sesuatu proses penyakit tidak mungkin berkembang lebih lanjut. Dengan demikian pencegahan akan memerlukan tindakan antisipatif (*anticipatory action*) berdasarkan pada penguasaan kita tentang model riwayat alamiah penyakitnya, yang berkaitan inisiasi (awal kejadian penyakit) atau kemajuan dari proses suatu penyakit atau masalah

kesehatan apapun tidak mempunyai peluang untuk berlanjut. (Wening, 2016)

Mencegah penyakit berarti menggunakan pengetahuan kita yang mutakhir sebaik mungkin untuk membina (*promote*), mencegah penyakit dan ketidakmampuan, dan memperpanjang umur (mengikuti asal mulanya sebagaimana dimaksud dalam definisi Public Health menurut Winslow, 1920). Semua upaya tersebut dapat dicapai dengan cara menyediakan pelayanan kedokteran dan kesehatan masyarakat kepada perorangan maupun keluarga atau masyarakat yang membutuhkan.

Tindakan pencegahan dapat dilakukan baik pada fase prepatogenesis yaitu sebelum mulainya proses penyakit, maupun fase pathogenesis yaitu sesudah memasuki proses penyakit mengikuti konsep proses Riwayat Alamiah Penyakit. Tindakan pencegahan dibagi menjadi 3 tahap utama, yaitu (Ismah, 2018):

1. Pencegahan primer yang dilakukan dalam fase pre- patogenesis sebelum proses penyakit terjadi.
2. Pencegahan sekunder dimana proses penyakit sudah mulai memasuki fase pathogenesis tapi masih dalam tahap ringan dan belum nyata.
3. Pencegahan tersier dimana dalam fase pathogenesis tersebut proses penyakit sudah

nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf penyakit akan berakhir.

1. Tahap-Tahap Pencegahan

a. Tahap Primary Prevention

Tahap pencegahan primer diterapkan dalam fase pre-pathogenesis yaitu pada keadaan dimana proses penyakit belum terjadi atau belum mulai. Dalam fase ini meskipun proses penyakit belum mulai tapi ke 3 faktor utama untuk terjadinya penyakit, yaitu *agent*, *host*, dan *environment* yang membentuk konsep “Segitiga Epidemiologi” selalu akan berinteraksi yang satu dengan lainnya dan selalu merupakan ancaman potensial untuk sewaktu-waktu mencetuskan terjadinya *stimulus* yang memicu untuk mulainya terjadinya proses penyakit dan masuk kedalam fase pathogenesis. (Eliana & Sumiati, 2016)

Tahap pencegahan primer terbagi menjadi dua sub-tahap yaitu *Health Promotion* (pembinaan kesehatan) dan *Specific Protection* (perlindungan khusus).

1) **Tahap Health Promotion**

Upaya-upaya pencegahan dalam tahap ini masih bersifat umum dan belum tertuju pada jenis atau kelompok penyakit tertentu. Tujuan utamanya adalah untuk pembinaan atau memajukan (*to promote*) kesehatan secara umum dan kesejahteraan hidup individu atau kelompok masyarakat dengan upaya-upaya ini diharapkan daya tahan secara fisik mental dan sosial ditingkatkan dan kita dijauhkan dari segala ancaman stimulus yang dapat memicu terjadinya atau mulainya suatu proses penyakit secara umum. Sebagian besar upaya-upaya tersebut mungkin dapat dicapai melalui pendidikan atau penyuluhan (komunikasi, informasi dan edukasi), sebagian melalui kegiatan-kegiatan bersama dilapangan, melalui organisasi atau perkumpulan yang teratur dan terencana (*organized dan structured*) dan sebagai melalui kegiatan yang

berkategori santai dan bebas. (Sawitri et al., 2017)

Leavell dan Clark menyebutkan beberapa bentuk kegiatan yang termasuk Health Promotion dan yang sudah banyak dikembangkan dan sudah tercakup atau terintegrasi dalam berbagai bentuk program pelayanan kesehatan yang umumnya termasuk kategori Anak, *Pimary Health Care* maupun *Basic Health Services* seperti (Wening, 2016):

- a) Pendidikan/penyuluhan kesehatan
- b) Kondisi kerja yang baik
- c) Makanan bergizi
- d) Keturunan dan KB
- e) Perkembangan kepribadian
- f) Nasehat perkawinan
- g) Perumahan sehat
- h) Pemeriksaan berkala
- i) Rekreasi dan olahraga

2) Tahap Spesifik Protection

Tahap inilah yang biasanya dimaksud sebagai arti pencegahan sebagaimana umumnya orang mengartikannya. Upaya pencegahan disini sudah tertuju kepada jenis penyakit penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Biasanya sasarannya adalah individu atau kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (*High Risk Group*) terhadap suatu penyakit tertentu tadi. Tindakan pencegahan disini dapat diartikan sebagai memberi perlindungan khusus terhadap kelompok beresiko tinggi tadi. (Susanti, 2019)

Menyusul kemajuan dalam iptek bio-medik dengan diketemukan dan dikembangkannya berbagai penyakit menular, kemudian diketemukan dan dikembangkannya berbagai jenis vaksin terhadap berbagai penyakit menular, kemudian diketemukan dan dikembangkan juga upaya-upaya perlindungan khusus dibidang gizi, pengobatan

kimiawi (*chemo-therapy*), pestisida, anti-biotika dan lain-lainnya. Berbagai bentuk kegiatan yang termasuk *Spesifik Protection* antara lain adalah sebagai berikut:

- a) Imunisasi khusus
- b) Perlindungan terhadap kecelakaan
- c) Higine/kebersihan perorangan
- d) Pemberian makanan khusus
- e) Perlindungan tumbuh kembang anak
- f) Perlindungan terhadap karsinogen
- g) Sanitasi/kesehatan lingkungan
- h) Perlindungan terhadap allergen
- i) Perlindungan terhadap terhadap penyakit akibat kerja.

b. Tahap Secondary Prevention

Upaya pencegahan pada tahap ini terbentuk Diagnosa Dini dan Pengobatan Langsung (*Early Dignosis dan Prompt Treatment*). Tahap ini sudah dalam fase pathogenesis tapi masih pada awal dari

proses penyakit yang bersangkutan (dalam masa inkubasi dan mulai terjadi perubahan anatomis dan fungsi faal tubuh, tapi belum menimbulkan keluhan-keluhan, gejala-gejala atau tanda yang secara klinis dapat diamati oleh dokter atau penderita sendiri, fase sub-klinis yang masih berada dibawah *clinical horizon*).

Meskipun demikian dengan berbagai kemajuan dalam iptek kedokteran dan kesehatan, sudah dapat dikembangkan berbagai cara untuk bisa mendeteksi dan mendiagnosa penyakit-penyakit yang bersangkutan pada fase sub klinis tersebut, misalnya berbagai cara laboratories baik bio- medis, bio-kimiawi, dan lain-lain.

Berbagai metoda atau cara-cara pemeriksaan yang tergolong *screening* atau *case funding* (*active* maupun *passive*) dikembangkan untuk bisa menemukan kasus-kasus sub-klinis berbagai penyakit endemis dimasyarakat. Berbagai pemeriksaan serologis dipakai untuk mendeteksi berbagai penyakit menular seperti Wasserman/VDRL terhadap sifilis,

Mantoux test terhadap TBC, Shick's test terhadap difteria, HIV terhadap AIDS, pemeriksaan bio- kimiawi darah (misalnya kadar gula darah terhadap Diabetes Melitus), pemeriksaan darah mikroskopis terhadap parasit, pemeriksaan sitologis (patologi-anatomi) terhadap keganasan (misalnya PAP smear terhadap kanker leher rahim). (Susanti, 2019)

Tujuan utama pencegahan pada tahap ini antara lain adalah:

- 1) Mencegah tersebarnya penyakit ke orang lain dalam masyarakat, terutama pada penyakit menular
- 2) Untuk bisa mengobati dan menghentikan berkembangnya penyakit menjadi lebih berat, atau membatasi disabilitas dan agar tidak timbul komplikasi, cacat atau berubah jadi menahun
- 3) Membatasi atau menghentikan perjalanan/proses penyakit dalam fase dini

Dalam epidemiologi dari program-program pemberantas penyakit menular

dimasyarakat dikenal upaya-upaya yang antara lain sebagai berikut:

- 1) Upaya penemuan kasus (*case finding*), baik secara aktif maupun pasif
- 2) Screening baik masal maupun selektif dan kadang terhadap
- 3) Pemeriksaan khusus dan berkala (*periodic selective examination*)

c. Tahap Tertiary Prevention

Tahap ini sudah masuk dalam fase patogenesis yang secara klinis penyakitnya sudah nyata dan mungkin sudah lanjut (*advanced diseases*), atau sebaliknya proses penyakit dari *host* justru berbalik ke fase penyembuhan (*reconvalescence*) dan memasuki tahap pemulihan (*rehabilitation*).

Yang termasuk tahap pencegahan tersier adalah *disability limitation* (membatasi ketidakmampuan) dan *rehabilitation* (pemulihan). (Ismah, 2018)

- 1) Tahap Disability Limitation

Biasanya orang tidak akan mengkategorikan *disability limitation*

sebagai tindakan pencegahan lagi karena penyakitnya sudah nyata dan bahkan mungkin sudah lanjut. Istilah pencegahan disini mungkin dapat diartikan sebagai tindakan agar penyakit tidak berlanjut dan berkembang menjadi lebih parah, dan apabila penyakit tersebut sudah dalam stadium lanjut dan parah, maka tindakan pencegahan dapat diartikan agar tidak menjadi menahun atau berakibat cacat yang menetap dan akhirnya dapat juga diartikan sebagai tindakan sebagai tindakan untuk mencegah kematian. Tindakan pencegahan pada tahap ini sebenarnya sudah termasuk kategori medis kuratif yang merupakan lahan garapan utama.

2) Tahap Rehabilitation

Tindakan pencegahan tahap akhir ini merupakan tindak lanjut setelah penderita berhasil melalui masa disability atau ketidakmapuannya dan masuk dalam proses penyembuhan. Pengertian sembuh

disini juga harus diartikan secara fisik, mental dan sosial dan spiritual.

Tahap pencegahan yang tercakup dalam upaya-upaya rehabilitasi ini merupakan tindakan yang menyangkut bidang yang multidisiplin. Rehabilitasi fisik mungkin masih memerlukan tindakan teknis dibidang medis klinis (misalnya bedah rekontruksi untuk mantan penderita kusta), pelatihan-pelatihan penggunaan alat-alat bantu atau protesa, fisioterapi dan perawatan neurologis untuk penderita polio, penderita CVA (Pasca Cerebro Vascular Accident atau Stroke). (Susanti, 2019)

Rehabilitasi mental dan sosial disamping memerlukan tindakan medis klinis juga mungkin memerlukan tenaga psikolog maupun ahli-ahli atau pekerja sosial. Rehabilitasi sosial biasanya ditunjukkan agar penderita dengan kondisi pasca penyakitnya (mungkin dengan cacat yang menetap) dapat diterima kembali dalam kehidupan

yang normal oleh masyarakat sekelilingnya (rehabilitasi psiko-sosial). (Eliana & Sumiati, 2016)

Untuk lingkungan atau kelompok masyarakat yang religious seperti di Indonesia, dukungan rehabilitasi spiritual mungkin dapat lebih membantu keberhasilan upaya-upaya rehabilitasi tersebut.

2. Tingkat Pencegahan Penyakit Menurut Leavell dan Clark

Tingkat pencegahan penyakit menurut Leavell dan Clark dapat dibedakan atas 5 tingkatan yaitunya : (Wening, 2016)

- a. Peningkatan kesehatan (Health Promotion)
- b. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit-penyakit tetentu (General and Spesifik Protection)
- c. Menegakkan diagnose secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (early diagnosis and prompt treatment)
- d. Pembatasan ke cacatan (Disability Limitation)
- e. Penyembuhan kesehatan (Rehabilitation),

Tingkatan pencegahan ini dapat dijabarkan dalam upaya-upaya pencegahan sebagai berikut:

a. Upaya Pencegahan Primer

1) Upaya Peningkatan Kesehatan

Yaitu upaya pencegahan yang umumnya bertujuan meningkatkan taraf dijabarkan dalam upaya-upaya pencegahan sebagai upaya pencegahan primer kesehatan individu/keluarga/masyarakat, misalnya: (Juaria, 2016)

- a) Penyuluhan kesehatan, perbaikan gizi, penyusunan pola gizi memadai, pengawasan pertumbuhan anak balita dan usia remaja.
- b) Perbaikan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan.
- c) Kesempatan memperoleh hiburan sehat yang memungkinkan pengembangan kesehatan mental dan sosial.

- d) Pendidikan kependudukan, nasehat perkawinan, pendidikan seks.
- e) Pengendalian faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

2) Perlindungan Umum dan Khusus

Perlindungan khusus terhadap kesehatan. Golongan masyarakat tertentu serta keadaan tertentu yang secara langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi tingkat kesehatan. Upaya-upaya yang termasuk perlindungan umum dan khusus antara lain:

- a) Peningkatan hygiene perorangan dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan.
- b) Perlindungan tenaga kerja terhadap setiap kemungkinan timbulnya penyakit akibat kerja.
- c) Perlindungan terhadap bahan-bahan beracun, korosif, alergen.

- d) Perlindungan terhadap sumber-sumber pencemaran.

b. Upaya Pencegahan Sekunder

Pada pencegahan sekunder termasuk upaya yang bersifat diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) meliputi: (Ismah, 2018).

- 1) Melakukan general chek up rutin pada tiap individu.
- 2) Melakukan berbagai survey (survey sekolah, rumah tangga) dalam rangka pemberantasan penyakit menular.
- 3) Pengawasan obat-obatan, termasuk obat terlarang yang diperdagangkan bebas, golongan narkotika, dan obat-obat bius lainnya.

c. Upaya Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier berupa pencegahan terjadinya komplikasi penyakit yang lebih parah. Bertujuan menurunkan angka kejadian cacat fisik ataupun mental, meliputi upaya:

- 1) Penyempurnaan cara pengobatan serta perawatan lanjut.
- 2) Rehabilitas sempurna setelah penyembuhan penyakit (rehabilitasi fisik dan mental).
- 3) Mengusahakan pengurangan beban sosial penderita, sehingga mencegah kemungkinan terputusnya kelanjutan pengobatan serta kelanjutan rehabilitasi.

3. Pengendalian Penyakit Menular

a. Definisi dan Pengertian Penyakit Menular

Menurut para ahli, penyakit menular dapat didefinisikan sebagai sebuah penyakit yang dapat ditularkan (berpindah dari orang satu ke orang yang lain, baik secara langsung maupun tidak langsung atau melalui perantara/penghubung). Penyakit menular ini ditandai dengan adanya *agent* atau penyebab penyakit yang hidup dan dapat berpindah serta menyerang *host* atau inang (penderita).

Dalam dunia medis, pengertian penyakit menular atau penyakit infeksi adalah

sebuah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteri atau parasit), dan bukan disebabkan oleh faktor fisik (seperti luka bakar) atau kimia (seperti keracunan) (Ismah, 2018)

b. Komponen Proses Penyakit Menular

1) Faktor Penyebab Penyakit Menular

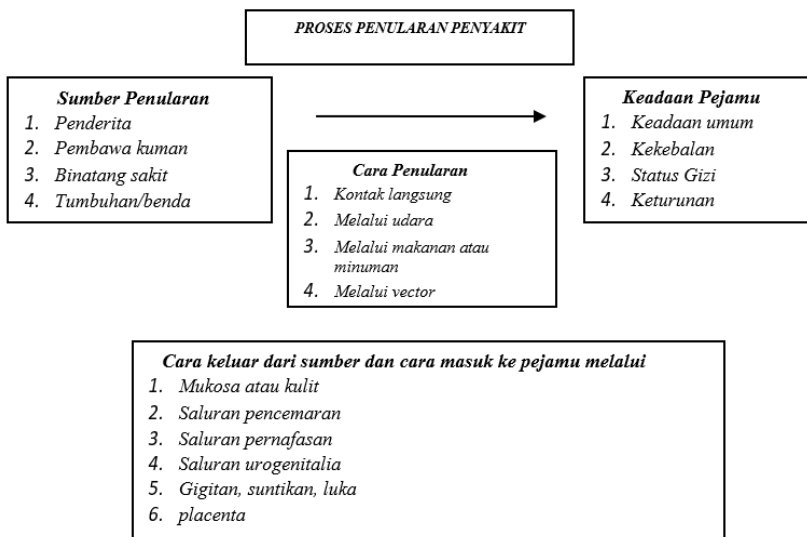
Pada proses perjalanan penyakit menular di dalam masyarakat, faktor yang memegang peranan penting, yaitu:

- a) Faktor penyebab atau *agent* yaitu organisme penyebab penyakit
- b) Sumber penularan yaitu *reservoir* maupun *resources*
- c) Cara penularan khusus melalui *mode of transmission*

Unsur penyebab dikelompokkan dalam beberapa kelompok yakni:

- a) Kelompok *arthropoda* (serangga) seperti *scabies*, *pediculosis*, dan lain-lain.

- b) Kelompok cacing/ *helminth*, baik cacing darah maupun cacing perut.
- c) Kelompok protozoa seperti *plasmodium*, *amuba*, dan lain-lain.
- d) Fungus atau jamur, baik uni maupun multiselular.
- e) Bakteri termasuk *spirochaeta* maupun *ricketsia*.
- f) Virus sebagai kelompok penyebab yang paling sederhana



2) Interaksi Penyebab dengan Pejamu.
(Ismah, 2018)

a) Infektivitas

Infektivitas adalah kemampuan unsur penyebab atau agent untuk masuk dan berkembang biak serta menghasilkan infeksi dalam tubuh pejamu.

b) Patogenesis

Patogenesis adalah kemampuan untuk menghasilkan penyakit dengan gejala klinis yang jelas.

c) Virulensi

Virulensi adalah nilai proporsi penderita dengan gejala klinis yang berat terhadap seluruh penderita dengan gejala klinis jelas. Dalam hal ini CFR dapat pula menjadi ukuran virulensi.

d) Imunogenisitas

Imunogenisitas adalah suatu kemampuan menghasilkan kekebalan atau imunitas

3) Mekanisme Patogenesis. (Ismah, 2018)

Efek patogen yang dihasilkan oleh unsur penyebab penyakit menular/infeksi dapat terjadi karena berbagai mekanisme tertentu. Di dalam mekanisme tersebut antara lain:

- a) Invasi jaringan secara langsung
- b) Produksi toksin
- c) Rangsangan imunologis atau reaksi alergi yang menyebabkan kerusakan pada tubuh pejamu
- d) Infeksi yang menetap (infeksi laten)
- e) Merangsang kerentanan pejamu terhadap obat dalam menetralisasi toksisitas
- f) Ketidakmampuan membentuk daya tangkal (*immuno supression*)

4) Sumber penularan (*Reservoir*)

Reservoir atau sumber penularan adalah organisme hidup atau barang

mati (misalnya tanah ataupun air), di mana unsur penyebab penyakit menular hidup secara normal dan berkembang biak sampai siap untuk menularkan ke panjamu potensial. Komponen *reservoir* merupakan pusat penyakit menular karena *reservoir* adalah komponen utama dari lingkaran penularan penyakit dimana unsur penyebab meneruskan dan mempertahankan hidupnya.

5) Manusia sebagai *reservoir*

Kelompok penyakit menular hanya dijumpai atau lebih sering dijumpai pada manusia. Penyakit ini umumnya berpindah dari manusia ke manusia lain dan hanya dapat menimbulkan penyakit pada manusia saja. Kebanyakan penyakit kelompok ini dijumpai pada penyakit saluran pernapasan oleh virus maupun bakteri, misalnya TBC, lepra, influenza, dan lain-lain.

Melihat Perjalanan penyakit pada pejamu, bentuk pembawa kuman

(*carrier*) dapat dibagi dalam beberapa jenis, yaitu:

- a) *Healthy carrier (inapparent)*, mereka yang dalam sejarahnya tidak pernah menampakkan menderita penyakit tersebut secara klinis akan tetapi mengandung unsur penyebab yang dapat menular kepada orang lain.
- b) *Incubatory carrier* (masa tunas), mereka yang masih dalam masa tunas tetapi telah mempunyai potensi untuk menularkan penyakit.
- c) *Convalescent carrier* (baru sembuh klinis), mereka yang baru sembuh dari penyakit menular tertentu tetapi masih merupakan sumber penularan penyakit tersebut untuk masa tertentu.
- d) *Chronis carrier* (menahun), merupakan sumber penularan yang cukup lama.

Manusia dalam kedudukannya sebagai reservoir penyakit menular dibagi dalam 3 kategori utama, yaitu:

- a) Reservoir yang umumnya selalu muncul sebagai penderita, seperti pada penyakit cacar, campak, maupun TBC.
 - b) Reservoir yang dapat sebagai penderita maupun sebagai carrier
 - c) Reservoir yang umumnya selalu bersifat penderita akan tetapi dapat menularkan langsung penyakitnya ke pejamu potensial lainnya dan harus melalui perantara hidup.
- 6) Reservoir binatang atau benda lain

Selain dari manusia sebagai reservoir, penyakit menular yang mengenai manusia dapat berasal dari binatang terutama yang termasuk dalam kelompok penyakit zoonosis.

Beberapa penyakit Zoonosis utama dan reservoir utamanya:

Penyakit Zoonosis Utama	Reservoir Utamanya
1. Pes (plaque), Scrub, Murie, thypus, dan Leptospirosis	1. Tikus
2. Rabies dan Hidatosis	2. Anjing
3. Bovine Tuberculosis	3. Sapi
4. Virus Encephlitudes Kuda	4. Kuda
5. Trichinosis	5. Babi
6. Brocellossis	6. Sapi, kambing

c. Cara Penularan Penyakit

Terdapat tiga aspek utama penularan penyakit dari orang ke orang, antara lain: (Ismah, 2018)

1) Waktu generasi (*Generation Time*)

Yaitu masa antara masuknya penyakit pada penjamu tertentu sampai masa kemampuan maksimal penjamu tersebut untuk dapat menularkan penyakit. Perbedaan masa tunas ditentukan oleh masuknya unsur penyebab sampai timbulnya gejala penyakit sehingga tidak dapat ditentukan pada penyakit dengan gejala yang terselubung, sedangkan waktu

generasi untuk waktu masuknya unsur penyebab penyakit hingga timbulnya kemampuan penyakit tersebut untuk menularkan kepada penjamu lain.

2) Kekebalan kelompok (*Herd Immunity*)

Yaitu kemampuan atau daya tahan suatu kelompok penduduk tertentu terhadap serangan/penyebaran unsur penyebab penyakit menular tertentu yang didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh suatu anggota kelompok tersebut. *Herd Immunity* merupakan faktor utama dalam proses kejadian wabah di masyarakat serta kelangsungan penyakit tersebut.

3) Angka serangan (*Attack Rate*)

Yaitu sejumlah kasus yang berkembang dan muncul dalam satu satuan waktu tertentu di kalangan anggota kelompok yang mengalami kontak serta memiliki risiko atau kerentanan terhadap penyakit tersebut. Angka serangan ini

bertujuan untuk menganalisis tingkat penularan dan tingkat keterancaman dalam keluarga, dimana tata cara dan konsep keluarga, sistem hubungan keluarga dengan masyarakat serta hubungan individu dalam kehidupan sehari-hari pada kelompok populasi tertentu merupakan unit epidemiologi tempat penularan penyakit berlangsung.

d. Jenis Kelompok Penyakit Menular

Penyakit Menular dikelompokkan menjadi penyakit menular langsung dan penyakit menular vektor dan binatang pembawa penyakit. (Erlan, 2014)

- 1) Jenis Penyakit menular langsung terdiri dari: Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak, Typhoid, Kolera, Rubella, Yellow Fever, Influenza, dan Meningitis.
- 2) Jenis penyakit menular vektor dan binatang pembawa penyakit yaitu: Malaria, Demam Berdarah, Chikungunya, Filariasis dan Kecacingan, Schistosomiasis,

Japanese Encephalitis, Rabies, Antraks, Pes, Toxoplasma, Leptospirosis, Flu Burung (Avian Influenza), dan West Nile.

4. Pengendalian Penyakit Tidak Menular

a. Pengertian

Penyakit jenis ini tidak dapat ditularkan dari penderita kepada orang lain. Penyakit ini merupakan penyakit non-infeksi yang penyebabnya bukan mikroorganisme. Biasanya penyakit ini terjadi karena pola hidup yang kurang sehat seperti merokok, turunan/bawaan, cacat fisik, penuaan/usia, dan gangguan kejiwaan. (Amir, 2019)

Penyakit tidak menular terjadi akibat interaksi antara *agent (Non-living agent)* dengan *host*, dalam hal ini manusia (faktor predisposisi, infeksi dan lain-lain), dan lingkungan sekitar (*source and vehicle of agent*). Penyakit tidak menular kurang lebih mempunyai kesamaan dengan beberapa sebutan lainnya, seperti:

- 1) Penyakit kronis
- 2) Penyakit noninfeksi

- 3) *New communicable diaseases*
- 4) Penyakit degenerative
- 5) Penyakit perilaku

b. Karakteristik Penyakit Tidak menular

Penyakit Tidak menular mempunyai karakteristik sebagai berikut: (Susanti, 2019)

- 1) Penularan penyakit tidak melalui suatu rantai penularan tertentu
- 2) Masa inkubasi yang panjang dan laten
- 3) Keberlangsungan penyakit berlarut-larut atau yang disebut dengan kronis
- 4) Banyak menghadapi kesulitan diagnosis
- 5) Mempunyai variasi yang luas
- 6) Memerlukan biaya yang tinggi dalam upaya pencegahan dan penaggulangannya
- 7) Faktor penyebabnya bermacam - macam (multikausal) bahkan tidak jelas

Perbandingan penyakit tidak menular dengan penyakit menular, dapat dilihat pada tabel berikut:

Penyakit Menular	Penyakit Tidak Menular
1. Banyak di Negara berkembang	1. Ditemui di Negara industri
2. Rantai penularan yang jelas	2. Tidak ada rantai penularan
3. Akut	3. Kronis
4. Etiologi organisme jelas	4. Etiologi organisme tidak jelas
5. Bersifat kausa tunggal	5. Biasanya kausa ganda
6. Diagnosis mudah	6. Diagnosis sulit
7. Mudah mencari penyebab	7. Sulit mencari penyebab
8. Biaya relative murah	8. Biaya mahal
9. Jelas muncul di permukaan	9. Ada <i>iceberg phenomen</i>
10. Morbiditas dan mortalitas cenderung menurun	10. Morbiditas dan mortalitas cenderung meningkat

c. Jenis-Jenis Penyakit Tidak menular

Adapun jenis-jenis penyakit tidak menular yaitu: Penyakit jantung, Atherosklerosis, Hipertensi, Stroke, Diabetes Melitus, Kanker, Tumor, Kecelakaan lalulintas, Merokok, dan Usia lanjut.

Beberapa penyakit tidak menular yang bersifat kronis, yaitu: (Susanti, 2019)

- 1) Penyakit yang dapat menyebabkan kematian, yaitu: Penyakit jantung iskemik, Kanker, CHF, DM, *Cerebrovascular disease*, *Chronic obstructive pulmonary disease*, dan *cirrhosis*.
- 2) Penyakit yang termasuk dalam special-interest, banyak menyebabkan masalah kesehatan tetapi frekuensinya kurang, antara lain: Osteoporosis, Gagal ginjal kronis, Mental retardasi, Epilepsi, *Lupus erithematosus*, *Collitis ulcerative*, dan lain-lain.
- 3) Penyakit yang akan menjadi perhatian di masa yang akan datang, antara lain: Defisiensi nutrisi, Alkoholisme, Ketagihan obat, Penyakit-penyakit mental, Penyakit yang berhubungan dengan lingkungan pekerjaan, dan lain-lain.

d. Faktor Risiko yang Dapat Menimbulkan Penyakit Tidak Menular

Faktor risiko yang dapat menimbulkan penyakit tidak menular terbagi dua, yaitu: (Amir, 2019)

- 1) Faktor risiko untuk timbulnya penyakit tidak menular yang belum kronis belum ditemukan secara keseluruhan:
 - a) Untuk setiap penyakit, faktor risiko dapat berbeda-beda (merokok, hipertensi, hiperkolesterolemia)
 - b) Satu faktor risiko dapat menyebabkan penyakit yang berbeda-beda, misal: merokok dapat menimbulkan kanker paru, penyakit jantung koroner, kanker laring.
 - c) Untuk kebanyakan penyakit, faktor-faktor risiko yang telah diketahui hanya dapat menerangkan sebagian kecil kejadian penyakit, tetapi etiologinya secara pasti belum diketahui.

- 2) Faktor risiko yang telah diketahui ada kaitannya dengan penyakit tidak menular yang bersifat kronis, antara lain: tembakau, alkohol, kolesterol, hipertensi, diet, obesitas, aktivitas, stress, pekerjaan, lingkungan, gaya hidup, dan lain-lain.

E. Soal Latihan

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pencegahan penyakit yang dilakukan dalam fase 'pre-patogenesis' sebelum proses itu terjadi disebut
 - A. *Primary Prevention*
 - B. *Secondary Prevention*
 - C. *Tertiary Prevention*
 - D. *Rehabilytation Prevention*

2. Pencegahan penyakit, di mana proses penyakit sudah mulai memasuki fase 'patogenesis' tapi masih dalam tahap ringan dan belum nyata disebut
 - A. *Primary Prevention*
 - B. *Secondary Prevention*
 - C. *Tertiary Prevention*

D. Rehabilitation Prevention

3. Pencegahan penyakit, di mana dalam fase 'patogenesis' tersebut proses penyakit sudah nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf sudah akan berakhir disebut
 - A. *Primary Prevention*
 - B. *Secondary Prevention*
 - C. *Tertiary Prevention*
 - D. *Rehabilitation Prevention*

4. Yang tidak termasuk dalam kegiatan *specific protection*, yaitu
 - A. Imunisasi Khusus
 - B. Perlindungan Terhadap Kecelakaan
 - C. Hygiene/Kebersihan Perorangan
 - D. Rekreasi Dan Olah Raga

5. Memberikan pelayanan dengan tujuan menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesehatan ibu adalah termasuk dalam pelayanan....
 - A. Keluarga Berencana
 - B. Pemeriksaan Kesehatan Ibu Hamil
 - C. Memberikan Pengobatan Pada Ibu
 - D. Memberikan Makanan Bergizi

6. Yang termasuk dalam jenis penyakit tidak menular yaitu
 - A. Diabetes Melitus
 - B. Meningitis
 - C. Malaria
 - D. Filariasis

7. Kemampuan untuk menghasilkan penyakit dengan gejala klinis yang jelas, disebut
 - A. Infektivitas
 - B. Patogenesis
 - C. Virulensi
 - D. Immunogenisitas

8. Dari pilihan dibawah ini manakah yang termasuk dalam jenis penyakit menular yaitu....
 - A. Penyakit Jantung
 - B. Hipertensi
 - C. Stroke
 - D. Typhoid

9. Resipoir penyakit Pes (plaque), Thypus, Scrub, Murine dan Leptospirosis, adalah
 - A. Tikus

- B. Anjing
 - C. Sapi
 - D. Kuda
10. Resipoir penyakit Rabies dan Hidatosis adalah....
- A. Kuda
 - B. Babi
 - C. Kambing
 - D. Anjing

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1. A. *primary prevention*
2. B. *secondary prevention*
3. C. *tertiary prevention*
4. D. rekreasi dan olah raga
5. A. keluarga berencana
6. A. diabetes melitus
7. B. patogenesis
8. D. typhoid
9. A. tikus
10. D. anjing

BAB 5

Pilar Ilmu Kesehatan Masyarakat

A. Pendahuluan

Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh Winslow (1920) dikategorikan secara spesifik sebagai suatu ilmu dan seni untuk mencegah kejadian penyakit, memperpanjang masa hidup dan melakukan promosi kesehatan serta meningkatkan derajat kesehatan. Bentuk kegiatannya dapat dilakukan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk: 1) perbaikan sanitasi lingkungan; 2) mengontrol dan memberantas 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 kehidupan yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Berangkat dari kategorisasi Ilmu Kesehatan Masyarakat sebagai suatu ilmu dan seni tersebut maka 'ilmu' yang dimaksud terdiri dari tujuh pilar dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat yang terdiri dari: (1) Epidemiologi; (2) Biostatistika; (3) Kesehatan

Lingkungan; (4) Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku; (5) Administrasi Kesehatan Masyarakat; (6) Gizi Masyarakat; serta (7) Kesehatan dan Keselamatan Kerja yang mana keseluruhan pilar tersebut saling berhubungan satu sama lain dan berkembang seiring waktu.

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) menjelaskan pula bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat sebagai ilmu dan seni untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat yang meliputi usaha-usaha peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, keluarga, dan perorangan serta penyehatan lingkungan hidupnya dalam bentuk fisik, biologis, sosio-kultural dengan mengikutsertakan masyarakat. Usaha-usaha kesehatan tersebut diwujudkan oleh tenaga kesehatan masyarakat dalam bentuk kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Tujuan utama dari usaha-usaha peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat tersebut yaitu agar setiap individu dalam masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal (jasmani, rohani dan sosial) sehingga diharapkan memperpanjang usia hidupnya dan menjadi pribadi yang lebih produktif. Kesehatan Masyarakat dalam praktiknya memiliki bentangan yang luas dan melibatkan berbagai macam disiplin keilmuan

dikarenakan penyebab kesehatan masyarakat adalah multi-kausal, sehingga pemecahan masalah kesehatannya juga diselesaikan dengan mempertimbangkan multi faktor.

Perlu dipahami juga bahwa dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat harus pula didasari dengan temuan (*evidenced based*) dan hasil kajian ilmiah (*research*), dan hasil studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program kesehatan (*applied*). Oleh karenanya, seorang ahli kesehatan masyarakat dituntut untuk mampu memiliki ilmu dan seni, seni secara khusus bermaksa mampu melakukan komunikasi yang aplikatif di bidang kesehatan kepada masyarakat secara persuasif dan kondusif agar derajat kesehatan dapat tercapai setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan masyarakat juga seharusnya mampu menjadi contoh dan panutan masyarakat pada lingkungan dimanapun mereka berada.

B. Epidemiologi Sebagai Salah Satu Pilar dari Kesehatan Masyarakat

Sub bab ini akan membahas secara rinci salah satu pilar kesehatan masyarakat dari tujuh pilar yang ada yaitu, Ilmu Epidemiologi.

1. Definisi Epidemiologi

Dari segi bahasa, epidemiologi berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari kata 'epi' : *upon* yang berarti pada atau tentang, 'demos' : *people* yang berarti populasi, orang atau penduduk, dan 'logia' : *knowledge* yang berarti pengetahuan atau ilmu. Epidemiologi merupakan salah satu cabang ilmu dari kesehatan masyarakat yang digunakan untuk menelusuri asal-usul dan penyebaran penyakit infeksi serta non infeksi secara detail dan melakukan indentifikasi lebih jauh perihal penyakit tersebut.

Definisi modern dari ilmu epidemiologi adalah merupakan ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan distribusi (penyebaran) masalah kesehatan pada sekelompok orang atau masyarakat serta melihat determinan (faktor-faktor yang mempengaruhi) kejadian penyakit tersebut.

Berikut merupakan definisi epidemiologi menurut beberapa ahli, diantaranya:

- a. Merupakan ilmu yang membahas mengenai penyebaran serta perluasan suatu penularan penyakit dalam suatu

kelompok penduduk atau masyarakat (Definisi lama sebelum tahun 1960)

- b. Merupakan ilmu yang mengupas tentang distribusi (penyebaran) dan determinan (penyebab) yang berhubungan dengan status kesehatan atau kejadian suatu penyakit pada kelompok masyarakat khusus, dan penggunaannya untuk mengontrol masalah kesehatan. (Last, Beagehole et al, 1993)
- c. Merupakan ilmu yang mempelajari mengenai penyebaran penyakit dan faktor-faktor yang menentukan terjadinya penyakit pada manusia (Macmahon & Pugh, 1970)
- d. Merupakan suatu ilmu yang mempelajari tentang timbulnya perjalanan dan pencegahan penyakit terutama penyakit infeksi menular (W.H. Welch)
- e. Merupakan ilmu yang mempelajari tentang timbulnya distribusi dan jenis penyakit pada manusia menurut waktu dan tempat (W.H Frost)
- f. Merupakan ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok

manusia atau masyarakat serta faktor-faktor yang mempengaruhinya (Azrul Azwar)

Epidemiologi adalah metode investigasi yang digunakan untuk mendeteksi penyebab atau sumber dari penyakit, sindrom, kondisi atau risiko yang menyebabkan penyakit, cedera, cacat atau kematian dalam populasi aatau dalam atau kelompok manusia. Epidemiologi telah didefinisikan dengan berbagai cara, salah satu definisinya adalah ilmu yang mempelajari tentang sifat, penyebab, pengendalian, dan faktor-faktor yang mempengaruhi frekuensi dan distribusi penyakit, kecacatan, dan kematian dalam populasi manusia.

Epidemiologi juga meliputi pemberian ciri pada distribusi status kesehatan, penyakit atau masalah kesehatan masyarakat lainnya berdasarkan usia, jenis kelamin, ras, geografi, agama, pendidikan, pekerjaan, perilaku, waktu, tempat, orang dan sebagainya. Karakterisasi ini dilakukan untuk menjelaskan distribusi atau penyebaran suatu penyakit atau masalah yang terkait dengan kesehatan jika dihubungkan dengan faktor penyebab. Ilmu epidemiologi bermanfaat untuk mengkaji dan menjelaskan efek dari tindakan pengendalian

kesehatan masyarakat, program intervensi, pencegahan klinis, dan pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau menjadi dan menjelaskan faktor lain yang berdampak pada status kesehatan masyarakat.

Tugas seorang ahli epidemiologi adalah menentukan ada tidaknya kenaikan atau penurunan faktor-faktor risiko yang dapat memberikan dampak, pengaruh, pemicu dan efek pada distribusi penyakit yang menimpa suatu kelompok penduduk selama berbagai periode waktu yang ada (bisa hitungan hari, minggu, bulan dan tahun). Tugas yang harus dilakukannya juga mencakup penentuan apakah suatu daerah atau lokasi tertentu mengalami peningkatan atau penurunan yang lebih dibandingkan dengan daerah atau lokasi kejadian sakit lainnya. Sebagai suatu metode ilmiah, epidemiologi digunakan sebagai ilmu untuk mengkaji pola kejadian yang mempengaruhi faktor risiko yang memberikan efek pada disitribusi penyakit, kecacatan atau kematian yang timbul akibat suatu penyakit pada suatu kelompok atau populasi.

Fokus lain dari seorang ahli epidemiologi harus mampu melihat tiga komponen utama epidemiologi yaitu: (1) frekuensi masalah

kesehatan; (2) distribusi masalah kesehatan; dan (3) determinan masalah kesehatan. Distribusi adalah penyebaran masalah kesehatan di dalam suatu populasi, determinan adalah faktor penyebab suatu masalah kesehatan, sementara frekuensi adalah besarnya masalah kesehatan yang ada pada sekelompok manusia. Seorang epidemiologi dalam mengamati suatu masalah kesehatan perlu mempertanyakan siapa yang terjangkit (*man*), kapan masalah kesehatan tersebut terjadi (*time*) dan dimana lokasi kejadian masalah kesehatan tersebut terjadi (*place*).

2. Tujuan Epidemiologi

Lilienfeld menyatakan bahwa ada tiga tujuan umum studi epidemiologi, yaitu:

- a. Menjelaskan etiologi (studi tentang penyebab penyakit) satu penyakit atau sekelompok penyakit, kondisi, gangguan, ketidakmampuan, sindrom, atau kematian melalui analisis terhadap data medis dan epidemiologi dengan menggunakan manajelemen informasi sekaligus informasi yang berasal dari setiap bidang atau disiplin ilmu yang tepat, termasuk ilmu sosial atau perilaku;

- b. Menentukan apakah data epidemiologi yang ada memang konsisten dengan hipotesis yang diajukan;
- c. Memberikan dasar bagi pengembangan langkah-langkah pengendalian dan prosedur intervensi bagi kelompok dan populasi masyarakat yang berisiko, dan untuk pengembangan langkah-langkah dan kegiatan kesehatan masyarakat yang diperlukan; yang keseluruhannya akan digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan langkah-langkah, kegiatan dan program pencegahan.

3. Istilah dalam Epidemiologi

Epidemiologi merupakan landasan bidang kesehatan masyarakat dan tindakan preventif. Ilmu epidemiologi digunakan untuk menentukan kebutuhan akan program pengendalian penyakit, untuk mengembangkan program pencegahan dan kegiatan perencanaan layanan kesehatan, serta juga untuk menetapkan penyakit. Ada beberapa istilah yang sering digunakan untuk mendeskripsikan terjadinya suatu masalah kesehatan dalam suatu populasi di masyarakat.

Istilah-istilah tersebut sangat erat hubungannya dengan ilmu epidemiologi, yaitu sebagai berikut:

a. **Epidemi**

Epidemi adalah wabah atau munculnya penyakit tertentu yang berasal dari satu sumber tunggal dalam satu kelompok, populasi, masyarakat, atau wilayah, yang melebihi tingkatan kebiasaan yang diperkirakan. Epidemii dapat terjadi ketika kasus baru melebihi prevalensi suatu penyakit. Kejadian Luar Biasa (KLB) atau terjadinya peningkatan secara tajam dari kasus baru yang mempengaruhi kelompok tertentu. Keparahan dan keseriusan penyakit juga mempengaruhi definisi suatu epidemi. Jika penyakit sifatnya mengancam kehidupan, hanya diperlukan sedikit kasus untuk menyebabkan terjadinya epidemi. Contoh: wabah difteri yang terjadi di Indonesia.

b. **Pandemi**

Pandemi adalah epidemi yang menyebar luas melintasi negara, benua atau populasi yang besar (kemungkinan seluruh dunia). Contoh: Pandemi flu

burung yang melanda hampir di seluruh negara di dunia.

c. Endemi

Endemi adalah berlangsungnya suatu penyakit pada tingkatan yang sama atau keberadaan suatu penyakit yang terus-menerus ada di dalam populasi atau wilayah tertentu (prevalensi suatu penyakit yang biasa berlangsung di satu wilayah atau kelompok tertentu). Contoh: Endemi malaria di Irian Jaya.

d. Hiperendemi

Hiperendemi adalah istilah yang dihubungkan dengan endemic tetapi jarang digunakan. Istilah hiperendemi menyatakan aktivitas yang terus-menerus melebihi prevalensi yang diperkirakan, sering dihubungkan dengan populasi tertentu, populasi yang kecil, atau populasi yang jarang seperti yang ditemukan di rumah sakit, klinik bidan atau istitusi lain. Istilah ini juga menunjukkan keberadaan penyakit menular dengan tingkat insidensi yang tinggi dan terus-menerus melebihi angka prevalensi normal dalam populasi dan

ternyata menyebar merata pada semua usia dan kelompok.

e. **Holoendemi**

Holoendemi adalah menggambarkan suatu penyakit yang kejadiannya dalam populasi sangat banyak dan umumnya didapat diawal kehidupan pada sebagian besar anak di dalam populasi. Prevlensi penyakit menurun sejalan dengan pertamabahan usia kelompok sehingga penyakit lebih sedikit muncul pada orang dewasa dibandingkan pada anak-anak. Contoh: Penyakit *chickenpox* dan pada iklim negara tropis, malaria.

4. Manfaat Epidemiologi

Ada tujuh manfaat ilmu epidemiologi antara lain sebagai berikut:

a. Untuk mempelajari riwayat penyakit

Epidemiologi digunakan untuk mempelajari tren penyakit untuk memprediksi tren penyakit yang mungkin akan terjadi dimana hasil penelitian epidemiologi dapat digunakan dalam perencanaan pelayanan kesehatan dan kesehatan masyarakat.

b. Sebagai diagnosis di masyarakat

Epidemiologi digunakan untuk memperkirakan penyakit, kondisi, cedera, gangguan, ketidakmampuan, defek/cacat apa saja yang menyebabkan kesakitan, masalah kesehatan, atau kematian di dalam suatu komunitas atau wilayah masyarakat.

c. Untuk mengkaji risiko yang ada pada setiap idividu karena mereka dapat mempengaruhi kelompok maupun populasi

Epidemiologi dapat digunakan utnuk mengetahui faktor risiko, masalah dan perilaku apa saja yang dapat mempengaruhi kelompok atau populasi.

d. Sebagai pengkajian, evaluasi dan penelitian

Epidemiologi digunakan untuk melihat sebaik apa pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan dalam upaya mengayasi masalah dan memenuhi kebutuhan populasi atau kelompok. Epidemiologi juga digunakan untuk mengkaji keefektifan (efisiensi, kualitas,

kuantitas, akses, ketersediaan layanan) untuk tindakan kuratif, mengendalikan atau mencegah penyakit, cedera, ketidakmampuan atau kematian.

- e. Untuk melengkapi gambaran klinis

Ilmu epidemiologi juga digunakan dalam proses identifikasi dan diagnosis untuk menetapkan bahwa suatu kondisi memang ada atau bahwa seseorang memang menderita penyakit tertentu serta menentukan sebab akibat.

- f. Untuk mengidentifikasi sindrom

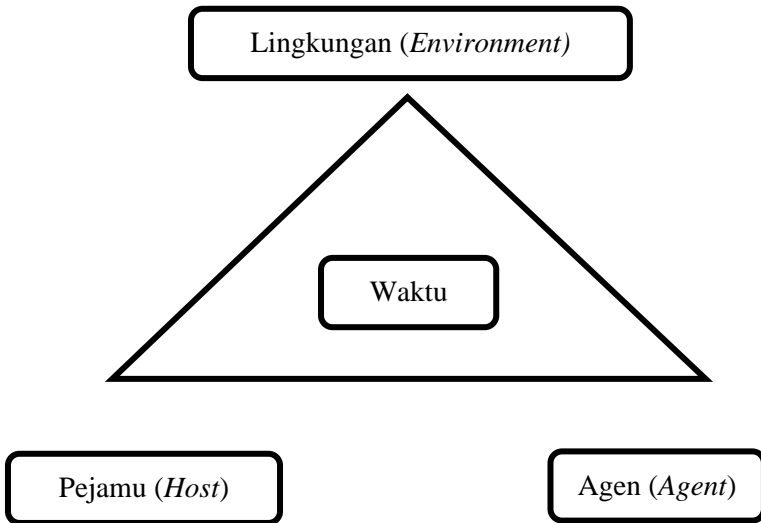
Epidemiologi membantu menyusun dan menetapkan kriteria untuk mendefinisikan sindrom yang mungkin ada. Contoh: *Down syndrome*, *fetal alcohol*, kematian mendadak pada bayi, dan sebagainya.

- g. Untuk menentukan penyebab dan sumber penyakit

Temuan epidemiologi memungkinkan dilakukannya pengendalian, pencegahan, dan pemusnahan penyebab penyakit, kondisi, cedera, ketidakmampuan, atau kematian.

5. Segitiga Epidemiologi

Segitiga epidemiologi digunakan untuk menganalisis peran dan keterkaitan setiap faktor dalam epidemiologi penyakit menular yaitu pengaruh reaktivitas, dan efek yang dimiliki setiap faktor terhadap faktor lainnya. Segitiga epidemiologi terdiri dari agen (*agent*), pejamu (*host*) dan lingkungan (*environment*). Berikut Gambar 2.1 merupakan gambaran dari segitiga epidemiologi:



Gambar 5.1. Segitiga Epidemiologi

Istilah yang digunakan dalam segitiga epidemiologi adalah sebagai berikut:

a. Agen (*Agent*)

Agen merupakan penyebab penyakit. Contoh dari agen adalah bakteri, virus, parasit, jamur yang biasanya ditemukan sebagai penyebab penyakit infeksius. Agen dapat berupa zat kimia seperti pelarut, faktor fisik seperti radiasi atau panas, defisiensi gizi, atau beberapa substansi lain seperti racun ular berbisa. Satu atau beberapa agen dapat saling berkontribusi pada kejadian suatu penyakit.

b. Pejamu (*Host*)

Pejamu merupakan organisme, biasanya manusia atau hewan yang menjadi tempat persinggahan penyakit. Pejamu bisa saja terkena atau tidak terkena penyakit. Pejamu memberikan tempat dan kehidupan kepada suatu patogen (mikroorganisme penyebab penyakit atau substansi lainnya). Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kondisi pejamu (*host*) diantaranya adalah: tingkat imunitasnya, susunan genetiknya, tingkat pajanan dari agen, status kesehatannya, serta kebugaran tubuh pejamu yang juga nantinya berpengaruh terhadap edek yang

ditimbulkan oleh organisme penyakit terhadap tubuh *host*. Kondisi tubuh dari *host* dan kemampuan organisme patogen untuk menerima lingkungan yang baru yang ideal dan terbatas.

c. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah segala sesuatu yang mengelilingi dan juga kondisi luar manusia atau hewan yang menyebabkan atau memungkinkan penularan penyakit. Faktor lingkungan dapat mencakup diantaranya, aspek biologis, sosial, budaya, dan aspek fisik lingkungan. Efek dari lingkungan terhadap organisme dan juga wilayah disekitar tempat hidup organisme juga merupakan bagian dari lingkungan. Lingkungan dapat berada di dalam pejamu atau diluar pejamu (dalam masyarakat).

d. Waktu

Waktu dapat mempengaruhi masa inkubasi, harapan hidup pejamu atau patogen (agen), dan durasi perjalanan penyakit atau kondisi.

6. Sasaran dan Tujuan Epidemiologi

Tujuan dari epidemiologi adalah mengembangkan landasan dan membuktikan keefektifan tindakan pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit, kondisi, ketidakmampuan, cedera, dan kematian yang mempengaruhi kelompok masyarakat tetapi belum dikembangkan atau ditemukan. Adapun rincian beberapa sasaran dan tujuan dari ilmu epidemiologi adalah sebagai berikut:

- a. Menentukan agen primer atau memastikan faktor determinan kejadian suatu penyakit;
- b. Untuk memahami penyebab penyakit atau kecacatan;
- c. Menentukan karakteristik agen atau faktor penyebab;
- d. Menentukan cara penularan suatu penyakit;
- e. Menentukan dan menetapkan faktor yang berkontribusi pada suatu kejadian penyakit;
- f. Mengidentifikasi dan menjelaskan pla penyakit dari sisi geografisnya;

- g. Untuk menentukan, mendeskripsikan dan melaporkan perjalanan alamiah suatu penyakit, disabilitas, cedera atau kematian;
- h. Untuk menentukan teknik pengendalian kejadian masalah kesehatan berupa kejadian suatu penyakit tertentu dalam kelompok masyarakat;
- i. Untuk menentukan langkah-langkah preventif;
- j. Untuk membantu dalam perancangan perencanaan dan pengembangan kegiatan pelayanan kesehatan; serta
- k. Untuk menyediakan data-data kuantitatif administratif dan perencanaan.

7. Ruang Lingkup Epidemiologi

Ruang lingkup dalam ilmu epidemiologi berkaitan dengan masalah kesehatan meliputi 6E, yaitu sebagai berikut:

- a. Etiologi (penyebab)
- b. Efikasi (melihat efek atau daya optimal yang bisa diperoleh dari adanya upaya intervensi kesehatan, contohnya : upaya vaksinasi)

- c. Efektivitas (mengetahui efek intervensi dalam berbagai kondisi lapangan yang berbeda)
- d. Efisiensi (mengetahui kegunaan dan hasil yang diperoleh berdasarkan besarnya biaya yang dikeluarkan)
- e. Evaluasi (melihat dan memberikan nilai keberhasilan suatu program kesehatan)
- f. Edukasi (merupakan salah satu bentuk kegiatan pencegahan berupa upaya peningkatan pengetahuan kesehatan)

8. Pendekatan Epidemiologi

Ilmu epidemiologi dibagi menjadi tiga macam pendekatan, yaitu sebagai berikut:

a. Epidemiologi Deskriptif (*Descriptive Epidemiology*)

Epidemiologi deskriptif adalah ilmu epidemiologi yang secara khusus mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan tanpa memandang perlu mencari jawaban terhadap faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan tersebut.

Informasi dikumpulkan guna merangkum kejadian atau masalah kesehatan.

Epidemiologi deskriptif dilakukan untuk mengevaluasi semua keadaan yang ada di sekitar individu atau seseorang yang dapat mempengaruhi sebuah kejadian kesehatan. Fokus dari epidemiologi deskriptif adalah frekuensi dan pola penyakit. Frekuensi digunakan untuk menilai tingkat kejadian, sementara pola digunakan untuk membantu epidemiologi analitik menunjukkan faktor risiko. Epidemiologi deskriptif ini juga berfokus kepada pertanyaan siapa saja yang terinfeksi / terkena / terpengaruh (*who*) dan dimana kelompok atau individu tersebut terpajan / terpengaruh (*when*).

Epidemiologi deskriptif juga melihat faktor-faktor lain pada seseorang (*who*) yang mana diantaranya melihat perihal, variabel demografi seseorang (contohnya : usia, jenis kelamin, ras, pendapatan, tingkat pendidikan, status perkawinan, agama, pekerjaan), kemudian variabel keluarga (contohnya : jumlah anggota keluarga, pendidikan ibu, usia saat melahirkan), variabel perilaku (contohnya : pola makan seseorang, pola olahraga yang dilakukan seseorang, *shift* kerja),

serta berupa variabel lainnya (contohnya : golongan darah, status gizi, status imunisasi, dan paparan faktor lingkungan tertentu). Hal kedua yang dapat diamati pada epidemiologi dekriptif adalah faktor tempat (*where*) yang mana dapat berupa tempat tinggal, tempat bekerja, sekolah, rumah makan, tempat rekreasi. Hal ketiga yang dapat diamati adalah faktor waktu (*when*) berupa waktu tahun, waktu hari, atau setiap jam.

b. Epidemiologi Analitik (*Analytic Epidemiology*)

Epidemiologi analitik adalah ilmu epidemiologi yang menekankan pada pencarian jawaban terhadap terjadinya frekuensi, penyebaran serta munculnya suatu masalah kesehatan/penyakit tertentu. Epidemiologi analitik diupayakan untuk mencari jawaban mengapa (*why*) untuk kemudian dianalisa hubungannya dengan akibat yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan yang ada. Studi epidemiologi analitik digunakan untuk menguji data serta informasi yang diperoleh dari studi epidemiologi deskriptif.

Epidemiologi analitik terdiri dari 2 studi yaitu:

- 1) Studi riwayat kasus (*case history studies*)

Merupakan studi yang dilakukan dengan membandingkan antara dua kelompok orang yang terdiri dari kelompok yang terkena penyakit (kelompok kasus) dengan kelompok orang yang tidak terkena penyakit (kelompok kontrol)

- 2) Studi kohort (*cohort studies*)

Merupakan studi yang dilakukan pada sekelompok orang yang dipaparkan (*exposed*) pada suatu penyebab sakit (agen), kemudian diambil sekelompok orang lainnya yang mempunyai ciri-ciri yang sama dengan kelompok pertama tersebut, tetapi tidak dipaparkan pada penyebab sakit (kelompok kontrol) dimana setelah beberapa waktu kedua kelompok tersebut akan dibandingkan, dicari perbedaannya diantara dua kelompok tersebut apakah bermakna atau tidak.

c. Epidemiologi Eksperimen

Epidemiologi Eksperimen merupakan ilmu epidemiologi yang melakukan studi dengan cara mengadakan eksperimen (percobaan) kepada kelompok subjek, untuk kemudian dibandingkan dengan kelompok kontrol (yang tidak dilakukan percobaan). Biasa digunakan misalnya untuk menguji keefektifan suatu vaksin.

9. Ukuran dalam Epidemiologi

Ukuran yang biasanya ada dalam epidemiologi meliputi ukuran perhitungan angka kesakitan (morbiditas), angka kematian (mortalitas) dan angka kelahiran (fertility) yang dilihat menurut sifat-sifat orang (*who*), waktu (*time*) dan tempat (*place*). Berikut detail penjelasan mengenai ukuran dalam epidemiologi yakni sebagai berikut:

a. Rate

Rate merupakan angka proporsi dalam bentuk khusus, dimana adalah perbandingan antara pembilang dan penyebut atau kejadian dalam suatu populasi tertentu dengan jumlah penduduk dalam populasi dimaksud

dalam batas waktu tertentu. Rumus perhitungannya adalah:

$$Rate = \frac{\text{Kejadian dalam suatu populasi tertentu}}{\text{Jumlah populasi yang berisiko}}$$

b. Rasio

Rate merupakan nilai relatif yang dihasilkan dari perbandingan dua nilai kuantitatif, yang pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Contohnya: Kejadian Luar Biasa (KLB) akibat terkena diare pada karyawan perusahaan L mendadak sebanyak 40 orang, dimana 20 orang diantaranya berjenis kelamin perempuan. Maka rasio perempuan terhadap laki-laki adalah $20/20 = 1/1$

c. Proporsi

Proporsi merupakan perbandingan dua nilai kuantitatif yang pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Contohnya: Proporsi jenis kelamin perempuan terhadap jenis kelamin laki-laki. Jumlah perempuan = 40 orang, jumlah laki-laki 50 orang. Maka proporsi

perempuan terhadap laki-laki adalah:
 $40/50 = 4/5$

Selain tiga ukuran diatas, dalam hubungannya dengan angka kesakitan (*morbiditas*), ilmu epidemiologi juga memiliki pembahasan ukuran mengenai *incident rate*, *attack rate*, dan *prevalence rate*, sebagai berikut:

a. Incident Rate

Incident Rate adalah angka jumlah kasus baru dari suatu penyakit tertentu yang terjadi di kalangan penduduk selama periode waktu tertentu, dengan rumusan:

$$\text{Incident Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus baru suatu penyakit selama periode tertentu}}{\text{Populasi yang berisiko}} \times 1000$$

b. Attack Rate

Attack Rate adalah jumlah kasus menular yang berjangkit dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban (wabah), dengan rumusan:

$$\text{Attack Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus selama wabah}}{\text{Populasi yang berisiko}} \times 1000$$

c. **Prevalence Rate**

Prevalence Rate adalah ukuran jumlah orang yang menderita suatu penyakit di kalangan penduduk pada satu titik waktu tertentu, dengan rumusan:

$$\text{Prevalence Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus penyakit yang ada pada suatu titik waktu}}{\text{Jumlah penduduk seluruhnya}} \times 1000$$

Sementara, dalam hubungannya dengan angka kematian (*mortalitas*), ilmu epidemiologi membahas mengenai *Crude Death Rate* (CDR), *Age Specific Death Rate* (ASDR), *Case Fatality Rate* (CFR), *Under Five Mortality Rate* (UFMR), *Neonatal Mortality Rate* (NMR), *Perinatal Mortality Rate* (PMR), *Infant Mortality Rate* (IMR), serta *Maternal Mortality Rate* (MMR) dengan penjelasan sebagai berikut:

a. **Crude Death Rate (CDR)**

Crude Death Rate (CDR) adalah ukuran jumlah kematian di kalangan penduduk di suatu daerah dalam waktu satu tahun, dengan rumusan:

$$\text{CDR} = \frac{\text{Jumlah kematian di kalangan penduduk di suatu daerah dalam satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk rata-rata pertengahan tahun di daerah dalam tahun yang sama}} \times 1000$$

b. Age Specific Death Rate (ASDR)

Age Specific Death Rate (ASDR) adalah ukuran angka kematian pada umur tertentu, dengan rumusan :

$$CDR = \frac{\text{Jumlah kematian pada umur 40-50 tahun di suatu daerah dalam waktu satu tahun}}{\text{jumlah penduduk umur 40-50 tahun pada daerah dan tahun yang sama}} \times 1000$$

c. Case Fatality Rate (CFR)

Case Fatality Rate (CFR) adalah angka perbandingan antara jumlah kematian terhadap penyakit tertentu yang terjadi dalam satu tahun dengan jumlah penduduk yang menderita penyakit tersebut pada tahun yang sama.

d. Under Five Mortality Rate (UFMR)

Under Five Mortality Rate (UFMR) adalah angka kematian balita dimana merupakan gabungan kematian bayi dengan angka kematian anak umur 1 – 4 tahun yaitu jumlah kematian balita yang dicatat selama satu tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama.

e. Neonatal Mortality Rate (NMR)

Neonatal Mortality Rate (NMR) adalah jumlah kematian neonatal (bayi berumur

kurang dari 28 hari) yang dicatat selama 1 (satu) tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

f. *Perinatal Mortality Rate (PMR)*

Perinatal Mortality Rate (PMR) adalah janin yang dilahirkan pada usia kehamilan berumur 28 minggu atau ditambah kematian bayi berumur kurang dari 7 hari yang dicatat dalam 1 (Satu) tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

g. *Infant Mortality Rate (IMR)*

Infant Mortality Rate (IMR) adalah perbandingan jumlah penduduk yang berumur kurang dari 1 (satu) tahun dicatat selama 1 (satu) tahun dalam 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

h. *Maternal Mortality Rate (MMR)*

Maternal Mortality Rate (MMR) adalah jumlah kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dicatat selama 1 (satu) tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Terakhir, dalam hubungannya dengan angka kehamilan (fertililitas), ilmu epidemiologi

membahas mengenai *Crude Birth Rate* (CBR), *Age Specific Fertility Rate* (ASFR), dan *Total Fertility Rate* (TFR) dengan penjelasan sebagai berikut:

a. *Crude Birth Rate* (CBR)

Crude Birth Rate (CBR) adalah semua kelahiran hidup yang dicatat dalam 1 (satu) tahun per 1000 jumlah penduduk pertengahan tahun yang sama.

b. *Age Specific Fertility Rate* (ASFR)

Age Specific Fertility Rate (ASFR) adalah angka kehamilan menurut golongan umur yang dicatat selama 1 (satu) tahun tertentu per 1000 penduduk perempuan pada golongan umur tertentu pada tahun yang sama.

c. *Total Fertility Rate* (TFR)

Total Fertility Rate (TFR) adalah jumlah angka fertilitas (kehamilan) menurut umur yang dicatat selama 1 (satu) tahun.

C. Soal Latihan

1. Sebutkan definisi epidemiologi!
2. Jelaskan tujuan dari epidemiologi!

3. Jelaskan manfaat dan sasaran dari epidemiologi!
4. Jelaskan perihal segitiga epidemiologi!
5. Jelaskan jenis-jenis pendekatan dalam epidemiologi dan berikan contohnya!

BAB 6

Konsep Biostatistik Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat

A. Pendahuluan

Statistik secara sempit diartikan sebagai data. Arti luas diartikan sebagai alat. Alat untuk analisis, dan alat untuk membuat keputusan. Statistik digunakan untuk membatasi cara-cara ilmiah untuk mengumpulkan, menyusun, meringkas, dan menyajikan data penyelidikan. Biostatistik adalah Metode statistik yang diterapkan pada ilmu-ilmu terkait kesehatan, seperti kedokteran dan kesehatan masyarakat, untuk membantu memahami tentang karakteristik populasi, dan hubungan/pengaruh variabel pada populasi.

Dari kumpulan data, statistika dapat digunakan untuk menyimpulkan atau mendeskripsikan data; ini dinamakan statistika deskriptif. Sebagian besar konsep dasar statistika mengasumsikan teori probabilitas. Beberapa istilah statistika antara lain: populasi, sampel, unit sampel, dan probabilitas. Statistika merupakan suatu ilmu mengumpulkan, mengolah, menyajikan, menganalisis dan

menginterpretasikan data. Paradigma penelitian dengan pendekatan kuantitatif adalah pendekatan penelitian yang berpijak pada pandangan positivisme yang intinya menekankan pada hal-hal yang bersifat kongkrit, uji empiris dan fakta-fakta yang nyata. Statistika banyak diterapkan dalam berbagai disiplin ilmu, baik ilmu-ilmu alam (misalnya astronomi dan biologi maupun ilmu-ilmu sosial (termasuk sosiologi dan psikologi), maupun di bidang bisnis, ekonomi, dan industri. Statistika juga digunakan dalam pemerintahan untuk berbagai macam tujuan; sensus penduduk merupakan salah satu prosedur yang paling dikenal. Aplikasi statistika lainnya yang sekarang populer adalah prosedur jajak pendapat atau polling (misalnya dilakukan sebelum pemilihan umum), serta hitung cepat (perhitungan cepat hasil pemilu) atau quick count. Di bidang komputasi, statistika dapat pula diterapkan dalam pengenalan pola maupun kecerdasan buatan. Paradigma ini meyakini bahwa satu-satunya pengetahuan (knowledge) yang valid adalah ilmu pengetahuan (science), yaitu pengetahuan yang berawal dan didasarkan pada pengalaman (experience) yang tertangkap lewat pancaindera untuk kemudian diolah oleh nalar (reason). Oleh karena itu dalam prakteknya, penelitian dengan pendekatan kuantitatif ini memberikan pemaknaan melalui penafsiran angka-angka statistika atau bukan

melalui kebahasaan atau kulturenya. Statistika dalam penelitian pendekatan kuantitatif merupakan salah satu komponen utama dalam tahapan penelitian, mulai dari persiapan penelitian, teknik pengambilan data, pengolahan data sampai pada upaya membuat keputusan/kesimpulan secara ilmiah.

B. Tujuan dan Manfaat Biostatistik

1. Tujuan

- a. Untuk penentuan sampel
- b. Untuk pengembangan dalam pengambilan data
- c. Untuk penyajian data statistik
- d. Untuk analisis data dan uji hipotesis

Tujuan akhir dalam kegiatan penelitian adalah adanya kesimpulan sebagai bahan untuk mengambil keputusan. Agar diperoleh hasil penelitian yang valid dan reliabel, statistika juga telah mengembangkan teknik-teknik perhitungan tertentu dan mengembangkan berbagai metode untuk menguji hipotesis yang dapat membantu para peneliti.

2. **Manfaat Statistika**

- a. Mendapatkan gambaran mengenai suatu fenomena tertentu dengan lebih sederhana melalui ukuran-ukuran statistic
- b. Mampu mengambil kesimpulan dengan tingkat kepercayaan tertentu berdasarkan sampel dari populasi.
- c. Dapat melakukan efisiensi biaya melalui sampling.
- d. Dapat membuat pemodelan dari sebuah permasalahan.
- e. dapat mengetahui apa saja faktor yang berhubungan dengan sebuah permasalahan.
- f. Dapat mengetahui efek dari sebuah variable
- g. Dapat melakukan peramalan data untuk masa mendatang

C. Jenis Statistik

1. Jenis statistik secara umum

Secara umum jenis statistik terbagi menjadi :

- a. Statistik deskriptif

Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu statistik hasil penelitian tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas (generalisasi/inferensial). Penelitian tidak bermaksud untuk membuat suatu kesimpulan terhadap populasi dari sampel yang diambil, statistik yang digunakan adalah statistik deskriptif.

Statistik deskriptif terdiri atas:

Distribusi Frekuensi: penyusunan data dan disajikan dalam bentuk tabel atau diagram.

Ukuran Pemusatan: Rata – rata (Mean), median, dan modus

Ukuran penyebaran: Rentang (Range), simpangan baku dan variansi.

b. Statistik inferensial

Statistik inferensial adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data sampel, dan hasilnya akan digeneralisasikan untuk populasi dimana sampel diambil. Terdapat dua jenis statistik inferensial yaitu statistik parametrik dan statistik non parametrik.

Statistik parametrik digunakan untuk menganalisis data yang berbentuk interval dan rasio sedangkan statistik non parametrik biasanya digunakan untuk menganalisis data yang berbentuk nominal dan ordinal. Statistik parametrik mensyaratkan bahwa distribusi data normal dan variansi data harus sama sedangkan statistik non parametrik tidak memerlukan syarat distribusi data normal dan variansi sama.

2. Tipe Variabel

Variabel penelitian merupakan suatu atribut atau suatu nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Berdasarkan jenisnya variabel penelitian antara lain:

a. Variabel Independent

Variabel independent sering disebut sebagai variabel bebas. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependent.

b. Variabel Dependent

Variabel dependent sering disebut sebagai variabel terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas.

c. Variabel Moderator

Variabel moderator merupakan variabel yang mempengaruhi (memperkuat atau memperlemah) hubungan antara variabel independent dengan dependent. Variabel ini disebut juga sebagai variabel independent ke dua.

d. Variabel Intervening

Variabel intervening adalah variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan antara variabel independent dan variabel dependant, tetapi tidak dapat diamati atau diukur.

e. Variabel Kontrol

Variabel kontrol merupakan variabel yang dikendalikan atau dibuat konstant sehingga hubungan variabel dependent dan independent tidak dipengaruhi oleh faktor luar yang tidak diteliti.

3. Data, dan Skala Pengukuran

Data adalah bentuk jamak dari kata datum. Data merupakan bahan mentah yang perlu dilakukan pengolahan sehingga menghasilkan sebuah informasi. Ditinjau dari jenisnya, data dapat dibedakan menjadi beberapa macam:

a. Data Kuantitatif: data yang berbentuk bilangan (numerik) dan diperoleh dari kegiatan pengukuran. Contoh: umur, jumlah buku: 125,126.

Data Kuantitatif terbagi 2:

1) Data diskrit: data yang berbentuk bilangan bulat. Contoh: jumlah anak, jumlah penderita penyakit HIV: 234,236 dst.

2) Data Kontinu (continue): data yang berbentuk desimal. Contoh: tinggi badan: 155,5 cm, berat badan: 65,4 kg.

b. Data Kualitatif: data yang diperoleh dari hasil pengamatan, dan data yang berhubungan dengan kategorisasi karakteristik berwujud pertanyaan atau berupa kata – kata: baik, buruk, senang, sedih, laki – laki, perempuan dst.

Ditinjau dari sumbernya:

- a. Data Primer: Data yang dikumpulkan oleh peneliti yang digunakan untuk menjawab tujuan dari penelitian secara spesifik. Data ini diperoleh dari hasil survey, penelitian lapangan.
- b. Data Sekunder: Data yang telah tersedia di lembaga tertentu atau telah dikumpulkan oleh orang lain, misal BPS, Profil Kesehatan.

Skala Pengukuran

Untuk menentukan teknik statistik mana yang akan dipakai dan digunakan untuk menguji hipotesis maka harus diketahui terlebih dahulu beberapa macam skala pengukuran dan bentuk hipotesis. Macam skala pengukurannya sebagai berikut:

- a. Skala Nominal

Data yang hanya dapat digolongkan secara terpisah / kategorik dan juga bisa disebut data dikotom. Data ini tidak mempunyai nilai artinya tidak ada *overlapping*.

Contoh:

- 1) Laki – laki dan Perempuan

2) Agama: Islam, Hindu, Budha, Kristen. Semua dikategorikan mempunyai kedudukan yang sama, yaitu sama – sama jenis agama.

b. Skala Ordinal

Data Ordinal adalah data yang berbentuk ranking atau peringkat.

Contoh:

Tingkat Pendidikan (SD, SMP, SMA, PT)

c. Skala Interval

Data yang ditentukan dengan jarak dari urutan suatu kelompok tetapi tidak mempunyai nilai nol mutlak.

Contoh:

Suhu, Jarak

d. Skala Rasio

Data yang jaraknya sama dan mempunyai nilai nol mutlak.

Contoh:

Berat Badan, Umur

4. Metode Pengumpulan Data

Menurut Nan Lin, ada 4 metode pengumpulan data antara lain;

a. Metode observasi

Suatu metode pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti untuk mencatat kejadian atau peristiwa dengan menyaksikannya.

b. Metode dokumentasi

dilakukan jika tidak mungkin bagi peneliti untuk melakukan kontak dengan pelaku atau subjek penelitian.

c. Metode survei

Metode pengumpulan data yang menggunakan instrumen kuesioner atau wawancara untuk mendapatkan tanggapan dari responden yang disampel.

d. Metode eksperimen

Metode yang dilakukan dengan perlakuan.

5. Syarat Alat Ukur

Syarat alat ukur harus memenuhi validitas dan reliabilitas dari pengukuran. Validitas merupakan kesesuaian antara alat dan apa yang di ukur sedangkan Reliabilitas merupakan hasil beberapa kali pengukuran tetapi hasil tetap sama.

6. Sajian Statistik

Setelah data terkumpul, tahap selanjutnya adalah penyajian data. Guna penyajian data adalah untuk mengambil informasi yang ada didalam kumpulan data tersebut. Secara umum sajian data dapat dibagi dalam tiga bentuk:

- a. Tulisan (*textular*)
- b. Tabel (*Tabular*)
- c. Gambar/grafik (*diagram*)

a. Tulisan (*Textular*)

Hampir semua bentuk laporan dari pengumpulan data diberikan tertulis, mulai dari proses pengambilan sampel, pengumpulan data sampai hasil analisis yang berupa informasi. Penggunaan dengan metode tulisan ini harus menggunakan bahasa yang benar, ringkas, dan berbentuk paragraf.

b. Tabel

Macam – macam bentuk tabel:

- 1) Master Tabel

Tabel induk yang berisikan semua hasil pengumpulan data yang masih berbentuk data mentah.

2) Text Tabel

Uraian dari data yang diambil dari tabel induk. Contoh: Distribusi Frekuensi, distribusi relative, distribusi kumulatif, dan tabel silang.

Dalam menyajikan data perlu diingat beberapa hal untuk sajian data yang baik:

- a. Judul Tabel: singkat, jelas dan lengkap
- b. Nomor Tabel
- c. Foot Note: Keterangan yang diperlukan untuk menjelaskan hal-hal tertentu yang tidak bisa dituliskan didalam badan tabel.
- d. Badan tabel yang terdiri dari: Variabel/konsep, distribusi frekuensi, distribusi proporsi, uji statistik bila perlu.
- e. Sumber: pada saat mengutip suatu laporan orang lain, harus dicantumkan sumber dari mana tabel itu dikutip.

Contoh penyajian data dengan menggunakan tabel:

Tabulasi Silang

Faktor Resiko	Prilaku Merokok		Jumlah
	Ya	Tidak	
Berisiko			
Tidak berisiko			
JUMLAH			

Sumber: Laporan tahunan Puskesmas X

c. Grafik

Hal – hal yang harus diperhatikan dalam menyajikan grafik, yaitu:

- 1) Judul singkat, jelas dan lengkap
- 2) Ada dua sumbu sebagai ordinat dan absis
- 3) Skala tertentu
- 4) Nomor gambar
- 5) Foot note
- 6) Sumber

Beberapa jenis grafik / gambar, yaitu:

- 1) Histogram
- 2) Frekuensi polygon

- 3) Ogive
- 4) Diagram garis
- 5) Diagram Batang (*Bar Diagram*)
- 6) Diagram Pinca (*Pie Diagram*)
- 7) Diagram Sebar
- 8) Mapgram
- 9) Pictogram
- 10) Pareto

D. Soal Latihan

1. Jelaskan Definisi Statistik dan Biostatistik.
2. Sebutkan Tujuan dan Manfaat Biostatistik.
3. Jelaskan Jenis Statistik dan Berikan masing – masing contoh dari jenis statistik tersebut!!
4. Jelaskan bentuk dari skala pengukuran berikan masing – masing contoh dari skala pengukuran
5. Jelaskan metode pengumpulan data dan berikan contoh dari masing- masing metode tersebut!!!

BAB 7

Kesehatan Lingkungan dan Upaya Kesehatan Lingkungan

A. Pengertian Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan adalah suatu ilmu dan seni dalam mencapai keseimbangan antara lingkungan dan manusia, ilmu dan juga seni dalam pengelolaan lingkungan sehingga dapat tercapai kondisi yang bersih, sehat, nyaman dan aman serta terhindar dari gangguan berbagai macam penyakit. Ilmu kesehatan lingkungan mempelajari dinamika hubungan interaktif antara kelompok penduduk dengan berbagai macam perubahan komponen lingkungan hidup yang menimbulkan ancaman/berpotensi mengganggu kesehatan masyarakat umum. (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

Menurut slamet riyadi, ilmu kesehatan lingkungan adalah bagian integral dari ilmu kesehatan masyarakat yang khusus mempelajari dan menangani hubungan manusia dengan lingkungannya dalam keseimbangan ekologi dengan tujuan membina & meningkatkan derajat kesehatan maupun kehidupan sehat yang optimal. Lalu

menurut H.J. Mukono, ilmu kesehatan lingkungan merupakan ilmu yang mempelajari hubungan timbal balik antara faktor kesehatan dan faktor lingkungan.

Sedangkan menurut WHO (World Health Organization), kesehatan lingkungan adalah suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia & lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia. Dan menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI), kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia & lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat & bahagia.(Purnama, 2018).

B. Masalah Kesehatan Lingkungan

Masalah-masalah kesehatan lingkungan antara lain adalah:

1. Urbanisasi penduduk

Di Indonesia, terjadi perpindahan penduduk dalam jumlah besar dari desa ke kota. Lahan pertanian yang semakin berkurang terutama di pulau Jawa dan terbatasnya lapangan pekerjaan mengakibatkan penduduk desa berbondong-bondong datang ke kota besar mencari pekerjaan sebagai pekerja kasar

seperti pembantu rumah tangga, kuli bangunan dan pelabuhan, pemulung bahkan menjadi pengemis dan pengamen jalanan yang secara tidak langsung membawa dampak sosial dan dampak kesehatan lingkungan, seperti munculnya permukiman kumuh dimana-mana.

2. Tempat pembuangan sampah

Di hampir setiap tempat di Indonesia, sistem pembuangan sampah dilakukan secara dumping tanpa ada pengelolaan lebih lanjut. Sistem pembuangan semacam itu selain memerlukan lahan yang cukup luas juga menyebabkan pencemaran pada udara, tanah, dan air selain lahannya juga dapat menjadi tempat berkembangbiaknya agens dan vektor penyakit menular.

3. Penyediaan sarana air bersih

Berdasarkan survei yang pernah dilakukan, hanya sekitar 60% penduduk Indonesia mendapatkan air bersih dari PDAM, terutama untuk penduduk perkotaan, selebihnya mempergunakan sumur atau sumber air lain. Bila datang musim kemarau, krisis air dapat terjadi dan penyakit gastroenteritis mulai muncul di mana-mana.

4. Pencemaran udara

Tingkat pencemaran udara di Indonesia sudah melebihi nilai ambang batas normal terutama di kota-kota besar akibat gas buangan kendaraan bermotor. Selain itu, hampir setiap tahun asap tebal meliputi wilayah nusantara bahkan sampai ke negara tetangga akibat pembakaran hutan untuk lahan pertanian dan perkebunan.

5. Pembuangan limbah industri dan rumah tangga

Hampir semua limbah cair baik yang berasal dari rumah tangga dan industri dibuang langsung dan bercampur menjadi satu ke badan sungai atau laut, ditambah lagi dengan kebiasaan penduduk melakukan kegiatan MCK di bantaran sungai. Akibatnya, kualitas air sungai menurun dan apabila di-gunakan untuk air baku memerlukan biaya yang tinggi.

6. Bencana alam/pengungsian

Gempa bumi, tanah longsor, gunung meletus, atau banjir yang sering terjadi di Indonesia mengakibatkan penduduk mengungsi yang tentunya menambah banyak permasalahan kesehatan lingkungan

7. Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah

Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah seringkali menimbulkan masalah baru bagi kesehatan lingkungan. Contoh, pemberian izin tempat permukiman, gedung atau tempat industri baru tanpa didahului dengan studi kelayakan yang berwawasan lingkungan dapat menyebabkan terjadinya banjir, pencemaran udara, air, dan tanah serta masalah sosial lain.

8. Penyakit berbasis lingkungan

Macam-macam jenis penyakit yang terjadi akibat lingkungan antara lain: a. Malaria b. Demam berdarah c. Diare d. Kecacingan e. Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) f. Tuberkulosis paru (TB-paru). (Juaria, 2016)

C. Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan pada hakekatnya adalah kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap status kesehatan yang optimum pula. Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain mencakup: perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor

(air limbah), rumah hewan ternak (kandang) dan sebagainya.

Menurut WHO, sanitasi lingkungan (environmental sanitation) adalah upaya pengendalian semua faktor lingkungan fisik manusia yang mungkin menimbulkan atau dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan dan daya tahan hidup manusia.¹⁵ Sanitasi lingkungan dapat pula diartikan sebagai kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan dan mempertahankan standar kondisi lingkungan yang mendasar yang mempengaruhi kesejahteraan manusia. Kondisi tersebut mencakup pasokan air yang bersih dan aman; pembuangan limbah dari manusia, hewan dan industri yang efisien, perlindungan makanan dari kontaminasi biologis dan kimia, udara yang bersih dan aman; rumah yang bersih dan aman. Dari defenisi tersebut, tampak bahwa sanitasi lingkungan ditujukan untuk memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat dan nyaman. Lingkungan yang sanitasinya buruk dapat menjadi sumber berbagai penyakit yang dapat mengganggu kesehatan manusia. Pada akhirnya jika kesehatan terganggu, maka kesejahteraan juga akan berkurang. Karena itu upaya sanitasi lingkungan menjadi penting dalam meningkatkan kesejahteraan. (Dr. Muhammad Ikhtiar, 2018)

Ruang lingkup sanitasi lingkungan terdiri dari beberapa cakupan. Kesehatan lingkungan merupakan ilmu kesehatan masyarakat yang menitik beratkan usaha preventif dengan usaha perbaikan semua faktor lingkungan agar manusia terhindar dari penyakit dan gangguan kesehatan. Menurut Kusnoputranto ruang lingkup dari kesehatan lingkungan meliputi:

1. Penyediaan air minum.
2. Pengolahan air buangan dan pengendalian pencemaran air.
3. Pengelolaan sampah padat.
4. Pencegahan/pengendalian pencemaran tanah.
5. Pengendalian pencemaran udara.
6. Pengendalian radiasi.
7. Kesehatan kerja, terutama pengendalian dari bahaya- bahaya fisik, kimia dan biologis.
8. Pengendalian kebisingan.
9. Perumahan dan pemukiman, terutama aspek kesehatan masyarakat dari perumahan penduduk, bangunan- bangunan umum dan institusi.
10. Perencanaan daerah dan perkotaan.

11. Aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara, laut dan darat.
12. Rekreasi umum dan pariwisata.
13. Tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemi, bencana alam, perpindahan penduduk dan keadaan darurat.
14. Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin agar lingkungan pada umumnya bebas dari resiko gangguan kesehatan. (Kementerian Kesehatan RI, 2006):(Pemerintah RI, 2014)

D. Upaya Meningkatkan Kualitas Lingkungan Hidup

Upaya meningkatkan kualitas lingkungan hidup dapat dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat. Pada upaya meningkatkan kualitas lingkungan pada pemerintah dapat dilihat dibawah ini:

1. Menganangkan program pembangunan berkelanjutan

Pemerintah dalam upayanya untuk mewujudkan kehidupan negara yang adil dan makmur menganangkan program pembangunan berwawasan lingkungan, atau juga dikenal sebagai pembangunan berkelanjutan. Program ini merupakan upaya

peningkatan kualitas hidup dengan tetap memperhatikan faktor lingkungan. Gagasan penting dalam konsep pembangunan berkelanjutan yaitu:

- a. Gagasan kebutuhan- kebutuhan manusia dalam memenuhi kebutuhan makhluk hidup
- b. Gagasan keterbatasan-keterbatasan lingkungan dalam memenuhi kebutuhan dimasa sekarang dan masa depan.

2. Mengeluarkan UU tentang lingkungan hidup

Upaya pemerintah dalam pelestarian lingkungan dapat dilihat dengan dikeluarkannya UU yang berkaitan dengan lingkungan hidup, diantaranya:

- a. UU No. 5 tahun 1990 tentang konservasi sumber alam hayati dan ekosistemnya
- b. UU No. 5 tahun 1994 tentang Konvensi PBB mengenai keanekaragaman hayati
- c. UU No. 6 tahun 1994 tentang Konvensi PBB mengenai perubahan iklim
- d. UU No. 18 tahun 2008 tentang pengelolaan sampah

- e. UU No. 19 tahun 2009 tentang pengesahan konvensi Stockholm tentang bahan pencemar organik yang persistan
 - f. UU No 32 tahun 2009 tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup (Pemerintah RI, 2014)
3. Membentuk Badan Pengendalian Lingkungan

Pada tahun 1991, pemerintah membentuk suatu badan khusus untuk melakukan pengendalian dan pelestarian lingkungan hidup. Tugas pokok dari Badan Pengendalian Lingkungan, adalah (1) Menanggulangi kasus pencemaran, baik pencemaran udara, pencemaran tanah, maupun pencemaran air, (2) mengawasi bahan berbahaya dan beracun, (3) melakukan analisis mengenai dampak lingkungan. (Marlinae *et al.*, 2019)

Upaya meningkatkan kualitas lingkungan juga dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah. Upaya pelestarian lingkungan hidup harus dilakukan oleh seluruh masyarakat bukan hanya pemerintah. Sebanyak apapun usaha pemerintah dalam melestarikan lingkungan hidup akan percuma apabila tidak diimbangi dengan usaha dari masyarakat. Masyarakat perlu menyadari bahaya

tidak melestarikan lingkungan bagi kehidupannya. Dengan demikian akan ada tindakan jelas dalam pelestarian lingkungan hidup.

Upaya yang dapat dilakukan oleh masyarakat dengan dukungan pemerintah antara lain:

1. Menjalankan program penanaman seribu pohon.

Bencana alam seperti banjir, tanah longsor, dan rob bukan terjadi begitu saja. Bencana ini utamanya terjadi karena kurangnya daerah resapan air hujan akibat penggundulan hutan. Alih fungsi hutan menjadi lahan pertanian dan bangunan membuat tanah menjadi lemah dalam menyerap air. Akibatnya lapisan tanah terkikis dan terjadilah erosi. Dengan adanya erosi terus menerus dan tidak adanya penahan tanah, maka longsor pun mudah terjadi. Begitu juga dengan terjadinya abrasi.

Karang dan hutan bakau diambil untuk keperluan pribadi tanpa memperhatikan lingkungan, sehingga tidak ada penghalang ombak laut. Bahaya semacam ini dapat dihindarkan dengan melakukan reboisasi (penanaman hutan yang gundul) serta melakukan reklamasi hutan bakau. Dengan adanya penahan tanah terhadap air hujan atau

ombak, maka kemungkinan terjadi bencana banjir, longsor, dan rob bisa berkurang. Di wilayah padat penduduk bisa disiasati dengan melakukan penanaman pohon-pohon buah atau tanaman hias disekitar rumah. Selain membantu tanah untuk meresap air, lingkungan sekitar rumah terlihat lebih hidup dengan adanya tanaman.

2. Tidak membuang limbah ke sungai atau laut

Selain penggundulan hutan, pembuangan sampah di aliran sungai juga mempengaruhi terjadinya banjir. Sampah plastik misalnya, sulit untuk didegradasi dan biasanya menumpuk di sepanjang aliran sungai. Saat hujan datang, aliran terhalang sampah sehingga aliran air membelok keluar dari aliran sungai yang seharusnya. Selain menjadi penyebab banjir, dampak sampah plastik bagi kesehatan juga cukup beresiko.

Air-air yang tergenang di sampah plastik peran besar dalam daur hidup nyamuk yang membawa penyakit malaria atau demam berdarah. Bukan hanya limbah sampah, pabrik yang dekat aliran sungai juga sering membuang limbahnya pada sungai. Pembuangan limbah seperti ini masih perlu banyak dievaluasi karena pada kenyataannya limbah yang

dibuang banyak yang mengandung logam berat. Bahaya logam berat bagi lingkungan sangat besar. Selain baunya yang menyengat, logam berat dapat meracuni ikan dan bersifat karsiogenik bagi tubuh manusia.

3. Mengurangi pencemaran udara

Dampak pencemaran udara bukan hanya menimpa manusia tetapi juga unsur biotik dan abiotik di lingkungan hidup. Pencemaran udara utamanya berasal dari asap kendaraan bermotor dan limbah asap pabrik. Wilayah dengan pencemaran udara yang tinggi terlihat banyak kabut yang menutupi cahaya matahari. Akibat kekurangan cahaya pada tumbuhan dan hewan dapat dilihat dari cara mereka beradaptasi. Cara hewan beradaptasi dengan lingkungan berpolusi contohnya seperti warna kupu kupu pada wilayah industri biasanya lebih gelap. Pencemaran udara dapat dikurang dengan beberapa cara, diantaranya:

- a. Menanam pohon atau tanaman hias disepanjang jalan raya untuk mengurangi polusi asap kendaraan.
- b. Membangun taman kota di beberapa tempat di kota besar.

- c. Mengolah kembali limbah pabrik agar setelah dilepaskan ke udara tidak mengandung zat-zat yang dapat merusak lingkungan.
 - d. Mengurangi jumlah kendaraan bermotor
 - e. Optimalisasi penggunaan kendaraan publik massal seperti kereta dan bus sehingga pengguna kendaraan pribadi berkurang.
4. Tidak melakukan perburuan liar dan perusakan alam

Semua unsur dalam lingkungan hidup saling berinteraksi dan mengalami hubungan timbal balik. Untuk itu perlu disadari bahwa dengan merusak alam dengan melakukan penebangan ilegal, perburuan liar, hingga perusakan hutan akan merusak rantai makanan dan pada akhirnya akan berimbas kepada kehidupan manusia. Oleh karena itu, pelaku perusakan lingkungan hidup harus diberi sanksi yang berat agar ada rasa jera untuk mengulangi perbuatannya. Pada lingkungan laut contohnya, penggunaan pukot harimau dan bom ikan sebaiknya dihentikan dan diberi sanksi yang tegas karena mengancam ekosistem dan kehidupan biota

laut didalamnya.(Davis, Oakley and Sochalski, 1982)

5. Melakukan sosialisasi lingkungan hidup

Program program pemerintah harus selalu disosialisasikan kepada masyarakat lewat penyuluhan lalu didukung kegiatan lain agar masyarakat punya kesadaran untuk melestarikan lingkungan. Sebagai contoh masyarakat diberikan sosialisasi mengenai ciri lingkungan sehat dan tidak sehat. Setelah sosialisasi selesai, dibuat kegiatan atau lomba rumah sehat.

Sehingga masyarakat antusias dan terbiasa berpartisipasi dalam melestarikan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari. Kesadaran semacam ini juga perlu ditanamkan pada anak anak. Dalam lingkungan sekolah dasar sebaiknya manfaat ekologi sudah diajarkan sejak dini. Dengan demikian saat tumbuh, anak terbiasa mengambil keputusan dengan mempertimbangkan dampaknya bagi lingkungan hidup. (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

E. Penyakit-Penyakit Akibat Lingkungan yang Tidak Sehat

Penyakit – penyakit akibat lingkungan yang sehat antara lain :

1. Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA)

Infeksi saluran pernapasan dapat menyerang hidung, tenggorokan, saluran napas, dan paru-paru. ISPA diawali dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala tenggorokan sakit atau nyeri telan, batuk kering atau berdahak, dan pilek. Kondisi ini seringkali disebabkan oleh virus, namun bisa juga disebabkan oleh bakteri. ISPA yang disebabkan oleh infeksi virus biasanya akan membaik dalam waktu 3 – 14 hari. ISPA dapat dicegah dengan berperilaku hidup bersih dan sehat, membiasakan cuci tangan. Perhatikan pula etika batuk dan bersin, serta gunakan masker agar virus dan bakteri tidak menular ke orang lain.

2. Diare

Diare merupakan gangguan buang air besar (BAB). Penyakit ini ditandai dengan BAB lebih dari tiga kali sehari, disertai rasa mulas, dengan konsistensi tinja cair, dan dapat disertai dengan darah dan atau lendir. Diare mungkin dianggap sepele padahal dapat

berpotensi kematian, terutama pada balita. Diare menular melalui air, tanah, atau makanan yang terkontaminasi virus, bakteri, atau parasit.

3. TB

TB (tuberkulosis) masih menjadi pembunuh terbanyak di antara penyakit menular. Berdasarkan data WHO tahun 2017, diperkirakan ada 1 juta kasus TB di Indonesia. TB disebabkan oleh bakteri yang menyerang paru-paru, namun bakteri tersebut bisa juga menyerang bagian tubuh lain seperti tulang dan sendi, selaput otak (meningitis TB), kelenjar getah bening (TB kelenjar), dan selaput jantung. Bakteri ini ditularkan melalui udara saat penderita batuk atau bersin. TB dapat dicegah melalui pemberian vaksin BCG.

4. Demam dengue

Demam dengue merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus dengue. Virus ini menginfeksi manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Demam dengue merupakan penyakit musiman yang umum terjadi di negara beriklim tropis. Di Indonesia, penyakit menular ini lebih banyak terjadi di saat musim hujan. Demam dengue

dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih berat yaitu demam berdarah dengue (DBD).

5. Cacingan

Cacingan disebabkan oleh cacing tambang, cacing pita, dan cacing kremi yang menginfeksi usus. Cacingan dapat mengakibatkan anemia (kurang darah), lemas, dan mengantuk, sehingga produktivitas menurun. Hal ini karena cacing menyerap nutrisi yang dibutuhkan tubuh seperti karbohidrat dan protein. Pada wanita hamil, cacingan dapat mengakibatkan berat bayi lahir rendah dan masalah pada persalinan. Cacingan menular melalui kontak langsung, misalnya saat tangan yang kotor dimasukkan ke dalam mulut, atau secara tidak langsung saat Anda menyentuh makanan atau benda yang mengandung telur cacing.

6. Penyakit kulit

Kudis dan kurap menjadi penyakit kulit menular yang banyak diderita oleh masyarakat Indonesia. Penularan penyakit ini terkait dengan kebersihan diri dan lingkungan. Selain itu, kusta juga masih diderita oleh sebagian masyarakat Indonesia. Gejalanya berupa bercak putih atau merah di kulit yang mati

rasa. Kusta dapat menular melalui percikan air liur, bersin, maupun kontak melalui kulit yang luka. Penyakit ini dapat menyebabkan cacat permanen jika tidak diobati sejak dini.

7. Malaria

Malaria merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh parasit dan juga ditularkan melalui gigitan nyamuk. Penderita malaria umumnya menunjukkan gejala demam, menggigil, sakit kepala, berkeringat, nyeri otot, disertai mual dan muntah. Malaria termasuk penyakit endemik dengan daerah yang masih memiliki kasus yang tinggi berada di wilayah Indonesia timur. Penduduk yang tinggal di wilayah endemik malaria memiliki risiko tertinggi tertular penyakit ini.

8. Difteri

Difteri adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri. Gejalanya berupa demam dan peradangan pada selaput saluran pernapasan bagian atas, hidung, serta kulit. Pada tahun 2017, difteri pernah menjadi kasus luar biasa di Indonesia. Kondisi ini terjadi karena diduga terdapat kelompok yang mudah tertular difteri akibat tidak mendapatkan

vaksinasi atau status vaksinasinya tidak lengkap. (Analisis *et al.*, 2005): (Setiawati, 2016)

F. Soal Latihan

1. Jelaskan pengertian kesehatan lingkungan?
2. Apa saja yang termasuk dalam sanitasi lingkungan?
3. Jelaskan upaya apa saja yang bisa dilakukan dalam meningkatkan kualitas lingkungan hidup?
4. Upaya pelestarian lingkungan hidup harus dilakukan oleh seluruh masyarakat bukan hanya pemerintah, bagaimana menurut pendapat anda?
5. Jelaskan penyakit-penyakit yang diakibatkan oleh lingkungan yang tidak sehat?

BAB 8

Kesehatan Kerja dan Upaya Mewujudkan Kesehatan Kerja

A. Pendahuluan

Upaya untuk menciptakan suasana bekerja yang aman, nyaman sehingga dapat mencapai produktivitas setinggi-tingginya merupakan pengertian dari Kesehatan dan keselamatan kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja sangat penting untuk dilaksanakan pada semua bidang pekerjaan seperti proyek pembangunan gedung seperti apartemen dan tanpa terkecuali seperti di bidang kesehatan yaitu rumah sakit, puskesmas, klinik dan laboratorium, karena penerapan K3 itu sendiri dapat mencegah dan mengurangi risiko terjadinya kecelakaan maupun penyakit yang diakibatkan ketika melakukan pekerjaan (Hartono, 2015).

Berdasarkan teori domino ini suatu kecelakaan terjadi diakibatkan oleh beberapa faktor yang berdampak secara berurutan seperti lima batu domino yang dideretkan berdiri sejajar, apabila batu yang didepan jatuh akan mengakibatkan jatuhnya batu-batu yang ada dibelakangnya secara berantai.

Faktor-faktor tersebut adalah kebiasaan, kesalahan seseorang, perbuatan, kondisi tidak aman dan kecelakaan. Ahli keselamatan kerja Heinrich (1931) mengembangkan suatu konsep atau teori terjadinya kecelakaan yang dikenal dengan teori domino. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh ahli ini adalah apabila rantai penyebab tersebut diputus atau salah satu batu domino tersebut dihilangkan maka terjadinya kecelakaan dapat dihindarkan (Hartono, 2015).

Keselamatan dan kesehatan kerja termasuk salah satu program pemeliharaan yang ada di perusahaan. Pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja bagi karyawan sangatlah penting karena bertujuan untuk menciptakan sistem keselamatan dan kesatuan kerja yang nantinya dapat meningkatkan produktivitas kerja karyawan (Wahyuni, Suyadi and Hartanto, 2018).

B. Konsep Dasar Ilmu Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Berdasarkan data kesehatan internasional kesehatan keselamatan kerja atau *Occupational Safety and Health* adalah meningkatkan dan memelihara derajat tertinggi semua pekerja baik secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial disemua jenis pekerjaan, mencegah terjadinya

gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh pekerjaan, melindungi pekerja pada setiap pekerjaan dari risiko yang timbul dari faktor-faktor yang dapat mengganggu kesehatan, menempatkan dan memelihara pekerja dilingkungan kerja yang sesuai dengan kondisi fisiologis dan psikologis pekerja dan untuk menciptakan kesesuaian antara pekerjaan dengan pekerja dan setiap orang dengan tugasnya (Rahman, 2017).

Pengertian K3 menurut OSHA adalah kesehatan dan keselamatan kerja adalah aplikasi ilmu dalam mempelajari risiko keselamatan manusia dan properti baik dalam industri maupun bukan. Kesehatan keselamatan kerja merupakan multidisiplin ilmu yang terdiri atas fisika, kimia, biologi dan ilmu perilaku dengan aplikasi pada manufaktur, transportasi, penanganan material bahaya (Komarudin, Kuswana and Noor, 2016).

Pada Peraturan Pemerintah RI No. 50 Tahun 2012 bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 87 ayat (2) Undang-Undang Nomor 13 tahun 2013 tentang ketenagakerjaan, perlu menetapkan Peraturan Pemerintah tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan kerja, Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selanjutnya disingkat SMK3 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 selanjutnya disingkat K3 adalah segala segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

Keselamatan dan kesehatan kerja termasuk salah satu program pemeliharaan yang ada diperusahaan. Pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja bagi karyawan sangatlah penting karena bertujuan untuk menciptakan sistem keselamatan dan kesatuan kerja yang nantinya dapat meningkatkan produktivitas kerja karyawan (Wahyuni, Suyadi and Hartanto, 2018).

C. Peraturan Perundang-Undangan Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Peraturan perundang-undangan Indonesia belum terlalu dikenal oleh masyarakat luas. Hal ini terlihat dari banyaknya perusahaan, pelayanan kesehatan maupun home industry masih belum memperhatikan masalah keselamatan dan kesehatan para pekerjaannya, sedangkan kesehatan dan keselamatan kerja merupakan salah satu aspek

yang penting dalam aktivitas dunia industri. (Wahyuni, Suyadi and Hartanto, 2018).

Peraturan pemerintah tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan Kerja (Permenakertrans, 2018)

1. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selanjutnya disingkat SMK3 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.
2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selanjutnya disingkat K3 adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.
3. Tenaga Kerja adalah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan guna menghasilkan barang dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun untuk masyarakat (Permenakertrans, 2018).

Undang-Undang

1. Undang-Undang RI No. 03 Tahun 1969 Hygiene dalam Perniagaan dan Kantor-Kantor
2. Undang-Undang RI No. 14 Tahun 1969 Ketentuan-Ketentuan Pokok mengenai Tenaga Kerja
3. Undang-Undang RI No. 01 Tahun 1970 Keselamatan Kerja
4. Undang-Undang RI No. 05 Tahun 1990 Konservasi Sumber daya Alam Hayati dan Ekosistemnya
5. Undang-Undang RI No. 21 Tahun 1997 Tentang Biaya Perolehan Atas Tanah Dan Bangunan
6. Undang-Undang RI No. 18 Tahun 1999 Jasa Konstruksi
7. Undang-Undang RI No. 28 Tahun 2002 Tentang Jasa Konstruksi Bangunan Gedung
8. Undang-Undang RI No. 13 Tahun 2003 Ketenagakerjaan
9. Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004 sistem jaminan sosial nasional
10. Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2008 Pengelolaan Sampah
11. Undang-Undang RI No. 19 Tahun 2009 Bahan Pencemar organik yang resisten

12. Undang-Undang RI No. 32 Tahun 2009
Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan
Hidup
13. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009
Kesehatan
14. Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011 Badan
penyelenggara jaminan sosial
15. Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2017
Penanggulangan Bencana

Peraturan Pemerintah

1. Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 1999
Pengendalian Pencemaran Udara
2. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2000
Usaha Dan Peran Masyarakat Jasa Konstruksi
3. Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2001
Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun
4. Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2002
Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan
Beracun
5. Peraturan Pemerintah No. 64 tahun 2005
Penyelenggaraan program Jamsostek
6. Peraturan Pemerintah No. 27 Tahun 2012 Izin
Lingkungan
7. Peraturan Pemerintah No. 45 Tahun 2015
Tentang Penyelenggaraan Program jaminan
Pensiun

8. Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012 Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja
9. Peraturan Pemerintah No. 53 Tahun 2012 Perubahan Jamsostek
10. Peraturan Pemerintah No. 81 Tahun 2012 Pengelolaan sampah Rumah Tangga dan Sampah Sejenis Rumah tangga
11. Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2014 Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Beracun
12. Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2015 Penyelenggaraan program Jaminan Hari Tua
13. Peraturan Pemerintah No. 78 Tahun 2015 Tentang Pengupahan

Peraturan Presiden

1. Peraturan presiden No. 61 tahun 2011 Rencana Aksi Nasional Penurunan Emisi Gas Rumah Kaca
2. Peraturan presiden No. 71 tahun 2011 Penyelenggaraan Inventarisasi Gas Rumah Kaca
3. Peraturan presiden No. 12 Th 2013 Jaminan Kesehatan

Keputusan Presiden

1. Keputusan presiden RI No. 4 Tahun 1980 Wajib lapor lowongan pekerjaan

2. Keputusan presiden RI No. 92 tahun 1998 Pengesahan Protokol Montreal tentang Zat-Zat yang Merusak Lapisan Ozon, Copenhagen 1992
3. Keputusan Presiden No. 43 Tahun 1991 Konservasi Energi
4. Keputusan Presiden RI No. 22 tahun 1993 Penyakit yang Timbul Karena Hubungan Kerja

Peraturan Menteri

1. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 02 Tahun 1989 Pengawasan Instalasi Penyalur Petir
2. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 02 tahun 1992 tata cara penunjukan kewajiban dan wewenang Ahli Keselamatan dan kesehatan Kerja.
3. Peraturan Menteri Tenaga Kerja & Transmigrasi RI No. 4 Th 1993 jaminan kecelakaan kerja.
4. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 03 tahun 1998 Tentang Tata Cara Pelaporan dan Pemeriksaan Kecelakaan
5. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No. 11 Tahun 2005 tentang pencegahan dan penanggulangan Peredaran gelap narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya

6. Peraturan Menteri Tenaga Kerja & Transmigrasi RI No. 15 Tahun 2008 Pertolongan Pertama pada Kecelakaan ditempat Kerja
7. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 17 Tahun 2008 Pengangkatan, Pemberhentian , dan Tata Kerja Dokter Penasihat
8. Peraturan Menteri Tenaga Kerja & Transmigrasi RI No. 09 Tahun 2010 Operator dan Petugas Pesawat Angkat Angkut
9. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No. 08 2010 Tentang Alat Pelindung Diri
10. Peraturan Menteri Tenaga kerja No.31 Tahun 2015 Perubahan Atas Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor 02 Tahun 1989 Pengawasan Instalasi Penyalur Petir
11. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 3 Tahun 2016 Tata cara Penetapan Standar Kerja Kompetensi Nasional
12. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 06 Tahun 2016 Tunjangan Hari Raya
13. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 09 tahun 2016 bekerja di ketinggian
14. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI No. 38 Tahun 2016 K3 Pesawat tenaga dan produksi
15. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan No. 05 Tahun 2018 Keselamatan Kesehatan kerja Lingkungan Kerja

Kesehatan

1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 472 tahun 1996 Pengamanan Bahan Berbahaya Bagi Kesehatan
2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 261 tahun 1998 Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 48 Tahun 2016 Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 35 tahun 2012 Pedoman Identifikasi Faktor Risiko Kesehatan
5. **Peraturan Menteri Kesehatan No. 56 Tahun 2016 Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja**
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 70 Tahun 2016 Standar dan Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Industri.

Lingkungan Hidup

1. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 01 Tahun 2007 Pedoman Pengkajian Teknis Penetapan Kelas Air
2. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 02 tahun 2008 Pemanfaatan limbah B3
3. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 03 tahun 2008 Tata Cara Pemberian Simbol Dan Label

4. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 11 Tahun 2008 Persyaratan kompetensi Dalam penyusunan Dokumen Analisis Mengenai Lingkungan Hidup Dan Persyaratan Lembaga Pelatihan Kompetensi Penyusunan Dok AMDAL
5. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 12 Tahun 2009 Pemanfaatan Air Hujan
6. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 18 Tahun 2009 Tata cara perizinan Limbah B3
7. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 22 Tahun 2009 Tata Laksana Registrasi Kompetensi Bidang Lingkungan
- 8. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 30 Tahun 2009 Tata Laksana Perizinan dan Pengawasan Pengelolaan Limbah B3 Serta pengawasan Pemulihan Akibat Pencemaran Limbah B3**
9. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 33 tahun 2009 Tata Cara Pemulihan Lahan Terkontaminasi Limbah B3
10. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 01 Tahun 2010 Tata laksana pengendalian Air
11. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 08 Tahun 2010 Kriteria Dan Sertifikasi Bangunan Ramah Lingkungan
12. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 13 tahun 2012 Pedoman pelaksanaan Reduce, Reuse, dan Recycle melalui Bank Sampah

13. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 63 tahun 2016 Persyaratan dan tata cara Penimbunan Limbah B3 Di fasilitas penimbunan Akhir
14. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No. 68 Tahun 2016 Baku mutu air limbah domestik.

Pekerjaan Umum

1. Peraturan Menteri PU No. 29 Tahun 2006 Pedoman Persyaratan teknis Bangunan gedung
2. Peraturan Menteri PU No. 30 Tahun 2006 Pedoman teknis Fasilitas dan Aksesibilitas Pada Bangunan Gedung dan Lingkungan
3. **Peraturan Menteri PU No. 06 Tahun 2007 Pedoman Umum Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan**
4. **Peraturan Menteri PU No. 24 Tahun 2007 pedoman Teknis izin Mendirikan Bangunan Gedung**
5. Peraturan Menteri PU No. 25 Tahun 2007 Pedoman Sertifikat Laik Fungsi bangunan Gedung
6. Peraturan Menteri PU No. 26 Tahun 2007 Tentang Pedoman Tim Ahli Bangunan Gedung
7. Peraturan Menteri PU No. 05 Tahun 2008 Pedoman Penyediaan Dan Pemanfaatan Ruang terbuka Hijau

8. Peraturan Menteri PU No. 09 Tahun 2008 Pedoman Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Konstruksi Bidang Pekerjaan Umum
9. Peraturan Menteri PU No. 26 Tahun 2008 tentang Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran Pada Bangunan Gedung dan Lingkungan
10. Peraturan Menteri PU No. 05 Tahun 2014 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan kerja (SMK) Konstruksi Bidang Pekerjaan Umum
- 11. Peraturan Menteri PU No. 11 Tahun 2014 Pengelolaan Air Hujan Pada bangunan Gedung**
12. Peraturan Menteri PUPR No. 02 Tahun 2015 Bangunan Gedung Hijau
13. Peraturan Menteri PUPR No. 04 Tahun 2017 Penyelenggaraan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik

Keputusan Menteri

1. Tenaga Kerja

- a. Keputusan Bersama Menteri Tenaga Kerja dari Menteri Pekerjaan Umum No. Kep.174 Tahun 1986, No.104 Tahun 1986 Keselamatan Kerja Pada Tempat Kegiatan Konstruksi

- b. Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. 1135 Tahun 1987 Bendera Keselamatan dan Kesehatan Kerja
- c. Keputusan Menteri Tenaga kerja No. 186 Tahun 1999-unit penanggulangan kebakaran
- d. Keputusan Menteri Tenaga kerja No. 187 MEN 1999 Pengendalian Bahan Kimia Berbahaya ditempat kerja.
- e. Keputusan Menteri Tenaga kerja dan transmigrasi No. 239 Tahun 2003 Pedoman Pelaksanaan Sertifikasi Kompetensi Calon Ahli Keselamatan Dan Kesehatan kerja.
- f. Keputusan Menteri Tenaga kerja dan Transmigrasi No. 68 Tahun 2004 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV AIDS Di Tempat Kerja
- g. Keputusan Menteri Tenaga kerja dan transmigrasi No. 211 tahun 2008 tentang SKKNI Scaffolding
- h. Keputusan Menteri Tenaga kerja dan transmigrasi No. 296 Tahun 2008 Penetapan SKKNI SKBI gedung dan Bangunan Sipil Operator GONDOLA Pada Bangunan Gedung
- i. Keputusan Menteri Tenaga kerja dan transmigrasi No. 609 tahun 2012

Pedoman Penyelesaian Kasus Kecelakaan
Kerja & Penyakit Akibat Kerja

2. Lingkungan Hidup

- a. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 48 Tahun 1996 Tentang Baku Tingkat Kebisingan
- b. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 30 Tahun 1999 Panduan Penyusunan Dokumen Pengelolaan Lingkungan Hidup
- c. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 02 Tahun 2000 Panduan Penilaian Dokumen Amdal
- d. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 37 Tahun 2003 Metode analisis Kualitas air Permukaan dan Pengambilan Contoh Air Permukaan
- e. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 142 Tahun 2003 Pedoman mengenai Tata Cara Perizinan serta Pedoman Kajian Pembuangan Air 2limbah ke Air Atau ke Sumber Air
- f. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 45 Tahun 2005 Pedoman Penyusunan Laporan RKL dan RPL

D. Resiko Bahaya Fisik, Biologi, dan Psikologi

Risiko K3 pelayanan kesehatan adalah ukuran kemungkinan kerugian terhadap keselamatan umum, harta benda, jiwa manusia dan lingkungan yang dapat timbul dari sumber bahaya tertentu yang terjadi pada pekerjaan pelayanan kesehatan. Bahaya keselamatan kerja (safety hazard) merupakan bahaya yang dapat mengakibatkan timbulnya kecelakaan yang dapat menyebabkan luka hingga kematian, serta kerusakan aset perusahaan (Ramdan *et al.*, 2017).

Manajemen risiko sangat penting bagi kelangsungan suatu usaha atau kegiatan. Jika terjadi suatu bencana, seperti kebakaran atau kerusakan, perusahaan akan mengalami kerugian yang sangat besar, yang dapat menghambat, mengganggu bahkan menghancurkan kelangsungan usaha atau kegiatan operasi. Manajemen risiko merupakan alat untuk melindungi perusahaan dari setiap kemungkinan yang merugikan. Dalam aspek K3, kerugian berasal dari kejadian yang tidak diinginkan yang timbul dari aktivitas organisasi (Ramdan *et al.*, 2017).

Tanpa menerapkan manajemen risiko, perusahaan dihadapkan dengan ketidakpastian. Manajemen tidak mengetahui apa saja bahaya yang dapat terjadi

dalam organisasi atau perusahaannya sehingga tidak mempersiapkan diri untuk menghadapinya. Soehatman Ramli, BE, SKM, MBA (Ramli, 2010).

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan untuk melindungi kesehatan dan keselamatan para pekerja, yang tertuang dalam Undang-Undang (UU) Pasal 86, UU No. 13 Tahun 2003. Aturan tersebut menjelaskan tentang betapa pentingnya kesehatan dan keselamatan kerja (K3). Terlepas dari aturan tersebut, risiko bahaya kerja tidak akan bisa dihalau sepenuhnya. Maka dari itu, Anda wajib bersikap waspada di segala kondisi agar kesehatan selalu terjaga apa pun jenis pekerjaannya (No.13, 2003).

Bahaya dilingkungan kerja dapat di definisikan sebagai segala kondisi yang dapat memberi pengaruh yang merugikan terhadap kesehatan atau kesejahteraan orang yang bekerja. Faktor bahaya dilingkungan kerja meliputi faktor Kimia, Biologi, Fisika, Fisiologi dan Psikologi (Zati, Zulkarnen Mora and Endang Terangisa BR Sinuraya, 2020).

1. Bahaya Fisik

Fisik yaitu potensi bahaya yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan terhadap tenaga kerja yang terpapar, misalnya: terpapar kebisingan dengan kualitas tinggi, suhu lingkungan yang tidak bagus , kualitas

pencahayaan yang tidak tepat, adanya getaran, timbulnya radiasi.

a. Kebisingan (bunyi)

merupakan timbulnya bunyi yang tidak dikehendaki yang dapat memberi efek dan dampak yang buruk terhadap kesehatan. Nilai ambang batas untuk kebisingan ini (biasanya >85 dBA) pada jangka waktu tertentu dapat menyebabkan gangguan pendengaran yang bersifat sementara maupun kronis. Tuli permanen adalah penyakit akibat kerja yang paling banyak diklaim. Seperti bengkel las, tukang bangunan, pengolahan kayu, dll.

b. Getaran

Parameter getaran hamper sama dengan kebisingan (bunyi) seperti adanya frekuensi, amplitudo, lama pajanan dan apakah sifat getaran terus menerus. Peralatan yang menimbulkan getaran juga dapat memberikan efek negatif pada sistem saraf dan sistem musculo-skeletal seperti Contoh: Loaders, forklift truck, pneumatic tools.

c. Pencahayaan (penerangan/penyinaran)

Pencahayaan ini dapat memberi kenyamanan ketika seseorang melakukan suatu pekerjaan dan memberi lingkungan kerja yang aman. Dampak yang dapat ditimbulkan ketika seseorang bekerja dengan kondisi pencahayaan yang kurang bagus (terlalu terang / terlalu redup) dapat mengakibatkan seperti mata tidak nyaman, mata lelah, sakit kepala, berkurangnya kemampuan melihat (dapat terjadi penyakit) dan menyebabkan kecelakaan. Namun keuntungan ketika pencahayaan sesuai dengan standar dapat memberikan semangat dalam kerja, produktivitas meningkat, mengurangi kesalahan dalam bekerja, kenyamanan kondisi lingkungan kerja, sehingga dapat mengurangi kecelakaan kerja (Zati, Zulkarnen Mora and Endang Terangisa BR Sinuraya, 2020)

2. Bahaya Biologi

Bahaya biologi dapat di definisikan sebagai debu organik yang berasal dari sumber-sumber biologi yang berbeda seperti virus, bakteri, jamur, protein dari binatang atau bahan-bahan dari tumbuhan seperti produk serat alam yang

di degradasi. Bahaya biologi dapat dibagi menjadi dua yaitu yang menyebabkan infeksi dan non-infeksi. Bahaya dari yang bersifat non infeksi dapat dibagi lagi menjadi organisme viable, racun biogenik dan alergi biogenik.

Contoh dari bahaya biologi seperti kontak dengan darah pasien yang berdampak tertular penyakit Hepatitis, AIDS, dan HIV. Pada bahaya biologi dan bahaya perilaku apabila menerapkan rekomendasi pengendalian dari peneliti dapat menurunkan tingkat risiko menjadi 100 (Tinggi) yaitu mengharuskan adanya perbaikan secara teknis (Putri, Hussin and Kasjono, 2017).

Pengendalian yang dilakukan supaya dapat terhindar dari bahaya biologi adalah dengan mengganti sarung tangan apabila terjadi sobek atau tidak dapat menahan dari benda-benda tajam, memberikan pengarahan agar melakukan pekerjaan sesuai dengan SPO yang telah tersedia, dan menyediakan alat pelindung diri kaca mata karena ada kemungkinan benda/bahan berbahaya memancar mengenai mata dan muka (Putri, Hussin and Kasjono, 2017).

3. Bahaya Psikologi

Stress adalah tanggapan tubuh (respon) yang sifatnya non-spesifik terhadap setiap tuntutan atasnya. Manakala tuntutan terhadap tubuh itu berlebihan, maka hal ini dinamakan stress. Gangguan emosional yang ditimbulkan: cemas, gelisah, gangguan kepribadian, penyimpangan seksual, ketagihan alkohol dan psikotropika. Penyakit psikosomatis antara lain : jantung koroner, tekanan darah tinggi, gangguan pencernaan, luka usus besar, gangguan pernapasan, asma bronkiolus, penyakit kulit seperti eksim,dll (Zati, Zulkarnen Mora and Endang Terangisa BR Sinuraya, 2020)

E. Penanggulangan Kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja

System manajemen kesehatan dan keselamatan kerja ini bertujuan untuk dapat memberikan pencegahan sehingga dapat meminimalkan kejadian resiko terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. System manajemen penanggulangan ini adalah sebagai keuntungan dalam produktifitas pada masa yang akan datang.

1. Pembinaan K3

Kegiatan sosialisasi K3 bagi seluruh pegawai dari seluruh tingkat jabatan, yang dapat berupa penyuluhan, pelatihan, kursus, pemasangan poster keselamatan kerja, pemasangan rambu –rambu atau tanda peringatan bahaya, pemasangan UU keselamatan kerja ditempat kerja (Atmaja *et al.*, 2018)

2. Kondisi Fisik Tempat Kerja


Tempat kerja adalah setiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, untuk keperluan atau suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber – sumber bahaya kerja. (Kansil, 2001). Kebersihan perawatan tempat kerja, melainkan juga faktor fisik lainnya seperti suara, suhu penerangan, dan penyediaan alat pemadaman api yang memadai. Kondisi fisik tempat kerja yang baik akan meminimalkan risiko terjadinya kecelakaan kerja yang diakibatkan oleh kondisi tidak aman, dan dampaknya kepada pekerja adalah berkurangnya ketegangan - ketegangan (pemisahan sosial, rasa bosan, letih, dan tidak diperhatikan) yang dirasakan oleh pekerja (Atmaja *et al.*, 2018).

3. Proses Kerja

Merupakan seluruh kegiatan yang dilaksanakan dalam bekerja, dimulai dari kegiatan paling awal hingga akhir. Proses kerja yang sesuai akan membekali pekerjaan dengan pengetahuan lengkap mengenai pekerjaannya dan mengurangi stress dan konsekuensi lainnya akibat stress di kalangan pekerja (Atmaja *et al.*, 2018)

4. Alat Pelindung Diri

Yang dimaksud dengan alat pelindung diri adalah alat untuk dapat melindungi sebagian atau seluruh tubuhnya dari penggunaan potensi bahaya atau kecelakaan kerja (Sugeng Budionao dan Jusuf 329). Penggunaan alat pelindung diri dapat berbeda - beda. Tergantung jenis - jenis pekerjaan yang dilakukan. APD yang bisa digunakan:

Helm pengaman (<i>safety helmet</i>)	
---	---

<p>Penutup Telinga <i>(Ear Muffs)</i></p>	
<p>Penyumbat Telinga <i>(Ear Plug)</i></p>	
<p>Kacamata Pengaman <i>(Safety Glasses)</i></p>	
<p>Respirator</p>	
<p>Pelindung Wajah <i>(Face Shield)</i></p>	

<p>Tali Pengaman (<i>Safety Harness</i>)</p>	 A safety harness with orange and yellow straps and buckles, designed for fall protection.
<p>Sabuk Pengaman (<i>Safety Belt</i>)</p>	 A safety belt with a blue waistband, green and yellow straps, and a metal D-ring, used for fall protection.
<p>Sarung Tangan (<i>Gloves</i>)</p>	 A pair of yellow work gloves, one showing the palm side and the other the back side.
<p>Sepatu Karet (Sepatu <i>boots</i>)</p>	 A pair of black rubber boots with thick soles and laces, designed for wet and muddy conditions.
<p>Sepatu Pengaman (<i>Safety Shoes</i>)</p>	 A pair of black safety shoes with reinforced toe caps and laces, designed for industrial work.

Jas Hujan (<i>Raincoat</i>)	
Pelampung	
Rompi Safety	
Coverall	

Hal ini memegang peranan penting dalam menjaga K3 karena sejumlah masalah yang berkaitan dengan kesehatan akan dapat merusak kinerja pegawai. Oleh karena itu, adanya perhatian atas hal ini menjadi hal yang penting. Pelayanan dan fasilitas kesehatan yang dimaksud antara lain tersedianya tenaga kerja medis ahli beserta obat-obatan dan saran medis dalam menghadapi kecelakaan

kerja maupun penyakit akibat kerja (Atmaja *et al.*, 2018).

F. Soal Latihan

1. Jelaskan Kewajiban Pengurus K3 Sesuai UU 1 Tahun 1970!
2. Siapa yang melakukan pengawasan Keselamatan dan Kesehatan Kerja berdasarkan Undang – undang No. 1 tahun 1970 dan sebutkan peraturan Menterinya? dan jelaskan pula mekanisme pengawasan terhadap ditaatinya Undang – undang No 1 tahun 1970, yang dilakukan oleh Ahli K3 Umum di tempat kerja/Perusahaan?
3. Jelaskan hakikat dan pengertian kesehatan dan keselamatan kerja (k3)
4. Mengapa setiap karyawan harus dilakukan pemeriksaan awal, berkala, purnabakti maupun khusus?
5. jelaskan istilah-istilah bahaya dalam lingkungan kerja yang anda ketahui, minimal 4 istilah!
6. Jelaskan dan beri contoh beberapa factor lingkungan kerja yang mempengaruhi kesehatan seseorang dalam melakukan

pekerjaan! Terutama yang berada
diPerusahaan saudara!

BAB 9

Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

A. Kesehatan Reproduksi

Hak dan kesehatan seksual dan reproduksi/Sexual and reproductive health and rights (SRHR) penting untuk pembangunan berkelanjutan karena keterkaitannya dengan kesetaraan gender dan kesejahteraan perempuan, dampaknya terhadap kesehatan ibu, bayi baru lahir, anak, dan remaja, serta peran mereka dalam membentuk pembangunan ekonomi masa depan dan kelestarian lingkungan. Namun kemajuan dalam memenuhi SRHR untuk semua terhalang karena komitmen politik yang lemah, sumber daya yang tidak memadai, diskriminasi yang terus-menerus terhadap perempuan dan anak perempuan, dan keengganan untuk menangani masalah yang berkaitan dengan seksualitas secara terbuka dan komprehensif. Akibatnya, hampir semua dari 4,3 miliar orang usia reproduksi di seluruh dunia akan mendapatkan layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang tidak memadai selama hidup mereka. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan reproduksi

yang komprehensif penting dilaksanakan untuk memenuhi SRHR.

1. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

(Suyono, 2011) mengatakan bahwa belajar adalah aktivitas yang selalu dilakukan dan dialami manusia sejak manusia di dalam kandungan, buaian, tumbuhberkembang dari anak-anak, remaja sehingga menjadi dewasa, sampai ke liang lahat, sesuai dengan pembelajaran sepanjang hayat.

a. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah kondisi dimana tercapainya kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. Kesehatan reproduksi bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, tetapi menyiratkan bahwa orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, serta memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukannya (WHO, 2020b).

Kesehatan Reproduksi pertama kali didefinisikan saat *International Conference on Population and Development* (ICPD), yang diadakan di Kairo pada tahun 1994. Istilah 'kesehatan reproduksi' mencerminkan penyimpangan tajam dari pendekatan sebelumnya terhadap pertanyaan tentang bagaimana, dan sejauh mana, manusia bereproduksi. Dan sebagai tanggapan atas program pengendalian populasi yang sangat agresif yang diluncurkan pada tahun 1960-1970 di Afrika, Asia, dan Amerika Latin. Dimana gerakan perempuan internasional dan beberapa organisasi lainnya yang menyerukan program untuk menghormati hak asasi perempuan dan memberi layanan berbagai masalah di luar pengendalian kelahiran, seperti; persalinan dengan aman, kesehatan, keinginan memiliki anak, dan bebas dari infeksi saluran reproduksi yang didapat secara seksual. Definisi kesehatan reproduksi juga menunjukkan pentingnya hubungan seksual manusia, dan fakta bahwa sering kali tidak adanya kesetaraan antara pria dan wanita. Ketidaksetaraan ini, yang berakar pada

pandangan masyarakat tentang Aspek Gender dalam Kesehatan Seksual dan Reproduksi, tentang bagaimana seharusnya seorang pria atau wanita (disebut gender), memainkan peran penting dalam kesehatan reproduksi (Cottingham and Ravindran, 2008).

Kesehatan reproduksi memiliki defenisi yang lebih luas dibandingkan konsep tentang kesehatan seksual. Dimana beberapa ahli mendefenisikan kesehatan seksual sebagai suatu program untuk mencegah wanita tertular penyakit yang diperoleh secara seksual, seperti HIV dan infeksi menular seksual lainnya. Kesehatan seksual juga dapat diartikan sebagai peningkatan kemampuan perempuan untuk menghadapi kondisi kesehatan seksual dan reproduksi, seperti kanker payudara dan serviks, disfungsi seksual, nyeri panggul, menopause, dan pelecehan seksual (Wingood, Sionéan and McCree, 2002).

b. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Secara utama kesehatan reproduksi bertujuan untuk memberikan pelayanan

kesehatan reproduksi secara komprehensif kepada setiap wanita dan pasangannya, sehingga wanita mampu secara mandiri menjalani proses reproduksinya secara sehat dan bertanggungjawab, baik dalam menentukan peran dan fungsi reproduksinya, maupun dalam menentukan waktu, jumlah dan jarak kehamilan. Kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap perilaku seksual dan fertilitasnya, agar wanita bebas dari diskriminasi dan kekerasan, serta pengakuan dan penghormatan atas hak-hak kesehatan reproduksi dan seksualnya, yang dapat meningkatkan kualitas kehidupan wanita dan anak-anaknya.

c. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Pengadopsian definisi kesehatan reproduksi secara komprehensif pada Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan ICPD menandai dimulainya era baru kesehatan reproduksi. Dimana beberapa dekade terakhir, konsep hak dan kesehatan

reproduksi dan seksual, dengan sedikit pengecualian, telah diterima secara luas dan mulai digunakan oleh badan-badan kesehatan dan pembangunan internasional, pemerintah nasional, organisasi nonpemerintah, dan pihak terkait lainnya. Kebijakan dan program kesehatan reproduksi baru telah ditetapkan di hampir semua negara. Program ini telah menghasilkan perubahan yang signifikan di beberapa negara dalam memberikan layanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana. Berikut ruang lingkup kesehatan reproduksi (WHO, 2004);

- 1) Kehamilan, persalinan dan kesehatan bayi baru lahir
- 2) Keluarga berencana
- 3) Komplikasi aborsi
- 4) Infeksi menular seksual, termasuk HIV, dan infeksi saluran reproduksi
- 5) Ketidaksetaraan terkait gender
- 6) Kesehatan reproduksi remaja
- 7) Ketidaksetaraan terkait kemiskinan dan akses ke layanan kesehatan

8) Masalah kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan, dan berbagai penyakit lainnya

d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah ekonomi, demografis, budaya, politik, lingkungan, dll. Faktor-faktor ini mempengaruhi kesehatan semua orang, tetapi terutama dampaknya terbesarnya adalah bagi wanita (Zahan, 2014):

Faktor Biologis

Meskipun seksualitas manusia memiliki banyak fungsi selain sistem reproduksi, akan tetapi faktor biologis tetap menjadi hal mendasar terhadap pengalaman seksual manusia. Respons seksual melibatkan pemrosesan informasi psikologis, yang dipengaruhi oleh pembelajaran, respon fisiologis dan mekanisme otak, yang menghubungkan pemrosesan informasi dengan respon fisiologis. Meskipun belum banyak yang dapat dipahami tentang mekanisme urutan kompleks ini, akan tetapi secara

sederhana dapat dipahami bahwa setiap individu sangat bervariasi dalam kapasitas fisik dan respon seksual mereka.

Faktor Kemiskinan

Kemiskinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan. Terutama orang-orang yang tinggal di daerah kumuh, yang tidak memiliki cukup makanan atau jenis makanan yang tepat, tidak ada tempat tinggal yang layak, ketersediaan sanitasi dan air bersih, serta tidak adanya perawatan kesehatan bila diperlukan. Situasi ini akan sangat sulit bagi wanita. Karena wanita miskin menghabiskan lebih banyak waktu dan energi untuk memasak makanan atau menyiapkan makanan, dimana biasanya mereka tidak terampil dan tidak berpendidikan, sehingga mereka wajib menerima pekerjaan apapun yang mereka dapat untuk membantu perekonomian keluarga.

Faktor Demografi

Faktor demografis memengaruhi kesehatan wanita melalui dua mekanisme

yaitu; tingkat “makro” dampak yang merujuk pada seluruh masyarakat, dan tingkat “mikro” yaitu menunjukkan individu atau keluarga. Di tingkat makro, pertumbuhan penduduk yang pesat membebani lingkungan, yang membuat hidup semakin lebih sulit, karena populasi yang terus meningkat. Tapi tidak diiringi dengan penambahan makanan, air, sanitasi, pendidikan dan lapangan pekerjaan, konsekuensi ini sangat mempengaruhi wanita terutama dari keluarga miskin. Di tingkat mikro, keputusan yang dibuat oleh masing-masing pasangan, serta peluang yang mereka miliki terhadap akses pendidikan, pekerjaan dan lain-lain, bisa menjadi salah faktor penentu seorang wanita untuk mendapatkan kesehatan yang layak.

Faktor Masyarakat

Ketika suatu komunitas memiliki kelompok minoritas, maka anggota kelompok tersebut merupakan objek potensial bias ekonomi atau sosial, yang berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi. Ketimpangan ekonomi, dalam

bentuk kurangnya pendidikan, kesempatan kerja, dan kemiskinan akan berdampak pada sulitnya akses kesehatan yang layak. Selain itu, pada beberapa kasus, kelompok minoritas memiliki rasa ketidakpercayaan dan kecurigaan terhadap upaya kesehatan masyarakat yang diberikan.

Faktor Budaya

Setiap komunitas masyarakat memiliki norma dan nilai tentang seksualitas yang berbeda-beda. Norma-norma dan nilai-nilai tersebut dapat mempengaruhi kesehatan seksual dan perilaku seksual masyarakatnya. Misalnya, larangan keras terhadap seks di luar nikah bisa memiliki efek perlindungan terhadap infeksi menular seksual / HIV dan kehamilan pada remaja.

Faktor Politik

Kebijakan pemerintah tentang pekerja wanita yang memiliki kontribusi besar terhadap pembangunan akan berdampak langsung pada status dan kesehatan wanita. Hal ini disebabkan karena tinggi kesempatan pekerjaan dan akses

kesehatan yang layak bagi wanita tersebut.

Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan salah satu faktor yang berdampak langsung pada kesehatan perempuan. Seperti pada wanita dari keluarga miskin tidak memiliki fasilitas yang lengkap dalam memasak makanan dengan benar bahkan sulit untuk merebus air minum. Sehingga, wanita ini akan menghadapi berbagai masalah penyakit terkait air minum yang tidak aman dan sanitasi yang tidak memadai. Selain itu banyak perempuan miskin yang bekerja serabutan atau di pabrik beresiko terkena bahan kimia berbahaya atau radiasi, yang berbahaya untuk kesehatan diri sendiri dan anak yang ada dalam kandungannya.

e. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Dalam Hak Reproduksi kesehatan seksual dan reproduksi perempuan dan laki-laki membutuhkan lebih dari sekedar pengetahuan ilmiah atau intervensi biomedis. Hak Reproduksi membutuhkan pengakuan dan penghormatan terhadap

martabat yang melekat pada individu. Hak Reproduksi mengacu pada gabungan Hak Asasi Manusia yang melindungi individu dari penyakit seksual serta mempromosikan peningkatan kesejahteraan seksual dan reproduksi. Definisi konsensus internasional dari istilah yang diadopsi pada *International Conference on Population and Development* (ICPD) 1994 di Kairo, Mesir, menyatakan bahwa “Hak Reproduksi mencakup hak asasi manusia tertentu yang telah diakui dalam hukum nasional, dokumen hak asasi manusia internasional, dan dokumen konsensus lainnya. Hak-hak ini terletak pada pengakuan hak dasar semua pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak, dan waktu anak-anak mereka dan untuk memiliki informasi dan sarana untuk melakukannya, dan hak untuk mencapai standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksi. Ini juga termasuk hak mereka untuk membuat keputusan tentang reproduksi yang bebas dari diskriminasi, paksaan, dan kekerasan, seperti yang diungkapkan dalam dokumen hak asasi

manusia”(Erdman and Cook, 2008). Berdasarkan deklarasi IPPF, Hak Reproduksi terdiri dari (IPPF, 2009);

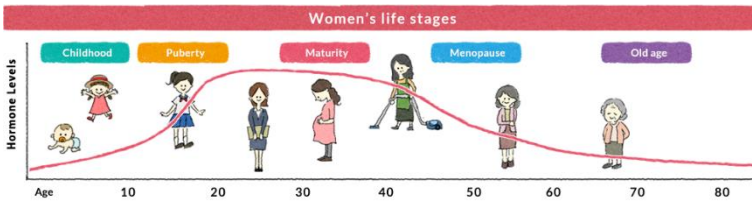
- 1) Hak atas kesetaraan, perlindungan hukum yang setara dan kebebasan dari segala bentuk diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, seksualitas atau gender
- 2) Hak untuk berpartisipasi bagi semua orang, tanpa memandang jenis kelamin, seksualitas atau gender
- 3) Hak untuk hidup, kebebasan, keamanan pribadi dan integritas tubuh
- 4) Hak atas privasi
- 5) Hak atas otonomi pribadi dan pengakuan di depan hukum
- 6) Hak atas kebebasan berpikir, berpendapat dan berekspresi; hak untuk berserikat
- 7) Hak atas kesehatan dan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan
- 8) Hak atas pendidikan dan informasi
- 9) Hak untuk memilih apakah akan menikah atau tidak dan untuk

menemukan dan merencanakan sebuah keluarga, dan untuk memutuskan apakah, bagaimana dan kapan, untuk memiliki anak atau tidak

10) Hak atas akuntabilitas dan ganti rugi

f. Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Hidup Wanita

Kehidupan seseorang dapat dibagi menjadi beberapa tahapan dengan ciri-ciri tertentu untuk setiap tahapannya. Psikologi perkembangan mengenali karakteristik untuk setiap tahap yang berubah seiring bertambahnya usia. Secara biologis, tahapan kehidupan seorang wanita dibagi menjadi masa anak-anak, pubertas (remaja), kematangan seksual (usia subur), periode klimakterik, dan pasca klimakterik (lanjut usia). Beberapa tahapan mengalami kondisi fluktuasi secara hormonal, serta mengalami peristiwa kehidupan khusus untuk wanita, yaitu kehamilan dan persalinan (Takeda, 2010).



Gambar 9.1: Siklus Hidup Wanita (Otsuka Pharmaceutical, 2020)

Masa Anak-anak

Masa ini memiliki beberapa tahapan umum yaitu: (1) Prenatal yaitu masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin; (2) yaitu tahun pertama kehidupan, anak belajar untuk memfokuskan penglihatannya, menjangkau, mengeksplorasi, dan belajar tentang hal-hal yang ada disekitarnya. Kognitif, atau perkembangan otak terfokus pada proses pembelajaran memori, bahasa, pemikiran, dan penalaran; (3) Balita yaitu masa pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik anak akan melambat, tetapi terjadi beberapa perubahan intelektual, sosial, dan emosional yang luar biasa; (4)

Masa anak-anak adalah saat kritis bagi anak-anak untuk mengembangkan kepercayaan diri di semua bidang kehidupan, seperti pertemanan, tugas sekolah, dan olahraga.

Masa Remaja

Pubertas (masa remaja) yaitu masa dengan rentang usia siswa sekolah menengah pertama hingga perguruan tinggi. Paruh pertama periode ini secara khusus dapat disebut pubertas, dan paruh kedua disebut masa remaja. *Sense Of Value* atau sikap percaya pada diri sendiri dan sikap menilai berkembang selama periode ini. Secara psikologis manusia membangun identitasnya selama periode ini melalui konflik berulang antara mengejar cita-cita dan berbagai kekecewaan. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (pubeshe), buah dada mulai tumbuh (thelarche), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth), mendapatkan haid yang pertama kali (menarche).

Masa kematangan seksual (usia subur)

Paruh pertama dari periode ini adalah membangun hubungan jangka panjang dengan orang lain setelah pembentukan identitas, oleh karena itu terlibat dalam lingkungan sosial menjadi sangat penting. Wanita dalam periode ini mungkin harus memenuhi sejumlah peran yang berkaitan dengan kesejahteraan keluarga, hubungan pribadi, pendidikan anak-anak mereka, dan pengasuhan anggota keluarga lainnya. Meskipun ini adalah periode penuh makna yang dipenuhi dengan kreativitas dalam hidup, dan juga periode di mana identitas seseorang mulai didefinisikan ulang. Pada masa ini wanita menjalankan tugas kehidupannya yaitu hamil, melahirkan, nifas dan menyusui dan serta perencanaan jumlah atau jarak anak.

Masa klimakterik (menopause)

Lima tahun sebelum dan sesudah menopause diartikan sebagai masa klimakterik, dan seorang wanita dikatakan telah mencapai menopause bila tidak terjadi menstruasi selama 12 bulan

berturut-turut. Masa ini biasanya terjadi pada pertengahan umur 40-50 tahun. Periode ini sering bersamaan dengan waktu anak meninggalkan rumah, kebutuhan untuk merawat orang tua yang sudah lanjut usia, perubahan hubungan dengan suami karena kehilangan tujuan bersama sebagai pasangan, atau penyakit suami. Akibatnya, kehilangan motivasi dalam hidup, depresi mental, dan kelelahan fisik dapat menumpuk, mempengaruhi kesehatan seorang wanita. Masa ini hormon Estrogen mulai menurun karena produksi sel telur sudah mulai menurun. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis diantaranya perubahan pada organ reproduksi, metabolisme tubuh dan turunya massa tulang.

Masa pasca klimakterik (lanjut usia)

Pada masa ini fungsi ovarium hampir berakhir, dan masalah yang terkait dengan penuaan mulai berkembang. Orang-orang di usia ini mengalami kehilangan orang lain yang dekat dengan mereka dan menjadi sadar akan

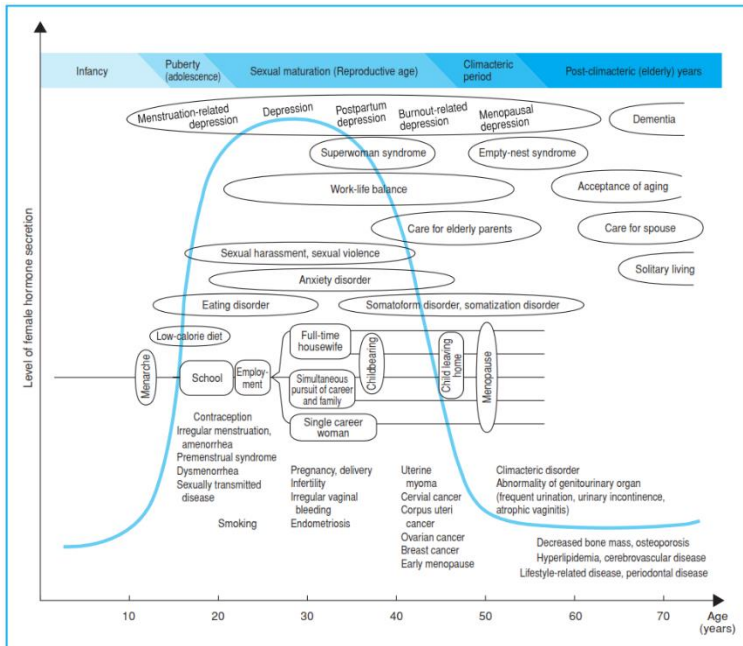
penurunan kekuatan fisik dan ingatan mereka sendiri.

g. Masalah Kesehatan Reproduksi

International Women's Day tahun 2020 melalui Beijing Platform for Action membahas isu yang berkaitan dengan wanita dan kesehatan, seperti nutrisi, kesehatan seksual dan reproduksi, HIV / AIDS dan penyakit menular seksual lainnya, dan kekerasan terhadap wanita. Isu permasalahan kesehatan yang dibahas (WHO, 2020c):

- 1) Aborsi
- 2) Kesehatan Reproduksi Remaja
- 3) Kanker serviks
- 4) Sifilis kongenital
- 5) Kontrasepsi
- 6) Mutilasi alat kelamin perempuan
- 7) Infertilitas
- 8) Kesehatan ibu dan perinatal
- 9) Infeksi saluran reproduksi dan menular seksual
- 10) Kesehatan seksual

- 11) Bayi lahir mati
- 12) Kekerasan terhadap wanita



Gambar 9.2. Siklus Hidup Wanita dan isu kesehatan seksualnya (Takeda, 2010)

2. Kesehatan Reproduksi Dalam Perspektif Gender

a. Pengertian Gender Dan Seks

Gender dan Seks sama-sama memiliki peranan penting sebagai penentu derajat kesehatan. Seks secara biologis dan interaksi secara sosial membentuk interaksi gender, yang menghasilkan perbedaan risiko dan kerentanan

terhadap kesehatan, serta perbedaan pada perilaku kesehatan antara pria dan wanita. Gender adalah istilah yang mengacu pada perbedaan sosial atau budaya yang terkait dengan menjadi pria atau wanita, sedangkan Seks merupakan istilah yang mencakup perbedaan fisik atau fisiologis antara pria dan wanita yang ditentukan secara biologis. Namun, istilah ini sering salah digunakan secara bergantian dalam literatur ilmiah, kebijakan kesehatan, dan undang-undang. Secara umum dapat disimpulkan seks adalah konsep biologis, gender adalah konstruksi sosial; seks ditentukan oleh genetika dan biologi, gender diproduksi oleh masyarakat; seks itu permanen, gender bervariasi dari waktu ke waktu dan lintas budaya; seks adalah kepemilikan individu, gender adalah kualitas sosial dan relasional. (WHO, 2020a).

Tabel 9.1: Perbedaan Gender dan Seks (WHO, 2020a)

Seks	Contoh	Gender	Contoh
Konsep biologis	Alat kelamin	Konstruksi sosial masyarakat	Peran kehidupan sehari-hari
Individu dan tidak bisa dipertukarkan	Jakun pada pria dan payudara pada wanita	Relasional, sosial dan bisa dipertukarkan	Peran wanita dalam istri dapat digantikan oleh suami
Permanen	Status pria dan wanita tidak akan berubah hingga kita meninggal	Bervariasi dari waktu ke waktu	Pria lebih diutamakan dari pada wanita
Diberikan oleh Tuhan	Wanita dapat melahirkan	Diciptakan oleh manusia	Wanita dapat menjadi ketua RT

b. Budaya yang Mempengaruhi Gender
(Neculăesei, 2015)

Determinisme budaya

Determinisme budaya menjelaskan asimilasi dari nilai-nilai sosial budaya individu dan pengaruhnya terhadap sikap, mentalitas, persepsi dan perilaku individu tersebut. Budaya nasional

dianggap memiliki pengaruh paling kuat, akan tetapi ada dominasi budaya yang berasal dari suku, agama, kelas sosial, usia, jenis kelamin, pendidikan, dll.

Budaya dan Komunikasi

Budaya adalah komunikasi dan komunikasi adalah budaya. Perbedaan peran antara jenis kelamin (ditentukan secara budaya) adalah produk komunikasi, tetapi pada saat yang sama, jenis kelamin memengaruhi komunikasi. Komunikasi membentuk kehidupan individu. Sikap, mentalitas, posisi terhadap tindakan dan solusi yang dihasilkan ditransmisikan melalui komunikasi.

Semua ini mempengaruhi perilaku dan perilaku manusia yang memiliki konsekuensi moral. Komunikasi (verbal, nonverbal, implisit, eksplisit) adalah proses yang mengajarkan kita menjadi laki-laki atau perempuan, artinya berperilaku sesuai dengan jenis kelamin. Sejak masa kanak-kanak kita telah mempelajari praktik linguistik yang berbeda, yang secara budaya dikaitkan

dengan perilaku gender. Wacana religius, mistis, filosofis dan politik menularkan kepada kita nilai dan norma tentang peran kita berdasarkan gender: izin -apa yang (bisa dilakukan) laki-laki/perempuan, larangan-apa yang tidak boleh atau tidak boleh dilakukan oleh laki-laki/perempuan, bagaimana seharusnya dilakukan dll. Beberapa perilaku komunikasi yang dapat diterima oleh anak laki-laki/laki-laki dianggap sama sekali tidak pantas untuk anak perempuan/perempuan. Dengan cara ini, terjadi perbedaan cara belajar penggunaan bahasa dan penggunaan aktual.

Perbedaan peran dan diskriminasi

Diskriminasi gender mencerminkan "setiap perbedaan, pengecualian, pembatasan atau preferensi berdasarkan jenis kelamin yang bertujuan untuk memberikan pembatasan dan pengecualian pengakuan, penggunaan atau pelaksanaan hak asasi manusia dan kebebasan atau hak fundamental yang diakui oleh hukum, dalam kondisi kesetaraan, dalam bidang politik,

ekonomi, sosial, budaya, atau bidang kehidupan publik lainnya.

Perbedaan antar jenis kelamin dapat dilihat sebagai manifestasi nilai dan norma kontrak sosial. Perbedaan gender seperti dimensi maskulinitas-feminitas mencerminkan tingkat kemampuan pertukaran peran gender dalam masyarakat (dimensi ini, terkait dengan perbedaan sosialisasi anak dalam kaitannya dengan agresi - anak belajar menghindari agresi di negara feminin, sementara mereka belajar bagaimana mempertahankan diri di negara maskulin, juga termanifestasi secara linguistik. Jadi, "masyarakat dianggap maskulin jika peran emosional gender berbeda dengan jelas: laki-laki harus otoriter, kasar dan fokus pada kesuksesan materi, sedangkan perempuan harus sederhana, lembut dan peduli dengan kualitas hidup.

Suatu masyarakat dianggap feminin jika peran emosional gender setara: baik pria dan wanita harus membuktikan kesopanan, kelembutan dan perhatian terhadap kualitas hidup. Akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, timbul

masalah ketidakadilan (diskriminasi) gender, yaitu :

1) Marginalisasi (Peminggiran)

Marginalisasi wanita menyebabkan peningkatan kemiskinan terhadap wanita. Dimana pekerja wanita lebih sulit mencari pekerjaan dibandingkan pekerja pria, karena adanya prioritas terhadap pekerja pria.

2) Subordinasi (Penomorduaan)

Tradisi dan agama dalam birokrasi selalu meletakkan wanita dibawah pria. Seperti contoh: suami tidak harus meminta izin kepada istri jika ingin menempuh pendidikan, sementara hal itu tidak berlaku terhadap istri.

3) Pandangan Stereotype (Citra Baku)

Pandangan tentang wanita yang fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan domestik, menyebabkan perbedaan pandangan terhadap sikap yang harus dimiliki oleh wanita. Jika pria marah maka

dianggap tegas, akan tetapi jika wanita marah maka akan dianggap kasar.

4) Kekerasan (Violence)

Pandangan wanita sebagai objek seksual, menciptakan berbagai kekerasan terhadap wanita, mulai dari kekerasan fisik hingga kekerasan non fisik.

5) Beban Ganda (Double Dourden)

Hasil beberapa observasi memperlihatkan, wanita mengerjakan 90% pekerjaan rumah tangga, disisi lain terkadang wanita juga harus bekerja untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga, sehingga menyebabkan adanya beban ganda yang harus ditanggung oleh wanita.

c. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

- 1) Pada beberapa komunitas anak laki-laki sangat diharapkan dan dirawat dengan sangat baik, sementara anak perempuan ditelatarkan

- 2) Remaja putri mengalami kekerasan seksual, dan kematian akibat mengandung pada usia dini. Menikah pada usia dini juga meningkatkan risiko penyakit seksual.
- 3) Pada wanita dewasa sering terjadi kematian akibat kehamilan yang terlalu sering, penularan penyakit menular seksual karena pasangan, dan penggunaan kontrasepsi yang hanya difokuskan pada perempuan.
- 4) Pada wanita lanjut usia, permasalahan yang paling sering terjadi adalah depresi karena ditinggalkan oleh pasangan.

d. Pengarusutamaan Gender (Gender Mainstreaming)

Pengarusutamaan gender (PUG) atau adalah strategi yang dilakukan secara rasional dan sistematis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat dan negara), melalui kebijakan dan program yang

memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan pria dan wanita ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Tujuan pengarusutamaan gender adalah memastikan apakah pria dan wanita memperoleh akses yang sama kepada sumber daya pembangunan. Dapat berpartisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk proses pengambilan keputusan. Mempunyai kontrol yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan memperoleh manfaat yang sama dari hasil pembangunan.

B. Konsep Keluarga Berencana

1. Konsep Program KB

Keluarga Berencana adalah kemampuan individu dan pasangan untuk mengantisipasi dan mencapai jumlah anak yang diinginkan serta mengatur jarak dan waktu kelahiran. Hal ini dicapai melalui penggunaan kontrasepsi dan tindakan infertilitas secara sadar. Kemampuan seorang wanita untuk mengatur

jarak dan membatasi kehamilannya akan dampak langsung terhadap kesehatan dan kesejahteraannya, serta menghindari risiko kematian selama proses kehamilan dan melahirkan (WHO, 2020d).

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Indonesia, 2009).

2. Tujuan, sasaran dan ruang lingkup Program KB

Tujuan program KB (USAID, 2012):

- a. Menyelamatkan nyawa wanita, bayi baru lahir, anak-anak, dan remaja putri.
- b. Menurunkan jumlah kehamilan yang tidak direncanakan dan aborsi.
- c. Mengurangi laju peningkatan jumlah penduduk.
- d. Mengurangi APBN negara.
- e. Meningkatkan kesejahteraan masyarakat
- f. Mengurangi beban sumber daya alam dan lingkungan.

Sasaran program KB adalah pria dan wanita usia subur, ruang lingkup program KB adalah (ODPHP, 2020):

- a. Layanan kontrasepsi
- b. Tes kehamilan dan konseling
- c. Layanan kehamilan termasuk layanan kesehatan prakonsepsi
- d. Layanan infertilitas dasar
- e. Layanan penyakit menular seksual
- f. Layanan kesehatan reproduksi yang lebih luas, termasuk pendidikan dan konseling pasien
- g. Pemeriksaan payudara dan panggul
- h. Skrining kanker payudara dan serviks
- i. Pendidikan pencegahan, konseling, tes, dan rujukan infeksi menular seksual (IMS) dan human immunodeficiency virus (HIV)

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perkembangan KB di Indonesia (Handayani, 2010):

- a. Sosial Ekonomi

Tingkat ekonomi sangat mempengaruhi perkembangan program KB di Indonesia.

Karena program KB tidak dapat terlepas dari daya beli masyarakat terhadap alat kontrasepsi. Selain itu adanya anggapan sebagai aset untuk membantu ekonomi keluarga.

b. Budaya

Budaya belum punya anak dengan jenis kelamin tertentu, membuat keluarga tidak berhenti mempunyai anak.

c. Pendidikan

Pendidikan yang rendah membuat banyak keluarga tidak memahami dampak negatif banyak anak terhadap kesehatan dan ekonomi.

d. Status Wanita

e. Agama

4. Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan KB

Strategi pendekatan dalam program keluarga berencana antara lain (Priyanti and Syalfina, 2017):

a. Pendekatan kemasyarakatan (*community approach*)

Diarahkan untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.

- b. Pendekatan koordinasi aktif (*active coordinative approach*)

Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan sejajar.

- c. Pendekatan integratif (*integrative approach*)

Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat menguntungkan dan memberi manfaat pada semua pihak.

- d. Pendekatan kualitas (*quality approach*)

Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (provider) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.

- e. Pendekatan kemandirian (*self reliant approach*)

Memberikan peluang kepada sektor pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.

- f. Pendekatan tiga dimensi (*three dimension approach*)

Strategi tiga dimensi program KB sebagai pendekatan program KB nasional, dimana program tersebut atas dasar survei pasangan usia subur di Indonesia terhadap ajakan KIE.

5. Dampak Program KB Terhadap Pencegahan Kelahiran (Priyanti and Syalfina, 2017)

- a. Untuk Ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek
 - 2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk

mengasuh anak, beristirahat, dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya

- b. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
 - 1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat
 - 2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan
- c. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya:
 - 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga
 - 2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak

- 3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
- d. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
 - 1) Memperbaiki kesehatan fisiknya
 - 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya
 - e. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya: Kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan

C. Soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?
2. Jelaskan apa saja Pelayanan Kesehatan Reproduksi, dalam setiap kegiatannya selalu

ditujukan pada sasaran utama dari pelayanan kesehatan reproduksi?

3. Sebutkan apa saja Pelaksanaan hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi?
4. Sebutkan 10 masalah kesehatan reproduksi yang banyak terjadi ?
5. Jelaskan tujuan dan ruang lingkup dari KB?
6. Sebutkan masalah apa saja yang berhubungan dengan keluarga berencana ?
7. Jelaskan bagaimana peran dan cara untuk melakukan pengendalian penduduk untuk melakukan KB?
8. Jelaskan dampak dari tidak dilakukan KB

BAB 10

Analisis Proses Administrasi Kebijakan Kesehatan

A. Konsep Dasar Administrasi Kebijakan Kesehatan

Dalam abad modern dewasa ini, administrasi merupakan hal yang sangat penting. Kelangsungan hidup suatu pemerintahan yang beradab dan malahan kelangsungan hidup dari peradaban itu sendiri akan sangat tergantung pada kemampuan membina dan mengembangkan administrasi yang mampu memecahkan berbagai masalah masyarakat modern. Tegak dan runtuhnya suatu negara, maju mundurnya peradaban manusia serta timbul tenggelamnya bangsa-bangsa di dunia bukan karena perang nuklir atau malapetaka, akan tetapi akan tergantung pada baik buruknya administrasi yang dimiliki. Oleh sebab itu suatu negara atau suatu bangsa yang ingin mencapai kemajuan dalam berbagai aspek kehidupan termasuk kemajuan di bidang kesehatan, tidak ada pilihan lain selain mengutamakan pembinaan dan pengembangan berbagai konsep administrasi serta

penerapan secara kontekstual. Abad ini adalah” abad administrasi”, karena semua keputusan di bidang politik, ekonomi, kebudayaan, militer, kesehatan, dan lain-lain hanya akan ada artinya apabila keputusan tersebut terlaksana secara efisien dan ekonomis. Di lain pihak, hakekat administrasi adalah efisiensi dan efektivitas. (Ede surya darman, 2016)

Kata “administrasi” dalam bahasa Belanda, “*administratie*” artinya segala kegiatan yang meliputi tulis-menulis, ketik-mengetik, surat-menyurat (korespondensi), kearsipan, agenda, dan pekerjaan tata usaha kantor lainnya. Selain itu kata “administrasi” dalam bahasa Yunani, “*Ad ministrare*” yang artinya *Ad* = pada, *ministrare* = melayani, berarti memberikan pelayanan. Dari akar kata “administrasi” ini secara gamblang dapat dikatakan bahwa administrasi mempunyai pengertian: “*pelayanan kegiatan tata usaha kantor*” (pelayanan pengetikan, pelayanan surat-menyurat, dan lain sebagainya). (azrul azwar, 1996)

Berikut rujukan dari beberapa ahli yang menyebut apa batasan dan pengertian administrasi:

1. The Ling Gie, administrasi adalah segenap rangkaian perbuatan penyelenggaraan dalam setiap usaha kerjasama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.

2. Sutarto, administrasi adalah suatu proses penyelenggaraan dan pengurusan segenap tindakan/kegiatan dalam setiap usaha kerjasama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.
3. Sondang P Siagian, administrasi adalah proses kerjasama antara dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan.
4. Leonard D. White, administrasi sebagai suatu proses yang pada umumnya terdapat pada semua kelompok Negara (swasta, sipil atau militer, usaha besar maupun usaha kecil.
5. William H. Newman, administrasi sebagai pedoman/petunjuk, kepemimpinan dan pengawasan dari usaha-usaha sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama.
6. Dwight Waldo, administrasi adalah bentuk daya upaya manusia yang kooperatif yang mempunyai tingkat rasionalitas yang tinggi.
7. H.A. Simon, dkk, administrasi sebagai kegiatan sekelompok orang yang mengadakan kerjasama untuk mencapai tujuan bersama.
8. George R. Terry, administrasi adalah upaya mencapai tujuan yang ditetapkan dengan

mempergunakan orang lain.

9. Robert D. Calkins, administrasi adalah kombinasi antara pengambilan keputusan dengan pelaksanaan dari keputusan tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
10. Azwar, 1996 mengemukakan bahwa administrasi mengandung unsur-unsur: adanya orang-orang, adanya pedoman/petunjuk, adanya kegiatan-kegiatan, adanya kerjasama, adanya rasionalitas dan adanya tujuan yang hendak dicapai.

Secara umum administrasi dapat dibedakan dalam arti sempit dan arti luas:

1. Administrasi dalam pengertian sempit.

Dalam pengertian sempit di sini dimaksudkan ditinjau dari lingkup kerja yang sempit yaitu hanya berkisar pada kegiatan tata usaha kantor seperti: tulis menulis, pengetikan surat menyurat (termasuk menggunakan komputer), agenda, kearsipan, pembukuan dan lain sebagainya.

2. Administrasi dalam pengertian luas

Dalam pengertian luas administrasi dapat dibedakan dalam 3 (tiga) aspek, yaitu:

a. Administrasi sebagai suatu proses

Ditinjau dari aspek proses, administrasi merupakan keseluruhan proses, mulai dari proses pemikiran, proses perencanaan, proses pengaturan, proses penggerakan, proses pengawasan sampai pada proses pencapaian tujuan. Untuk mencapai suatu tujuan orang harus memikirkan terlebih dahulu apa yang akan dicapai dan bagaimana cara mencapainya serta sarana dan prasana apa yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut serta kemampuan seseorang untuk menjalankannya.

b. Fungsi atau tugas administrasi

Ditinjau dari fungsi atau tugas administrasi, maka administrasi adalah keseluruhan tindakan (aktivitas) yang harus dilakukan oleh seseorang yang berkedudukan sebagai “administrator” (memegang jabatan dalam manajemensuatu organisasi). Dalam setiap organisasi atau instansi sudah tentu ada orang-orang yang menjalankan administrasi, misalnya: orang-orang yang melaksanakan tugas kepemimpinan

(pemimpin), orang-orang yang melaksanakan tugas perencanaan (perencana), orang-orang yang melaksanakan tugas pengawasan/kontrol (pengawas), orang-orang yang mengorganisir (organisor), dan lain sebagainya.

c. Kepranataan / institusi adminsitrasi

Ditinjau dari kepranataan (institusi), maka administrasi adalah melihat kegiatan dalam suatu lembaga yang melakukan aktivitas tertentu, misalnya: Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, maka ada orang-orang yang melakukan kegiatan administrasi dalam lembaga itu.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa administrasi mempunyai pengertian: "Aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan" atau "proses penyelenggaraan kerja untuk mencapai tujuan".

Jika diperhatikan berbagai pengertian administrasi di atas, ditemukan unsur- unsur pokok administrasi, antara lain: (Hasibuan, 2020)

a. Masukan (*input*), yaitu segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Masukan masukan ini dikenal juga dengan perangkat administrasi (*tools of administration*), antara lain:

- 1) Sumber (*resources*), yaitu segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa, dapat dibedakan: sumber tenaga (*labour resources*), sumber modal (*capital resources*), sumber hukum (*legitimate resources*), sumber alamiah (*natural resources*).
- 2) Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (*science and technology*) adalah tata cara kerja dengan memanfaatkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi
- 3) Kemampuan dan Kesanggupan (*skill/capacity*) adalah pengetahuan dan keadaan fisik, mental biologis tenaga pelaksana.

Ada juga yang membedakan *input* ini menjadi manusia (*man*), modal (*capital*), manajerial dan teknologi. Pembagian lainnya yang banyak dikenal masyarakat

adalah 4 M, yaitu: manusia(*man*), uang (*money*), material dan metode (*material and method*) dan ada juga 6 M yaitu: manusia (*man*), uang (*money*), material (*material*), metode (*method*), pasar (*market*) dan mesin (*machinery*). Pada hakekatnya, unsur-unsur masukan (*input*) administrasi harus mampu menjawab 5W dan 1 H (*Who, What, When, Why, Where, dan How*)

- 1) *Man*, berarti sumber daya manusia, yaitu tenaga yang akan terlibat dalam kegiatan
- 2) *Money*, berarti pendanaan / anggaran yang akan digunakan untuk melakukan kegiatan
- 3) *Method*, berarti acuan, pedoman, dan aturan yang akan digunakan untuk kegiatan
- 4) *Material*, yaitu semua bahan dan peralatan (yang tidak menggunakan mesin / motor penggerak) yang akan digunakan untuk kegiatan
- 5) *Machine*, yaitu semua bahan dan peralatan yang menggunakan

- 6) mesin / motor penggerak yang akan digunakan untuk kegiatan
 - 7) *Market*, yaitu sasaran kegiatan
- b. Proses (*process*), yaitu langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Proses ini dalam ilmu administrasi dikenal dengan sebutan fungsi administrasi (*functions of administration*). Pada umumnya fungsi administrasi menjadi tanggung jawab pimpinan. Beberapa fungsi administrasi yang dikemukakan oleh para ahli, ada yang mengatakan 4 (empat) fungsi, ada yang mengatakan 5 (lima) fungsi, dan sebagainya,

Tabel 10.1: Fungsi Administrasi Menurut Beberapa Ahli

NO	George R Terry	John F Mee	Louis Allen	Mc. Namara
1.	Planning	Planning	Leading	Planning
2.	Organizing	Organizing	Planning	Programing
3.	Actuating	Motivating	Organizing	Budgeting
4.	Controlling	Controlling	Controlling	System
	Henry Fayol	Herold Koontz Crril O'Donnel	S.P.Siagian	Oey Liang Lee
1.	Planning	Planning	Planning	Perencanaan
2.	Organizing	Organizing	Organizing	Pengorganisasian Pengarahan

3.	Commanding	Staffing	Motivating	Pengkoordinasian
4.	Coordinating	Directing	Controlling	Pengontrolan
5.	Controlling	Controlling	Evaluating	
	W.H.Newman	Luther M. Gullick	Lyndal F Urwick	John D. Millet
1.	Planning	Planning	Forecasting	Directing
2.	Organizing	Organizing	Planning	-----
3.	Assembling Resources	Staffing	Organizing	Fasilitating
4.	Directing	Directing	Commanding	-----
5.	Controlling	Cordinating	Coordinating	-----
6.	-----	Reporting	Controlling	-----
7.	-----	Budgetting	-----	-----

c. Keluaran (*output*), yaitu hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Bila ditinjau dari pengertiannya, keluaran yang dihasilkan dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

1) Pengertian sempit (kegiatan perkantoran). Keluaran yang dihasilkan adalah catatan surat masuk dan keluar, kumpulan surat masuk dan keluar, daftar nama pegawai, daftar inventaris barang, daftar gaji pegawai, dan lain-lain.

2) Pengertian luas, terdiri dari:

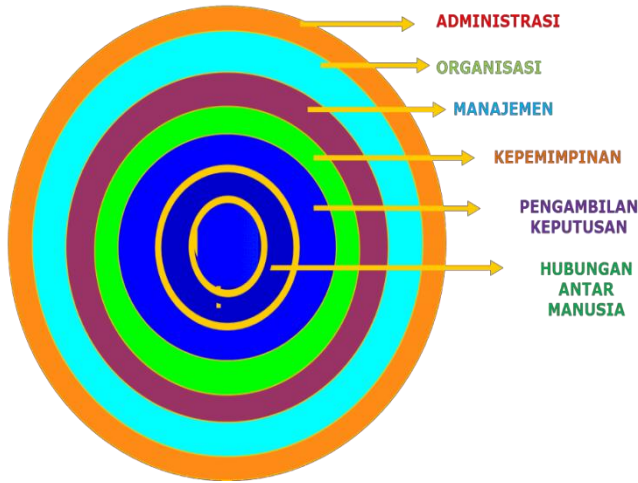
a) Hasil dari proses. Keluaran yang dihasilkan adalah pengembangan organisasi, kegiatan organisasi,

pengembangan pegawai, petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis, tugas-tugas/personil kepanitian, dan lain- lain.

- b) Hasil dari fungsi/tugas. Keluaran yang dihasilkan adalah kebijakan, program kegiatan, hasil pengawasan, hasil pengorganisasian.
- c) Kelembagaan. Keluaran yang dihasilkan adalah fungsi/aktivitas kelembagaan, sistim, layanan umum (*in servise dan public service*). Untuk sektor pemerintahan adalah pelayanan publik, untuk sektor perusahaan/swasta adalah jasa dan produksi
- d) Sasaran (*target group*), yaitu tujuan keluaran yang dihasilkan atau dengan kepada siapa hasil kegiatan tersebut ditujukan atau kepada siapa kebijakan yang dihasilkan ditujukan. Untuk

kebijakan publik, sasaran yang dimaksud dapat dibedakan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*) ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect target group*).

- e) Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan.
- f) Administrasi sebagai sistim, yaitu semua tata aturan yang berlaku untuk menjalankan tugas-tugas/fungsi-fungsi administrasi dibuat secara sistimatis, dalam rangka efektif dan efisien untuk mencapai tujuan.



Gambar 10.1. Hubungan Administrasi, Organisasi, Manajemen, kepemimpinan, Pengambilan Keputusan Dan Hubungan Antar Manusia

Ada juga beberapa pendapat menyatakan antara administrasi dan manajemen tidak ada perbedaannya, hal ini karena dua kata tersebut saling berkaitan, dimana ada administrasi pasti ada manajemen. Kelompok ini berpendapat bahwa apa yang dimaksud dengan administrasi, termasuk dalam arti manajemen. Ada juga yang mengatakan bahwa administrasi atau manajemen adalah suatu pendekatan rencana terhadap pemecahan masalah yang kebanyakan pada setiap individu atau kelompok (baik urusan Negara maupun swasta). (Hasibuan, 2020)

Di pihak lain ada kelompok yang membedakan

administrasi dan manajemen. Kelompok ini berpendapat bahwa administrasi ditujukan sebagai penentuan tujuan pokok dan kebijakan, sedangkan manajemen ditujukan terhadap pelaksanaan kegiatan tujuan pokok tersebut. Ada juga yang mengatakan bahwa administrasi adalah suatu proses dari badan/instansi yang bertanggung untuk menentukan tujuan organisasi dan manajemen, sedangkan manajemen adalah suatu proses dari badan/instansi yang secara langsung memberi petunjuk, bimbingan dalam suatu organisasi dalam merealisasikan tujuan yang telah ditetapkan.

Mengacu pada pendapat yang membedakan antara administrasi dan manajemen, maka dapat dikatakan bahwa administrasi sifatnya menentukan kebijakan umum, sedangkan manajemen adalah bagaimana secara langsung kegiatan-kegiatan itu dilakukan dengan memberi petunjuk, bimbingan, pengetahuan dan pengaturan yang diarahkan secara sistimatis untuk merealisasikan tujuan yang telah ditetapkan. (azwar, 1996)

1. Kebijakan Kesehatan

Pengertian “kesehatan” merupakan landasan pemahaman terhadap “kebijakan kesehatan”. Kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual

yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU 36 Tahun 2009).

Apabila pengertian ‘kesehatan’ dihubungkan dengan pengertian ‘kebijakan’ sebagaimana dikemukakan sebelumnya, maka “kebijakan kesehatan” dapat diartikan sebagai suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok, dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau sekelompok pelaku politik yang menjadi pedoman dan dasar pelaksanaan kegiatan untuk mencapai keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial maupun spritual yang diindikasikan tidak adanya keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan agar masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial dan maupun ekonomi.

Tujuan dari kebijakan kesehatan pada hakekatnya adalah untuk menyediakan pola pencegahan (*preventive*), pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan (*promotif*), pengobatan penyakit (*curative*), pemulihan kesehatan (*rehabilitative*) dan perlindungan terhadap kaum rentan. Oleh sebab itu kebijakan kesehatan yang baik harus berpihak pada kelompok-kelompok

masyarakat yang paling rentan terhadap berbagai masalah kesehatan dan bertujuan jangka panjang.

Dalam pelaksanaannya administrasi Kebijakan Kesehatan merupakan serangkaian aktivitas atau proses penyelenggaraan P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakkan dan Pelaksanaan), serta P3 (Pemantauan, Pengendalian, dan Penilaian) suatu asas atau pedoman yang menjadi garis besar, dasar dalam pelaksanaan berbagai kegiatan kepemimpinan, cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah) yang merupakan pernyataan nilai-nilai tertentu, cita-cita, tujuan, dan prinsip dalam usaha mewujudkan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi secara efektif dan efisien. (Heryana *et al.*, 2018)

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu pada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional, penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan

kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder*.

Kebijakan kesehatan dipandang sebagai tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan di bidang kesehatan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian. Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi kesehatan, kekuatan dari aspek politik yang mempengaruhi kesehatan masyarakat pada tingkat daerah, nasional dan dunia internasional. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan daerah agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan termasuk kesehatan internasional. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang memperhatikan pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat. (Rahmat Alyakin Dachi, 2016).

(Berridge, 2016) Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian tindakan pemerintah yang ditetapkan melalui suatu jaringan

keputusan yang saling berhubungan dan membentuk suatu strategi / pendekatan untuk mempengaruhi faktor-faktor penentu di sektor kesehatan dalam hubungannya dengan isu-isu strategis agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, makna kebijakan kesehatan pada hakekatnya merupakan suatu susunan rancangan tujuan dan dasar pertimbangan program pemerintah yang berhubungan dengan masalah kesehatan dan merupakan pilihan pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan di bidang kesehatan.

Makna kebijakan kesehatan tersebut di atas berimplikasi pada hal-hal sebagai berikut:

- a. Kebijakan kesehatan merupakan pernyataan dan tindakan yang mengarah pada upaya peningkatan derajat kesehatan dalam bentuk keputusan atau penetapan pemerintah yang bersifat mengikat
- b. Kebijakan kesehatan pada hakikatnya terdiri atas keputusan-keputusan dan tindakan-tindakan yang ditetapkan oleh pemerintah di bidang kesehatan, misalnya dalam mengatur pendayagunaan tenaga

kesehatan, penataan sistim pelayanan kesehatan, pengaturan jaminan kesehatan, dan lain sebagainya

- c. Kebijakan kesehatan ditujukan untuk kepentingan seluruh masyarakat dengan prioritas pada kelompok rentan. Kelompok rentan yang dimaksud adalah kelompok masyarakat yang karena kondisi tubuhnya rentan mengalami gangguan kesehatan (seperti: bayi, anak balita, ibu hamil dan/atau melahirkan, usia lanjut dan sebagainya) dan rentan kurang/tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan (keluarga tidak mampu secara ekonomi, daerah terpencil, terisolir, kepulauan, perbatasan), serta rentan mengalami gangguan kesehatan dari dimensi lainnya.

Seyogianya kebijakan kesehatan memperhatikan nilai-nilai yang dimiliki oleh suatu kebijakan yang berorientasi humaniora, antara lain: (Erwan Agus Purwanto and Dyath Ratih Sulistiyastuti, 2018)

- a. Bermanfaat, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan ditujukan untuk menjamin setiap warga negara terpenuhi kebutuhannya di bidang kesehatan yang

dapat memungkinkan untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi.

- b. Cerdas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan merupakan suatu pilihan terbaik dalam upaya pemecahan masalah kesehatan yang sedang dihadapi dan dapat dipertanggungjawabkan dari aspek manfaat, kualitas maupun akuntabilitas.
- c. Bijaksana, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan tidak malah menimbulkan masalah baru atau semakin memperumit masalah.
- d. Portabilitas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan mendorong kemungkinan setiap penduduk untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan kapan dan dimana saja dibutuhkan dan selalu tersedia.
- e. Harapan, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan mampu memberikan harapan kepada masyarakat bahwa derajat kesehatannya akan semakin membaik
- f. Orientasi preventif dan promotif, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah lebih mengutamakan aspek preventif dan

promotif karena lebih efisien tanpa mengabaikan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif.

- g. Prioritas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah mengutamakan kelompok rentan seperti ibu hamil, bayi dan anak, balita, manusia usia lanjut dan kelompok masyarakat yang tidak mampu secara ekonomi.
- h. Kepentingan publik, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan semata-mata untuk kepentingan masyarakat secara keseluruhan dan bukan kepentingan sekelompok orang.
- i. Responsivitas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan merupakan jawaban terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi oleh masyarakat
- j. Motivator, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus mampu memotivasi seluruh *stakeholder* untuk melaksanakannya dengan baik
- k. Produktif dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus lebih mendorong produktivitas kehidupan yang lebih efisien dan efektif.

- l. Memadai, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus memiliki kecukupan sumber daya dalam pelaksanaannya.
- m. Kemandirian, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah mendorong kemandirian masyarakat dalam upaya memperoleh derajat kesehatan yang optimal.
- n. Adil, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah dilaksanakan secara adil dan tidak diskriminatif di tengah-tengah masyarakat.

Secara operasional, kebijakan kesehatan beroperasi pada 4 (empat) tingkatan, yaitu:

- a. Tingkat Sistemik, yaitu corak utama yang membentuk sistim kesehatan secara keseluruhan. Misalnya keterlibatan institusi publik, peran publik / swasta dan hubungan kesehatan dengan sektor lain.
- b. Tingkatan Program, yaitu memutuskan prioritas untuk pelayanan kesehatan, program-program kesehatan yang nyata dan cara yang ditempuh dimana sumber daya harus dialokasikan (operasional kegiatan).

- c. Tingkatan Organisasi, yaitu menunjuk pada cara yang ditempuh agar sumber daya dapat digunakan produktif dan menyediakan pelayanan yang bermutu tinggi
- d. Tingkatan Instrumental, yaitu menjadi tingkatan dalam pengembangan instrumen organisasi yang baik, seperti dalam pengembangan sumber daya manusia kesehatan, manajemen kesehatan, pembiayaan kesehatan dan lain sebagainya

2. Tahapan Kebijakan Kesehatan

Proses kebijakan kesehatan dilakukan melalui beberapa tahapan. Tahapan kebijakan kesehatan adalah keseluruhan pola dalam pembuatan kebijakan kesehatan yang melibatkan hubungan masalah, perumusan, implementasi, dan evaluasi dampaknya terhadap masyarakat. Tahapan kebijakan kesehatan merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses dengan berbagai variabel yang harus dikaji. Tahapan kebijakan kesehatan melibatkan berbagai unsur, antara lain adalah eksekutif, legislatif, mass media forum, para ahli, akademisi, dan para praktisi di bidang kesehatan. Oleh karena

itu para ahli membagi proses kebijakan dalam tahap-tahapan agar mudah mengkaji kebijakan yang dibuat. Berikut ada beberapa pendapat dari para ahli mengenai tahapan dalam pembuatan suatu kebijakan: (Erwan Agus Purwanto and Dyath Ratih Sulistiyastuti, 2018)

a. James Anderson

- 1) Formulasi masalah
- 2) Formulasi kebijakan
- 3) Penentuan kebijakan
- 4) Implementasi kebijakan
- 5) Evaluasi kebijakan

b. Patton dan Savicky

- 1) Mendefinisikan masalah (*define the problem*)
- 2) Menentukan kriteria evaluasi (*determine evaluation criteria*)
- 3) Mengidentifikasi alternatif kebijakan-kebijakan (*identify alternative policies*)
- 4) Mengevaluasi alternatif kebijakan-kebijakan (*evaluate alternative policies*)

- 5) Menyeleksi kebijakan-kebijakan terpilih (*select preferred policy*)
 - 6) Menerapkan kebijakan-kebijakan terpilih (*implement the preferred policy*)
- c. Thomas R. Dye
- 1) Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*)
 - 2) Pengaturan agenda (*agenda setting*)
 - 3) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)
 - 4) Pengesahan kebijakan (*policy legitimation*)
 - 5) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
 - 6) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)
- d. James Anderson, David W. Brady, dan Charles Bullock III membagi proses suatu kebijakan menjadi:
- 1) Agenda kebijakan (*policy agenda*)
 - 2) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)

- 3) Penetapan kebijakan (*policy adoption*)
 - 4) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
 - 5) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)
- e. AG. Subarsono
- 1) Penyusunan agenda
 - 2) Formulasi kebijakan
 - 3) Adopsi kebijakan
 - 4) Implementasi kebijakan
 - 5) Evaluasi kebijakan
- f. Randal B. Ripley
- 1) *Agenda setting*
 - 2) *Formulation and legitimation of goals and programs*
 - 3) *Program implementation*
 - 4) *Evaluation of implementation*
- g. James P. Lester dan Joseph Stewart Jr.
- 1) Agenda setting
 - 2) Formulasi kebijakan
 - 3) Implementasi kebijakan

- 4) Evaluasi kebijakan
 - 5) Perubahan kebijakan
 - 6) Terminasi kebijakan
- h. Herbert A. Simon
- 1) Inteligensi
 - 2) Disain
 - 3) Pilihan
- i. Harold D. Lasswell
- 1) Inteligensi
 - 2) Promosi
 - 3) Preskripsi
 - 4) Invocation (perujukan ke kebijakan yang lebih tinggi)
 - 5) Aplikasi
 - 6) Terminasi (penghentian)
 - 7) Evaluasi (*appraisal*)
- j. R. Mack
- 1) Memutuskan untuk menetapkan (pengenalan problem)
 - 2) Merumuskan alternatif dan kriteria pemilihan
 - 3) Menentukan keputusan yang terbaik

- 4) Melahirkan akibat kebijakan (*effectuation*)
- 5) Koreksi dan penambahan (*supplementation*)

k. R. Rose

- 1) Pengakuan publik akan perlunya sebuah kebijakan (isu)
- 2) Isu masuk agenda kontroversi publik
- 3) Masuk/diajukan tuntutan/permintaan
- 4) Terlibatnya pemerintah
- 5) Dikerahkannya sumber daya dan disingkirkannya (diciptakan) rintangan
- 6) Keputusan kebijakan (*policy decisions*)
- 7) Implementasi
- 8) *Output*
- 9) Evaluasi
- 10) Umpan balik (*feedback*)

l. W. Jenkins

- 1) Inisiasi
- 2) Informasi

- 3) Pertimbangan
 - 4) Keputusan
 - 5) Implementasi
 - 6) Evaluasi
 - 7) Terminasi (penghentian)
- m. BW. Hogwood dan L.A. Gunn
- 1) Memutuskan untuk memutuskan (pencarian isu dan penentuan agenda)
 - 2) Memutuskan cara bagaimana memutuskan
 - 3) Mendefinisikan isu
 - 4) Meramalkan, memperkirakan, forecasting
 - 5) Menentukan tujuan dan prioritas
 - 6) Analisis opsi.
 - 7) Implementasi kebijakan, monitoring, dan control
 - 8) Evaluasi dan review
 - 9) Pemeliharaan kebijakan, penggantian dan penghentian
- n. William N. Dunn
- 1) Penetapan agenda

- 2) Perumusan kebijakan
- 3) Penerimaan kebijakan
- 4) Pelaksanaan kebijakan
- 5) Pengkajian kebijakan
- 6) Perbaikan kebijakan
- 7) Penerusan kebijakan
- 8) Pengakhiran kebijakan

Dari beberapa tahapan tersebut di atas, maka tahapan kebijakan kesehatan dapat disederhanakan sebagai berikut:

- a. Perumusan Masalah Kebijakan Kesehatan
- b. Agenda Setting
- c. Formulasi Kebijakan Kesehatan
- d. Implementasi Kebijakan Kesehatan
- e. Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Tahap kebijakan ini bila dihubungkan dengan fungsi-fungsi administrasi, maka tahapan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 10.2. Fungsi Administrasi Kebijakan

FUNGSI ADMINISTRASI	TAHAPAN KEBIJAKAN
P1 (Perencanaan)	Perumusan Masalah Kebijakan Agenda Setting Formulasi Kebijakan
P2 (Penggerakan – Pelaksanaan)	Implementasi Kebijakan
P3 (Pemantauan-Pengendalian-Penilaian)	Evaluasi Kebijakan

Sumber (Yuniningsih, Pertiwi and Purwanto, 2019)

Berdasarkan tabel tersebut di atas, maka administrasi kebijakan kesehatan meliputi:

- a. Perencanaan kebijakan kesehatan, yang meliputi:
 - 1) Perumusan masalah kebijakan kesehatan
 - 2) Agenda Setting
 - 3) Formulasi kebijakan kesehatan
- b. Implementasi kebijakan kesehatan
- c. Evaluasi / Penilaian kebijakan kesehatan

Klasifikasi Kebijakan Kesehatan

Sebagai suatu kebijakan publik, jenis-jenis kebijakan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut: (Technische Universität München, 2018)

- 1) *Substantive* dan *procedural policies*
- 2) *Distributive, redistributive* dan *regulatory policies*
- 3) *Material policies*
- 4) *Public goods dan private goods policies*

Substantive policy adalah kebijakan kesehatan yang dilihat dari substansi masalah yang dihadapi. Suatu kebijakan kesehatan bisa saja menyangkut upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, farmasi, perbekalan kesehatan, makanan, manajemen dan informasi kesehatan, atau pemberdayaan masyarakat. *Procedural policy* adalah kebijakan yang dilihat dari pihak-pihak yang terlibat dalam perumusannya (*policy stake holders*). Suatu kebijakan kesehatan dapat dibuat oleh Pemerintah Pusat (Presiden bersama-sama dengan DPR) atau Pemerintah Daerah (bersama-sama dengan DPRD) atau kebijakan yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan, dan lain sebagainya.

Distributive policy adalah kebijakan kesehatan yang dilihat dari pemberian pelayanan atau keuntungan kepada individu, kelompok, atau swasta. *Redistributive policy* adalah suatu kebijakan kesehatan yang menyangkut pemindahan alokasi kekayaan pemilikan hak. Di Indonesia kebijakan ini pernah dibuat oleh pemerintah di bidang perumahsakitannya dimana seluruh Rumah Sakit yang didirikan dan merupakan milik Jerman pada waktu itu harus diserahkan kepemilikannya kepada masyarakat setempat. Rumah Sakit Umum (RSU) Lukas Hilisimaetanö di Pulau Nias yang pada saat itu adalah milik Jerman akhirnya diserahkan kepada gereja Banua Niha Keriso Protestan (BNKP) sebelum akhirnya diserahkan kepada Pemerintah karena ketidakmampuan BNKP untuk mengelolanya terutama dari aspek keuangan dan ketenagaan. *Regulatory policy* adalah pembatasan/ pelarangan terhadap perbuatan/tindakan. Misalnya pembatasan jumlah anak dalam program KB di masa pemerintahan Orde Baru, pelarangan merokok di tempat-tempat umum, dan lain sebagainya.

Public goods policy adalah penyediaan barang / pelayanan untuk kepentingan orang banyak. Misalnya penyediaan obat oleh pemerintah

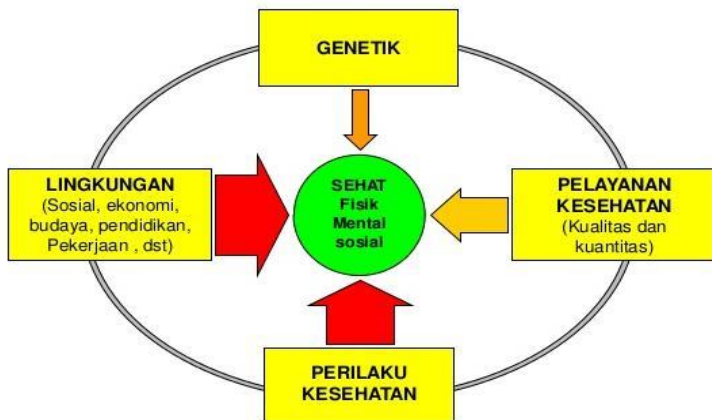
dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di masa lalu. *Private goods policy* adalah penyediaan barang / pelayanan untuk kepentingan perorangan dengan imbalan tertentu.

3. Peranan Administrasi dan Kebijakan Dalam Pemecahan Masalah Kesehatan

Umumnya Masalah masyarakat di Indonesia disebabkan oleh rendahnya tingkat sosial ekonomi, yang mengakibatkan ketidakmampuan dan ketidak tahuan dalam berbagai hal, khususnya dalam memelihara diri mereka sendiri (*self-care*). Bila keadaan ini dibiarkan akan menyebabkan masalah yang meningkat terhadap individu, keluarga, maupun masyarakat.

Dampak dari permasalahan ini adalah menurunnya kesejahteraan dan kesehatan keluarga serta masyarakat secara keseluruhan. Keadaan ini akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas keluarga dan masyarakat untuk menghasilkan sesuatu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, yang selanjutnya membuat kondisi sosial ekonomi keluarga dan masyarakat semakin rendah, demikian seterusnya berputar sebagai suatu

siklus yang tidak berujung (undang-undang kesehatan, 2009) menyebutkan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Agar keadaan tersebut tercapai, ada beberapa faktor yang mempengaruhinya. Blum (1981) menyebutkan bahwa ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika, sebagaimana digambarkan berikut ini:



Gambar 10.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan (HL. Blum, 1981)

(Heryana *et al.*, 2018) Suatu kebijakan kesehatan semestinya memperhatikan faktor-

faktor tersebut sehingga derajat kesehatan yang optimal sebagai dampak yang diharapkan dari kebijakan tersebut dapat dicapai. Secara umum penerapan administrasi kesehatan memberi manfaat, yaitu:

- a. Pengelolaan sumber daya organisasi pelayanan kesehatan yang terbatas dapat dilakukan dengan baik, sehingga diperoleh ukuran yang efisiensi dan efektif.
 - 1) Efisiensi secara sederhana dapat dirumuskan: sumber daya yang terbatas digunakan seminimal mungkin, dengan tingkat pemanfaatan yang maksimal.
 - 2) Efektif adalah memaksimalkan tujuan dengan pencapaian yang juga dimaksimalkan.
- b. Pemenuhan kebutuhan dan tuntutan kesehatan secara tepat dan sesuai.
- c. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan baik.

Peranan utama setelah menguasai Administrasi dan Kebijakan Kesehatan adalah pemanfaatan Siklus Pemecahan Masalah (*Problem Solving Cycle*) pada setiap kasus atau

program kesehatan yang dijalankan. Penguatan kompetensi administrasi, manajemen dan analisis kebijakan pada seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat merupakan kunci untuk mengorganisir pelayanan kesehatan, baik dari sisi masyarakat maupun petugas kesehatan itu sendiri. Dimana segala upaya kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan secara komprehensif: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif harus dikelola secara terorganisir. Konsep pengorganisasian upaya kesehatan masyarakat menjadi dasar kedudukan administrasi kebijakan kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat. (Putu and Purwitayana, 2013)

B. Metode Dalam Melakukan Analisis Stakeholder Lingkungan Kesehatan

Menurut (Setiawan and Nurcahyanto, 2018) *stakeholders* adalah setiap orang yang terpengaruh oleh keputusan dan tertarik pada hasil dari keputusan tersebut, termasuk individu-individu, atau kelompok-kelompok atau keduanya baik didalam maupun diluar organisasi. Stakeholders mutlak diperlukan dalam organisasi publik guna

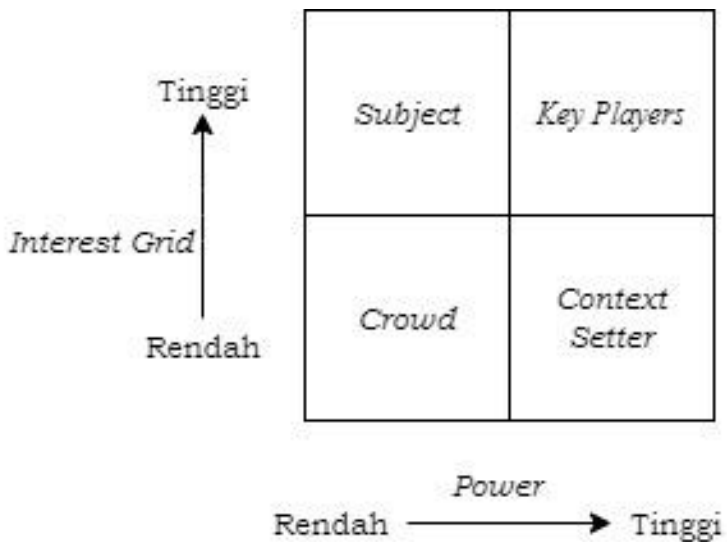
memperlancar semua kegiatan.

Studi Proses kebijakan, aktor- aktor kebijakan berasal dari berbagai macam lembaga yang tercakup dalam supra struktur politik maupun infra struktur. Para ahli mengidentifikasikan aktor dalam kebijakan yaitu: Legislatif, eksekutif, yudikatif, kelompok penekan, partai politik, media massa, organisasi komunitas, birokrasi, NGO, swasta dan kelompok *think thank*. Para aktor atau *stakeholders* tersebut memiliki karakteristik yang menunjukkan kekuatannya dalam mempengaruhi proses kebijakan. (Handayani and Warsono, 2017) menjelaskan klasifikasi *stakeholders* dapat dikelompokkan menjadi:

1. *Stakeholders* primer merupakan *stakeholder* yang secara langsung terkena dampak, baik positif maupun negatif dari suatu rencana serta mempunyai kepentingan langsung terhadap kegiatan tersebut.
2. *Stakeholders* kunci merupakan *stakeholder* yang secara legalitas memiliki kewenangan, pengaruh dan kepentingan yang tinggi dalam pengambilan keputusan pada pembuatan kebijakan.
3. *Stakeholders* Sekunder adalah *stakeholder* yang tidak mempunyai kepentingan langsung terhadap kegiatan

tetapi memiliki kepedulian besar terhadap proses pengembangan. Stakeholders pendukung dapat dijadikan fasilitator dalam proses pengembangan dan cukup berpengaruh terhadap pengambilan keputusan.

Teknik pemetaan *stakeholders* yang dikemukakan Aden dan Ackermann dalam (Bryson, 2003) yakni teknik pemetaan *power Versus Interest Grid*. Teknik analisis ini fokus utamanya adalah *power* dan *interest*.



Gambar 10.3. Kuadaran Analisis Power Versus

Sumber : (Bryson, 2003)

Keterangan :

1. *Subjects* merupakan *stakeholders* dengan

tingkat kepentingan yang tinggi tetapi memiliki pengaruh yang rendah.

2. *Key players* merupakan *stakeholders* yang mempunyai kepentingan dan pengaruh yang tinggi.
3. *Context setter*, merupakan *stakeholders* yang memiliki pengaruh yang tinggi tapi sedikit kepentingan.
4. *Crowd* merupakan *stakeholders* yang memiliki sedikit kepentingan dan pengaruh terhadap hasil yang diinginkan.

Mengetahui peran masing-masing stakeholder dalam implementasi kebijakan, maka peran stakeholder diklasifikasikan antara lain:

1. *Policy creator*, *stakeholders* yang berperan sebagai pengambil keputusan dan penentu sebuah kebijakan.
2. Koordinator, *stakeholders* yang berperan dalam mengkoordinasikan stakeholder lain yang terlibat dalam kebijakan
3. Fasilitator, *stakeholders* yang berperan memfasilitasi dan mencukupi apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran
4. Implementer, *stakeholders* yang pelaksana kebijakan dimana didalamnya termasuk

kelompok sasaran

5. Akselerator, *stakeholders* yang berperan dalam mempercepat dan memberikan kontribusi agar suatu program dapat berjalan sesuai sasaran atau bahkan lebih cepat daripada waktu pencapaiannya.

C. Metode Dalam Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat

Evaluasi merupakan cara yang bersifat sistematis untuk mempelajari suatu berdasarkan pengalaman dan menggunakan teori yang telah dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa yang akan datang. Dalam manajemen administrasi, pelaksanaan evaluasi memiliki tujuan yang samadengan pengawasan dan pengendalian, yaitu untuk memperbaiki efisiensi secara efektivitas pelaksanaan progra melalui perbaikan fungsi manajemen. (pusat studi kebijakan kesehatan Indonesia, 2006)

Monitoring dan evaluasi adalah kegiatan monitoring dan evaluasi yang ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau

jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung, dan menilai ketercapaian tujuan, melihat factor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisis, hasil analisis diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan.

Evaluasi adalah proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, menyimpulkan hasil yang telah dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan, dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan berdasarkan pada aspek kebenaran hasil evaluasi. (Moerdiyanto, 2009). Pada pelaksanaannya, monitoring dan evaluasi haruslah dilakukan dengan prinsip-prinsip seperti berikut ini.(Moerdiyanto, 2009).

1. Berorientasi pada tujuan.

Monev hendaknya dilaksanakan mengacu pada tujuan yang ingin dicapai. Hasil monev dipergunakan sebagai bahan untuk perbaikan atau peningkatan program pada evaluasi formatif dan membuat jastifikasi dan akuntabilitas pada evaluasi sumatif.

2. Mengacu pada kriteria keberhasilan

Monev seharusnya dilaksanakan mengacu pada kriteria keberhasilan program yang telah ditetapkan sebelumnya. Penentuan kriteria keberhasilan dilakukan bersama antara para evaluator, para sponsor, pelaksana program (pimpinan dan staf), para pemakai lulusan (konsumen), lembaga terkait (dimana peserta kegiatan bekerja).

3. Mengacu pada asas manfaat

Monev sudah seharusnya dilaksanakan dengan manfaat yang jelas. Manfaat tersebut adalah berupa saran, masukan atau rekomendasi untuk perbaikan program program yang dimonev atau program sejenis di masa mendatang.

4. Dilakukan secara obyektif

Monev harus dilaksanakan secara objektif. Petugas monev dari pihak eksternal seharusnya bersifat independen, yaitu bebas dari pengaruh pihak pelaksana program. Petugas monev internal harus bertindak objektif, yaitu melaporkan temuannya apa adanya.

Evaluasi Program sebagai suatu sistem memiliki cakupan bidang social yang sangat luas, dan

memiliki banyak model. Suatu model evaluasi menunjukkan ciri khas baik dari tujuan evaluasi, aspek yang dievaluasi, keluasan cakupan, tahapan evaluasi, tahapan program yang akan dievaluasi, dan cara pendekatan. Beberapa model yang biasa digunakan dalam evaluasi program antara lain: (marlynda, et al, 2020)

1. *Goal-oriented Evaluation Model* (Model Evaluasi berorientasi Tujuan)
2. *Goal-free Evaluation Model* (Model Evaluasi Bebas Tujuan)
3. *Formatif-summatif Evaluation Model*
4. *Countenance Evaluation Model* (Model Evaluasi)
5. *Responsive Evaluation Model* (Model Evaluasi Responsif)
6. *CIPP Evaluation Model* (Model Evaluation CIPP)
7. *CSE-UCLA Evaluation Model* (*Center for the Study of Evaluation, University of California at Los Angeles*).

D. Soal Latihan

1. Jelaskan konsep dari administrasi kesehatan?
2. Uraikan dengan jelas unsur pokok dari administrasi kesehatan!

3. Jelaskan implikasi dari kebijakan kesehatan dalam program kesehatan masyarakat?
4. Uraikan tahap-tahap dalam penyusunan kebijakan kesehatan?
5. Jelaskan jenis-jenis kebijakan publik ?
6. Apa peran administrasi dan kebijakan dalam pemecahan masalah kesehatan?
7. Jelaskan peran stakeholders dalam implementasi kebijakan ?
8. Jelaskan metode dalam monitoring dan evaluasi program kesehatan masyarakat?

BAB 11

Strategi Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan

A. Pendidikan Kesehatan

Berbagai masalah kesehatan yang terjadi hal ini ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku (Lingkungan dan pelayanan). Upaya memecahkan masalah kesehatan ini juga ditujukan atau diarahkan kepada kedua faktor tersebut.

Perbaikan lingkungan fisik dan peningkatan lingkungan sosial budaya serta peningkatan Pelayanan Kesehatan merupakan intervensi atau pendekatan terhadap faktor non perilaku. Sedangkan pendekatan intervensi terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan tidak dapat beranggapan ataupun menyamakan bahwa setiap orang termotivasi dan belajar hal-hal yang sama. Salah satu tugas bagi pakar ilmu perilaku dan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau kelompok agar dapat berperilaku sehat. Suatu tugas yang bahkan lebih sulit adalah

membantu individu atau kelompok untuk mempertahankan perilaku ketika sudah berubah. Profesi pendidikan kesehatan juga menggunakan sejumlah teori-teori yang mempertimbangkan berbagai variabel-variabel yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Adapun teori-teori tersebut berperan sebagai dasar dan struktur untuk menerapkan metode pendidikan kesehatan masyarakat. Pemilihan metode tanpa mempertimbangkan teori seperti membangun sebuah rumah tanpa pondasi, maka potensi rubuhnya rumah akan selalu menghantui dan begitu pula kiranya metode yang dipilih tanpa suatu dasar teori akan rentan terhadap kegagalan dalam melakukan perubahan perilaku baik kepada individu maupun itu kepada masyarakat. (Bensley, 2009).

B. Kriteria Pendidikan

Sebagaimana yang dikemukakan oleh Kamil M., dalam Peters (1996) sebagai berikut

1. Pendidikan meliputi ini penyebaran hal yang bermanfaat bagi mereka yang terlibat di dalamnya.
2. Pendidikan harus melibatkan pengingat dan pemahaman serta sejumlah perspektif kognitif.

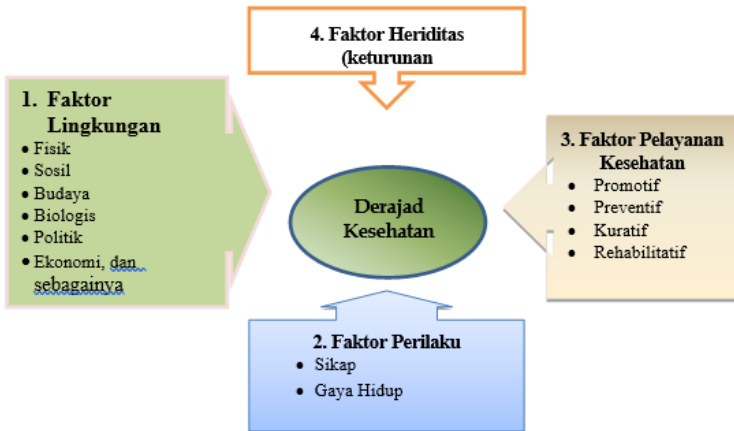
3. Pendidikan setidaknya memiliki sejumlah prosedur, dengan bahwa belum memiliki pengetahuan dan belajar secara sukarela. (Kamil, 2012)

Sebelum membahas lebih lanjut tentang promosi kesehatan maka ada baiknya dipahami terlebih dahulu tentang pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah komponen dari program-program kesehatan dan kedokteran, melalui usaha-usaha direncanakan untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat luas dengan tujuan menolong mereka untuk dapat mencapai tujuan pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

C. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri fisik dan psikis. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor, antara lain: sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya. Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, di kelompokkan menjadi 4 faktor dalam

Notoatmodjo (Blum, 1974). Berdasarkan urutan pengaruhnya terhadap derajat kesehatan seperti berikut ini.



Gambar 11.1. Konsep HL. Blum.

Dalam pemeliharaan dan Peningkatan derajat kesehatan masyarakat hendaknya juga perpedoman pada 4 (empat) faktor tersebut, artinya bahwa intervensi atau upaya kesehatan masyarakat juga perpedoman kepada 4 (empat) faktor tersebut, yaitu intervensi terhadap faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan hereditan.

Intervensi terhadap faktor lingkungan fisik, dapat dilakukan seperti perbaikan sanitasi lingkungan, sedangkan intervensi terhadap lingkungan sosial, budaya, politik, dan ekonomi, dapat dilakukan seperti program-program peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan

politik dan keamanan, dan sebagainya. (Notoatmodjo S., 2007).

Promosi Kesehatan

1. Pengertian/Batasan Promosi Kesehatan *Health Promotion*

Banyak pengertian/batasan yang telah dikemukakan oleh para ahli, diantaranya sebagai berikut

a. Ilona Kickbush menguraikan

“Promosi kesehatan lahir (*Emerged-Out*) dari pendidikan kesehatan. Ada alasan untuk itu

1) Para penyuluh/pendidik kesehatan masyarakat menjadi lebih sadar tentang perlunya sebuah pendekatan positif dalam pendidikan kesehatan, lebih dari sekedar pencegahan penyakit.

2) Menjadi semakin nyata bahwa pendidikan kesehatan akan lebih berdaya jika didukung dengan seperangkat upaya seperti *legal environment* dan *regulatory*.

b. Green and Kreuter (1991): “*Any planned combination of education and*

environmental supports for action and conditions of living conducive to health of individuals, groups and communities”.

- c. *World Health Organization (WHO):* “Promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka “.
- d. d. *Piagam Ottawa: Promosi Kesehatan* adalah Suatu proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali (kontrol) atas kesehatannya, dan meningkatkan status kesehatan mereka (*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health*).
- e. Departemen Kesehatan merumuskan definisi: “Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya

masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan”

Dapat disimpulkan, Definisi promosi kesehatan yang dirumuskan Departemen Kesehatan, bahwa promosi kesehatan adalah gabungan. antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga dapat mengontrol determinan-determinan kesehatan. Promosi Kesehatan, bertujuan untuk meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat, serta terciptanya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan masyarakat. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008)

2. Tujuan Promosi Kesehatan

Berdasarkan beberapa pandangan pengertian tersebut diatas, maka tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan/membuat masyarakat

- a. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- c. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit
- d. Melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
- e. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik individu, kelompok atau masyarakat itu bersifat dinamis tidak statis. (Susilawati W., 2016). Adapun tujuan promosi kesehatan berdasarkan beberapa pendapat, diantaranya:

a. Tujuan Promosi Kesehatan menurut WHO

- 1) Tujuan Umum Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan.
- 2) Tujuan Khusus
 - a) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.

- b) Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

b. Tujuan Operasional

- 1) Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien & efektif.
- 2) Agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
- 3) Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan

ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.

- 4) Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal. (Susilawati W., 2016)

3. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan menurut tatanannya dapat dilihat pada table berikut ini

Tabel 11.1: Sasaran promosi kesehatan menurut tatanan

Tatanan PHBS	Sasaran Primer	Sasaran sekunder	Sasaran Tersier	Program prioritas
Rumah tangga	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu - Anggota keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Kader - PKK - Tokoh masyarakat - Tokoh agama - LSM 	<ul style="list-style-type: none"> - Kader - PKK - Tokoh masyarakat - Tokoh agama - LSM 	<ul style="list-style-type: none"> - KIA - Gizi - Kesehatan lingkungan - Gaya
Institusi pendidikan	Seluruh siswa dan mahasiswa	<ul style="list-style-type: none"> - Guru - Dosen - Karyawan - OSIS - BP3 - Pengelolaan kantin 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepala sekolah, - dekan - Pengelola sekolah - Pemilik sekolah 	<ul style="list-style-type: none"> - Gizi - JPKM

Tatanan PHBS	Sasaran Primer	Sasaran sekunder	Sasaran Tersier	Program prioritas
Tempat kerja	Seluruh karyawan	Pengurus/ serikat pekerja	Pengelola - Pemilik perusahaan	- Kesehatan lingkungan - Gaya hidup
Tempat umum	- Pengunjung - Pengguna jasa	- Karyawan - Pengelola	Kepala daerah	- Kesehatan lingkungan - Gaya hidup

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008)

4. Strategi Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global seperti berikut ini:

a. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi merupakan kegiatan membuat keputusan sebagai bentuk memberikan bantuan kepada masyarakat dari bentuk kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain diluar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat.

Advokasi adalah upaya untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap tujuan yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, edukasi adalah pendekatan

kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang peraturan pemerintah surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya.

Kegiatan advokasi memiliki bermacam-macam bentuk formal maupun informal. Advokasi dalam bentuk formal seperti penyajian atau presentasi dan seminar tentang usulan program yang diharapkan mendapat dukungan dari pejabat terkait. Sedangkan kegiatan evokasi dalam bentuk informal seperti mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, yang secara tidak langsung bermaksud untuk meminta dukungan baik dalam bentuk kebijakan, dan /atau fasilitas lain. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah

kegiatan untuk mendapatkan dukungan dari para pejabat baik eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

b. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai lapisan yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat dapat berasal dari unsur formal, seperti tokoh agama dan tokoh adat yang mempunyai pengaruh di masyarakat serta unsur formal, seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah. Tujuan utamanya agar para tokoh masyarakat sebagai perantara antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah untuk mensosialisasikan program-program kesehatan agar masyarakat menerima dan mau berpartisipasi terhadap program tersebut. oleh sebab

itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan tokoh masyarakat, seminar lokakarya bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya dengan demikian, sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat.

**c. Pemberdayaan masyarakat
(Empowerment)**

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung titik tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi Kesehatan). kegiatan pemberdayaan di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Bentuk kegiatan pemberdayaan dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain Penyuluhan kesehatan,

pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi atau pelatihan-pelatihan Untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*income generating skill*) Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga, akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan sebagai contoh yaitu terbentuknya pos obat desa, terbentuknya dana nasehat, berdirinya polindes dan sebagainya. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat sendiri.

Strategi dalam melaksanakan upaya promosi kesehatan juga telah dirumuskan dalam *ottawa charter* (piagam ottawa). Dalam piagam ottawa tersebut disebutkan bahwa upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat dilakukan melalui beberapa kegiatan.

Dalam Konferensi Internasional promosi kesehatan yang pertama yang telah dilaksanakan di ottawa, Kanada,

yang berlangsung pada tanggal 17-21 November 1986. Konperensi promosi kesehatan yang pertama ini dengan tema “Menuju Kesehatan Masyarakat Baru” (*The Move Towards New Public Health*). (Notoatmodjo S, 2013).

d. Upaya Intervensi Perilaku

Upaya intervensi perilaku dapat dilakukan

a. Tekanan *enforcement*:

- 1) Dalam bentuk peraturan, tekanan dan sanksi.
- 2) Perubahan cepat tapi tidak langgeng.

b. Edukasi (*education*)

- 1) Melalui persuasi, himbuan, ajakan, kesadaran dan lain-lain.
- 2) Perubahan lama tapi dapat langgeng.

Jadi di dalam Promosi Kesehatan, tercakup

a. Upaya-upaya untuk melahirkan atau mengubah perilaku yang

bersifat “sukarela”, yakni melalui pendidikan kesehatan , dan

- b. Upaya-upaya yang bersifat “memaksa” melalui peraturan dan penciptaan lingkungan.

Sebagaimana yang dikutip dari Susilawati dalam Tones and Green, 2004,) bahwa “Promosi kesehatan” merupakan salah satu bentuk intervensi di bidang kesehatan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat. Dilihat dari keluasan dan keberagaman aktivitasnya, dapat dikatakan bahwa promosi kesehatan adalah bentuk baru dari kesehatan masyarakat.(Susilawati W., 2016)

D. Soal Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan perilaku kesehatan di bawah ini adalah?
 - a. **Respons seseorang terhadap stimulus atau objek yg berkaitan → Sehat – Sakit, Penyakit, Faktor yg mempengaruhi Kesehatan**
 - b. Respons yg timbul & berkembang kemudian diikuti oleh stimuli yg lain

- c. Respon yang ditimbulkan oleh stimulus (eliciting stimuli)
 - d. Stimulus, organisme, respons tertutup
2. Salah satu faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan masyarakat secara umum adalah?
- a. Faktor perilaku**
 - b. Faktor fisik
 - c. Faktor kependudukan
 - d. Faktor gen
3. Apakah yang dimaksud dengan pendekatan perubahan sosial untuk masyarakat yang dibimbing, kecuali...
- a. Melakukan identifikasi kebutuhan, masalah, dan kemampuan mereka sendiri.
 - b. Merencanakan kegiatan-kegiatan untuk mengatasi masalah mereka sendiri atau kegiatan-kegiatan untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri (termasuk kesehatan)
 - c. Melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan yang mereka rencanakan.
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan mereka sendiri.

e. **Memberikan pelatihan-pelatihan keterampilan berusaha agar masyarakat dapat meningkatkan pendapatannya.**

4. “Sebuah Puskesmas terletak didaerah perbukitan. Untuk menjangkau akses tempat tersebut para warga harus berjalan kaki untuk sampai di puskesmas tersebut. Karena letaknya yang kurang terjangkau maka kebanyakan pasien memilih untuk pergi ke RS Swasta yang secara nyata membuat pasien harus mengeluarkan biaya yang lebih namun dengan fasilitas yang lengkap dan mudah dijangkau”. Dari masalah ini, program penyuluhan kesehatan yang akan kita canangkan dalam program adalah...

a. Menentukan sarana penyuluhan

b. Evaluasi

c. Menentukan prioritas

d. Mengenal wilayah

e. Mengenal masyarakat

5. Salah satu langkah dalam melakukan penyuluhan kesehatan adalah

a. Sarana, sasaran dan tenaga penyuluh yang tidak terkoordinasi dengan baik

- b. Perencanaan penyuluhan yang tdk sesuai
 - c. Masalah yang dipilih berdasarkan penyakit terbanyak dirumah sakit, masalah nasional, masalah administrasi, prosedur pelayanan kesehatan dan prosedur perawatan, dll.**
 - d. Penyuluhan diperlukan ruang khusus
 - e. Kesempatan dan peluang yang tdk perlu digali agar kelemahan tersebut layak dilakukan
6. Ada berapa langkah dalam perencanaan penyuluhan kesehatan ?
- a. 5 langkah
 - b. 6 langkah
 - c. 7 langkah
 - d. 8 langkah
 - e. 9 langkah**
7. Apakah bentuk dari metode penyuluhan kelompok?
- a. Bimbingan dan penyuluhan Dengan cara ini kontak antara klien
 - b. Ceramah**
 - c. Seminar

- d. Sosialisasi
 - e. Presentasi
8. Apakah yang dimaksud dengan tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan antara lain adalah, kecuali:
- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
 - b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
 - c. Media dapat memperjelas informasi.
 - d. Media dapat mempermudah pengertian.
 - e. Media dapat mengubah perilaku seseorang**
9. Apakah yang digunakan merancang program komunikasi dalam etika promkes adalah ...
- a. Semua informasi yang dikumpulkan
 - b. Mencari informasi pada masyarakat
 - c. Menentukan perubahan perilaku dan menetapkan pesan dengan tepat**
 - d. Komonikasi yang baik
 - e. Komonikasi yang menurun

10. Upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Pernyataan ini, merupakan pengertian dari ...
- a. Promosi kesehatan
 - b. Dukungan sosial
 - c. Lobi politik
 - d. Visualisasi
 - e. Advokasi**
11. Apakah di bawah ini yang termasuk dalam bentuk-bentuk kegiatan advokasi di bawah ini, kecuali ...
- a. Lobi politik
 - b. Seminar dan presentasi
 - c. Media
 - d. Perkumpulan (asosiasi)
 - e. Daya tarik**
12. Pada tahun berapakah istilah advokasi digunakan oleh WHO pada program kesehatan masyarakat?
- a. 1984**
 - b. 1948

- c. 1999
 - d. 1894
 - e. 2013
13. Bagaimana cara atau bentuk - bentuk advokasi untuk mencapai tujuan ?
- a. Lobi politik
 - b. Seminar atau presentasi
 - c. Lobi politik, seminar, media dan perkumpulan**
 - d. Rapat politik
 - e. Memprovokasi
14. Apakah media interpersonal yang paling efektif dalam rangka komunikasi advokasi?
- a. Flip chard, booklet, slide atau video cassette**
 - b. Pengeras suara dan powerpoint
 - c. Memo
 - d. Papan tulis
 - e. Salah semua
15. Apakah bentuk komunikasi yang efektif dalam advokasi adalah?
- a. Interpersonal**

- b. Kelompok kecil
 - c. Kelompok besar
 - d. Massa
 - e. Besar
16. Pilihlah dibawah ini yang termasuk tiga macam strategi dalam komunikasi, yaitu...
- a. **Strategi advokasi kesehatan, strategi bina suasana, dan strategi gerakan masyarakat**
 - b. Strategi advokasi kesehatan, strategi bina kesehatan, dan strategi gerakan massa
 - c. Strategi advokasi, strategi gerakan massa, dan strategi bina suasana
 - d. Strategi bina suasana, strategi gerakan masyarakat, dan strategi kesehatan massa
 - e. Strategi gerakan kesehatan, strategi massa, dan strategi advokasi masyarakat
17. Apakah yang mempengaruhi peraturan dan kebijakan yang mendukung pembudayaan PHBS?
- a. Manfaat advokasi kesehatan
 - b. **Tujuan advokasi kesehatan**
 - c. Luaran advokasi kesehatan

- d. Indikator advokasi kesehatan
 - e. Sasaran advokasi kesehatan
18. Di bawah ini yang termasuk pengertian bina suasana adalah...
- a. Mengupayakan pembangunan kesehatan yang lebih memberdayakan masyarakat.
 - b. Upaya menciptakan suasana kondusif dalam menunjang pembangunan kesehatan sehingga terjadi perilaku bersih dan sehat.**
 - c. Pendekatan kepada para pembimbing untuk mengambil keputusan dalam memberikan dukungan kemudahan.
 - d. Upaya memandirikan masyarakat agar proaktif mempratekkan hidup bersih secara mandiri.
 - e. Semua benar
19. Di bawah ini yang termasuk pengertian Advokasi Kesehatan adalah...
- a. Pendekatan kepada para pembimbing untuk mengambil keputusan dalam memberikan dukungan kemudahan.**
 - b. Upaya menciptakan suasana kondusif dalam menunjang pembangunan

kesehatan sehingga terjadi perilaku bersih dan sehat.

- c. Upaya memandirikan masyarakat agar proaktif mempraktekkan hidup bersih secara mandiri.
 - d. Mengupayakan pembangunan kesehatan yang lebih memberdayakan masyarakat.
 - e. Salah semua, benar semua.
20. Mengapa Promosi Kesehatan membutuhkan ilmu antropologi dan psikologi?
- a. **Karena dalam tujuan promkes meningkatkan derajat kesehatan dengan cara mempengaruhi dan mengubah pola hidup bersangkutan dengan masyarakat yang secara individual merupakan manusia dan merupakan kajian dari ilmu2 tersebut.**
 - b. Karena Promosi kesehatan tidak dapat berdiri sendiri
 - c. Karena antropologi dan psikologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang manusia dan jiwa nya
 - d. Karena promosi kesehatan akan membutuhkan ilmu-ilmu yang lain termasuk antropologi dan psikologi
 - e. Semua benar.

BAB 12

Gizi Kesehatan Masyarakat dan Upaya Perbaikan Gizi

A. Pendahuluan

Manusia hidup memerlukan makanan, dimana tujuan manusia makan adalah untuk mencukupi kebutuhan energi dan zat gizi agar fungsi tubuh dapat bekerja dengan baik. Energi dan zat gizi yang terkandung di dalam bahan makanan pada prinsipnya untuk memberikan energi, mengatur proses metabolisme, untuk pertumbuhan dan membantu memperbaiki jaringan yang rusak. Status gizi menunjukkan keseimbangan tubuh dalam mengkonsumsi makanan dengan kebutuhan zat gizi dibedakan menjadi buruk, kurang, baik dan lebih. Status gizi secara langsung dipengaruhi oleh umur, tinggi pertumbuhan, kondisi kesehatan, kebiasaan makan, cara pengolahan makanan dan faktor sosial budaya. (Affrian, 2018)

Upaya peningkatan sumber daya manusia yang berkualitas dimulai dengan cara penanganan pertumbuhan anak sebagai bagian dari keluarga dengan asupan gizi dan perawatan yang baik.

Dengan lingkungan keluarga yang sehat, maka hadirnya infeksi menular ataupun penyakit masyarakat lainnya dapat dihindari. Di tingkat masyarakat faktor-faktor seperti lingkungan yang higienis,(Voth-gaeddert et al., 2018) ketahanan pangan keluarga, pola asuh terhadap anak dan pelayanan kesehatan primer sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk.

Saat ini di dalam era globalisasi dimana terjadi perubahan gaya hidup dan pola makan, Indonesia menghadapi permasalahan gizi ganda. Di satu pihak masalah gizi kurang yang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Selain itu masalah gizi lebih yang disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu disertai dengan kurangnya pengetahuan tentang gizi. (*Buku ILMU GIZI Teori Dan Aplikasi*, 2017)

Kebiasaan makan, cara pengolahan makanan dan lain-lain akan secara langsung mempengaruhi asupan nutrisi yang diterima balita. Hal ini karena keadaan gizi masyarakat dapat dilihat dari keseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi yang dikonsumsi.(Medika et al., 2017). Keseimbangan tersebut akan terjaga dengan baik

apabila pola konsumsi makan yang seimbang dapat diterapkan dalam keluarga.

Keadaan gizi dan kesehatan masyarakat tergantung pada tingkat konsumsi, dewasa ini Indonesia menghadapi masalah gizi ganda, yakni masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih. Masalah gizi kurang umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan, dan adanya daerah miskin gizi (iodium). Sebaliknya masalah gizi lebih disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu yang disertai dengan minimnya pengetahuan tentang gizi, menu seimbang, dan kesehatan. Dengan demikian, sebaiknya masyarakat meningkatkan perhatian terhadap kesehatan guna mencegah terjadinya gizi salah (malnutrisi) dan risiko untuk menjadi kurang gizi (Anisa et al., 2017).

B. Konsep Gizi

Gizi 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. (*KONSEP DASAR ILMU GIZI 1. Pengertian Gizi (Konsep)*, 1991) Berikut beberapa konsep mengenai gizi, yaitu:

1. Gizi (nutrition)

Istilah gizi berasal dari bahasa Arab “Al gizza”, yang berarti makanan yang bermanfaat atau sari makanan (zat makanan). Proses dari organisme (manusia) dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, penyimpanan, metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup, pertumbuhan, fungsi organ tubuh dan produksi energy.

2. Zat gizi: Zat-zat yang terdapat dalam makanan yang bermanfaat bagi kesehatan tubuh - Zat gizi meliputi: karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air.
3. Kebutuhan gizi (nutrien requirement): Banyaknya zat gizi minimal yang diperlukan oleh masing-masing individu
4. Kecukupan gizi (dietary allowances): Banyaknya masing-masing zat gizi yang harus terpenuhi dari makanan yang mencakup hampir semua orang sehat.

5. Gizi baik: Keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara makanan (energi dan zat gizi) di satu pihak dan pengeluaran energi, zat gizi di pihak lain. Suatu kondisi dimana semua jaringan tubuh dalam keadaan penuh oleh semua zat gizi.
6. Gizi kurang: Keadaan patologik (tidak sehat) yang disebabkan tidak cukup makan sehingga energi dan zat gizi yang masuk kurang dari yang diperlukan tubuh untuk waktu yang panjang
7. Gizi lebih: Keadaan patologik (tidak sehat) yang disebabkan kebanyakan makan sehingga energi dan zat gizi yang masuk lebih banyak dari yang diperlukan oleh tubuh untuk jangka waktu yang panjang.

C. Pengelompokan Zat Gizi Menurut Kebutuhan

Makanan yang beranekaragam sangat bermanfaat bagi kesehatan. Makanan yang beraneka ragam yaitu 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. Secara garis besar fungsi utama zat gizi adalah sebagai berikut:

1. Karbohidrat berfungsi untuk menyediakan energi untuk kegiatan dan panas tubuh
2. Protein berfungsi untuk memberikan bahan untuk pertumbuhan, pembentukan dan pemeliharaan jaringan
3. Lemak berfungsi untuk menyediakan energi dan asam lemak yang penting
4. Vitamin berfungsi untuk mengatur proses metabolisme
5. Mineral berfungsi untuk membantu dalam pembentukan jaringan tubuh dan proses metabolisme.
6. Air berfungsi untuk menyediakan cairan tubuh dan regulator suhu tubuh.

1. Proses Fungsi Utama Zat Gizi:

a. Zat tenaga untuk gerak

Zat tenaga mencakup karbohidrat, lemak dan protein. Dari ketiga jenis zat tenaga ini, penggunaannya berbeda dalam menyediakan energi. Pertama, karbohidrat dalam bentuk glikogen otot yang akan dibakar (diurai) untuk menghasilkan energi. Bila glikogen otot ini habis, energi diambil dari glikosa darah.

Akibatnya glukosa dalam darah akan terurai (hipoglikemia). Untuk mencegah hal ini glikogen hati diubah menjadi glukosa. Kedua, lemak akan dibakar untuk menyediakan energi, jika karbohidrat (glikogen hati) telah habis dibakar terlebih dahulu. Ketiga, protein merupakan zat gizi yang terakhir dibakar jika karbohidrat dan lemak telah habis dibakar untuk menyediakan energi. Zat tenaga berfungsi menyediakan energi, yang memungkinkan manusia bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari. Semakin berat pekerjaan/aktivitas seseorang konsumsi karbohidrat akan semakin tinggi.

b. Zat pembangun untuk tubuh

Fungsi zat pembangun terutama untuk pertumbuhan dan perkembangan, sehingga manusia dapat mencapai kemampuan optimalnya (sesuai dengan potensial genetiknya). Zat pembangun mencakup protein dan air. Kedua zat gizi ini paling berperan memberikan massa tubuh. Susunan tubuh manusia sehat dewasa, terbanyak adalah air sekitar 63%,

mineral 6%, dan lain-lain (karbohidrat dan vitamin) 1%.

c. **Zat pengatur untuk bertahan**

Fungsi zat pengatur berperan dalam proses metabolisme (reaksi biokimia) dalam tubuh, sehingga memungkinkan organ tubuh dapat melaksanakan fungsinya. Zat pengatur mencakup vitamin dan mineral. Kedua zat gizi ini secara tersendiri atau bersama zat gizi lain merupakan unsur penting untuk mengurangi resiko terjadinya defisiensi zat gizi, yang dapat berakibat terjadinya kegagalan fungsi tubuh. Misalnya, defisiensi vitamin A dapat mengakibatkan kebutaan.

2. Status Gizi

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. Status gizi merupakan faktor yang terdapat dalam level individu (level yang paling mikro). (Haryanti & Julia, 2014). Faktor yang mempengaruhi secara langsung adalah asupan makanan dan infeksi.

Pengaruh tidak langsung dari status gizi ada tiga faktor yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, dan lingkungan kesehatan yang tepat, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan.

Tak satu pun jenis makanan yang mengandung semua zat gizi, yang mampu membuat seseorang untuk hidup sehat, tumbuh kembang dan produktif. Oleh karena itu, setiap orang perlu mengkonsumsi anekaragam makanan; kecuali bayi umur 0-4 bulan yang cukup mengkonsumsi Air Susu Ibu (ASI) saja.(Ayu, 2011) Bagi bayi 0-4 bulan, ASI adalah satu-satunya makanan tunggal yang penting dalam proses tumbuh kembang dirinya secara wajar dan sehat berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ-organ tubuh.

Status gizi yang baik diperlukan untuk mempertahankan derajat kebugaran dan kesehatan, membantu pertumbuhan bagi anak, serta menunjang pembinaan prestasi olahragawan. Status gizi ini menjadi penting karena merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya kesakitan atau kesehatannya dan juga terhadap kemampuan dalam proses pemulihan kesehatan. Status gizi juga

dibutuhkan untuk mengetahui ada atau tidaknya malnutrisi pada individu maupun masyarakat. Dengan demikian, status gizi dapat dibedakan menjadi gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih. (Haryanti & Julia, 2014)

Indikator status gizi dapat memberikan gambaran tentang keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh. Indikator status gizi umumnya secara langsung dapat terlihat dari kondisi fisik atau kondisi luar seseorang. contoh: pertumbuhan fisik → ukuran tubuh → antropometri (berat badan, tinggi badan, dan lainnya).

D. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

1. Faktor Eksternal

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang buruk seperti air minum yang tidak bersih, tidak adanya saluran penampungan air limbah, tidak menggunakan kloset yang baik, juga kepadatan penduduk yang tinggi dapat menyebabkan penyebaran kuman patogen. Lingkungan yang mempunyai iklim tertentu berhubungan dengan jenis

tumbuhan yang dapat hidup sehingga berhubungan dengan produksi tanaman.

b. Faktor Ekonomi

Di banyak negara yang secara ekonomis kurang berkembang, sebagian besar penduduknya berukuran lebih pendek karena gizi yang tidak mencukupi dan pada umumnya masyarakat yang berpenghasilan rendah mempunyai ukuran badan yang lebih kecil. Masalah gizi di negara-negara miskin yang berhubungan dengan pangan adalah mengenai kuantitas dan kualitas. Kuantitas menunjukkan penyediaan pangan yang tidak mencukupi kebutuhan energi bagi tubuh. Kualitas berhubungan dengan kebutuhan tubuh akan zat gizi khusus yang diperlukan untuk pertumbuhan, perbaikan jaringan, dan pemeliharaan tubuh dengan segala fungsinya. (Bhutta et al., 2008)

c. Faktor Sosial Budaya

Indikator masalah gizi dari sudut pandang sosial-budaya antara lain stabilitas keluarga dengan ukuran frekuensi nikah-cerai-rujuk, anak-anak yang dilahirkan di

lingkungan keluarga yang tidak stabil akan sangat rentan terhadap penyakit gizi kurang. Juga indikator demografi yang meliputi susunan dan pola kegiatan penduduk, seperti peningkatan jumlah penduduk, tingkat urbanisasi, jumlah anggota keluarga, serta jarak kelahiran. Tingkat pendidikan juga termasuk dalam faktor ini. Tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi karena dengan meningkatnya pendidikan seseorang, kemungkinan akan meningkatkan pendapatan sehingga dapat meningkatkan daya beli makanan.

2. Faktor Internal

a. Faktor Biologis/Keturunan

Sifat yang diwariskan memegang kunci bagi ukuran akhir yang dapat dicapai oleh anak. Keadaan gizi sebagian besar menentukan kesanggupan untuk mencapai ukuran yang ditentukan oleh pewarisan sifat tersebut. Di negara-negara berkembang memperlihatkan perbaikan gizi pada tahun-tahun terakhir mengakibatkan perubahan tinggi badan yang jelas.

b. Faktor Religi

Religi atau kepercayaan juga berperan dalam status gizi masyarakat, contohnya seperti tabu mengonsumsi makanan tertentu oleh kelompok umur tertentu yang sebenarnya makanan tersebut justru bergizi dan dibutuhkan oleh kelompok umur tersebut. Seperti ibu hamil yang tabu mengonsumsi ikan.

c. Faktor Asupan nutrisi

Asupan nutrisi berkaitan dengan ketidakcukupan zat gizi yang diperoleh, apabila hal ini berlangsung lama makan terjadi penurunan berat badan. Terjadinya perubahan fungsi ditandai dengan ciri yang khas akan merubah struktur anatomi dengan munculnya tanda yang klasik (Supariasa, 2002). Masa balita sebagai masa yang paling penting dan memerlukan perhatian khusus dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Pemantauan dapat dilakukan melalui proses pengaturan pola makan yang baik. hal ini akan mempengaruhi kecukupan nutrisinya. Kurang gizi yang merupakan gangguan akibat kesalahan dalam memenuhi kebutuhan pangan secara

kualitas maupun kuantitasnya. Penyediaan pangan yang kurang kebiasaan makan yang salah, kemiskinan dan ketidakpahaman akan kebutuhan zat gizi juga mempengaruhi status gizi seseorang khususnya balita.

Pola makan anak 1-5 tahun terbentuk dan dipengaruhi oleh lingkungan keluarga dan lingkungan luar. Kebiasaan makan yang dipelajari lebih awal dalam keluarga akan lebih bertahan dibandingkan dengan lingkungan luar. Oleh sebab itu, masa balita merupakan waktu yang tepat untuk membentuk kebiasaan atau pola makan yang baik (Waladouw dkk, 2013). Kebiasaan makan antara satu keluarga berbeda dengan keluarga yang lain akibat dari perbedaan tempat tinggal, ketersediaan pangan, kondisi kesehatan anak. (jabbar et al., 2019)

d. Riwayat Penyakit

Penyakit infeksi dapat dikatakan sebagai proses alamiah karena akibat dari masalah gizi yang diakibatkan interaksi bakteri dengan lingkungan. Ketidakseimbangan faktor ini akan

merubah proses metabolisme sehingga muncul penyakit. Tingkat kesakitan yang dimulai dari ringan sampai berat dapat menimbulkan sakit kronis, cacat bahkan kematian. (Dwi Pratiwi et al., 2016)

Penurunan nafsu makan dan adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan bisa diakibatkan karena adanya penyakit. Usia balita rentan terhadap penyakit infeksi dikarenakan penyempurnaan jaringan tubuh yang masih mengalami proses untuk membentuk pertahanan tubuh. Pada umumnya penyakit yang menyerang bayi maupun balita bersifat akut yaitu dapat terjadi secara mendadak dan timbulnya gejala sangat cepat. Status gizi dengan penyakit infeksi dikatakan hubungan sebab akibat, karena penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi begitupun sebaliknya (Supariasa, 2002).

Kesehatan lingkungan sebagai suatu hal yang sangat perlu diperhatikan, karena faktor lingkungan ini dapat berpengaruh terhadap timbulnya suatu penyakit. Penyakit infeksi misalnya diare atau ISPA akan dapat menyebabkan perubahan

status gizi pada balita. Adapun ruang lingkup kesehatan lingkungan yang saat ini menjadi perhatian puskesmas sebagai salah satu program nya adalah kondisi rumah, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih, pembuangan air limbah dan sanitasi tempat pengolahan makan (Depkes RI, 2010).

E. Masalah Gizi

Masalah gizi merupakan masalah yang ada di tiap-tiap negara, baik negara miskin, negara berkembang dan negara maju. Negara miskin cenderung dengan masalah gizi kurang, hubungan dengan penyakit infeksi dan Negara maju cenderung dengan masalah gizi. (Kabupaten et al., 2018) Saat ini di dalam era globalisasi dimana terjadi perubahan gaya hidup dan pola makan, Indonesia menghadapi permasalahan gizi ganda.

Masalah gizi di Indonesia dikelompokkan menjadi 3 kelompok. Pertama adalah Masalah yang telah dapat dikendalikan, kedua adalah masalah gizi yang belum selesai dan yang ketiga adalah masalah baru yang mengancam kesehatan masyarakat. Di satu pihak masalah gizi kurang yang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan,

kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Ada beberapa permasalahan gizi sebagai berikut:

1. Masalah yang telah dapat dikendalikan:
Masalah gizi yang termasuk kelompok ini adalah: 1) Kurang Vitamin A (KVA). 2) Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI), dan Anemia Gizi Besi pada anak usia 2 –5 tahun.
 - a. Masalah Kurang Vitamin A (KVA) dengan indikator prevalensi Xerophthalmia pada balita, menunjukkan penurunan yang signifikan. Dari empat kali survey terjadi penurunan dari 1,3% (1978), 0,35% (1992), 0,13% (2007), dan 0% (2011), dibandingkan dengan ambang batas sebagai masalah yaitu 0,5%. Sedangkan indikator subklinis melalui penelitian kandungan serum darah menunjukkan penurunan tajam, dari 54% (1992), 14,6% (2007), dan 0,8% (2011), dibandingkan dengan ambang batas sebesar 15%. (Sumber: Survei Nasional Vitamin A 1978 dan 1992; Survei Gizi Mikro 12 Provinsi 2007; SEANUTS, 2011). masalah defisiensi Vitamin A di Indonesia berdasarkan penelitian serum retinol dalam darah, dengan 0,5%. Memberikan gambaran bahwa masalah vitamin A lebih

banyak diderita masyarakat pedesaan dibandingkan dengan perkotaan. Di daerah perkotaan, serum retinol yang cukup 93.8% sedangkan di daerah pedesaan 82.4%.

b. Masalah GAKI (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium)

Penyakit yang diakibatkan kekurangan mineral Yodium kronis, yang menyebabkan pembesaran kelenjar gondok. Diukur dengan indikator angka Ekskresi Yodium dalam Urin (EIU) <100 µg/L, menunjukkan angka menurun, dan berada dibawah ambang batas masalah sebesar 20%. Berikut data perkembangan GAKI di Indonesia.

Tabel 2.1
perkembangan GAKI dari Th.2002 s/d 2013

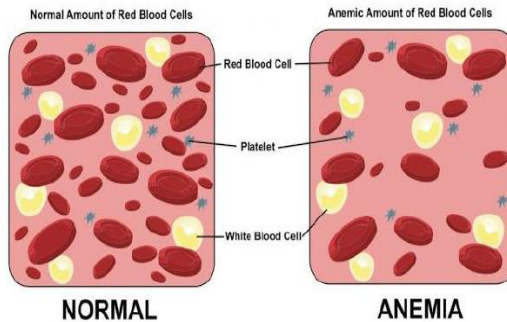
Indikator	Ambang Batas Masalah	2002	2007	2011	2013
Median EIU pada anak sekolah (µg/L)	100-299	229	224	228	215
EIU <100 µg/L (%)	≤ 20	16,3	12,9	11,5	14,9

Sumber: Survei GAKI 2002; Riskesdas 2007-2013; 2011 SEANUTS

Dari penelitian menggunakan indicator Ekskresi Yodium Urine (EIU) dengan nilai ambang batas masalah $\leq 20\%$, menunjukkan adanya kecendrungan menuun dari 16,3% tahun 2002 menjadi 14,9% tahun 2013.

c. Anemia Zat Besi

Anemia adalah penyakit yang disebabkan karena keadaan menurunnya kadar Haemoglobin, Hamatokrit dan jumlah sel darah merah di bawah nilai normal.



Sumber: http://trianriyandi.blogspot.com/2016/06/anemia_26.html

Gambar 12.1. Jumlah Sel Darah Merah Normal dan Anemia

Kelompok Umur	Hemoglobin (g/L)	Ambang Batas Masalah
Balita 6 – 59 bulan	110	>20%
Anak 5 – 11 Tahun	115	>20%
Anak 12 – 14 Tahun	120	>20%
WUS Tidak Hamil 15 – 49 Tahun	120	>20%
Ibu Hamil	110	>20%
Laki – laki >15 Tahun	130	>20%

Di Indonesia sebagian besar anemia disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe), sehingga disebut Anemia kekurangan zat besi atau anemia gizi besi. Ambang batas untuk anemia gizi disajikan pada table berikut: Sumber: WHO dan SE Menkes No:736a/Menkes.

2. Masalah gizi yang belum selesai
 - a. Balita Pendek: Masalah gizi yang termasuk kelompok ini adalah masalah Balita Pendek (stunting), dan Balita Gizi Kurang. Prevalensi Balita Pendek tidak menunjukkan perubahan yang signifikan, yang ditunjukkan oleh hasil Riskesdas tahun 2007, 2010 dan 2013. Untuk

kategori Sangat Pendek terjadi sedikit penurunan yaitu 18,8% (2007), 18,5% (2010) dan 18,0% (2013). Sedangkan kategori Pendek dari 18,0 (2007) menjadi 17,1 (2010), tetapi meningkat menjadi 19,2% (2013).

b. Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk

Gizi buruk adalah keadaan tubuh yang sangat parah akibat mengalami kekurangan zat gizi dalam kurun waktu yang lama atau kronis, dan juga disebabkan oleh infeksi penyakit-penyakit tertentu yang menyebabkan terganggunya proses pencernaan makanan. Prevalensi Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk juga tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Hasil Riskesdas tahun 2007, 2010 dan 2013 menunjukkan untuk kategori Gizi Kurang cenderung meningkat yaitu dari 13,0% (2007 dan 2010), menjadi 13,9% (2013). Sedangkan kategori Gizi Buruk dari 5,4% (2007) menjadi 4,9% (2010), tetapi pada 2013 meningkat menjadi 5,7%.

3. Masalah baru yang mengancam kesehatan masyarakat.

Kegemukan akan menjadi faktor risiko yang dapat memicu timbulnya gangguan metabolic dan timbulnya penyakit degenerative sebagai dampaknya pada usia selanjutnya. Masalah gizi yang saat ini dikategorikan sebagai ancaman baru adalah kegemukan/obesitas, baik pada kelompok usia balita maupun remaja muda.

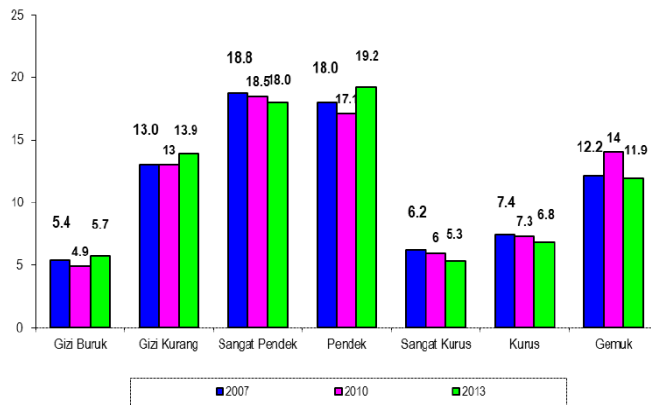
a. Kegemukan Usia Balita.

Prevalensi balita gemuk hasil Riskesdas tahun 2001, 2010 dan 2013 menunjukkan angka 12,2%, 14,0% dan 11,9%. Angka ini sudah jauh diatas prevalensi balita kurus (7,4%; 7,3% dan 6,8%) maupun balita gizi buruk (5,4%; 4,9% dan 5,7%).

b. Kegemukan Usia sekolah (5 –12 tahun)

Pada kelompok anak usia sekolah (5 –12 tahun), prevalensi anak gemuk kelompok perempuan tahun 2013 sebesar 10,7% dan prevalensi anak obesitas sebesar 6,6%, sehingga total prevalensi anak usia sekolah kegemukan sebesar 17,3%. Pada kelompok laki-laki, angka ini lebih besar, yaitu 10,8% dan 9,7%, sehingga prevalensi kegemukan anak laki-laki

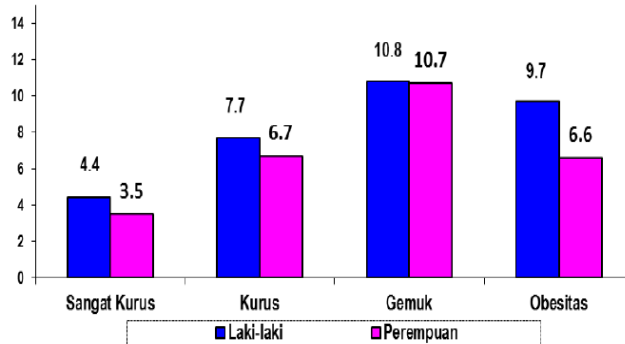
sebesar 20,5%. Agar lebih jelas tentang Kecenderungan Proporsi Balita Gizi Kurang, Pendek, Kurus dan Gemuk, dapat dilihat pada Gambar No.2 dan No.3 berikut ini, bersumber dari Riset Kesehatan Dasar. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 dan 2013

Gambar 12.2. Kecenderungan Proporsi Balita Gizi Kurang, Pendek, Kurus dan Gemuk

Bila disimak dari kedua gambar tersebut, tampak bahwa prevalensi masalah gizi tidak mengalami perubahan berarti dari tahun ke tahun. Sedangkan distribusi status gizi remaja 5-12 tahun menurut jenis kelamin dapat dilihat pada Diagram berikut:



Sumber : Riskesdas 2013

Gambar 12.3. Distribusi Status Gizi Remaja 5-12 Tahun Menurut Jenis Kelamin

Dari gambar tersebut, tampak bahwa kegemukan dan obesitas pada remaja laki laki jika digabung yaitu $10.8\% + 9.7\% = 20.5\%$. Sedangkan pada remaja perempuan adalah $10.7\% + 6.6\% = 17.3\%$. Jumlah yang melebihi angka remaja kurus dan sangat kurus, yaitu 11.1% remaja laki-laki dan 10.2% remaja perempuan.

4. Gizi Kurang dan Buruk serta Perkembangannya.

Tahun 2014, Pemantauan Status Gizi (PSG) masih terbatas di 150 Kabupaten dan Kota di Indonesia dengan jumlah sampel 13.168 balita. Pada tahun 2015 PSG telah berhasil dilakukan

di seluruh Kabupaten dan kota di Indonesia, yakni 496 Kabupaten/Kotamadya dengan melibatkan lebih kurang 165.000. Balita sebagai sampelnya. PSG 2015 menunjukkan hasil yang lebih baik dari tahun sebelumnya. Persentase balita dengan gizi buruk dan sangat pendek mengalami penurunan. PSG 2015 menyebut 3,8% Balita mengalami gizi buruk. Angka ini turun dari tahun sebelumnya yakni 4,7%, Berikut adalah Hasil PSG 2015, antara lain: a. Status Gizi Balita menurut Indeks Berat Badan per Usia (BB/U), didapatkan hasil:

- a. Diperoleh 79,7% gizi baik; 14,9% gizi kurang;
- b. Diperoleh 3,8% gizi buruk, dan 1,5% gizi lebih
- c. Status Gizi Balita Menurut Indeks Tinggi Badan per Usia (TB/U), didapatkan hasil: 71% normal dan 29,9%.
- d. Balita pendek dan sangat pendek.
- e. Status Gizi Balita Menurut Indeks Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB), didapatkan hasil: 82,7% Normal, 8,2% kurus, 5,3% gemuk, dan 3,7% sangat kurus.

5. Gizi Lebih

Data Riskesdas pada 2013 menunjukkan bahwa Gambaran status gizi pada kelompok umur dewasa (lebih dari 18 tahun) bisa diketahui melalui prevalensi gizi berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT). Walaupun masalah kurus masih cukup tinggi, status gizi pada kelompok dewasa lebih banyak merupakan masalah obesitas. Secara nasional, masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Prevalensi gemuk pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia sebesar 10,8 persen, terdiri dari 8,3 persen gemuk dan 2,5 persen sangat gemuk (obesitas). Prevalensi gemuk pada remaja umur 16 hingga 18 tahun sebanyak 7,3 persen yang terdiri dari 5,7 persen gemuk dan 1,6 persen obesitas. Prevalensi penduduk dewasa berat badan lebih 13,5 persen dan obesitas 15,4 persen.

UPAYA PERBAIKAN GIZI

Kebijakan intervensi efektif untuk menanggulangi masalah gangguan gizi, kematian anak, kematian ibu dan penyakit infeksi telah ada, tetapi penggunaan dan implementasinya. Adapun beberapa upaya penanggulangan masalah gizi:

1. Memperkuat peran serta masyarakat dalam pembinaan gizi

Adapun upaya penanggulangannya melalui posyandu dengan memberlakukan standar pertumbuhan anak indonesia; menerapkan standar pemberian makanan kepada bayi dan anak; meneruskan suplementasi gizi pada balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas serta fortifikasi makanan; PMT pemulihan diberikan pada anak gizi kurang dan ibu hamil miskin dan KEK;

Perawatan gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan rawat inap di puskesmas perawatan, RS dan pusat pemulihan gizi maupun rawat jalan di Puskesmas dan Pos pemulihan gizi berbasis masyarakat serta memperkuat surveilans gizi. (Kalsum & Jahari, 2015)

Selanjutnya kegiatan yang dapat dilakukan adalah revitalisasi Posyandu. Posyandu merupakan wadah titik temu antara pelayanan profesional dari petugas kesehatan sebagai pembina dan peran serta masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, terutama kesehatan ibu dan anak. (Aryastami et al., 2008). Penyelenggaraannya

dilaksanakan oleh kader terlatih di bidang kesehatan dan KB, dimana anggotanya berasal dari PKK, tokoh masyarakat maupun masyarakat itu sendiri.

Di Posyandu dilakukan berbagai macam upaya kesehatan meliputi penimbangan dan pencatatan dalam rangka kewaspadaan menurunnya keadaan gizi anak, penyuluhan, imunisasi, suplementasi zat gizi maupun kegiatan-kegiatan promotif dan preventif lainnya. Masalah yang terjadi di Posyandu saat ini diantaranya: kader Posyandu sering berganti – ganti. tanpa diikuti dengan pelatihan atau retraining sehingga kemampuan teknis gizi kader yang aktif tidak memadai. Hal ini mengakibatkan kegiatan pemantauan pertumbuhan balita tidak dapat dilakukan secara optimal sehingga upaya pencegahan timbulnya kasus gizi kurang dan buruk menjadi kurang efektif; kurangnya kemampuan kader Posyandu dalam melakukan “konseling dan penyuluhan gizi” sehingga aktifitas pendidikan gizi menjadi macet. Akhirnya balita yang datang hanya ditimbang, dan dicatat di KMS (Buku KIA) tanpa dimaknakan, kemudian mengambil jatah PMT lalu pulang.

Berdasarkan uraian diatas, berbagai permasalahan yang timbul perlu diantisipasi secara bersama-sama. Pemberdayaan masyarakat menjadi hal yang paling utama dilaksanakan oleh Pemerintah dengan strategi pengembangan atau peningkatan upaya pendidikan gizi bagi seluruh lapisan masyarakat. Dengan memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang tepat yang mengarah pada Kadarzi (keluarga sadar gizi). Upaya perbaikan gizi masyarakat bukan hanya menjadi tanggungjawab sektor kesehatan saja, tetapi juga sector - sektor lain yang terkait dengan peningkatan keadaan sosial-ekonomi masyarakat.(Voth-gaeddert et al., 2018) Hal ini tentu saja tidak mudah, tetapi harus diupayakan secara sinergi dan dengan strategi yang tepat mengacu pada analisis data yang akurat serta menurut kearifan dan kemampuan daerah.

2. Meningkatkan pendidikan gizi masyarakat

Adapun kegiatan operasional dalam melalui penyediaan materi KIE dan kampanye, memenuhi obat program gizi terutama kapsul Vitamin A, tablet Fe, mineral mix melalui optimalisasi sumber daya Pusat dan Daerah; meningkatkan kemampuan dan keterampilan

petugas dalam pemantauan pertumbuhan, konseling menyusui, MP-ASI.

3. Tatalaksana gizi buruk

Untuk melaksanakan kebijakan teknis dan strategi operasional tersebut adalah dengan melakukan Surveilans dan program gizi lain; memenuhi kebutuhan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan bagi balita menderita gizi kurang (kurus) dan ibu hamil keluarga miskin; pelayanan gizi pada ibu hamil berupa pemberian Fe, dan skrining ibu hamil Kekurangan Energi Protein (KEK) diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan ibu Antenatal Care (ANC); melaksanakan surveilans gizi di seluruh kabupaten/kota, surveilans sentinel dan surveilans gizi darurat serta menguatkan kerjasama dan kemitraan lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi dan Lembaga Swadaya masyarakat. (Kasus et al., 2015)

4. Intervensi Gizi Sensitif

Dilakukan dengan berbagai kegiatan yang cukup *cost effective* untuk mengatasi masalah gizi, sedangkan intervensi spesifik adalah berbagai kegiatan program pembangunan yang memberi pengaruh terhadap status gizi

masyarakat terutama kelompok 1000 hari pertama, misalnya penanggulangan kemiskinan, pendidikan, gender, air bersih, sanitasi dan kesehatan lingkungan. Kegiatan sensitif ini merupakan kegiatan yang bersifat multi dan lintas sektor. (jabbar et al., 2019)

5. Intervensi Gizi Spesifik

Dilaksanakan pada perbaikan gizi masyarakat di Indonesia dan umumnya ditangani oleh kementerian kesehatan dan jajarannya. Hampir semua intervensi gizi spesifik telah dilaksanakan, namun cakupan dan kualitas kegiatan dari intervensi gizi spesifik itu masih rendah. Keadaan kurang gizi yang banyak diderita balita adalah masalah pendek dimana tinggi badan anak tidak memenuhi tinggi badan normal menurut umurnya. Jumlah balita pendek jauh lebih banyak daripada balita gizi kurang atau balita kurus, yaitu sebanyak 9,3 juta atau sekitar 37% dari balita di Indonesia. (Himaz, 2018)

Gangguan pertumbuhan yang mengakibatkan balita pendek bukan hanya terjadi setelah anak lahir, tetapi juga terjadi pada saat anak masih di dalam kandungan sebagai akibat keadaan gizi dan kesehatan ibu selama hamil yang

kurang baik. Upaya penanganan balita kurus lebih mudah dilakukan dengan pemberian makanan tambahan atau pengobatan agar berat badannya bertambah sehingga kembali proporsional dengan tinggi badannya.

Untuk mendapatkan hasil ini diperlukan upaya yang komprehensif yakni surveilans gizi yang aktif dalam menangkap balita normal-kurus serta penanganan segera melalui program pemberian makanan tambahan. Tetapi upaya preventif dan promotif tetap dilakukan sebagai bentuk upaya mengurangi timbulnya kembali balita pendek, kurus ataupun *underweight* baru. Juga dilakukan penanganan balita gemuk yaitu dapat dengan memperbaiki kebiasaan makan dan meningkatkan aktivitas anak melalui penyuluhan/edukasi gizi seimbang. (Stunting et al., 2017)

Disamping itu penanganan masalah balita pendek tidak cukup dengan hanya melalui upaya perbaikan gizi dan kesehatan ibu hamil dan perbaikan gizi balita selama masa kritis tumbuh-kembang pada 2 tahun pertama kehidupan setelah lahir, tetapi juga memerlukan upaya-upaya lain seperti pengentasan kemiskinan, peningkatan pengetahuan, meningkatkan perilaku hidup

bersih dan sehat dan kesadaran gizi masyarakat, serta perbaikan lingkungan hidup. (Medika et al., 2017)

Upaya yang komprehensif ini disamping akan berakibat pada lahirnya generasi mendatang (balita) yang tidak pendek, tetapi juga akan mencegah terjadinya balita kurus atau balita gemuk. Pada akhirnya upaya ini juga akan memiliki dampak terhadap menurunnya jumlah balita gizi kurang atau yang berat badannya tidak memenuhi standar berat badan menurut umurnya, sekaligus mencegah terjadinya gizi buruk. (Pakaya et al., 2008)

F. Soal Latihan

1. Apakah bentuk malnutrisi dimana terjadi kekurangan konsumsi pangan secara relative atau absolut untuk periode tertentu?
 - a. Under nutrition,
 - b. Specific defisiensi
 - c. Over nutrition
 - d. Imbalance
2. Indeks Massa Tubuh (IMT) dewasa untuk regional Asia Pasifik yang masuk kategori Berat Badan Kurang adalah

- a. $<18,5 \text{ Kg/M}^2$
 - b. $>18,5 - <23 \text{ Kg/M}^2$
 - c. $23 - <25 \text{ Kg/M}^2$
 - d. $25- <30 \text{ Kg/M}^2$
3. Penilaian status gizi dengan antropometri dapat dilakukan dengan menilai
- a. Riwayat kesehatan
 - b. Hasil pemeriksaan darah
 - c. Menimbang berat badan
 - d. Menanyakan keluhan
4. Klasifikasi status gizi berdasarkan Baku WHO-NCHS anak yang masuk kategori gizi baik bila BB/U
- a. $>2 \text{ SD}$
 - b. 2 SD
 - c. $\leq 2 \text{ SD}$ sampai 2 SD
 - d. -2 SD sampai $\geq -3 \text{ SD}$
5. Jenis parameter yang digunakan untuk menilai status gizi pada kartu KMS (kartu menuju sehat) yang digunakan diposyandu adalah
- a. BB/TB
 - b. BB/U

- c. TB/U
 - d. LLA/U
6. Manakah berikut ini Cara menilai status gizi secara langsung?
- a. Pengukuran antropometri
 - b. Penilaian ekologis
 - c. Survei konsumsi makan
 - d. Mengukur statistic vital
7. Menilai status gizi dengan metode antropometri sering digunakan karena memiliki keunggulan
- a. Dapat dilakukan berulang-ulang
 - b. Siapa saja bisa dilatih mengukur
 - c. Secara ilmiah diakui kebenarannya
 - d. Hasilnya sulit diinterpretasikan
8. Jenis parameter yang dapat digunakan untuk menilai status gizi adalah
- a. Berat badan
 - b. Tinggi badan
 - c. Lingkar lengan atas
 - d. Panjang kaki
9. Menilai status gizi secara tidak langsung dapat dilakukan melalui penilaian

- a. Statistik vital
 - b. Antropometri
 - c. Survei konsumsi pangan
 - d. Biokimia
10. Faktor yang perlu diperhatikan dalam memilih metode penilaian status gizi adalah?
- a. Unit sampel yang akan diukur
 - b. Fasilitas dan peralatan
 - c. Tenaga dan waktu
 - d. Geografi
11. Menurut beberapa ahli, pertumbuhan otak sangat didukung oleh pemenuhan kebutuhan gizi. Oleh karena itu jaringan otak anak yang tumbuh normal sebelum usia 3 tahun akan mencapai berapa persen dari berat otak orang dewasanya?
- a. 70 %
 - b. 75 %
 - c. 80 %
 - d. 85 %
12. Manakah pola pemberian makanan pada usia 0 – 12 bulan yang benar berikut ini?

- a. ASI, sari buah, buah, makanan lunak
 - b. ASI, sari buah, buah, makanan lembek
 - c. ASI, buah, makanan lunak, makanan padat
 - d. ASI, PASI, sari buah, makanan lunak
13. Apakah makanan yang terbaik diberikan untuk bayi usia 0-6 bulan?
- a. Susu formula
 - b. Air susu ibu
 - c. Makanan cair
 - d. Jus buah
14. Pada usia berapakah bayi sudah harus mulai diberikan makanan tambahan?
- a. 3 Bulan
 - b. 4 Bulan
 - c. 5 Bulan
 - d. 6 Bulan
15. Tujuan dan pentingnya pemberian makanan tambahan adalah:
- a. Melengkapi zat gizi yang kurang dalam ASI

- b. Mengembangkan kemampuan bayi menerima bermacam rasa makanan
 - c. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah
 - d. Melakukan adaptasi terhadap makanan tinggi vitamin
16. Anemia yang disebabkan oleh kekurangan mineral apakah yang menjadi masalah gizi ?
- a. Kekurangan Zn
 - b. Kekurangan Fe
 - c. Kekurangan Ca
 - d. Kekurangan Na
17. Apakah masalah gizi lebih yang terjadi terutama di kota besar di Indonesia?
- a. Hipervitaminosis A
 - b. Fluorosis
 - c. Obesitas
 - d. Over weight
18. Apakah tipe kurang gizi yang disebabkan oleh karena kekurangan protein?
- a. Marasmus
 - b. Kwashiorkor
 - c. Edema

- d. Beri-beri
19. Apakah penyakit yang disebabkan karena kurangnya pemasukan vitamin A yang dapat diketahui dengan adanya rabun senja dan kerusakan pada kornea mata?
- a. Scorbut
 - b. Pelagra
 - c. Xerophthalmia
 - d. Rakhitis
20. Apakah penyakit yang disebabkan oleh defisiensi yodium pada anak-anak?
- a. Xerophthalmia
 - b. Pelagra
 - c. Rakhitis
 - d. Kretinisme
21. Manakah dibawah ini yang merupakan cara mengurangi masalah kekurangan vitamin (KVA)?
- a. Meningkatkan kemudahan dan pemasokan vitamin A (suplementasi vitamin A)
 - b. Peningkatan konsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin A (Fortifikasi)

- c. Mengontrol KVA pada daerah-daerah risiko tinggi
 - d. Menambahkan yodium pada garam
22. Apakah masalah kesehatan yang merupakan faktor risiko pada orang yang obes?
- a. Hipertensi
 - b. Gastritis
 - c. Diabetes Mellitus tipe 2
 - d. Marasmus
23. Apakah faktor penting dalam penatalaksanaan obesitas?
- a. Mengurangi asupan makanan
 - b. Meningkatkan asupan karbohidrat sederhana
 - c. Meningkatkan aktivitas fisik
 - d. Mengonsumsi obat tidur
24. Apakah dampak defisiensi yodium pada ibu hamil?
- a. Menyebabkan Keguguran Spontan,
 - b. Lahir Mati Dan Kematian Bayi,
 - c. Mempengaruhi Otak Bayi Dan
 - d. Kemungkinan Menjadi Cerdas Pada Saat Dewasa

25. Apakah makanan yang diberikan kepada pasien sebelum dan sesudah operasi tertentu, keadaan mual muntah, dan sebagai makanan tahap awal pasca perdarahan saluran cerna?
- a. Makanan cair
 - b. Makanan cair jernih
 - c. Makanan saring
 - d. Makanan cair penuh

BAB 13

Pemberdayaan Masyarakat

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Namun, sebagian masyarakat masih mengalami keterbatasan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sehingga tidak mengherankan jika kondisi kesehatan masyarakat kurang begitu baik, tidak sesuai dengan yang di harapkan oleh pemerintah. (Dikdoyo, 2002) Memposisikan masyarakat sebagai subyek dalam pembangunan agar bersifat efektif perlu dicarikan berbagai alternatif strategi pemberdayaan masyarakat. Pilihan strategi yang tepat diharapkan dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian masyarakat. (Kehik, 2018)

Masyarakat yang sejahtera menurut United Nations Development Program (UNDP) dapat diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dengan

indikator pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Berdasarkan UNDP posisi IPM Indonesia masih berada ditingkat sedang, pada tahun 2014 diperingkat 110, turun ke peringkat 113 di tahun 2015, tahun 2016 masih di posisi 115 dan turun kembali ke 116 di tahun 2017 (United Nation Development Programme, 2018). Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa kualitas hidup masyarakat Indonesia masih perlu ditingkatkan khususnya dengan fokus manusia sebagai pelaku pembangunan. (Restuastuti et al., 2017).

Masyarakat yang berdaya dalam bidang kesehatan dapat mengendalikan diri terkait keputusan dan tindakan yang dapat berpengaruh pada kesehatannya. Pemberdayaan dalam bidang kesehatan menekankan pada pemanfaatan potensi yang ada dilingkungan sekitar untuk mengatasi permasalahan yang terjadi. (Margolang, 2018) Pemberdayaan kesehatan di masyarakat merupakan segala upaya mandiri dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, merencana, dan mencari pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas disekitarnya baik dari bidang yang berbeda maupun LSM dan tokoh masyarakat (Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, 2015).

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan merupakan upaya pengembangan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat agar lebih berkemampuan menangani persolan kesehatan yang dihadapi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan yang ada di Kabupaten/Kota, mempunyai tanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu wilayah kecamatan melalui pemberdayaan masyarakat sesuai dengan Kepmenkes No 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Puskesmas dan salah satu fungsi peran puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat dengan strategi kemitraan dengan kelompok masyarakat.(Sulaeman et al., 2012)

Beberapa model pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Manusia (UKBM), antara lain: Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan klasifikasi: Pratama, Madya, Purnama maupun Mandiri, Pos Pembinaan Terpadu; Lanjut Usia (Posyandu Lansia); Kelurahan/Desa Siaga aktif; Pondok Bersalin Desa (Polindes dan KBKIA); Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD); Pos Obat Desa (POD), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Taman Obat Keluarga (TOGA), Pemantauan dan Stimulasi Perkembangan Balita (PSPB), Keluarga Mandiri, Pos Kesehatan Pesantren

(Poskestren), Dana Sehat serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan.(Paramita et al., 2019)

B. Tujuan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah memungkinkan dan memandirikan masyarakat terutama dari kemiskinan dan keterbelakangan/ kesenjangan/ ketidakberdayaan. kemiskinan dapat dilihat dari indikator pemenuhan kebutuhan dasar yang belum mencukupi/ layak. Kebutuhan dasar itu, mencakup pangan, pakaian, papan, kesehatan, pendidikan, dan transportasi. Sedangkan keterbelakangan, misalnya produktivitas yang rendah, sumberdaya manusia yang lemah, terbatasnya akses pada tanah padahal ketergantungan pada sektor pertanian masih sangat kuat, melemahnya pasar-pasar lokal/tradisional karena dipergunakan untuk memasok kebutuhan perdagangan internasional. Dengan perkataan lain masalah keterbelakangan menyangkut structural (kebijakan) dan kultural.(Pramudyani, Vera et al., 2019)

Kemandirian masyarakat adalah merupakan suatu kondisi yang dialami masyarakat yang ditandai oleh kemampuan untuk memikirkan, memutuskan serta

melakukan sesuatu yang dipandang tepat demimencapai pemecahan masalah-masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya dan kemampuan yang terdiri atas kemampuankognitif, konatif, psikomotorik, dengan pengerahan sumber daya yang dimiliki oleh lingkungan internal masyarakat tersebut, dengan demikian untuk menuju mandiri perlu dukungan kemampuan berupa sumber daya manusia yang utuh dengan kondisi kognitif, konatif, psikomotorik dan afektif, dan sumber daya lainnya yang bersifat fisik – material.(Yaqin et al., 2015)

Pemberdayan masyarakat hendaklah mengarah pada padapembentukan kognitif masyarakat yang lebih baik. Kondisi kognitif pada hakikatnya merupakan kemampuan berpikir yang dilandasi oleh pengetahuan dan wawasan seorang atau masyarakat dalam rangka mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi.(Budi, 2016) Kondisi konatif merupakan suatu sikap perilaku masyarakat yang terbentuk yangdiarahkan pada perilaku yang sensitif terhadap nilai-nilai pembangunan dan pemberdayaan.(Margolang, 2018)

Terjadinya keberdayaan pada empat aspek tersebut (kognitif, konatif, afektif dan psikomotorik) akan dapat memberikan kontribusi pada terciptanya kemandirian masyarakat yang dicita-citakan, karena

dengan demikian dalam masyarakat akan terjadi kecukupan wawasan yang dilengkapi dengan kecakapan ketrampilan yang memadai, diperkuat oleh rasa memerlukan pembangunan dan perilaku sadar akan kebutuhannya tersebut, untuk mencapai kemandirian masyarakat diperlukan sebuah proses.(Darmawan et al., 2012) Melalui proses belajar maka masyarakat secara bertahap akan memperoleh kemampuan/ daya dari waktu ke waktu, dengan demikian akan terakumulasi kemampuan yang memadai untuk mengantarkan kemandirian mereka, apa yang diharapkan dari pemberdayaan yang merupakan visualisasi dari pembangunan sosial ini diharapkan dapat mewujudkan komunitas yang baik dan masyarakat yang ideal. (Kehik, 2018).

C. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai model pembangunan berakar kerakyatan adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat sebagian masyarakat kita yang masih terperangkap pada kemiskinan dan keterbelakangan. Di tinjau dari sudut pandang penyelenggaraan Administrasi Negara, pemberdayaan masyarakat tidak semata-mata sebuah konsep ekonomi tetapi secara implicit mengandung pengertian penegakan demokrasi ekonomi (yaitu kegiatan ekonomi berlangsung dari

rakyat, oleh rakyat dan untuk rakyat).(Pranata et al., 2012) Dengan demikian konsep ekonomi yang dimaksud menyangkut penguasaan teknologi, pemilikan modal, akses pasar serta ketrampilan manajemen. (Pramudyani, Vera et al., 2019). Oleh karena itu agar demokrasi ekonomi dapat berjanan, maka aspirasi harus ditampung dan dirumuskan dengan jelas oleh birokrasi pemerintah dan tertuang dalam rumusan kebijakan public (*public policies*) untuk mencapai tujuan yang dikehendaki masyarakat.(Restuastuti et al., 2017).

Pemberdayaan tidak mempunyai pengertian model tunggal. Pemberdayaan dipahami sangat berbeda menurut cara pandang orang maupun konteks kelembagaan, politik, dan sosial-budayanya. Ada yang memahami pemberdayaan sebagai proses mengembangkan, memandirikan, menswadayakan, memperkuat posisi tawar menawar masyarakat lapisan bawah terhadap kekuatan-kekuatan penekan di segala bidang dan sektor kehidupan. (Paramita et al., 2019) Ada pihak lain yang menegaskan bahwa pemberdayaan adalah proses memfasilitasi warga masyarakat secara bersama-sama pada sebuah kepentingan bersama atau urusan yang secara kolektif dapat mengidentifikasi sasaran, mengumpulkan sumber daya, mengerahkan suatu kampanye aksi dan oleh karena

itu membantu menyusun kembali kekuatan dalam komunitas. (Restuastuti et al., 2017)

Ada juga yang memahami pemberdayaan secara makro sebagai upaya mengurangi ketidakmerataan dengan memperluas kemampuan manusia (melalui, misalnya, pendidikan dasar umum dan pemeliharaan kesehatan, bersama dengan perencanaan yang cukup memadai bagi perlindungan masyarakat) dan memperbaiki distribusi modal-modal yang nyata (misal lahan dan akses terhadap modal). Berdasarkan hal itu maka inti dari pemberdayaan adalah:

1. Suatu upaya atau proses pembangunan yang berkesinambungan, yang berarti dilaksanakan secara terorganisir, dan bertahap dimulai dari tahap permulaan hingga tahap kegiatan tindak-lanjut dan evaluasi (*follow-up activity and evaluation*).
2. Suatu upaya atau proses memperbaiki (*to improve*) kondisi ekonomi, sosial, dan kebudayaan masyarakat untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik.
3. Suatu upaya atau proses menggali dan memanfaatkan potensi-potensi yang dimiliki masyarakat untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan mereka, sehingga prinsip *to help the*

community to help themselves dapat menjadi kenyataan.

4. Suatu upaya atau proses memandirikan masyarakat, dengan cara menggalang partisipasi aktif dalam masyarakat berupa bentuk aksi bersama (*group action*) di dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya.

Selanjutnya pemberdayaan masyarakat adalah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai masyarakat untuk membangun paradigma baru dalam pembangunan yang bersifat *people-centered, participatory, empowerment and sustainable* (Chamber, 1995). Lebih jauh Chamber menjelaskan bahwa konsep pembangunan dengan model pemberdayaan masyarakat tidak hanya semata-mata memenuhi kebutuhan dasar (*basic need*) masyarakat tetapi lebih sebagai upaya mencari alternative pertumbuhan ekonomi lokal. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai strategi alternative dalam pembangunan telah berkembang dalam berbagai literatur dan pemikiran walaupun dalam kenyataannya belum secara maksimal dalam implementasinya. Pembangunan dan pemberdayaan masyarakat merupakan hal banyak dibicarakan masyarakat karena terkait dengan kemajuan dan perubahan bangsa ini

kedepan apalagi apabila dikaitkan dengan *skill* masyarakat yang masih kurang akan sangat menghambat pertumbuhan ekonomi itu sendiri.

1. Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat

Konsep pembangunan yang selama ini dijalankan pemerintah nampaknya belum mampu menjawab tuntutan masyarakat yang menyangkut keadilan, pemerataan dan keberpihakan kepada masyarakat, sehingga belum mengangkat sebagian penduduk yang masih hidup dibawah garis kemiskinan. Upaya pemerintah untuk meningkatkan keberpihakan pembangunan kepada kepentingan masyarakat nampaknya tidak akan lepas dari pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai model pembangunan yang berdimensi rakyat. Berangkat dari kondisi itu pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan pemerintah:

- a. Kebijakan Pemerintah tentang pemberdayaan masyarakat secara tegas tertuang dalam GBHN Tahun 1999 dan UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam GBHN tahun 1999, khususnya didalam “Arah Kebijakan Pembangunan Daerah” antara

lain dinyatakan “mengembangkan otonomi daerah secara luas, nyata dan bertanggung jawab dalam rangka pemberdayaan masyarakat, lembaga ekonomi, lembaga politik, lembaga hukum, lembaga keagamaan, lembaga adat dan lembaga swadaya masyarakat serta seluruh potensi masyarakat dalam wadah NKRI”

- b. Dalam UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, antara lain ditegaskan bahwa “ hal-hal yang mendasar dalam undang-undang ini adalah mendorong untuk memberdayakan masyarakat, menumbuhkan kembangkan prakarsa dan kreatifitas serta meningkatkan peran serta masyarakat”
- c. Mencermati kedua rumusan Kebijakan Pemerintah diatas dapat disimpulkan bahwa “kebijakan pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan otonomi daerah;
- d. Dalam UU Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) Tahun 2000-2004 dan

Program Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dinyatakan bahwa tujuan pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan keberdayaan masyarakat melalui penguatan lembaga dan organisasi masyarakat setempat, penanggulangan kemiskinan dan perlindungan social masyarakat, peningkatan kswadayaan masyarakat luas guna membantu masyarakat untuk meningkatkan kehidupan ekonomi, social dan politik”.

2. Pembangunan dan Pertumbuhan Ekonomi

Pembangunan ekonomi suatu Negara niscaya terjadi apabila tidak didukung pertumbuhan ekonomi, tetapi pertumbuhan ekonomi tidak menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan pembangunan ekonomi. Pembangunan ekonomi pada dasarnya adalah merupakan usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan kenaikan PDB (*produk domestik bruto*) per kapita membandingkannya dengan pertumbuhan penduduk melalui perbaikan struktur ekonomi dalam rangka mencapai kesejahteraan masyarakat.

Dari berbagai kajian pembangunan ekonomi Indonesia yang dilakukan para ahli ternyata

pembangunan ekonomi Indonesia banyak menimbulkan ketimpangan baik ketimpangan sektoral, regional maupun antara perkotaan dan pedesaan. Berbagai ketimpangan tersebut akibat paradigma pembangunan ekonomi yang dilakukan pemerintah lebih berpihak pada kelompok kecil masyarakat di perkotaan dan mengabaikan kelompok besar masyarakat yang berada di pedesaan. Oleh karena itu untuk mencapai tujuan pembangunan yang mensejahterakan seluruh masyarakat tidak ada pilihan lain kecuali mengubah paradigma pembangunan ekonomi Indonesia yang mengarah pada keseimbangan antara pertumbuhan dan pemerataan dengan melibatkan kelompok marginal dan kelompok miskin yang berada di pedesaan sebagai subyek pembangunan. Orientasi pembangunan lebih pada pemberdayaan pedesaan sebagai pusat-pusat pertumbuhan ekonomi yang sekaligus akan menekan arus urbanisasi.

Orientasi pembangunan pada upaya mencapai kualitas hidup dan kesejahteraan rakyat sebagai metode, harus didukung oleh pengorganisasian dan partisipasi masyarakat selaku subyek pembangunan. pembangunan yang dipakai sebagai pijakan dalam evaluasi

kinerja pembangunan meliputi 3 (tiga) kelompok teori pembangunan:

- a. Kelompok teori modernisasi,
- b. Kelompok teori ketergantungan (*dependency theory*)
- c. Kelompok teori pembangunan yang lain (*another development*)

Tetapi dalam perkembangannya terjadi pergeseran pola atau model paradigma pembangunan yang sangat dominan di bangsa-bangsa dunia mulai dari Paradigma pertumbuhan (*Growth Paradigm*), Paradigma kesejahteraan (*Welfare Paradigm*), Paradigma Pembangunan Manusia (*People Centered Development Paradigm*). Kenyataan itulah kemudian terjadi pergeseran dari strategi pertumbuhan ekonomi menjadi strategi pertumbuhan dan pemerataan pembangunan yang sekaligus menjadi ide dasar lahirnya pemikiran paradigma baru yaitu paradigma kesejahteraan (*welfare paradigm*). Orientasi paradigma ini adalah mewujudkan peningkatan kesejahteraan rakyat dan keadilan sosial dalam waktu secepat mungkin. Oleh karena itu pelaksanaan pembangunan dengan strategi pertumbuhan ekonomi bergeser orientasinya pada pertumbuhan dan

pemerataan pembangunan (*growth and equity of strategy development*) menuju industrialisasi dengan strategi pertumbuhan ekonomi sebesar 6% per tahun dengan tujuan pemerataan pembangunan di bidang pendapatan, kesehatan, keadilan, pendidikan, kewirausahaan, keamanan, kesejahteraan sosial dan penyelamatan lingkungan.

Tetapi yang terjadi di negara-negara berkembang adalah ketidakmampuan negara berkembang pada ketergantungan pada negara-negara maju yang ditandai dengan ketergantungan investasi, bantuan dan pinjaman luar negeri. Implementasi paradigma kesejahteraan ini cenderung bersifat sentralistik (*top-down*) sehingga melahirkan ketergantungan hubungan rakyat dengan proyek-proyek pembangunan yang dilakukan pemerintah (birokrasi pemerintah), akibat lebih jauh membahayakan keberlanjutan pembangunan itu sendiri, karena pembangunan sesuai dengan sifatnya yang sentralistik tidak mampu menumbuhkan pemberdayaan (*disempowering*) rakyat agar rakyat mampu menjadi subyek dalam pembangunan.

3. Aspek Pemberdayaan Masyarakat

Dalam kerangka ini upaya untuk memberdayakan masyarakat (empowering) dapat dikaji dari 3 (tiga) aspek:

- a. **Enabling** yaitu menciptakan suasana yang memungkinkan potensi masyarakat dapat berkembang. Asumsinya adalah pemahaman bahwa setiap orang, setiap masyarakat mempunyai potensi yang dapat dikembangkan artinya tidak ada orang atau masyarakat tanpa daya. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya dengan mendorong, memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat serta upaya untuk mengembangkannya.
- b. **Empowering** yaitu memperkuat potensi yang dimiliki masyarakat melalui langkah-langkah nyata yang menyangkut penyediaan berbagai input dan pembukaan dalam berbagai peluang yang akan membuat masyarakat semakin berdaya. Upaya yang paling pokok dalam empowerment ini adalah meningkatkan taraf pendidikan dan derajat kesehatan serta akses ke dalam sumber-sumber kemajuan ekonomi (modal, teknologi,

informasi, lapangan kerja, pasar) termasuk pembangunan sarana dan prasarana dasar seperti (irigasi, jalan, listrik, sekolah, layanan kesehatan) yang dapat dijangkau lapisan masyarakat paling bawah yang keberdayannya sangat kurang. Oleh karena itu diperlukan program khusus, karena program-program umum yang berlaku untuk semua tidak selalu menyentuh kepentingan lapisan masyarakat seperti ini.

- c. **PROTECTING** yaitu melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah. Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya merupakan unsur penting, sehingga pemberdayaan masyarakat sangat erat hubungannya dengan pementapan, pembudayaan dan pengalaman demokrasi.

Pendekatan pemberdayaan pada intinya memberikan tekanan pada otonomi pengambilan keputusan dari kelompok masyarakat yang berlandaskan pada

sumberdaya pribadi, langsung, demokratis dan pembelajaran social.

4. Mekanisme Pemberdayaan Masyarakat (*Empowering*)

Strategi pembangunan yang bertumpu pada pemberdayaan masyarakat dipahami sebagai proses transformasi dalam hubungan sosial, ekonomi, budaya dan politik masyarakat, sehingga perubahan struktural yang terjadi diharapkan merupakan proses yang berlangsung secara alami.

a. Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat

Pendekatan utama dari konsep pemberdayaan adalah “masyarakat tidak dijadikan obyek dari proyek pembangunan tetapi merupakan subyek dari pembangunannya sendiri”. Berdasarkan pada konsep pemberdayaan masyarakat sebagai model pembangunan hendaknya pendekatan yang dipakai adalah:

- 1) *Targeted* artinya upayanya harus terarah kepada yang memerlukan dengan program yang dirancang

untuk mengatasi masalahnya dan sesuai kebutuhannya.

- 2) Mengikutsertakan bahkan dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran. Tujuannya adalah supaya bantuan efektif karena sesuai kebutuhan mereka yang sekaligus meningkatkan keberdayaan (*empowering*) masyarakat dengan pengalaman dalam merancang, melaksanakan, mengelola dan mempertanggung jawabkan upaya peningkatan diri dan ekonominya.
- 3) Menggunakan pendekatan kelompok, karena secara individual masyarakat miskin sulit memecahkan masalahnya sendiri. Disamping itu kemitraan usaha antar kelompok dengan kelompok yang lebih baik saling menguntungkan dan memajukan kelompok.

b. Pendekatan Evaluatif dalam Pemberdayaan Masyarakat (Empowering)

Keputusan untuk untuk meneliti masyarakat dengan tujuan menghasilkan perbaikan bagimasyarakat itu sendiri melalui pemebrdayaan masyarakat merupakan hasil evaluasi. Dikenal ada 2 (dua) metode penelitian evaluative yang bersifat *bottom-up* yaitu:

- 1) *Metode Rapid Rural Apprasial (RRA)*, digunakan untuk mengumpulakn informasi secara akurat dalam waktu yang terbatas. Metode RRA pada dasarnya merupakan proses belajar intensif untuk memahami kondisi masyarakat, dilakukan berulang-ulang dan cepat, menggunakan metode, cara dan pemilihan teknik tertentu untuk meningkatkan pemahaman terhadap kondisi masyarakat. Ada (tiga) konsep dasar metode RRA adalah:
 - a) *Perspektif system,*
 - b) *Triangulasi dari pengumpulan data,*

- c) *Pengumpulan data dan analisis secara berulang-ulang (iterative).*
- 2) *Metode Participatory Rural Appraisal (PRA)*, konsepsi dasarnya adalah keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan kegiatan dengan memberikan tekanan pada partisipasi dengan prinsip : belajar dari masyarakat, orang luar sebagai fasilitator dan masyarakat sebagai pelaku, saling belajar dan saling berbagi pengalaman, keterlibatan semua kelompok masyarakat, bebas dan informal, menghargai perbedaan dan triangulasi. Metode PRA dibangun berdasarkan:
 - a) Kemampuan masyarakat setempat,
 - b) Penggunaan teknik-teknik fasilitatif dan partisipatoris,
 - c) Pemberdayaan masyarakat setempat dalam prosesnya.

Pemberdayaan Masyarakat harus melibatkan berbagai potensi yang ada dalam masyarakat, beberapa elemen yang terkait, misalnya:

- 1) Peranan Pemerintah dalam artian birokrasi pemerintah harus dapat menyesuaikan dengan misi ini, mampu membangun partisipasi, membuka dialog dengan masyarakat, menciptakan instrument peraturan dan pengaturan mekanisme pasar yang memihak golongan masyarakat bawah.
- 2) Organisasi - organisasi kemasyarakatan diluar lingkungan masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi kemasyarakatan nasional maupun local.
- 3) Lembaga masyarakat yang tumbuh dari dan didalam masyarakat itu sendiri (*local community organization*) seperti BPD, PKK, Karang Taruna dan sebagainya.
- 4) Koperasi sebagai wadah ekonomi rakyat yang merupakan organisasi sosial berwatak ekonomi dan merupakan bangun usaha yang sesuai untuk demokrasi ekonomi Indonesia.

- 5) Pendamping diperlukan karena masyarakat miskin biasanya mempunyai keterbatasan dalam pengembangan diri dan kelompoknya.
- 6) Pemberdayaan harus tercermin dalam proses perencanaan pembangunan nasional sebagai proses *bottom-up*.
- 7) Keterlibatan masyarakat yang lebih mampu khususnya dunia usaha dan swasta.

5. Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Manusia (UKBM), antara lain: Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan klasifikasi: Pratama, Madya, Purnama maupun Mandiri, Pos Pembinaan Terpadu; Lanjut Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan merupakan upaya pengembangan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat agar lebih berkemampuan menangani persolan kesehatan yang dihadapi. (Margolang, 2018) Pemberdayaan masyarakat telah diketahui oleh seluruh puskesmas di Indonesia, namun berdasarkan kenyataan bahwa pemberdayaan masyarakat yang

menjadi salah satu fungsi puskesmas dan telah cukup lama diperkenalkan tetapi keadaan sebenarnya ditingkat pembuat kebijakan didaerah dan masyarakat masih belum banyak diketahui. Kondisi ini menyebabkan timbulnya kesulitan dalam penilaian dan pembuatan program untuk meningkatkan kualitas upaya pemberdayaan masyarakat.

Model pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan dalam Usia (Posyandu Lansia); Kelurahan/Desa Siaga aktif; Pondok Bersalin Desa (Polindes dan KBKIA); Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD); Pos Obat Desa (POD), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Taman Obat Keluarga (TOGA), Pemantauan dan Stimulasi Perkembangan Balita (PSPB), Keluarga Mandiri, Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Dana Sehat serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan. (Darmawan et al., 2012)

Pemberdayaan masyarakat menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang terdiri dari 7 komponen potensi masyarakat yaitu (1) keberadaan tokoh masyarakat dan kader kesehatan, (2) keberadaan organisasi masyarakat termasuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat

(UKBM), (3) kesediaan dana masyarakat, (4) kesediaan sarana dan materi dari masyarakat, (5) tingkat pengetahuan masyarakat, (6) kesediaan teknologi dari masyarakat, dan (7) pembuatan keputusan oleh masyarakat.⁷ Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2007 tentang kader pemberdayaan masyarakat menyatakan bahwa dalam rangka pertumbuhkembangan, penggerakan prakarsa dan partisipasi masyarakat serta swadaya gotong royong dalam pembangunan di desa dan kelurahan perlu dibentuk kader pemberdayaan masyarakat desa. (Darmawan et al., 2012)

Pemberdayaan masyarakat adalah proses pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu/sadar (aspek pengetahuan), dari tahu menjadi mau (aspek sikap) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan).

Pemberdayaan masyarakat merupakan proses yang dilakukan oleh masyarakat (dengan atau tanpa campur tangan pihak luar) untuk memperbaiki kondisi lingkungan, sanitasi dan aspek lainnya yang secara langsung maupun

tidak langsung berpengaruh dalam kesehatan masyarakat. (Sulaeman et al., 2012)

Sasaran utama pemberdayaan adalah individu dan keluarga serta kelompok masyarakat. Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu adalah masalah baginya dan bagi masyarakat. Sepanjang orang tersebut belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apapun lebih lanjut, manakala ia telah menyadari masalah yang dihadapinya maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan. (Kehik, 2018)

Pembinaan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah adanya pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal baik dana dan tenaga serta budaya. Dalam hal ini tokoh masyarakat diharapkan menjadi sarana pendukung untuk terlaksananya upaya - upaya pemberdayaan yang dilakukan dengan memberikan dukungan sosial. Dukungan sosial dari tokoh masyarakat dapat berupa adanya kepedulian, perhatian

dan perlindungan terhadap konsekuensi yang dihadapi oleh warganya.(Margolang, 2018)

Salah satu aspek penting yang belum semua terlaksana di Puskesmas yang diteliti adalah ketersediaan dana masyarakat. Keuangan dalam pemberdayaan masyarakat merupakan barang public (*public goods*) yang sangat langka dan terbatas, tetapi dana sangat dibutuhkan untuk membiayai banyak kebutuhan dan kegiatan. Ada tiga bidang utama yang dibiayai dengan keuangan masyarakat, salah satunya adalah tentang kemasyarakatan seperti kegiatan LKMD, PKK, pembinaan muda mudi, kelompok tani, keagamaan, kesehatan, penanganan kenakalan remaja, dan lain – lain. (Darmawan et al., 2012) Mengacu pada Kemenkes RI tahun 2013, ketersediaan dana merupakan strategi untuk mendukung keberhasilan upaya pemberdayaan masyarakat. Keterbatasan dana menyebabkan banyak kegiatan yang tidak dapat diimplementasikan secara optimal.

D. Soal Latihan

1. Dalam menjalankan tugas pokok puskesmas, terdapat beberapa faktor yang

mempengaruhinya yaitu sebagai berikut, kecuali...

- a. Tempat
- b. Biaya
- c. Tenaga kesehatan
- d. Alat medis
- e. **Lingkungan**

2. Promosi kesehatan merupakan program pelayanan puskesmas dengan salah satu kegiatannya yaitu...

- a. Pencegahan penyakit
- b. Pembagian makanan bergizi
- c. Rujukan
- d. **Penyuluhan**
- e. Pengawasan saluran pembuangan air

3. Puskesmas di desa X menerima banyak pasien pelajar yang luka-luka akibat kekerasan. Diketahui penyebab pelajar banyak terluka dikarenakan beberapa pelajar berada di bawah pengaruh alkohol. Apakah perencanaan tindakan yang perlu dilakukan tenaga kesehatan atau puskesmas agar kasus tersebut tidak terulang lagi di desa X?

- a. Merubah budaya yang ada
- b. Melakukan konseling dan rehabilitasi pada siswa yang menggunakan alkohol

- c. Minta bantuan polisi untuk mengatasi tindak kekerasan dan penggunaan alkohol
 - d. Pengobatan intensif bagi pelajar yang mengalami luka-luka
 - e. **Penyuluhan untuk seluruh siswa dan masyarakat tentang pengaruh buruk zat adiktif dan kekerasan**
4. Ada beberapa pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh sebuah puskesmas, berikut adalah pelayanan dari sebuah puskesmas, kecuali?
- a. Kuratif
 - b. Promotif
 - c. Rehabilitatif
 - d. **Kooperatif**
 - e. Preventif
5. Program kesehatan harus mencapai hasil yang signifikan sesuai target yang telah ditetapkan dan bersifat efisien, terkandung dalam nilai-nilai Kementerian Kesehatan RI yang bernama...
- a. Responsif
 - b. Pro Rakyat
 - c. Inklusif
 - d. **Efektif**
 - e. Kontradiksi

6. Pemerintah menggandeng sektor swasta untuk membantu mengatasi masalah pembiayaan kesehatan di negara kita adalah peran pemerintah dalam sektor?
 - a. **Pemberi dana**
 - b. Peminjam dana
 - c. Sebagai regulator
 - d. Pelaksana kegiatan
 - e. Pusat pemerintahan
7. Program kesehatan harus sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat, dan harus tanggap dalam mengatasi permasalahan di daerah, situasi kondisi, sosial budaya dan kondisi geografis. Pengertian tersebut merupakan nilai kementerian kesehatan yaitu?
 - a. Inklusif
 - b. Efektif
 - c. Pro rakyat
 - d. **Responsif**
 - e. Bersih
8. Program komunitas sehat merupakan lembaga dalam upaya kesehatan masyarakat yang berorientasi pada...
 - a. Pemeliharaan & pembangunan kesehatan dan gizi balita

- b. Perilaku masyarakat dalam hidup bersih dan sehat serta perbaikan kondisi lingkungan tempat tinggal
 - c. **Peningkatan kesehatan masyarakat miskin dengan program klinik peduli**
 - d. Promosi kesehatan dalam pencegahan penyakit menular seperti HIV
 - e. Pemberdayaan masyarakat lokal
9. Berikut adalah kegiatan yang dilakukan lembaga upaya kesehatan masyarakat yang bernama BUDARZI, kecuali...
- a. Rehabilitasi gizi anak dan ibu hamil
 - b. Posyandu
 - c. Pemberdayaan masyarakat lokal
 - d. Penyuluhan dan kampanye kesehatan
 - e. **Sosialisasi akan pentingnya Ruang terbuka hijau**
10. Dalam konteks pembangunan manusia, modal sosial mempunyai pengaruh yang besar sebab beberapa dimensi pembangunan manusia sangat dipengaruhi oleh modal sosial antara lain:
- a. Kemampuan untuk menyelesaikan kompleksitas sebagai permasalahan bersama
 - b. Mendorong perubahan yang lambat dalam masyarakat

- c. Menumbuhkan kesadaran kolektif untuk memperbaiki kualitas hidup
 - d. Tidak adanya peluang yang dapat dimanfaatkan untuk kesehatan.
 - e. Perencanaan, pelaksana, modal
11. Upaya mempersiapkan masyarakat seiring dengan upaya memperkuat kelembagaan masyarakat, agar mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian dan kesejahteraan. Ini merupakan pengertian mengenai:
- a. Pemberdayaan Masyarakat
 - b. Ilmu Sosial
 - c. Modal Sosial
 - d. Pengabdian masyarakat
 - e. Pelindung masyarakat
12. Berikut ini bukan unsur-unsur modal sosial adalah
- a. Participation in a network
 - b. Reciprocity
 - c. Social norms
 - d. Accessibility
 - e. Proactive action
13. Upaya mempersiapkan masyarakat seiring dengan upaya memperkuat kelembagaan masyarakat, agar mampu mewujudkan

- kemajuan, kemandirian dan kesejahteraan. Ini merupakan pengertian mengenai?
- a. Pemberdayaan masyarakat
 - b. Ilmu Sosial
 - c. Modal Sosial
 - d. Pengabdian masyarakat
 - e. Pengelolaan Masyarakat
14. Dalam unsur lokalitas dalam menyusun program pemberdayaan komunitas agar tepat sasaran digunakan oleh?
- a. Orang Tua.
 - b. Orang Lain.
 - c. Guru dan Sekolah.
 - d. Warga.
 - e. Pemerintah dan Swasta.
15. Suatu upaya dalam memberdayakan kemampuan yang dimiliki masyarakat agar lebih sejahtera adalah pengertian dari?
- a. Pemberdayaguna.
 - b. Pemberdayaan.
 - c. Pemberdayaan masyarakat
 - d. Komunitas Sosial
 - e. Kelompok Masyarakat
16. Meskipun tujuan program pemberdayaan menginginkan masyarakat agar mandiri, sebagai proses awal memperkuat kemampuan masyarakat diperlukan pemberian bantuan berupa?
-

- a. Makan.
 - b. Minum.
 - c. Sarana.
 - d. Prasarana.
 - e. Sarana dan Prasarana.
17. Maksud dari pernyataan, pemberdayaan komunitas hendaknya dimulai dengan mempertimbangkan potensi masyarakat, artinya?
- a. Fasilitator atau pihak pemberdaya hendaknya menghargai segala potensi yang dimiliki komunitas.
 - b. Pemberdayaan untuk kemampuan anggota
 - c. Pihak yang dapat menerima.
 - d. Pemerintah.
 - e. Fasilitator yang ikut mendampingi komunitas.
18. Berikut ini adalah salah satu ragam atau macam dari komunitas yang ada di masyarakat?
- a. Komunitas adat.
 - b. Geng kelas.
 - c. Tim dalam kelas.
 - d. Organisasi Siswa
 - e. Suku

19. Kekuatan pengikat komunitas adalah, kecuali!
- a. Kepentingan bersama.
 - b. Memenuhi kebutuhan tertentu.
 - c. Kesamaan latar budaya.
 - d. Kesamaan ideology.
 - e. Perbedaan sosial-ekonomi
20. Salah satu unsur-unsur perasaan komunitas adalah sebagai berikut, kecuali?
- a. Seperasaan.
 - b. Kekecewaan
 - c. Sepenanggungan.
 - d. Saling memerlukan
 - e. Saling membutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affrian, R. (2018). Implementasi Program Perbikan Gizi Masyarakat Kategori. *As Siyasa*, 3(1), 15–21.
- Amisim, Anius, Albert W. S. Kusen, and Welly E. Mamosey. 2020. “Persepsi Sakit Dan Sistem Pengobatan Tradisional Dan Modern Pada Orang Amungme (Studi Kasus Di Kecamatan Alama Kabupaten Mimika).” *Jurnal Holistik* 13(1): 1–18.
- Anisa, A. F., Darozat, A., Aliyudin, A., Maharani, A., Fauzan, A. I., Fahmi, B. A., Budiarti, C., N, R. D. F., & Hamim, E. A. (2017). Permasalahan Gizi Masyarakat Dan Upaya Perbaikannya. *Gizi Masyarakat*, 40, 1–22.
- Aryastami, N. K., Prahastuti, B. S., & Budisuari, M. A. (2008). *ANALISIS SITUASI DAN UPAYA PERBAIKAN GIZI BALITA DI TINGKAT KABUPATEN: STUDI KASUS KABUPATEN GARUT TAHUN 2008 (Situational Analysis and Improvement Efforts on Nutrition Status Among Children Under Five in District Level a Case Study in Garut District Year 2008)*. 2008.
- Atmaja, J. *et al.* (2018) ‘Penerapan Sistem Pengendalian Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Pelaksanaan Proyek Konstruksi di Kota Padang’, *Jurnal Ilmiah Rekayasa Sipil*. doi: 10.30630/jirs.15.2.125.
- Ayu, D. S. (2011). *Strategi dinas kesehatan kabupaten klaten dalam penanggulangan gizi buruk*.
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M. and Rayhani, M. (2018) ‘Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya’, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), pp. 1–10. doi: 10.26553/jikm.2018.9.1.1-10

- Azrul, A. 1999. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Beaglehole, RR. Bonita, T. Kjellstrom. 1993. *Basic Epidemiology*. Geneva: WHO
- Bhutta, Z. A., Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., Haider, B. A., Kirkwood, B., Morris, S. S., Sachdev, H., & Shekar, M. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, 371(9610), 417–440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61693-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61693-6)
- Bhattarai, Sunita, and Sunita Bhattarai. 2015. Ranking File for the Nurses *Fundamental of Nursing*.
- Black. 2011. *Bussiness Statistic : For Contemporary Decision Making*. Wiley. *Buku ILMU GIZI Teori dan Aplikasi*. (2017). 2017.
- Boonshuyar. 2007. *Biostatistics : A foundation for Health Science Research*. Bangkok: Sena Printing.
- Bungin. 2007. *Analisis Data Penelitian*. Jakarta : Prenada Media Group.
- Budi, F. S. (2016). *Studi Kajian Program Desa Rempah di Kabupaten Semarang*.
- Cottingham, J. C. and Ravindran, T. K. S. (2008) ‘Gender Aspects of Sexual and Reproductive Health’, in Heggenhougen, H. K. (Kris) B. T.-I. E. of P. H. (ed.) *Sexual and Reproductive Health: A Public Health Perspective*. Oxford: Academic Press, pp. 19–25. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00481-0>.
- Darmawan, E. S., Junadi, P., Bachtiar, A., & Najib, M. (2012). Mengukur Tingkat Pemberdayaan Masyarakat dalam Sektor Kesehatan. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(2), 91.

<https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i2.68>

- Dahlan S. 2011. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Daniel. 2010. *Biostatistic : A Foundation For Analysis in The Health Sciences, Ninth Edition*. New York : John Wiley and Sons
- David Benyamin (2013) 'Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Sempaja Kecamatan Samarinda Utara', *Ejurnal Administrasi Negara*, 1(2), pp. 440–452.
- Davis, C. K., Oakley, D. and Sochalski, J. A. (1982) 'Leadership for expanding nursing influence on health policy', *Journal of Nursing Administration*, 12(1), pp. 15–21. doi: 10.1097/00005110-198201000-00005.
- Deaton, M. (2005) 'An Overview of Online Learning', *Technical Communication*. Society for Technical Communication, 52(2), p. 224.
- Dr. Muhammad Ikhtiar (2018) *Pengantar Kesehatan Lingkungan*.
- Dikdoyo, E. (2002). *Pemberdayaan Masyarakat Desa Tertinggal*. 25.
- Dwi Pratiwi, T., Masrul, M., & Yerizel, E. (2016). Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(3), 661–665. <https://doi.org/10.25077/jka.v5i3.595>
- Ernyasih (2016) 'Hubungan Iklim (Suhu udara dan Kecepatan Angin) dengan Kasus Diare di DKI Jakarta Tahun 2010 - 2014', *Jurnal KEDOKTERAN DAN KESEHATAN*, 12(2), pp. 116–213.

- Effenddi N (1995) Perawatan kesehatan masyarakat, EGG, Jakarta
- Eliana, Sri Sumiati. 2016. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI
- Eryando. 2017. *Teori dan aplikasi Pengumpulan Data Kesehatan*. Yogyakarta : ANDI
- Erdman, J. N. and Cook, R. J. (2008) 'Reproductive Rights', in Heggenhougen, H. K. (Kris) B. T.-I. E. of P. H. (ed.) *Sexual and Reproductive Health: A Public Health Perspective*. Oxford: Academic Press, pp. 532–538. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00478-0>.
- Fitriyani, Y., Fauzi, I. and Sari, M. Z. (2020) 'Motivasi Belajar Mahasiswa Pada Pembelajaran Daring Selama Pandemi Covid-19', *Jurnal Kependidikan: Jurnal Hasil Penelitian dan Kajian Kepustakaan di Bidang Pendidikan, Pengajaran dan Pembelajaran*, 6(2), pp. 165–175.
- Guntur Moh, Fitri Yanti, Sari Arie Lestari. 2019. *Dasar Epidemiologi*. Yogyakarta : Deepublish.
- Han, E. S., & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A. (2019). 濟無No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Handayani, S. (2010) 'Buku ajar pelayanan keluarga berencana', *Yogyakarta: Pustaka Rihama*, 76.
- Hartono, patria wahyu (2015) 'Konsep Dasar K3, Hazard dan Pengendaliannya', *Biomass Chem Eng*.
- Haryanti, F., & Julia, M. (2014). Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Malnutrisi Akut Berat Melalui Program Home Care. *Kesmas: National Public Health Journal*, 9(2), 130. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v9i2.507>

- Himaz, R. (2018). Stunting later in childhood and outcomes as a young adult: Evidence from India. *World Development*, 104, 344–357. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.12.019>
- Husaini, Fauzie Rahman, Lenie Marlinae, and Atikah Rahayu. 2017. “Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan.” *Antropologi Sosial Kesehatan*: 1–226.
- Indonesia, R. (2009) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga*. `Indonesia.
- Iswahyudi Abdi, Neila. 2020. *Buku Pengantar Statistik Kesehatan (BIOSTATISTIK)*. Yogyakarta: Deepublish (CV. Budi Utama)
- Jabbar, nabigh abdul, Laksono, A. D., & Megatsari, H. (2019). *Pendampingan Upaya Perbaikan Gizi pada Balita (Studi Kasus di Posyandu Sedap Malam, Dusun Sumbertimo, Desa Arjosari, Kalipare, Malang)*. May. <https://doi.org/10.31227/osf.io/pc5e4>
- Juaria, H. (2016) ‘Bahan ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat’, (110).
- Kabupaten, D., Tengah, B., Sulawesi, P., Sugiarto, A., Retnaningsih, C., & Indrayati, Y. (2018). *of Public Health Center In Implementing The Policy Of Nutrition Southeast Sulawesi Province Pendayagunaan Bidang Sebagai Tenaga Kesehatan Di Puskesmas*. 4(1), 1–17. <http://journal.unika.ac.id/index.php/shk/index>
- Kalsum, U., & Jahari, A. B. (2015). Strategi Menurunkan Prevalensi Gizi Kurang Pada Balita di Provinsi Jambi. *Jmj*, 3(No. 1), 45–59.
- Kasus, S., Malam, S., Sumbertimo, D., & Arjosari, D. (2015). *Pendampingan Upaya Perbaikan Gizi pada Balita*. 1.

- Kehik, B. S. (2018). Pelaksanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Desa di Bidang Ekonomi Kemasyarakatan. *Agrimor*, 3(1), 4–6. <https://doi.org/10.32938/ag.v3i1.315>.
- Kementerian Kesehatan RI (2006) 'Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas'.
- _____ (2016) 'Kesehatan Masyarakat'. Jakarta : Kemenkes RI
- _____. 2020 Kepmenkes No 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. (diunduh tanggal 3 November 2020)
- Kamil, M. (2012). *Model Pendidikan dan Pelatihan (Konsep dan Aplikasi)*. Bandung, ALFABETA.
- Komarudin, D., Kuswana, W. S. and Noor, R. A. (2016) 'KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI SMK', *Journal of Mechanical Engineering Education*. doi: 10.17509/jmee.v3i1.3192.
- Krisna Triyono, Samuel Dwi, and Yohanes K. Herdiyanto. 2018. "Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali." *Jurnal Psikologi Udayana* 4(02): 263.
- Kuzma JW, Bohnenblust S. 2005. *Basic Statistic for the Health Sciences*. 4th ed. USA : McGraw Hill
- Lilienfeld, A.M.D.E. Liliendfeld. 1980. *Foundation of Epidemiology*. Newyork: Oxford University Press.
- Lilienfeld, D.E. 1978. *Definition of Epidemiology*. *American Journal of Epidemiology*, 107, pp 87-90.
- Luknis, Sutanto. 2014. *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta : Rajawali Pers.

- _____. 2008. *Statistik Kesehatan* . Jakarta : Rajawali Press.
- Manajemen, P., Pada, H. and Hipertensi, P. (2017) 'Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 12, No.1 Maret 2017, 12(1), pp. 38–46.
- Manggarai, D. I. (2020) 'BANTUAN SOSIAL DAN PENDIDIKAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT PESISIR YANG TERDAMPAK SOSIAL-EKONOMI SELAMA PATOGENESIS COVID-19 Pendahuluan, 16(1), pp. 12–26.
- Marlinae, L. *et al.* (2019) 'Buku Ajar Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan', *Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarbaru*, pp. 1–120. Available at: <http://kesmas.ulm.ac.id/id/wp-content/uploads/2019/02/BUKU-AJAR-DASAR-DASAR-KESEHATAN-LINGKUNGAN.pdf>.
- Margolang, N. (2018). Pemberdayaan Masyarakat. *Dedikasi: Journal of Community Engagment*, 19–20. <https://doi.org/10.31227/osf.io/weu8z>.
- Medika, E., No, V. O. L., Agung, I. G., Suharidewi, T., & Pinatih, G. N. I. (2017). *GAMBARAN STATUS GIZI PADA ANAK TK DI WILAYAH KERJA UPT KESMAS BLAHBATUH II KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2015 Program Studi Pendidikan Dokter , Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas / Ilmu Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana ABSTRAK Masalah*. 6(6), 1–6.
- Mubarak IW (2009) Ilmu keperawatan Komunitas dan teori, Jakarta Salemba Merdaka.
- _____. (2007) Promosi Kesehatan sebuah pengantar proses Belajar menyampai dalam pendidikan Yogyakarta Graha Ilmu

- Nadrian, Haidar et al. 2019. "I Am Sick and Tired of This Congestion': Perceptions of Sanandaj Inhabitants on the Family Mental Health Impacts of Urban Traffic Jam." *Journal of Transport and Health* 14(May): 100587.
<https://doi.org/10.1016/j.jth.2019.100587>.
- Nadya. 2013. "Konsep Sehat Dan Sakit." 4 Januari 2013.
<https://uin-alauddin.ac.id/tulisan/detail/konsep-sehat-dan-sakit>.
- Neculăesei, A.-N. (2015) 'Culture and gender role differences', *Cross-Cultural Management Journal*. Fundatia Română pentru Inteligenta Afacerii, 17(1), pp. 31–35.
- Notoatmodjo, S. (2007) 'Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni'
- _____ (2010). *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2012). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2011) *kesehatan masyarakat ilmu dan seni*, Rineka Cipta, Jakarta
- _____. (2013). *Promosi Kesehatan Global*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Nurmala Ira, dkk. (2018). *Promosi Kesehatan*, Surabaya, Air Langga Press.
- ODPHP (2020) *Family Planning, The Office of Disease Prevention and Health Promotion*. Available at:
- Otsuka Pharmaceutical (2020) *Nutrition to support women's health*, Otsuka Pharmaceutical. Available at:
<https://www.otsuka.co.jp/en/nutraceutical/about/nutrition/womens-health-and-nutrition/>.

- Osborn. 2006. *Statistical Application For Health*. John & Barlet Learning
- Pagano, Marcello, Kimberlee. 1993. *Principle of Biostatistic*. Belmont: Duxburry Press.
- Pakaya, R. E., Kandarina, I., & Akhmadi. (2008). Upaya Penanggulangan Gizi Buruk Pada Balita (Screening of Malnutrition Cases in Primary Health Care Centre). *Berita Kedokteran Masyarakat*, 24(2), 69–75.
- Paramita, V. S., Isnayati, I., Ikrawan, Y., & Adialita, T. (2019). Secercah Hati: Community Empowerment Program in Health and Economic Affairs through the Role of Posyandu and Posbindu. *MITRA: Jurnal Pemberdayaan Masyarakat*, 3(2), 151–163. <https://doi.org/10.25170/mitra.v3i2.888>.
- Pemerintah RI (2014) ‘Peraturan Pemerintah RI No 66 tentang Kesehatan Lingkungan’, (185), pp. 1–27.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan Dengan’ (2014), 53(9), pp. 1689–1699.
- Pendidikan, D. *et al.* (2003) ‘EFEKTIVITAS MEDIA CERITA BERGAMBAR DAN ULAR TANGGA, pp. 118–123.
- Purnama, S. G. (2018) ‘Diktat Dasar Kesehatan Lingkungan’, pp. 1–97.
- Permenakertrans (2018) ‘Peraturan menteri ketenagakerjaan republik indonesia nomor 5 tahun 2018’, *Jurnal Pendidikan, Teknologi dan Kejuruan*, 4(2), pp. 200–207.
- Putri, O. Z., Hussin, T. M. A. B. R. and Kasjono, H. S. (2017) ‘Analisis Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Petugas Kesehatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik UGM’, *Jurnal Kesehatan*. doi: 10.23917/jurkes.v10i2.5522.

- Pellegrino, J. W. (2004) *The evolution of educational assessment: Considering the past and imagining the future*. Educational Testing Service, Policy Evaluation and Research Center, Policy
- Priyanti, S. and Syalfina, A. D. (2017) 'Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana', *E-Book Penerbit STIKes Majapahit*.
- Pramudyani, Vera, A. R., Setiawan, A., Fajariyansyah, A., & Aji, G. L. (2019). Upaya Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Menuju Desa Siaga oleh KKN UAD di Watu Gajah dan Mertelu, Gendangsari, Gunung Kidul. *Jurnal Pemberdayaan: Publikasi Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(1), 79–90.
- Pranata, S., Pratiwi, N., & Rahanto, S. (2012). Pemberdayaan Masyarakat Di Bidang Kesehatan, Gambaran Peran Kader Posyandu Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Di Kota Manado Dan Palangkaraya. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 14(2 Apr).
<https://doi.org/10.22435/bpsk.v14i2Apr.2321>.
- Prasetyawati, I. *et al.* (2013) 'PENDIDIKAN KESEHATAN SEKOLAH SEBAGAI PROSES PERUBAHAN PERILAKU SISWA, 9(November), pp. 141–147.
- Rahman, A. (2017) 'Kualitas Kehidupan Kerja; Suatu Tinjauan Literatur dan Pandangan dalam Konsep Islam', *Jurnal Ilmiah Cano Ekonomos*.
- Ramdan, F. *et al.* (2017) 'IDENTIFIKASI BAHAYA DAN PENILAIAN RISIKO PADA DIVISI BOILER MENGGUNAKAN METODE HAZARD IDENTIFICATION RISK ASSESSMENT AND RISK CONTROL (HIRARC)', *Journal of Industrial Hygiene and Occupational Health*. doi: 10.21111/jihoh.v1i1.752.

- Ramli, S. (2010) *Pedoman Praktis Manajemen Resiko dalam Perspektif K3, dian rakyat*.
- Restuastuti, T. et al. (2017) 'Analysis of Community Empowerment in Health Sector', *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), pp. 14–19.
- Restuastuti, T., Zahtamal, Z., Chandra, F., & Restila, R. (2017). Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), 14. <https://doi.org/10.26891/jkm.v1i1.2017.14-19>.
- Rosmalia, D. and Sriani, Y. (2017) 'Sosiologi Kesehatan', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 108. Available at: <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>.
- Putri, R. M. and Maemunah, N. (2017) 'PENGETAHUAN ANAK TENTANG PENTINGNYA SAYUR The Role of Education in Improving the Knowledge of Children about the Importance of Vegetables Asupan makanan yang bergizi memberikan manfaat yang sangat baik bagi pertumbuhan anak Makanan yang mengandung kalori , 8, pp. 54–64.
- Salmah, Syarifah. 2018. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat Edisi Revisi*. Jakarta: Trans Info Media
- Sarolidou, Georgia et al. 2019. "Emotional Expressions of the Sick Face." *Brain, Behavior, and Immunity* 80(March): 286–91. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.04.003>.
- Setiawati, E. P. (2016) 'Surveilans infeksi nosokomial'.

- Sulaeman, E. S., Karsidi, R., Murti, B., Kartono, D. T., Waryana, & Hartanto, R. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan , Studi Program Desa Siaga Community Empowerment Model in Health Sector , Study on Village Preparadness ProgramKartono. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(4), 186–192.
- Sumampouw, Jufri Oksfriani. 2012. “Outline Buku Ajar.” *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado*: 1–250.
- Syafruddin (2015) Ilmu Kesehatan Masyarakat, Trans Info Media, Jakarta
- Swarjana. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : ANDIA.
- Susilawati W. (2016). *Promosi Kesehatan*. Jakarta, Depekes RI.
- Summak, M. S., Samancioğlu, M. and Bağlibel, M. (2010) ‘Technology integration and assesment in educational settings’, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Elsevier, 2(2), pp. 1725–1729.
- Stunting, P., Balita, P., Wilayah, D. I., Hidayat, M. S., Ngurah, G., Pinatih, I., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Udayana, U., Kedokteran, I., & Universitas, F. K. (2017). *PUSKESMAS SIDEMEN KARANGASEM*. 6(7), 1–5.
- Takeda, Y. (2010) ‘Understanding the life stages of women to enhance your practice’, *JMAJ*, 53(5), pp. 273–278.
- Traina, Gloria, Pål E. Martinussen, and Eli Feiring. 2019. “Being Healthy, Being Sick, Being Responsible: Attitudes towards Responsibility for Health in a Public Healthcare System.” *Public Health Ethics* 12(2): 145–57.

- Timmreck, T.C. 1997. *An Introduction to Epidemiology Second Edition*. Boston: Jones and Bartlett Publishers
- USAID (2012) *Facts for Family Planning*. Washington: U.S. Agency for International Development.
- Voth-gaeddert, L. E., Stoker, M., Cornell, D., & Oerther, D. B. (2018). International Journal of Hygiene and What causes childhood stunting among children of San Vicente , Guatemala : Employing complimentary , system-analysis approaches. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, September 2017, 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2018.01.001>
- Wahyuni, N., Suyadi, B. and Hartanto, W. (2018) 'PENGARUH KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) TERHADAP PRODUKTIVITAS KERJA KARYAWAN PADA PT. KUTAI TIMBER INDONESIA', *JURNAL PENDIDIKAN EKONOMI: Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan, Ilmu Ekonomi dan Ilmu Sosial*. doi: 10.19184/jpe.v12i1.7593.
- WHO (2004) *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2020a) *Gender and Genetics*, World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/genomics/gender/en/>.
- WHO (2020b) *Reproductive health*, World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.
- WHO (2020c) *Sexual and reproductive health*, World Health Organization. Available at: <http://158.232.12.119/reproductivehealth/topics/>

en/.

WHO (2020d) *The ABC's of family planning*, World Health Organization. Available at: https://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100322_d_shaw_oped/en/.

Wingood, G. M., Sionéan, C. and McCree, D. H. (2002) 'Women's Sexual and Reproductive Health: An Overview BT - Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health', in Wingood, G. M. and DiClemente, R. J. (eds). Boston, MA: Springer US, pp. 3–6. doi: 10.1007/978-1-4615-0689-8_1.

Yaqin, A. M., Muluk, M. R. K., Makmur, M., Magister, P., Administrasi, I., & Brawijaya, U. (2015). *KABUPATEN BRAMBANG*. 4(2), 366–377.

Zahan, N. (2014) 'Factors influencing women's reproductive health', *ABC Journal of Advanced Research*, 3(2), pp. 105–114.

Tim Penulis



Maisyarah, M.SKM., M.Kes.

Lahir di Aceh Tengah tanggal 19 Juni 1975. Lulusan S1 FKM Universitas Muhammdiyah Aceh dan S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi Sumatera Barat, sejak tahun 2010 sampai sekarang menjadi dosen tetap pada program studi ilmu kesehatan masyarakat fakultas kesehatan universitas fort de kock Bukittinggi. Kepakaran bidang ilmu promosi kesehatan dan ilmu perilaku selain menjadi dosen masih aktif menjadi motivator dibidang bisnis Digital.



Fitria Fatma, SKM, M.Kes.

Lahir di Kota Bukittinggi tanggal 15 Juni 1986. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Kota Bukittinggi, dan S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Kota Padang. Sejak tahun 2009 hingga sekarang menjadi dosen tetap Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Kepakaran pada Ilmu Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Keselamatan Kerja (K3). Aktif melakukan penelitian dan publikasi di beberapa jurnal nasional terakreditasi tentang persampahan. Dalam organisasi aktif sebagai anggota IAKMI Kota Bukittinggi dan AK3U Provinsi Sumatera Barat.



Adriani, S.Kp., M. Kes.

Lahir pada tanggal 8 April 1964 di Batu Sangkar Sumatera Barat. Menyelesaikan pendidikan di DIII Keperawatan Poltekes kemenkes Padang tahun 1983, S1 Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 1996, lulusan Magister Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat UGM tahun 2003. Saat ini sedang mengikuti Program Doktor Prodi Kesehatan Masyarakat pada S3 Unand Padang. adalah sekarang aktif sebagai dosen di Universitas Fort de kock Bukittinggi. Pengalaman kerja di Rumah Sakit Umum Solok, dan RS.Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, dinas dari Ruangan Bedah, Kepala seksi asuhan

keperawatan, kemudian menjadi Kepala Bidang Keperawatan dan kepala Bidang Penunjang RS Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, pernah menjabat sebagai kepala Program Studi Keperawatan, Pembantu ketua II Bidang Keuangan, dan Kepala Program Studi Kesehatan masyarakat sampai saat ini di Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Pernah menulis buku tentang K3 Rumah Sakit.



Harisnal, SKM., M. Epid.

Harisnal,SKM,M.Epid lahir di Bingkudu pada tanggal 07 September 1974, tahun 1993 lulus sebagai perawat gigi di SPRG Bukittinggi , dan bekerja sebagai perawat gigi di Puskesmas Rambatan 1 Kabupaten Tanah Datar mulai tahun 1994 – 1997. Tahun 2000, lulus Akademi Kesehatan Gigi (AKG) Depkes di Medan.

Selanjutnya ditempatkan di Puskesmas Salimpaung 1 Dinas Kesehatan Kab Tanah Datar (2000 – 2010) TAHUN 2004, lulus FKM UNBBRAH Padang Sumatera Barat , jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) TAHUN 2012 , Lulus Pasca Sarjana / S 2 jurusan Epidemiologi lapangan (FETP) Universitas Indonesia Depok, Jakarta. TAHUN 2012 – 2015 ditempatkan di Seksi P2P (Survailans Dinas Kesehatan Kab.Tanah Datar) TAHUN 2015 - sekarang, beralih profesi menjadi Dosen DPK LL Dikti Wilayah X Padang , di bawah Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Pendidikan Tinggi RI, dan di tempatkan di Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Tahun 2017-2019 , Ka Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Stikes Fort De Kock Bukittinggi. Tahun 2019- Sekarang , Ka Bidang Kemahasiswaan dan Alumni Universitas Fort De Kock Bukittinggi, dan sekarang sedang menempuh pendidikan Doktorat di S3 Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. Buku yang telah diterbitkan adalah buku Survailans Kesehatan dalam Kondisi Bencana, modul Investigasi wabah, modul Dinamika Kelompok. .Selain membuat buku penulis juga telah melakukan publikasi jurnal yang terindeks.



Rizki Fajariyah, SKM., M. Kes.

Rizki Fajariyah, Lahir di Malang 17 Februari 1993, lulus S1 dari Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara tahun 2014. Pada tahun 2018 menyelesaikan Studi Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Program Studi Magister Ilmu

Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga. Sejak tahun 2019 hingga sekarang penulis merupakan dosen tetap di Universitas Fort De Kock. Penulis juga diangkat sebagai Sekretaris Direktur Program Pascasarjana Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan Lanjutan, Dasar Media Komunikasi Informasi dan Edukasi, dan Psikologi dan Konseling untuk Program S1 (Sarjana).



Abdi Iswahyudi Yasril, SKM., MKM.

Lahir di Padang 28 April 1993, lulus diploma III dari Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kementerian Kesehatan Padang tahun 2014. Pada tahun 2017 lulus sarjana dari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Biostatistika dan Kependudukan di Universitas Airlangga. Pada tahun 2019 menyelesaikan Studi Pascasarjana di Universitas Fort De Kock pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat. Sejak tahun 2017 hingga sekarang penulis merupakan Dosen tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock. Penulis juga diangkat sebagai kepala Pusat Studi Statistik di LPPM Universitas Fort De Kock. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Biostatistik Deskriptif dan Inferensial, Manajemen dan Analisis Data, Metodologi Penelitian, Analisis Biostatistik dan Analisis Kependudukan untuk Program S1 (Sarjana).



Mila Sari, SST., M.Si.

Penulis dilahirkan di Pilubang, 13 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan melanjutkan S2 pada Jurusan ilmu Lingkungan Universitas Negeri Padang. Penulis menekuni bidang ilmu lingkungan dan kesehatan lingkungan. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Analisis Kualitas Lingkungan, Kesehatan Pemukiman dan Perumahan, Epidemiologi Kesehatan Lingkungan, Analisa mengenai Dampak Lingkungan, Manajemen Pengendalian Vektor. Penulis juga telah menghasilkan publikasi internasional bereputasi dan nasional terakreditasi antara lain : Effectiveness of Soursop Seed Extract *Annona muricata L* as a Natural Repellent on *Aedes Aegypti*, The relationship between work

period and use of personal protective equipment with respiratory disorder complaints in brick craftsman in Sintuk Toboh Gadang District Padang Pariaman Regency, Hubungan Tempat Perindukan Nyamuk Anopheles Sundaicus Dengan Kejadian Malaria Di Kabupaten Pasaman Barat, Ekstrak Daun Pepayacarica *papaya l.* Terhadap Mortalitas Larva Nyamuk Aedes Aegypti, Perbedaan Kepadatan Telur Nyamuk Aedes Aegypti Berdasarkan Lantai, Hubungan Perilaku Dengan Kepadatan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD)Penulis juga merupakan Ketua UPT Inovasi dan Entrepreneurship Universitas Fort De Kock Bukittinggi, Ketua Pusat Studi Lingkungan Hidup Universitas Fort De Kock Bukittinggi, Penulis dapat dihubungi melalui email milasari111326@gmail.com



Cici Aprilliani, SKM., MKM.

Lahir di Koto Tangah Simalanggang (Kabupaten Lima Puluh Kota) pada tanggal 8 April 1993. Lulus Program Sarjana di Universitas Fort De Kock Bukittinggi pada Tahun 2015, dan lulus program Magister di Universitas Fort De Kock Bukittinggi pada tahun 2018. Sejak Juni 2019 sampai sekarang mengabdikan sebagai Dosen Tetap di Universitas Fort De Kock. Mengampu mata kuliah Kesehatan Keselamatan Kerja dan administrasi kebijakan kesehatan pada Fakultas Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan juga publikasi di beberapa jurnal, proceeding nasional terakreditasi terkait kesehatan keselamatan kerja. Ini adalah karya pertama dan semoga bisa dilanjutkan dengan karya-karya yang lebih baik lagi sehingga dapat bermanfaat oleh orang banyak.



Shantria Dhelly Susanty, S. ST, M. Kes.

Merupakan seorang dosen di Universitas Fort de kock Bukittinggi yang lahir pada tanggal 22 Desember 1990 di Payakumbuh Sumatera Barat. Menyelesaikan pendidikan di DIII kebidanan Poltekes kemenkes Padang tahun 2009., DIV kebidanan di universitas Fort De Kock tahun 2014 dan lulusan Magister Kesehatan Universitas Fort De Kock tahun 2017. Pada tahun 2018 diterima menjadi dosen di univeristas fort de kock di prodi ilmu kesehatan masyarakat . Pada Tahun 2019 berkesempatan

mengikuti Program Magang Dosen dari Kementerian Ristekdikti di Universitas Airlangga selama 5 bulan. Pada tahun 2019 pernah lulus hibah dosen pemula pada penelitian yang diselenggarakan oleh Kementerian Ristekdikti. Pada tahun 2019 pernah Menjadi pembimbing PKM yang lulus di tingkat nasional dengan judul *"Karakteristik Permen Sirsak Gula Merah Aren Sebagai Alternatif Pengolahan Buah Sirsak"*. Buku yang telah diterbitkan adalah buku dasar komunikasi, modul kesehatan reproduksi, modul sosio antropologi, modul promosi kesehatan. Selain membuat buku penulis juga telah melakukan publikasi jurnal yang terindeks.



Vina Novela, SKM., M.Kes.

Vina Novela, SKM.M.Kes, dosen pada program studi ilmu kesehatan masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukittinggi sejak Februari 2010. Vina Novela lahir di Tanjung Pati, Kabupaten Lima Pulu Kota pada tanggal 24 September 1985. Menyelesaikan pendidikan sarjana Kesehatan Masyarakat pada Universitas Baiturrahmah Padang tahun 2008 dan pendidikan Magister di Universitas Andalas tahun 2016. Dalam organisasi vina aktif sebagai anggota IAKMI Kota Bukittinggi, hasil artikel ilmiah ada di beberapa jurnal terakreditasi Nasional. Buku yang pernah ditulis Dasar Komunikasi Kesehatan dan modul-modul pembelajaran pengantar Administrasi kesehatan, manajemen pemasaran, modul perencanaan dengan pendekatan problem solving.



Nurdin, SKM., MPH.

Nurdin, Lahir di Padang Pariaman 16 Agustus 1966, lulus diploma III dari Akademi Penilik Kesehatan, Politeknik Kementerian Kesehatan Padang tahun 1989. Pada tahun 2000 lulus sarjana dari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Lingkungan di Universitas Sumatera Utara. Pada tahun 2008 menyelesaikan Studi Pascasarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat. Sejak tahun 2012 hingga sekarang penulis merupakan Dosen tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock. Saat ini penulis mengampu mata kuliah: Pendidikan dan Pelatihan, Manajemen Pelatihan Promosi

Kesehatan, Promosi Kesehatan, Promosi Kesehatan Kerja, Promosi Kesehatan Rumah Sakit, dan Analisis Kualitas Lingkungan untuk Program S1 (Sarjana).



Dr. Neila Sulung., S.Pd., Ns., M. Kes.

Lahir di Sawah Dangka Kab Agam 31 Juli 1964. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan Pajajaran Bandung. S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Andalas Padang. Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Padang. Magister Kesehatan Masyarakat 2004. dan Program Doktor di Universitas Gajah Mada pada tahun 2013. Saat ini penulis merupakan Dosen pada Fakultas Kesehatan Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Penulis menekuni bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dan keperawatan anak, kebijakan Gizi. Beberapa buku yang pernah dipublikasikan oleh penulis diantaranya pengembangan karir perawat terhadap mutu pelayanan keperawatan professional, buku Pengantar Statistik Kesehatan (Biostatistik), dan Pengantar Psikologi Kebidanan. Selain menulis buku, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal internasional terakreditasi antara lain The Analysis of Spirituality of Patients with HIV/AIDS in Taking Lessons and Self-Acceptance, Risk Factors For Men Who Have Sex With Men And Hiv Incidence In Bukittinggi City Indonesia, Caused Wasting Events In Age 0-59 Months: (Analysis Of Incident Factors). Dan beberapa tulisan yang terbit di jurnal Nasional terakreditasi pada kasus Stunting, Wasting, HIV, LSL Riwayat pekerjaan penulis saat ini sebagai sebagai Direktur Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui email neilasulung@fdk.ac.id.



Cici Apriza Yanti, SKM, M. H. Sc.

Penulis dilahirkan di Kota Payakumbuh, 6 April 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Biturrahmah Padaang dan melanjutkan S2 pada Community Health Science Universiti Kebangsaan Malaysia. Saat ini penulis merupakan Dosen pada Fakultas Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Penulis menekuni bidang ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Epidemiologi dan Statistik Kesehatan. Beberapa mata kuliah yang

diampu di kampus yakni Surveilans Epidemiologi Biostatistik, dan Manajemen data. Beberapa Buku yang pernah dipublikasikan oleh penulis diantaranya Manajemen dan Analisa data, Biostatistik Kesehatan, Sistim Informasi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Selain menulis buku, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal nasional terakreditasi antara lain Penularan DBD di Kota Bukittinggi (Analisis Perilaku dan Lingkungan), Pengaruh Metode Audiovisual Dan Leaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dalam Penanganan Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi, Pengembangan model *Peer Support Intervention* Sebagai Upaya Meningkatkan Perilaku Hidup Sehat Klien Hipertensi. Riwayat pekerjaan penulis saat ini sebagai ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Fort De Kock, untuk kegiatan keorganisasian di luar kampus penulis ikut dalam anggota IAKMI Kota Bukittinggi sebagai Koordinator Bidang Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui email ciciaprizayanti@fdk.ac.id

Buku ajar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat membahas tentang sejarah, konsep dasar kesehatan masyarakat, penyakit, biostatistik, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, kesehatan reproduksi, administrasi kebijakan kesehatan, dan perilaku kesehatan. Buku ini merupakan media yang dapat dimanfaatkan oleh pengajar (dosen) dalam memberikan perkuliahan mata kuliah Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Serta bagi mahasiswa dapat digunakan sebagai pendukung dan pemahaman materi-materi perkuliahan. Pada buku ini diuraikan secara menyeluruh dan mendetail tentang bagian-bagian ilmu kesehatan masyarakat yang disesuaikan pada peminatan jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Pembahasan Buku:

Bab 1. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 2. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Bab 3. Konsep Sehat dan Sakit

Bab 4. Konsep Pencegahan Penyakit

Bab 5. Pilar keilmuan dari Kesehatan Masyarakat

Bab 6. Konsep dari Biostatistik dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 7. Kesehatan Lingkungan dan Upaya Kesehatan Lingkungan

Bab 8. Kesehatan Kerja dan Upaya Mewujudkan Kesehatan Kerja

Bab 9. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Bab 10. Analisis Administrasi Kebijakan Kesehatan

Bab 11. Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan

Bab 12. Gizi Kesehatan Masyarakat dan Upaya-Upaya Perbaikan Gizi

Tim Penulis

Maisyarah, SKM., M. Kes.

Fitria Fatma, SKM., M. Kes.

Adriani, S.Kp., M. Kes.

Harisnal, SKM., M. Epid.

Rizki Fajariyah, SKM., M. Kes.

Abdi Iswahyudi Yasril, SKM., MKM.

Mila Sari, SST, M. Si.

Cici Aprilliani, SKM., MKM.

Shantria Dhelly Susanty, S. ST, M. Kes.

Vina Novela, SKM., M. Kes.

Nurdin, SKM., MPH.

Dr. Neila Sulung., S.Pd., Ns., M. Kes.

Cici Apriza Yanti, SKM., M. H. Sc.



Media Sains Indonesia

Melong Asih Regency B.40, Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

Email : penerbit@medsan.co.id

Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-6068-18-2 (PDF)

