

BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Muhamad Seto Sudirman, M.Si. Med.
Ade devriany, S.KM., M.Kes.
Dr. Herniwant.S.Pd.Kim. M.S.
Dewi Marfuah, S.Gz., MPH.
Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp., Ns.,M.Kep.
Nina Rahmadiliyani S.Kep., MPH.
Sri Mulyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Diyono,S.Kep., Ns., M.Kes.

BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis

Muhamad Seto Sudirman, M.Si. Med.

Ade devriany, S.KM., M.Kes.

Dr. Herniwant.S.Pd.Kim. M.S.

Dewi Marfuah, S.Gz., MPH.

Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp., Ns.,M.Kep.

Nina Rahmadiliyani S.Kep., MPH.

Sri Mulyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Diyono,S.Kep., Ns., M.Kes.

Tata Letak

Ulfa

Desain Sampul

Zulkarizki

15.5 x 23 cm, vi + 182 hlm.

Cetakan I, September 2021

ISBN:

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,

Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571

e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta

No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak

sebagian atau seluruh isi buku ini

tanpa izin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I	
PENGANTAR STATISTIK.....	1
A. Tujuan Pembelajaran.....	1
B. Materi.....	1
C. Tugas.....	14
D. Rangkuman.....	17
E. Daftar Pustaka.....	20
BAB II	
EPIDEMIOLOGI.....	21
A. Tujuan Pembelajaran.....	21
B. Materi.....	21
C. Rangkuman.....	37
D. Tugas.....	38
E. Referensi.....	41
BAB III	
KESEHATAN LINGKUNGAN.....	43
A. Tujuan Pembelajaran.....	43
B. Materi.....	44
C. Rangkuman.....	56
D. Tugas.....	56
E. Referensi.....	57
BAB IV	
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT.....	59
A. Tujuan Pembelajaran.....	59
B. Materi.....	59
C. Rangkuman.....	82

D. Tugas	84
E. Referensi.....	85
BAB V	
SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	87
A. Tujuan Pembelajaran.....	87
B. Materi	87
C. Rangkuman.....	105
D. Tugas	107
E. Referensi.....	109
BAB VI	
SISTEM PELAYANAN KESEHATAN.....	111
A. Tujuan Pembelajaran.....	111
B. Materi	111
C. Rangkuman.....	131
D. Tugas	132
E. Referensi.....	132
BAB VII	
PENDIDIKAN KESEHATAN	135
A. Tujuan Pembelajaran.....	135
B. Materi	135
C. Rangkuman.....	152
D. Tugas	152
E. Referensi.....	153
BAB VIII	
PROMOSI KESEHATAN.....	155
A. Tujuan Pembelajaran.....	155
B. Materi	155
C. Rangkuman.....	180
D. Tugas	181
E. Referensi.....	181

BAB I

PENGANTAR STATISTIK

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami Sejarah Kesehatan Masyarakat
2. Mahasiswa mampu memahami Perkembangan kesehatan Masyarakat
3. Mahasiswa mampu memahami Kesehatan Masyarakat di Indoneia

B. Materi

1. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani, yakni Asclepius dan Higeia. Dikisahkan berdasarkan mitos Yunani Asclepius adalah seorang dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, namun Asclepius dapat mengobati penyakit dan bahkan dapat melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (surgical procedure) dengan baik. Higeia, seorang asisten yang kemudian menjadi istrinya, juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan dengan cara yang berbeda dengan Asclepius. Perbedaan tersebut terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Perbedaannya dapat dilihat pada Tabel 1.1.

Tabel 1 Perbedaan cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan

Pendekatan	Cara Penanganan
Asclepius	Diobati setelah penyakit menimpa seseorang.
Higeia	Mengajarkan pemecahan masalah kesehatan melalui 'hidup seimbang'

Pendekatan	Cara Penanganan
	1. Menghindari makanan beracun. 2. Makanan yang bergizi. 3. Cukup istirahat. 4. Melakukan olahraga. Jika sudah sakit lebih mengupayakan pengobatan alamiah daripada pengobatan/operasi dengan mengkonsumsi makanan bergizi agar memperkuat pertahanan tubuhnya

Sumber: disarikan dari Notoatmodjo (2007).

Perbedaan pendekatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mengakibatkan munculnya dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental, ataupun sosial. Sementara itu, kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Ke dalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang (Notoatmodjo, 2007).

Perbedaan pendekatan tersebut, pada perkembangan selanjutnya, seolah-olah timbul garis pemisah menjadi dua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (curative health care) dan pelayanan kesehatan pencegahan (preventive health care). Perbedaan tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2 Perbedaan pendekatan pelayanan kesehatan preventif dan kuratif

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

Sumber: disarikan dari Notoatmodjo (2007).

2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Perkembangan kesehatan masyarakat pada garis besarnya dibagi menjadi dua periode, yaitu sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (prescientific period) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan itu berkembang (scientific period).

a. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Catatan sejarah kebudayaan di dunia, seperti Babylonia, Mesir, Yunani, dan Roma, telah tercatat bahwa manusia telah melakukan usaha untuk penanggulangan masalah-masalah kesehatan masyarakat dan penyakit. Ditemukan pula dokumen-dokumen tertulis, bahkan peraturan-peraturan tertulis yang mengatur pembuangan air limbah atau drainase pemukiman pembangunan kota, pengaturan air minum, dan sebagainya.

Pada permulaan abad pertama sampai dengan kira-kira abad ke-7, pentingnya kesehatan masyarakat makin dirasakan karena sebageian masyarakat mulai terserang berbagai macam penyakit menular dan telah menjadi epidemi bahkan di beberapa tempat telah menjadi endemi. Penyakit kolera telah tercatat sejak abad ke-7 menyebar dari Asia khususnya Timur Tengah dan Asia Selatan ke Afrika. India disebutkan sejak abad ke-7 telah menjadi pusat endemi kolera. Di samping itu, lepra juga telah menyebar mulai dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui para imigran (Notoatmodjo, 2007).

Upaya-upaya yang dilakukan oleh masyarakat untuk mengatasi epidemi dan endemi penyakit-penyakit antara lain dengan

- 1) masalah lingkungan mulai diperhatikan, terutama higiene dan sanitasi lingkungan,
- 2) pembuatan pembuangan kotoran manusia (latrin),
- 3) mengusahakan penggunaan air minum yang bersih,
- 4) pembuangan sampah,
- 5) pembuatan ventilasi rumah yang baik.

Pada abad ke-14, mulai terjadi wabah pes. Yang paling dahsyat, di Cina dan India. Pada tahun 1340, tercatat 13.000.000 orang meninggal karena wabah pes, dan di India, Mesir, dan Gaza dilaporkan 13.000 orang meninggal setiap hari karena pes. Menurut catatan jumlah meninggal karena wabah pes di seluruh dunia waktu itu mencapai lebih dari 60.000.000 orang. Oleh sebab itu, waktu itu disebut 'The Black Death'. Keadaan atau wabah penyakit menular ini berlangsung sampai menjelang abad ke-18. Di samping wabah pes, wabah kolera dan tipus masih berlangsung. Tercatat pada tahun 1603 lebih dari 1 di antara 6 orang meninggal dan pada tahun 1665 sekitar 1 di antara 5 orang meninggal karena penyakit menular. Pada tahun 1759, sekitar 70.000 orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu antara lain tipus, disentri, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Dari catatan-catatan periode sebelum ilmu pengetahuan tersebut terlihat bahwa upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat belum dilakukan secara menyeluruh, meskipun masalah kesehatan masyarakat khususnya penyebaran penyakit menular sudah begitu meluas dan dahsyat.

b. Periode Ilmu Pengetahuan

Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, kebangkitan ilmu pengetahuan mempunyai dampak yang luas terjadi terhadap segala aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Mulai abad ke-19 masalah kesehatan khususnya penyakit tidak hanya dilihat sebagai fenomena biologis dan pendekatan yang dilakukan tidak hanya secara biologis yang sempit, tetapi kesehatan adalah masalah yang kompleks sehingga masalah kesehatan harus dilakukan pendekatan secara komprehensif dan multisektoral.

Terkait terjadinya serangan epidemi (wabah) kolera pada sebagian besar rakyat Inggris terutama terjadi pada masyarakat yang tinggal di perkotaan miskin, penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat secara ilmiah mulai dilakukan pada tahun

1832, di mulai pada saat Parlemen Inggris membentuk komisi untuk menyelidiki dan penanganan masalah wabah kolera ini dan Edwin Chadwick seorang pakar sosial (social scientist) ditunjuk sebagai ketua komisi. Hasil penyelidikan menunjukkan wabah terjadi karena hal berikut.

- 1) Masyarakat hidup di suatu kondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia.
- 2) Air limbah yang mengalir terbuka tidak teratur.
- 3) Makanan yang dijual di pasar banyak dirubung lalat dan kecoa.
- 4) Sebagian besar masyarakat miskin, bekerja rata-rata 14 jam per hari dengan gaji di bawah kebutuhan hidup sehingga sebagian masyarakat tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Laporan Chadwick ini dilengkapi dengan analisis data statistik yang lengkap dan tepercaya. Maka itu, parlemen mengeluarkan undang-undang yang mengatur upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan, sanitasi tempat-tempat kerja, pabrik, dan sebagainya.

3. Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda abad ke-16.

- a. Tahun 1927 kolera merupakan penyakit yang sangat ditakuti masyarakat karena masuk Indonesia. Pada tahun 1937, terjadi wabah kolera eltor di Indonesia, kemudian pada tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia sehingga pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat dalam rangka memberantas wabah kolera.
- b. Tahun 1807 dalam rangka penurunan angka kematian bayi yang tinggi. Gubernur Jenderal Deandels melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Akan tetapi, upaya ini tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih kebidanan.

- Kemudian, pada tahun 1930 dimulai lagi dengan didaftarnya para dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan
- c. Pada November 1967, dr. Achmad Dipodilogo dalam seminar yang membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan kondisi dan kemampuan rakyat Indonesia. Mengungkapkan "Konsep Puskesmas" yang mengacu kepada Konsep Bandung dan Proyek Bekasi. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem puskesmas yang terdiri atas tipe A, B, dan C.
 - d. Akhirnya tahun 1968 dalam rapat kerja kesehatan nasional dicetuskan bahwa puskesmas merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi pusat pelayanan kesehatan masyarakat (puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan. Kegiatan pokok puskesmas mencakup:
 - 1) kesehatan ibu dan anak,
 - 2) keluarga berencana,
 - 3) gizi,
 - 4) kesehatan lingkungan,
 - 5) pencegahan penyakit menular,
 - 6) penyuluhan kesehatan masyarakat,
 - 7) pengobatan,
 - 8) perawatan kesehatan masyarakat,
 - 9) usaha kesehatan gizi,
 - 10) usaha kesehatan sekolah,
 - 11) usaha kesehatan jiwa,
 - 12) laboratorium,
 - 13) pencatatan dan pelaporan.

- e. Tahun 1969 disepakati hanya ada dua sistem puskesmas, yaitu tipe A dan B. puskesmas tipe A dikelola oleh dokter dan tipe B dikelola oleh seorang tenaga paramedis.
- f. Tahun 1979 dikembangkan satu peranti manajerial penilaian berupa stratifikasi puskesmas, yang dibedakan menjadi
- 1) strata satu: puskesmas dengan prestasi sangat baik,
 - 2) strata dua: puskesmas dengan prestasi rata-rata atau standar,
 - 3) strata tiga: puskesmas dengan prestasi di bawah rata-rata.
 - Tahun 1984 tanggung jawab puskesmas ditingkatkan dengan mempunyai tanggung jawab dalam pembinaan dan pengembangan posyandu di wilayah kerjanya masing- masing. Program posyandu ini mencakup kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, Kelompok penderita penyakit TBC.
 - Kelompok penderita penyakit diare.
 - Penyakit malaria di Indonesia masih tergolong penyakit yang berbahaya dan mematikan.
 - Kelompok penderita penyakit kelamin seperti gonore, sifilis dan penyakit HIV/AIDS.
 - 4) Penderita penyakit tidak menular, antara lain kelompok penderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kanker, strok, kecelakaan lalu lintas dan lain sebagainya. Angka kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular seperti penyakit kanker dan kardiovaskular cenderung meningkat.
 - 5) Kelompok cacat yang memerlukan rehabilitasi
 - Kelompok cacat fisik, seperti kehilangan anggota tubuh.
 - Kelompok cacat mental.
 - Kelompok cacat sosial.

- 6) Kelompok khusus yang mempunyai risiko tinggi terserang penyakit
- Kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika.
 - Kelompok wanita tunasusila (WTS) atau pekerja seksual komersial.
 - Kelompok pekerja tertentu.

4. Definisi Kesehatan Masyarakat

Banyak ahli kesehatan masyarakat membuat definisi kesehatan masyarakat. Adapun definisi kesehatan masyarakat sebagai berikut.

- a. Kesehatan adalah upaya-upaya untuk mengatasi masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain, kesehatan masyarakat sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan merupakan kegiatan kesehatan masyarakat.
- b. Kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.
- c. Kesehatan masyarakat diartikan suatu upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Sementara itu, ilmu kedokteran itu sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial.
- d. Kesehatan masyarakat dapat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Oleh karena masyarakat sebagai objek penerapan ilmu kedokteran dan sanitasi mempunyai aspek sosial ekonomi dan budaya yang sangat kompleks. Akhirnya kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran dan ilmu sanitasi dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.
- e. Winslow (1920) mendefinisikan kesehatan masyarakat yang sampai sekarang masih relevan, yakni kesehatan masyarakat (public health) adalah ilmu dan seni, mencegah penyakit,

memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui 'usaha-usaha pengorganisasian masyarakat' untuk:

- 1) perbaikan sanitasi lingkungan,
 - 2) pemberantasan penyakit-penyakit menular,
 - 3) pendidikan untuk kebersihan perorangan,
 - 4) pengorganisasian pelayanan medis, perawatan, diagnosis dini dan pengobatan,
 - 5) pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
- f. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit. Dari perkembangan batasan kesehatan masyarakat tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat itu meluas dari hanya berurusan sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan, sampai dengan ilmu sosial.

5. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Beberapa disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat mencakup ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, ilmu pendidikan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin.

Pilar utama ilmu kesehatan masyarakat atau disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat antara lain

- a. epidemiologi,
- b. biostatistik/statistik kesehatan,
- c. kesehatan lingkungan,
- d. pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku,
- e. administrasi kesehatan masyarakat,

- f. gizi masyarakat,
- g. kesehatan kerja.

Kesehatan masyarakat pada praktiknya mempunyai kegiatan yang luas. Semua kegiatan baik yang langsung ataupun tidak langsung untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, dan sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat. Misalnya, pembersihan lingkungan, penyediaan air bersih, pengawasan makanan, perbaikan gizi, penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, cara pembuangan tinja, pengelolaan sampah dan air limbah, pengawasan sanitasi tempat-tempat umum, pemberantasan sarang nyamuk, lalat, kecoa, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

6. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat sasarannya adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok; baik yang sehat maupun yang sakit, khususnya mereka yang berisiko tinggi dalam masyarakat.

a. Individu

Individu adalah kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Masalah kesehatan yang dialami individu karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri sebab suatu hal akan memengaruhi anggota keluarga lainnya dan keluarga yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggal mereka. Maka di sini, peran tenaga teknis

farmasi komunitas adalah membantu individu agar dapat memenuhi kebutuhan dasar yang tidak dapat dipenuhi sendiri karena kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, atau kurangnya kemauan menuju kemandirian dengan jalan melakukan promosi kesehatan.

b. Keluarga

Unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam

satu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi dinamakan dengan keluarga. Antara anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi. Akibatnya, jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, hal itu akan berpengaruh terhadap anggota yang lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Berikut merupakan alasan yang menyebabkan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan.

- 1) Keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan.
 - 2) Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga.
 - 3) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan.
 - 4) Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (decision making) dalam perawatan kesehatan.
 - 5) Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.
- c. Kelompok khusus
- Kelompok khusus adalah sekumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, dan permasalahan. Kegiatan yang terorganisasi atau sekelompok masyarakat/individu sangat rawan terhadap masalah kesehatan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan merawat diri sendiri. Keterbatasan yang dialami dapat berupa fisik, mental, budaya dan ekonomi sehingga mereka membutuhkan bimbingan dan pelayanan kesehatan. Kelompok khusus yang ada di masyarakat dan di institusi dapat diklasifikasikan berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka hadapi, yaitu sebagai berikut.
- d. Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan (growth and development).
- 1) Kelompok ibu hamil dan ibu bersalin (melahirkan).
 - 2) Kelompok ibu nifas.

- 3) Kelompok bayi dan anak balita.
 - 4) Kelompok anak usia sekolah.
 - 5) Kelompok usia lanjut.
- e. Kelompok khusus dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan seperti berikut
- 1) Penderita penyakit menular antara lain sebagai berikut
 - Kelompok penderita penyakit kusta.
 - Kelompok penderita penyakit TBC.
 - Kelompok penderita penyakit diare.
 - Penyakit malaria di Indonesia masih tergolong penyakit yang berbahaya dan mematikan.
 - Kelompok penderita penyakit kelamin seperti gonore, sifilis dan penyakit HIV/AIDS.
 - 2) Penderita penyakit tidak menular, antara lain kelompok penderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kanker, stroke, kecelakaan lalu lintas dan lain sebagainya. Angka kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular seperti penyakit kanker dan kardiovaskular cenderung meningkat.
 - 3) Kelompok cacat yang memerlukan rehabilitasi
 - Kelompok cacat fisik, seperti kehilangan anggota tubuh.
 - Kelompok cacat mental.
 - Kelompok cacat sosial.
 - 4) Kelompok khusus yang mempunyai risiko tinggi terserang penyakit
 - Kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika.
 - Kelompok wanita tunasusila (WTS) atau pekerja seksual komersial.
 - Kelompok pekerja tertentu.

C. Tugas

1. Kesehatan menurut WHO (1947) adalah
 - A. keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.
 - B. keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis
 - C. keadaan memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat
 - D. keadaan satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang
2. Kesehatan menurut UU 23 Tahun 1992 adalah
 - A. keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.
 - B. keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis
 - C. keadaan memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat
 - D. keadaan satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang
3. Kesehatan Masyarakat menurut Ikatan Dokter Amerika, AMA, (1948) adalah....
 - A. ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat
 - B. kombinasi antara teori (ilmu) dan Praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat).
 - C. aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat

- D. keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan
4. Tujuan Kesehatan masyarakat dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah
- A. tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang
 - B. meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri
 - C. meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit
 - D. meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
5. Tujuan umum kesehatan masyarakat adalah
- A. tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang
 - B. meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri
 - C. meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit
 - D. meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
6. Toko metologi Yunani berpendapat bahwa menyembuhkan suatu penyakit, lebih dianjurkan dengan upaya penyembuhan secara alamiah, pernyataan ini merupakan prinsip penyembuhan penyakit menurut
- A. Asclepius
 - B. Higeia
 - C. Louis Pasteur
 - D. William

7. Pada tahun 1832 dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat di Inggris tentang epidemi Kolera. Penyelidikan ini dilakukan oleh
 - A. Asclepius
 - B. Higeia
 - C. Edwin Chadwich
 - D. Louis Pasteur
8. Kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai penyakit menular makin menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan dibeberapa menjadi endemi misal penyakit kolera. Penjelasan tersebut terjadi pada abad
 - A. 7
 - B. 14
 - C. 16
 - D. 19
9. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit...
 - A. Cacar
 - B. Malaria
 - C. Lepra
 - D. Kolera
10. Di Indonesia Kesehatan masyarakat dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat pada waktu itu, hal ini terjadi pada abad
 - A. 7
 - B. 14
 - C. 16
 - D. 19

D. Rangkuman

1. Pengertian Kesehatan Masyarakat

Winslow (1920) mendefinisikan Kesehatan Masyarakat (Public Health) sebagai suatu ilmu dan seni: mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui "usaha-usaha pengorganisasian masyarakat" untuk:

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan
- b. Pemberantasan penyakit menular
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
- d. Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatan.

Ikatan Dokter Amerika (1948) mendefinisikan Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

2. Sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat

a. Mitos Yunani

Asclepius: dokter pertama yang dapat mengobati penyakit dan melakukan pembedahan dengan cara tertentu. Higiena, asisten/istri Asclepius, mengajarkan pada pengikutnya melalui pendekatan Hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makan makan yang bergizi, cukup istirahat dan olah raga. Dari cerita mitos Yunani tersebut, muncul dua pendekatan dalam penanganan kesehatan, aliran pertama lebih menekankan pengobatan (kuratif), aliran kedua lebih menekankan pencegahan (preventif) dan peningkatan (promosi) kesehatan.

Perbedaan curatif health care dan preventif health care

NO	CURATIF HEALTH CARE	PREVENTIF HEATH CARE
1)	Sasaran individu	Sasaran masyarakat
2)	Pedekatan reaktif	Pendekatan proaktif
3)	Penanganan bio-psikologis	Penanganan bio-psiko-sosial

b. Periode sebelum Ilmu Pengetahuan

- 1) Pada zaman Romawi kuno telah dibuat latrin/tempat pembuangan kotoran manusia, bukan untuk tujuan mencegah penyakit. Tetapi untuk mencegah bau dan pandangan yang tidak mengenakan.
- 2) Pada zaman Romawi telah ada peraturan yang mengharuskan untuk mencatatkan pembangunan rumah, melaporkan binatang berbahaya/ bau, melakukan supervisi pada tempat minum, warung, prostitusi
- 3) Abad ketujuh, dirasakan kesehatan masyarakat sudah begitu penting, karena saat itu sudah ada wabah kolera dan kusta
- 4) Abad ke 12, terjadi wabah pes dasyat di Cina dan India. Pada tahun 1340 tercatat 13 juta meninggal karena pes.
- 5) Pada masa tersebut, masalah kesehatan masyarakat sudah demikian hebatnya, tetapi upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan.

c. Periode Ilmu Pengetahuan

- 1) Pada abad ke 19 telah ditemukan vaksin cacar oleh Louis Pasteur, asam karbol untuk sterilisasi operasi oleh Joseph Lister, ether untuk anestesi oleh William Marton
- 2) Tahun 1832 dibentuk komisi untuk penyelidikan dan upaya kesehatan masyarakat di Inggris diketuai oleh Edwin Chadwich.
- 3) Tahun 1893, John Hopkins, mendirikan Fakultas Kedokteran di Amerika.
- 4) Tahun 1855, di Amerika dibentuk Departemen Kesehatan, yang berfungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Termasuk pengawasan kesehatan lingkungan.

- 5) Tahun 1872, diadakan pertemuan orang-orang yang peduli pada kesehatan masyarakat dengan dibentuknya Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Assosiation).
- d. Perkembangan IKM di Indonesia
- 1) Dimulai abad ke 16, pada saat pemerintahan Belanda. Tahun 1927, kolera masuk Indonesia, 1937 terjadi wabah kolera eltor, 1948 cacar masuk Indonesia, sejak adanya wabah kolera pemerintahan Belanda melakukan upaya kesehatan masyarakat.
 - 2) Tahun 1807 oleh Gubernur Jendral Daendels dilakukan pelatihan dukun bayi dan praktek persalinan
 - 3) Tahun 1851, dr.Bosch mendirikan STOVIA (School Tot Opleding Van Indiche Arsten) sekolah kedokteran untuk pribumi di Jakarta, dan di Surabaya tahun 1913 didirikan NIAS (Nederland Indische Arsten School)
 - 4) Tahun 1922, pes masuk Indonesia, setahun berikutnya telah terjadi wabah, 1935 dilakukan penyemprotan DDT dan vaksinasi masal.
 - 5) Tahun 1951, Dr. Y. Leimena dan dr. Patah memperkenalkan Konsep Bandung, bahwa aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan
 - 6) Tahun 1956, dr. Y. Sulianti mendirikan "Proyek Bekasi" proyek keterpaduan pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.
 - 7) Tahun 1967, seminar tentang kesehatan masyarakat terpadu, tentang konsep Puskesmas oleh dr. Achmad Dipodilogo, yang akhirnya pada tahun 1968 dikembangkan oleh Pemerintah
- e. RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT
- 1) Epidemiologi
 - 2) Biostatistik/statistik Kesehatan
 - 3) Kesehatan Lingkungan

- 4) Pendidikan Kesehatan dan Perilaku
 - 5) Administrasi Kesehatan Masyarakat
 - 6) Gizi Masyarakat
 - 7) Kesehatan Kerja
- f. UPAYA-UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT:
- 1) Pemberantasan penyakit menular dan tidak menular
 - 2) Perbaikan sanitasi lingkungan
 - 3) Perbaikan Lingkungan Pemukiman
 - 4) Pemberantasan vektor
 - 5) Pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat
 - 6) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
 - 7) Pembinaan Gizi masyarakat
 - 8) Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum
 - 9) Pengawasan obat dan minuman
 - 10) Pembinaan peran serta masyarakat

E. Daftar Pustaka

Surahman dan Sudibyo. 2016. Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM.
Jakarta: Pusdik PPSDM

BAB II

EPIDEMIOLOGI

A. Tujuan pembelajaran :

Mampu memahami tentang epidemiologi, dengan pokok bahasan: pengertian epidemiologi, jenis epidemiologi, peran epidemiologi, ruang lingkup epidemiologi peran epidemiologi dalam bidang kesehatan masyarakat, sejarah perkembangan epidemiologi serta trias epidemiologi yang menjadi konsep dasar terjadinya penyakit dan masalah kesehatan masyarakat.

B. Materi

1. Batasan dan Pengertian Epidemiologi

Para ahli mendefinisikan epidemiologi secara berbeda-beda, tetapi definisi tersebut berada dalam kisaran yang tidak terlalu luas. Para ahli berbicara tentang suatu disiplin ilmu yang mengamati fenomena kesehatan pada populasi manusia. Epidemiologi berasal dari Bahasa Yunani yaitu epi yang berarti pada atau tentang, demos yang berarti penduduk dan logos yang berarti ilmu. Epidemiologi berarti ilmu yang mempelajari hal-hal yang terjadi pada penduduk.

Epidemiologi merupakan salah satu bagian dari ilmu Kesehatan Masyarakat (Public Health) yang menekankan perhatiannya terhadap keberadaan penyakit ataupun masalah kesehatan lainnya dalam masyarakat. Keberadaan penyakit dalam masyarakat. Keberadaan penyakit dalam masyarakat itu didekati oleh epidemiologi secara kuantitatif. Oleh karena itu, epidemiologi akan mewujudkan dirinya sebagai suatu metode pendekatan yang banyak memberikan perlakuan kuantitatif dalam menjelaskan masalah kesehatan.

Menurut Omran (1974), epidemiologi adalah ilmu tentang terjadinya dan distribusi keadaan kesehatan, penyakit pada penduduk serta determinan dan akibat-akibat yang terjadi pada kelompok penduduk. Sedangkan menurut Friedman (1994),

epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari kejadian penyakit pada masyarakat manusia. Epidemiologi merupakan studi yang mempelajari distribusi dan determinasi penyakit dan keadaan kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah-masalah kesehatan (CDC, 2002; Last, 2001; Gordis, 2000).

Berdasarkan definisi-definisi tersebut jelas bahwa epidemiologi merupakan riset murni (dasar) dan terapan sehingga dalam kegiatannya melakukan prediksi serta menjelaskan tentang fenomena-fenomena dengan menggunakan cara sistematis atau metode ilmiah. Metode ilmiah mencakup pengujian hipotesis dan penggunaan logika deduktif dan induktif untuk menarik kesimpulan-kesimpulan yang diandalkan.

Dari berbagai definisi tersebut diatas, dapat dirangkum dalam suatu pengertian bahwa epidemiologi adalah ilmu empiris yang mempelajari fenomena kesehatan populasi. Ilmu empiris adalah kelompok disiplin ilmu pengetahuan yang melakukan konfirmasi kebenaran berdasarkan fakta-fakta yang dapat ditangkap secara indrawi sama seperti kelompok ilmu empiris yang lain, epidemiologi memadu proses nalar dan temuan fakta di lapangan. Suatu teori dikaji dan diuji kebenaran secara ketat melalui metode induksi dan deduksi yang baku. Metode induksi meliputi rumusan masalah, pernyataan hipotesis, dan uji hipotesis yang dilakukan dengan mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data. Selanjutnya fakta-fakta yang ditemukan dianalisis, secara rasional dan objektif melalui proses nalar dengan menggunakan metoda deduktif untuk menggeneralisasikan hasil temuan. Proses tersebut dilakukan secara sinambung dan kritis, guna menilai, memperbaiki dan memperbaharui berbagai teori yang ada. Secara bertahap, berbagai penelitian yang dilakukan berkontribusi pada perkembangan ilmu pengetahuan. Berbagai teori disempurnakan atau bahkan diganti karena tidak terdapat cukup fakta untuk mendukungnya. Melalui siklus empiris yang universal itu, ilmu epidemiologi berkembang secara transparan dan terbuka disaksikan serta dikoreksi bersama oleh kelompok peer dalam tradisi ilmiah yang beretika santun.

Keunikan disiplin ilmu epidemiologi dari disiplin ilmu-ilmu empiris yang lain adalah pada subjek yang diamati, yaitu populasi atau sekelompok individu. Epidemiologi menggunakan populasi karena diperlukan secara metodologi dan juga sebagai aplikasi dari berbagai hasil temuan penelitian yang ditunjukkan sebesar-besarnya untuk memperbaiki dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Ada tiga macam fenomena kesehatan populasi yang dipelajari dalam epidemiologi, yaitu frekuensi, distribusi dan determinan.

a. Distribusi

Fenomena distribusi mengekspresikan kecenderungan penyebarannya yang uni dari suatu masalah kesehatan tertentu di dalam masyarakat. Fenomena distribusi mencerminkan paradigma epidemiologi yang sangat penting, bahwa terpilihnya sekelompok individu mengalami peristiwa yang tidak diinginkan, seperti miskin, sakit dan mati, tidak secara kebetulan. Ada berbagai faktor berpengaruh yang dapat diidentifikasi secara sistematis dan rasional guna menjadi pertimbangan bagi upaya pengendalian yang efisien dan efektif. Fenomena distribusi juga ditangkap dengan ukuran frekuensi yang merupakan proporsi kasus terhadap sub kelompok populasi rentan. Sebagai contoh, peningkatan angka kematian ibu akibat komplikasi persalinan pada hari Sabtu dan Minggu, pasti tidak terjadi secara kebetulan. Mungkin saja hal tersebut berlangsung dengan ketidakberadaan para dokter spesialis yang berlibur keluar kota bersama keluarga mereka. Fenomena distribusi hanya mampu mengentarkan kita pada hipotesis tentang faktor penyebab. Sebagai contoh, terpilihnya sekelompok wanita untuk mengidap penyakit tertentu, mungkin saja dipengaruhi oleh ketidakadilan gender atau kondisi biologis alami seperti menstruasi.

b. Frekuensi

Fenomena frekuensi menyatakan seberapa kerap suatu peristiwa yang tidak diinginkan terjadi sdi dala suatu populasi, Fenomena

tersebut ditangkap secara kuantitatif dengan menggunakan ukuran-ukuran frekuensi. Selanjutnya, fenomena tersebut dijadikan dasar pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah di dalam suatu populasi. Suatu masalah dinyatakan sebagai masalah prioritas jika memenuhi 4 kriteria berikut:

Pertama, masalah kesehatan tersebut besar yang dapat digambarkan dengan frekuensi penyakit yang tinggi, wilayah terkena luas dan kecenderungan meningkat. Sebagai contoh, penyakit diare menjadi penting disamping karena angka kesakitan yang tinggi juga karena bersifat endemis di wilayah yang luas.

Kedua, tingkat keganasannya tinggi dapat digambarkan dengan angka cacat dan kematian yang tinggi, masa perawatan yang panjang dan biaya pengobatan yang tinggi. Sebagai contoh, tetanus neonatorum menjadi penting karena tingkat keganasan yang tinggi yang dibuktikan dengan laju kematian yang tinggi, lama perawatan dan biaya pengobatan yang tinggi.

Ketiga, menyebabkan keresahan masyarakat yang dapat dilihat pada tingginya perhatian masyarakat, tingginya perhatian wakil-wakil rakyat dan luasnya pemberitaan media massa. Sebagai contoh, kasus polusi di Teluk Buyat menjadi prioritas karena mendapat perhatian masyarakat luas meskipun jumlah penduduk dan jumlah kasus yang dilaporkan relatif kecil. Contoh lain, penyakit kusta menjadi penting karena stigma sosialnya yang meresahkan masyarakat yang diukur dengan proporsi anggota masyarakat yang merasa resah.

Keempat, ketersediaan metoda intervensi yang efisien dan efektif yang tidak hanya terbatas pada upaya perlindungan khusus, upaya diagnosis ini dan pengobatan yang tepat, tetapi upaya kesehatan masyarakat konvensional seperti karantina, isolasi dan upaya menghindari faktor risiko.

c. Determinan

Berbicara tentang kekuatan pengaruh suatu faktor risiko atau faktor pencegah terhadap terjadinya faktor akibat yang

tidak diinginkan. Kekuatan pengaruh tersebut diukur secara kuantitatif dengan menggunakan asosiasi yang merupakan rasio antara ukuran frekuensi pada kelompok terpajan dan kelompok tidak terpajan dengan faktor risiko yang diamati. Dengan demikian, fenomena determinan hanya mungkin ditangkap jika kita membandingkan dua sub kelompok dengan tingkat keterpaparan yang berbeda. Dengan hanya mengetahui proporsi perokok dikalangan penderita kanker paru-paru misalnya 80%, kita tidak akan pernah sampai pada kesimpulan bahwa rokok merupakan penyebab satu-satunya terhadap kejadian kanker paru-paru dan laki-laki lebih berisiko untuk menderita kanker paru dibandingkan dengan wanita. Selain itu seperti telah kita ketahui juga bahwa pada kelompok penderita lainnya ternyata kanker paru juga dapat disebabkan oleh keterpaparan faktor lain, yaitu serat asbes dan gas radon. Sedangkan contoh lainnya, misalkan dengan hanya mengetahui proporsi ibu hamil yang anemia yang melahirkan BBLR misalnya 31%, maka kita tidak akan pernah sampai pada kesimpulan bahwa anemia berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Seperti halnya juga kita tidak akan menyatakan bahwa ibu hamil yang tidak makan sumber hewani misalnya 80% anak menderita anemia meskipun kita tahu bahwa sumber zat besi lebih banyak terdapat pada hewani dibandingkan nabati. Jelaslah bahwa untuk menangkap fenomena determinan yang menyatakan keeratan hubungan asosiasi antara faktor penyebab dan faktor akibat kita memerlukan perbandingan antar sub kelompok yang berbeda tingkat keterpaparannya.

2. Sejarah dan Perkembangan Epidemiologi

Epidemiologi sudah cukup lama diperkenalkan dalam dunia kesehatan dan kedokteran. Dikenal beberapa orang yang telah mematok sejarah penting dalam perkembangan epidemiologi.

a. Hippocrates

Hippocrates dianggap sebagai The First Epidemiologists, ahli epidemiologi pertama di dunia karena dialah yang pertama

mengajukan konsep analisis kejadian penyakit secara rasional. Hippocrates memperkenalkan istilah epidemi dan endemic. Dalam kaitannya dengan penyebab penyakit, Hippocrates mengatakan postulatnya bahwa ada 4 jenis cairan yaitu phlegm, blood, yellow bile dan black bile. Ketidakseimbangan antara keempat factor ini yang menyebabkan timbulnya penyakit. Konsep ini banyak diperngaruhi oleh pikiran Greek.

b. Galen (129-199)

Ahli bedah tentara Rumawi ini sering dianggap sebagai the Father of Experimental Physiology. Dia mengajukan konsep bahwa status kesehatan berkaitan dengan temperament. Penyakit berhubungan dengan personality type dan lifestyle factors.

c. Thomas Sydenham (1624-1689)

Orang Inggris ini sering dipanggil English Hippocrates karena pernyataannya yang menghidupkan kembali konsep Hippocrates ditanah Inggris dan menambahkan pentingnya merinci konsep faktor lingkungan (atmosfer) dari Hoippocrates. Kalau Hippocrates dianggap sebagai Epidemilogis Pertama, justru Sydenham dianggap sebagai the Father of Epidemiology.

d. Antonie van Leeuwenhoek (1632-1723)

Leeuwenhoek adalah seorang warga negara Belanda, dilahirkan di Delft, 24 Oktober 1632 dan meninggal pada tanggal 24 Agustus 1723. Dia seorang ilmuan amatir yang menemukan mikroskop, penemu bakteri dan parasit (1674), penemu spermatozoa (1677). Penemuan bakteri telah membuka tabir suatu penyakit yang kemudian akan sangat berguna untuk analisis epidemiologis selanjutnya.

e. Robert Koch

Nama Robert Koch tidak asing jika dihubungkan dengan penyakit tuberkuosis. Dialah penemu basil tuberkulosis pada tahun 1882. Selain itu Koch berperan memperkenalkan tuberkulin pada tahun 1890, yang dianggapnya sebagai suatu cara pengobatan tuberkulosis. Konsep tes tuberkulin selanjutnya dikembangkan

oleh Von Pirquet di tahun 1960 dan PPD diperkenalkan oleh Siebrt di tahun 1931. Dewasa ini tes tuberkulin dipakai untuk mendeteksi adanya riwayat infeksi tuberkulosis sebagai perangkat diagnosis TBC pada anak-anak. Selain itu Koch juga terkenal dengan Postulat Koch, yang mengemukakan konsep tentang cara menentukan kapan mikroorganisme dapat dianggap sebagai penyebab suatu penyakit.

f. Max Van Patternkofer

Orang Jerman ini memberikan kesan tersendiri dalam sejarah Epidemiologi khususnya berkaitan dengan upaya mengidentifikasi penyebab suatu penyakit. Untuk membuktikan jalan pikirannya dia tidak segan-segan memakai dirinya sebagai kelinci percobaan. Dan konon beberapa muridnya bersedia juga menuruti caranya. Dia menelan 1.00 cm³ kultur vibrio untuk menantang teori yang sedang berkembang waktu itu yang menyatakan vibrio adalah penyebab kolera. Dia ingin membuktikan bahwa vibrio bukanlah penyebab kolera. Dia minum segelas air berisi basil kolera, dan ternyata memang (kebetulan) dia tidak jatuh sakit. Salah satu kemungkinannya karena dosis yang diminumnya terlalu kecil mengingat dibutuhkan jumlah vibrio yang banyak untuk selamat dari keasaman lambung.

g. John Snow (1813-1858)

Nama asli anastesi ini sudah tidak asing dalam dunia kesehatan masyarakat sehubungan dengan upayanya yang sukses mengatasi kolera yang melanda London. Yang perlu dicatat di sini bahwa John Snow, dalam menganalisis masalah penyakit kolera, mempergunakan pendekatan epidemiologi dengan menganalisis faktor tempat, orang dan waktu. Dia dianggap the Father of Field Epidemiology.

h. Dool dan Hill (1950)

R.Dool dan A.B.Hill adalah dua nama yang berkaitan dengan ceritera hubungan merokok dan kanker paru. Keduanya adalah peneliti pertama yang mendesain penelitian yang melahitkan

bukti adanya hubungan antara rokok dan kanker paru. Keduanya adalah pelopor penelitian di bidang epidemiologi klinik.

Epidemiologi sebagai suatu ilmu berkembang dari waktu ke waktu. Perkembangannya itu dilatarbelakangi oleh beberapa hal:

- a. Tantangan zaman dimana terjadi perubahan masalah dengan perubahan pola penyakit. Sewaktu zaman John Snow, epidemiologi mengarahkan dirinya untuk masalah penyakit infeksi dan wabah. Dewasa ini telah terjadi perubahan pola penyakit ke arah penyakit tidak menular, dan epidemiologi tidak hanya diperhadapkan dengan masalah penyakit semata tetapi juga hal-hal lain yang berkaitan langsung maupun tidak langsung dengan penyakit/kesehatan, serta masalah non-kesehatan.
- b. Perkembangan ilmu pengetahuan lainnya. Pengetahuan klinik kedokteran berkembang begitu pesat disamping perkembangan ilmu-ilmu lainnya seperti biostatistik, administrasi, dan ilmu perilaku (behavior science). Perkembangan ilmu ini juga meniupkan angin segar untuk perkembangan epidemiologi.

Dengan demikian terjadilah perubahan dan perkembangan pola pikir para ahli kesehatan masyarakat dari masa ke masa sesuai dengan kondisi zaman dimana mereka berada. Khusus mengenai pandangan terhadap proses terjadinya atau penyebab penyakit telah dikemukakan beberapa konsep/teori. Beberapa teori tentang kausa terjadinya penyakit yang pernah dikemukakan adalah sebagai berikut:

a. Contagion Theory

Teori mengemukakan bahwa untuk terjadinya penyakit diperlukan adanya kontak antara satu person dengan person lainnya. Teori ini dikembangkan berdasarkan situasi penyakit pada masa itu di mana penyakit yang melanda kebanyakan adalah penyakit yang menular yang terjadi karena adanya kontak langsung. Teori ini bermula dikembangkan berdasarkan pengamatan terhadap epidemi dan penyakit lepra di Mesir.

b. Hippocratic Theory

Menyusul contagious theory, para pemikir kesehatan masyarakat yang dipelopori oleh Hippocrates mulai lebih mengarahkan kausa pada suatu faktor tertentu. Hippocrates mengatakan bahwa kausa penyakit berasal dari alam: cuaca dan lingkungan. Perubahan cuaca dan lingkungan yang ditunjuk sebagai biang keladi terjadinya penyakit.

c. Miasmatic Theory

Hampir sama dengan Hippocratic Theory, Miasmatic Theory menunjuk gas-gas busuk dari perut bumi yang menjadi kausa penyakit. Teori ini punya arah cukup spesifik, namun kurang mampu menjawab pertanyaan tentang penyebab berbagai penyakit.

d. Epidemic Theory

Teori ini mencoba menghubungkan terjadinya penyakit dengan cuaca dan faktor geografi (tempat). Suatu zat organik dari lingkungan dianggap sebagai pembawa penyakit, misalnya air tercemar menyebabkan gastroenteritis. Teori ini diterapkan oleh John Snow dalam menganalisis terjadinya diare di London.

e. Teori kuman (Germ Theory)

Suatu kuman (mikroorganisma) ditunjuk sebagai kausa penyakit. Teori ini sejalan dengan kemajuan dibidang teknologi kedokteran, ditemukannya mikroskop yang mampu mengidentifikasi mikroorganisma. Kuman dianggap sebagai penyebab tunggal penyakit. Namun selanjutnya ternyata teori ini mendapat tantangan karena sulit diterapkan pada berbagai penyakit kronik, misalnya penyakit jantung dan kanker, yang penyebabnya bukan kuman.

f. Teori Multikausa

Disebut juga sebagai konsep multifaktorial dimana teori ini menekankan bahwa suatu penyakit terjadi sebagai hasil dari interaksi berbagai faktor. Misalnya, faktor interaksi lingkungan yang berupa faktor biologis, kimiawi, dan sosial yang memegang peranan dalam terjadinya penyakit.

Sebagai contoh, infeksi tuberkulosis paru yang disebabkan oleh invasi *mycobacterium tuberculosis* pada jaringan paru, tidak dianggap sebagai penyebab tunggal terjadinya TBC. Di sini TBC tidak hanya bisa terjadi sebagai akibat keterpaparan kuman TBC semata, tetapi secara multifaktorial berkaitan dengan faktor genetik, malnutrisi, kepadatan penduduk dan derajat kemiskinan. Demikian pula halnya dengan kolera yang disebabkan oleh tertelannya *vibrio kolera* ditambah dengan beberapa (multi) faktor resiko lainnya. Kepekaan penjamu meningkat oleh keterpaparan berbagai faktor: malnutrisi, perumahan padat, kemiskinan dan genetik. Dalam kondisi demikian seseorang menelan *vibrio kolera* selama terpapar dengan air tidak bersih, yang dilanjutkan dengan pengeluaran toksin kolera yang meracuni lambung sehingga terjadilah diare.

3. Trias Epidemiologi

Segitiga epidemiologi (trias epidemiologi) merupakan konsep dasar epidemiologi yang memberikan gambaran tentang hubungan antara tiga faktor utama yang berperan dalam terjadi penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Segitiga ini merupakan gambaran interaksi antara tiga faktor yakni host (tuan rumah = penjamu), agent (agen = faktor penyebab), dan environment (lingkungan). Timbunya penyakit berkaitan dengan gangguan interaksi antara ketiga faktor ini. Keterhubungan antara penjamu, agen dan lingkungan ini merupakan satu kesatuan yang dinamis berada dalam keseimbangan (equilibrium) pada seorang individu yang sehat. Jika terjadi gangguan terhadap keseimbangan hubungan segitiga akan menimbulkan status sakit.

a. Faktor Penjamu (host = tuan rumah)

Penjamu adalah manusia atau makhluk hidup lainnya termasuk burung dan artropoda, yang menjadi tempat terjadi proses alamiah perkembangan penyakit. Faktor penjamu yang berkaitan dengan kejadian penyakit dapat berupa: umur, jenis kelamin, ras, etnik, anatomi tubuh, dan status gizi. Adapun yang termasuk dalam faktor penjamu adalah sebagai berikut:

- 1) Genetik: misalnya sickle cell disease.
- 2) Umur: ada kecenderungan penyakit menyerang umur tertentu.
- 3) Jenis kelamin (gender): ditemukan penyakit yang terjadi lebih banyak atau hanya mungkin pada wanita.
- 4) Suku/ras/warna kulit: dapat ditemukan perbedaan antara ras kulit putih (white) dengan orang kulit hitam (black) di Amerika.
- 5) Keadaan fisiologi tubuh: kelelahan, kehamilan, pubertas, stres, atau keadaan gizi.
- 6) Keadaan imunologis: kekebalan yang diperoleh karena adanya infeksi sebelumnya, memperoleh antibodi dari ibu, atau pemberian kekebalan buatan (vaksinasi)
- 7) Tingkah laku (behavior): gaya hidup (life style), personal hygiene, hubungan antarpribadi, dan rekreasi.

b. Faktor Agen

Agen (faktor penyebab) adalah suatu unsur, organisme hidup atau kuman infeksi yang dapat menyebabkan suatu penyakit. Pada beberapa penyakit agen ini adalah sendiri (single), misalnya pada penyakit-penyakit infeksi, sedangkan orang lain bisa terdiri dari beberapa agen yang bekerja sama, misalnya pada penyakit kanker. Agen dapat berupa unsur biologis, unsur nutrisi, unsur kimiawi, dan unsur fisika. Adapun yang dapat dimasukkan sebagai faktor agen adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor nutrisi (gizi): bisa dalam bentuk kelebihan gizi misalnya tinggi kadar kolesterol, atau kekurangan gizi baik lemak, protein, dan vitamin.
- 2) Penyebab kimiawi: misalnya zat-zat beracun (karbon monoksida), asbestos, kobalt, atau zat allergen.
- 3) Penyebab fisik: misalnya radiasi dan trauma mekanik (pukulan, tabrakan)
- 4) Penyebab biologis:

- Metazoa: cacing tambang, cacing gelang, schistosomiasis.
- Protozoa: Ameba, malaria.
- Bakteri: sifilis, typhoid, pneumonia, tuberkulosis.
- Fungi (jamur): Histoplasmosis, Taenia pedis.
- Rickettsia: Rocky mountain spotted fever.
- Virus: Campak, Cacar (smallpox), poliomyelitis.

Konsep faktor agen ini secara klasik memang hanya mendefinisikan sebagai organisme hidup atau kuman infeksi yang dapat menyebabkan penyakit. Pengertian agen ini tentunya hanya sebatas penyebab untuk penyakit infeksi. Dalam pengertian klinik faktor agen ini setara maksudnya atau penggunaannya dengan istilah etiologi. Dari segi epidemiologi terjadi perkembangan konsep faktor agen ini dengan mempergunakan terminologi faktor risiko (risk factor). Istilah faktor risiko mencakup seluruh faktor yang dapat memberikan kemungkinan menyebabkan terjadinya penyakit. Didalamnya termasuk faktor gaya hidup dan bukan mikroorganisma saja seperti gangguan gizi, ekonomi/kemiskinan, dan lain-lain. Selain itu penggunaan faktor risiko ini juga tidak hanya dipakai dalam hal penyakit sebagai outcome atau akibatnya, tetapi mencakup kematian dan seluruh masalah kesehatan yang sedang diamati.

Contoh daftar panjang faktor risiko yang bersifat tingkah laku tidak sehat (unhealthy behavior) adalah: minum alcohol, menggunakan marijuan/kokain, drug abuse, rokok, bertengkar fisik (physical fight), tidak menggunakan (seat belt), kurang olahraga (kurang dari 3 kali seminggu), kurang makan buah/sayuran, sexual intercourse pra-kawin, dan lain-lain.

c. Faktor Lingkungan

Lingkungan adalah semua faktor luar dari suatu individu yang berupa lingkungan fisik, biologis, dan sosial. Adapun yang tergolong faktor lingkungan meliputi:

- 1) Lingkungan fisik: geologi, iklim, geografik.
- 2) Lingkungan biologis: misalnya kepadatan penduduk, flora (sebagai sumber bahan makanan) dan fauna (sebagai sumber protein).
- 3) Lingkungan sosial: berupa migrasi/urbansasi, lingkungan kerja, keadaan perumahan, keadaan sosial masyarakat (kekacauan, bencana alam, perang dan banjir).

4. Karakteristik Segitiga Utama

Ketiga faktor dalam trias epidemiologi terus menerus dalam keadaan berinteraksi satu sama lain. Jika interaksinya seimbang, terciptalah keadaan sehat. Begitu terjadi gangguan keseimbangan, muncul penyakit. Terjadinya gangguan keseimbangan dari perubahan unsur-unsur trias itu. Perubahan unsur trias yang potensial menyebabkan kesakitan tergantung pada karakteristik dari ketiganya dan interaksi antara ketiganya.

a. Karakteristik Penjamu

Manusia mempunyai karakteristik tersendiri dalam menghadapi ancaman penyakit, yang bisa berupa:

- 1) Resistensi: kemampuan dari penjamu untuk bertahan terhadap suatu ineksi. Terhadap suatu infeksi kuman tertentu, manusia mempunyai mekanisme pertahanan tersendiri dalam menghadapinya.
- 2) Imunitas: kesanggupan host untuk mengembangkan suatu respon imunologis, dapat secara alamiah maupun perolehan (non-alamiah) sehingga tubuh kebal terhadap suatu penyakit tertentu. Selain mempertahankan diri, pada jenis-jenis penyakit tertentu mekanisme pertahanan tubuh dapat menciptakan kekebalan tersendiri. Misalnya campak, manusia mempunyai kekebalan seumur hidup mendapat imunitas yang tinggi setelah terserang campak, sehingga se usai kena campak sekali maka akan kebal seumur hidup.
- 3) Infektifnes (infectiousness): potensi penjamu yang terinfeksi untuk menularkan penyakit kepada orang lain.

Pada keadaan sakit maupun sehat, kuman yang berada dalam tubuh manusia dapat berpindah kepada manusia dan sekitarnya.

b. Karakteristik Agen

- 1) Infektivitas: kemampuan organisme untuk beradaptasi sendiri terhadap lingkungan dari penjamu untuk mampu tinggal dan berkembang biak (multiply) dalam jaringan penjamu. Umumnya diperlukan jumlah tertentu dari suatu mikroorganisma untuk mampu menimbulkan infeksi terhadap penjamunya. Dosis infektivitas minimum (minimum infectious dose) adalah jumlah minimal organisma yang dibutuhkan untuk menyebabkan infeksi. Jumlah ini berbeda antara berbagai spesies mikroba dan antara individu.
- 2) Patogenitas: kemampuan organisma untuk menimbulkan suatu reaksi klinik khusus yang patologis setelah terjadinya infeksi pada penjamu yang diserang. Dengan perkataan lain, jumlah penderita dibagi dengan jumlah orang yang terinfeksi. Hampir semua orang yang terinfeksi dengan virus smallpox menderita penyakit (high pathogenicity), sedangkan orang yang terinfeksi poliovirus tidak semua jatuh sakit (low pathogenicity).
- 3) Virulensi: kemampuan organisma tertentu untuk menghasilkan reaksi patologis yang berat yang selanjutnya mungkin menyebabkan kematian. Virulensi kuman menunjukkan beratnya (severity) penyakit.
- 4) Toksisitas: kemampuan organisma untuk memproduksi reaksi kimia yang toksik dari substansi kimia yang dibuatnya. Dalam upaya merusak jaringan untuk menyebabkan penyakit berbagai kuman mengeluarkan zat toksik.
- 5) Invasitas: kemampuan organisme untuk mengkuarkan penetrasi dan menyebar setelah memasuki jaringan.
- 6) Antigenitas: kemampuan organisma untuk merangsang reaksi imunologis dalam penjamu. Beberapa

organisma mempunyai antigenesitas lebih kuat dibanding yang lain. Jika menyerang pada aliran darah (virus measles) akan lebih merangsang immunoresponse dari hanya menyerang permukaan membrane (gonococcus).

c. Karakteristik Lingkungan

- 1) Topografi: situasi lokasi tertentu, baik yang natural maupun buatan manusia yang mungkin mempengaruhi terjadinya dan penyebaran suatu penyakit tertentu.
- 2) Geografis: keadaan yang berhubungan dengan struktur biologi dari bumi yang berhubungan dengan kejadian penyakit.

Segitiga atau tiga faktor yang dapat dipakai untuk menerangkan distribusi epidemiologi adalah person, tempat dan waktu. Ketiga faktor (person, place, time disingkat PPT) yang membentuk gambaran distribusi masalah atau penyakit. Informasi person, tempat dan waktu berguna untuk menggambarkan adanya perbedaan dalam keterpaparan dan susceptibilitas. Hal ini berarti jika ada perbedaan dalam PPT maka itu dapat menjadi petunjuk adanya perbedaan paparan (exposure) agen dan kepekaan (susceptibility) penjamu. Perbedaan ini akan dapat dipakai sebagai petunjuk tentang sumber, agen yang bertanggungjawab, transmisi dan penyebaran suatu penyakit.

1. Faktor Person

Person adalah karakteristik dari individu yang mempengaruhi keterpaparan yang mereka dapatkan dan susceptibilitasnya terhadap penyakit. Person yang karakteristiknya mudah terpapar dan peka terhadap suatu penyakit akan mudah jatuh sakit. Katakanlah seorang bayi baru lahir secara umum mempunyai kepekaan yang tinggi dan mudah terpapar dan jatuh sakit.

Karakteristik dari person ini bisa berupa faktor genetik, umur, jenis kelamin, pekerjaan, kebiasaan, dan status sosial ekonomi. Seorang individu yang mempunyai faktor genetik bahwa pembawa penyakit akan terpapar dengan faktor

genetik tersebut dan peka untuk sakit. Sesuai besarnya umur, terhadap kemungkinan perbedaan dalam mendapatkan faktor keterpaparan tertetu berdasarkan lamanya perjalanan hidup. Demikian pula dengan karakteristik lain yang akan membawa perbedaan dalam kemungkinan mendapatkan keterpaparan dan kepekaan.

Sesungguhnya hampir semua penyakit berhubungan dengan umur. Berbagai penyakit infeksi, penyakit kongenital dan kebanyakan genetic disorder cenderung untuk terjadi pada masa bayi dan kanak-kanak, sementara penyakit jantung, kanker, dan penyakit kronik lainnya terjadi pada usia tua. Sedangkan penyakit yang berhubungan dengan lingkungan, misalnya tercemar bahan kimiawi, keracunan atau polusi dapat terjadi pada umur kapan saja.

Dari segi umur pula tampak adanya peningkatan kecenderungan terjadinya penyakit dengan bertambahnya usia. Makin tua person makin peka penyakit dan makin banyak keterpaparan yang dialami. Karena itu, umur meningkat akan secara alamiah akan membawa pertambahan risiko penyakit. Berapa besar pertambahan itu akan dapat diukur dengan pendekatan epidemiologi tertentu. Namun tidak semua penyakit menunjukkan hubungan linier positif dengan kejadian penyakit.

Selain bentuk linier positif, bentuk lain hubungan umur dengan kejadian penyakit dapat berupa:

- a. Hubungan linier negatif, seperti pada penyakit yang berhubungan dengan peningkatan imunitas.
- b. Bentuk kurva/setengah lingkaran, misanya penyakit akibat kehamilan yang menyerang atau meningkat pada usia dewasa.
- c. Bentuk huruf J berkaitan dengan hubungan umur dan kematian.
- d. Bentuk bimodal, misanya pola kanker payudara menurut status menstruasi.

2. Faktor Tempat (Place)

Epidemiologi juga tertarik terhadap tempat kejadian. Faktor tempat ini berkaitan dengan karakteristik geografis. Informasi tempat bisa berupa batas alamiah seperti sungai dan gunung, atau bisa juga berdasarkan batas administratif dan batas-batas historis/komuniti. Karena itu, deskripsi epidemiologi tentang tempat bisa berupa: blok (kluster rumah), RT/RK, kota, desa, negara, region; urban, dan rural; domestik dan luar negeri, dan lain-lain. Perbedaan distribusi penyakit menurut tempat ini memberikan petunjuk pola perbedaan penyakit yang dapat menjadi pegangan dalam mencari faktor-faktor lain yang belum diketahui.

3. Faktor Waktu (Time)

Waktu kejadian penyakit dapat dinyatakan dalam jam, hari, bulan, atau tahun. Informasi waktu bisa menjadi pedoman tentang kejadian yang timbul dalam masyarakat. Misalnya banyaknya kelahiran dalam setahun dapat menunjukkan keberadaan faktor-faktor terkait lainnya seperti banyaknya perkawinan dan perceraian, banyaknya anak yang diinginkan, keadaan ekonomi, migrasi yang terjadi, pelayanan abortus yang ada dan Program Keluarga Berencana.

C. Rangkuman

Epidemiologi secara etimologis berarti ilmu mengenai kejadian yang menimpa penduduk. Epidemiologi merupakan salah satu bagian dari pengetahuan ilmu kesehatan masyarakat, menekankan pada keberadaan penyakit dan masalah kesehatan dalam masyarakat. Ada tiga macam fenomena kesehatan populasi yang dipelajari dalam epidemiologi, yaitu frekuensi, distribusi dan determinan. Epidemiologi sebagai suatu ilmu berkembang dari waktu ke waktu. Perkembangannya itu dilatarbelakangi oleh tantangan zaman dimana terjadi perubahan masalah dengan perubahan pola penyakit dan perkembangan ilmu pengetahuan. Beberapa teori tentang kausa terjadinya penyakit yang pernah dikemukakan adalah

Contagion, Hippocratic, Miasmatic, Epidemic, Germ Theory hingga teori multikausa yang digunakan saat ini.

Konsep dasar epidemiologi yang memberikan gambaran tentang hubungan antara tiga faktor utama yang berperan dalam terjadi penyakit dan masalah kesehatan lainnya adalah host (tuan rumah = penjamu), agent (agen = faktor penyebab), dan environment (lingkungan) yang dikenal dengan trias epidemiologi. Ketiga faktor dalam trias epidemiologi terus menerus dalam keadaan berinteraksi satu sama lain. Jika interaksinya seimbang, terciptalah keadaan sehat. Begitu terjadi gangguan keseimbangan, muncul penyakit. Terjadinya gangguan keseimbangan dari perubahan unsur-unsur trias itu. Perubahan unsur trias yang potensial menyebabkan kesakitan tergantung pada karakteristik dari ketiganya dan interaksi antara ketiganya. Adapun segitiga atau tiga faktor yang dapat dipakai untuk menerangkan distribusi epidemiologi adalah person, tempat dan waktu yang membentuk gambaran distribusi masalah atau penyakit. Informasi person, tempat dan waktu berguna untuk menggambarkan adanya perbedaan dalam keterpaparan dan susceptibilitas.

D. Tugas

1. Epidemiologi adalah ...
 - a. Ilmu yang mempelajari distribusi status kesehatan pada populasi manusia
 - b. Ilmu yang mempelajari determinan status kesehatan pada populasi manusia
 - c. Ilmu yang mempelajari frekuensi penyakit & status kesehatan pada populasi manusia
 - d. Ilmu yang mempelajari distribusi & determinan, frekuensi penyakit status kesehatan pada populasi manusia
 - e. Semua jawaban benar
2. CDC (2002), Last (2001) dan Gordis (2000) mendefinisikan epidemiologi adalah...

- a. Pengetahuan tentang fenomena massal penyakit infeksi atau sebagai suatu atau sebagai riwayat alamiah penyakit menular
 - b. Studi yang mempelajari distribusi dan determinasi penyakit dan keadaan kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah- masalah kesehatan
 - c. Ilmu tentang penyakit dan segala macam kejadian penyakit yang mengenai kelompok (herd) penduduk
 - d. Ilmu yang mempelajari distribusi & determinan, frekuensi penyakit & status kesehatan pada populasi manusia
 - e. Ilmu pengetahuan mengenai terjadinya penyakit pada populasi manusia
3. Omran (1974) mendefinisikan epidemiologi adalah ...
- a. Suatu pengetahuan tentang fenomena massal penyakit infeksi atau sebagai suatu atau sebagai riwayat alamiah penyakit menular
 - b. Studi tentang penyebaran dan penyebab kejadian penyakit pada manusia dan mengapa terjadi distribusi semacam itu
 - c. Ilmu tentang penyakit dan segala macam kejadian penyakit yang mengenai kelompok (herd) penduduk
 - d. ilmu tentang terjadinya dan distribusi keadaan kesehatan, penyakit pada penduduk serta determinan dan akibat-akibat yang terjadi pada kelompok penduduk
 - e. Ilmu pengetahuan mengenai terjadinya penyakit pada populasi manusia
4. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari kejadian penyakit pada masyarakat manusia merupakan pendapat dari ...
- a. Omran 1974
 - b. Friedman 1994
 - c. Brian MacMahon (1970)
 - d. CDC 2002
 - e. Greenwood (1934)

5. Ahli anastesi yang mengatasi penyakit kolera di london dengan menggunakan pendekatan epidemiologi dengan menganalisis faktor orang, tempat dan waktu adalah ...
 - a. Robert koch
 - b. Max van patternkofer
 - c. Greenwood
 - d. John snow
 - e. Doll dan Hill
6. Yang bukan merupakan peran epidemiologi adalah ...
 - a. Mengidentifikasi penyakit infeksi yang sedang dihadapi masyarakat
 - b. Mengetahui faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya masalah kesehatan atau penyakit dalam masyarakat
 - c. Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan dan pengambilan keputusan
 - d. Mengembangkan metodologi untuk menganalisis keadaan suatu penyakit dalam upaya untuk mengatasi atau menanggulangnya
 - e. Mengarahkan intervensi yang diperlukan untuk menanggulangi masalah- masalah yang perlu dipecahkan
7. Konsep penyebab terjadinya penyakit dalam epidemiologi adalah seperti dibawah ini, kecuali....
 - a. Pejamu
 - b. Agent
 - c. Lingkungan
 - d. Fisiologi
 - e. Virulensi
8. Apa saja yang termasuk variable dalam epidemiologi deskriptif?
 - a. Who,When,Where
 - b. How,Why,Who
 - c. When,Why,How

- d. Where,How,Why
 - e. Who, Where, Why
9. Apa saja yang termasuk variabel "Person" dalam epidemiologi deskriptif?
- a. Umur, jumlah, jenis masalah
 - b. Geografis, jenis kelamin, pekerjaan
 - c. Pekerjaan, faktor penyebab, demografis
 - d. Pekerjaan, jenis kelamin, umur
 - e. Waktu, orang, tempat
10. Dalam trias epidemiologi begitu terjadi gangguan keseimbangan, maka akan muncul....
- a. Penyakit
 - b. Resistensi
 - c. Imunitas
 - d. Infektifnes
 - e. Kasus

E. Referensi

- Beaglehole R, Bonita R and Kjellstrom T. 1993. Basic Epidemiology. Geneva: WWorld Health Organization
- Budiarto E., Anggraeni D. 2001. Pengantar Epidemiologi. Edisi 2. Bandung: Buku Kedokteran EGC
- Friedman,GD. 1986. Prinsip-prinsip Epidemiologi. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica
- M.N. Buston. 1997. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: Rineka Cipta
- M.N. Buston. 1997. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo S. 1997. Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta:Rineka Cipta
- Rianti, Emy, dkk. 2002. Buku Ajar Epidemiologi dalam Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media
- Rothman K.J. 2002. Epidemiologi: Inferensi Kauasal. Yogyakarta:Yayasan Essentia Medica
- Wiyono, S. 2015. Buku Ajar: Epidemiologi Gizi Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Sagung Seto

BAB III

KESEHATAN LINGKUNGAN

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu Menjelaskan Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan,
2. Mampu Memahami Hubungan Ilmu Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Masyarakat.
3. Mampu Menjelaskan Isu Kesehatan Lingkungan di Indonesia
4. Mampu Menjelaskan Isu Lingkungan Global
5. Mampu Menjelaskan Teori Simpul Kesehatan Lingkungan

KOMPETENSI KESEHATAN LINGKUNGAN

KESLING: ILMU MULTIDISIPLIN

Mempelajari Dinamika Hubungan Interaktif Antara Sekelompok Manusia dengan Berbagai Perubahan Komponen Lingkungan Hidup Manusia yang dapat Menimbulkan Gangguan Kesehatan Pada Masyarakat. Dan ilmu kesling dipelajari sebagai Upaya Untuk Penanggulangan Dan Pencegahannya.

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.

Menurut Riyadi (1976), ilmu Kesling adalah bagian integral dari ilmu Kesmas yang khusus mempelajari dan menangani hubungan manusia dengan lingkungannya dalam keseimbangan

ekologi dengan tujuan membina meningkatkan derajat kesehatan maupun kehidupan sehat yang optimal. Sedangkan, Mukono (2006) menjelaskan bahwa—ilmu kesehatan lingkungan merupakan ilmu yang mempelajari hubungan timbal balik antara faktor kesehatan dan faktor lingkungan.

B. Materi

1. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan



Gambar 1. Letak Multi Disiplin Ilmu Kesmas (Sumber Pribadi)

Ilmu Kesmas adalah ilmu multi disiplin yang berasal dari ilmu dasar filsafat, ilmu pengetahuan alam dan juga rumpun ilmu kesehatan. Bidang ilmu ini dipengaruhi oleh semua bidang hal dalam sendi kehidupan manusia berdasarkan umur, jenis kelamin dan faktor lainnya yang bertujuan menuju masyarakat yang sehat dan mandiri. Ilmu kesehatan masyarakat baru dipopulerkan pada awal tahun 1990 yang sebelumnya tergabung di dalam ilmu kedokteran.

Paradigma Kesehatan Lingkungan:

- a. Kesling adalah ilmu multidisiplin mempelajari dinamika hubungan interaktif antara sekelompok manusia/masyarakat dengan berbagai perubahan komponen lingkungan hidup manusia.

- b. Perubahan komponen lingkungan diduga menimbulkan gangguan kesehatan pada masyarakat.
- c. Perubahan lingkungan inilah dipelajari sebagai upaya untuk penanggulangan dan pencegahannya



Menurut teori klasik taksonomi Bloom (1956) kesehatan lingkungan dipengaruhi oleh perilaku, genetika, pelayanan kesehatan dan lingkungan.

Perilaku dipengaruhi oleh Pengetahuan yang mencakup:

Know (tahu): memori yang sudah ada sebelumnya

- a. Comprehension (Memahami): tidak hanya sekadar tahu tetapi dapat mengintreprestasikan secara benar suatu obyek.
- b. Application (Penerapan): telah memahami obyek yang dimaksud dan dapat menggunakan atau mengaplikasikan.
- c. Analysis (Analisa): kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen suatu obyek.
- d. Sinthesis (Sintesis): kemampuan seseorang untuk merangkumn atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen yang ada
- e. Evaluation (Evaluasi): kemampuan seseorang untuk Melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek

- f. Attitude (Sikap): keyakinan seseorang secara emosional terhadap suatu obyek (Menerima, Merespon, Menghargai, dan Bertanggungjawab).
- g. Praktik Terpimpin: seseorang melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau panduan
- h. Secara Mekanisme: seseorang melakukan sesuatu secara otomatis
- i. Adopsi: suatu obyek dilakukan tidak lagi sebagai rutinitas, tetapi sudah dilakukan secara berkualitas.

Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh:

- a. Ketersediaan & mutu fasilitas kesehatan
- b. Obat & perbekalan kesehatan
- c. Tenaga kesehatan
- d. Pembiayaan & manajemen kesehatan
- e. Ketersediaan rumah sakit
- f. Sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum optimal

Interaksi Komponen Lingkungan dipengaruhi oleh:

- a. Komponen lingkungan memiliki potensi bahaya penyakit dengan berbagai variabel kependudukan (Prilaku, pendidikan dan umur)
- b. Komponen lingkungan sering mengandung atau memiliki potensi timbulnya penyakit, yang dikenal sebagai proses kejadian penyakit (Patogenesis Penyakit)

Pengaruh genetika terhadap lingkungan:

- a. Lingkungan berpengaruh terhadap ekspresi gen;
- b. Lingkungan dapat berpengaruh pada perubahan genom individual;
- c. Faktor lingkungan spesifik menyebabkan perubahan frekuensi gen;
- d. Respon tubuh terhadap lingkungan tergantung pada faktor genetik.

2. Kompetensi Kesehatan Masyarakat Dan Kesehatan Lingkungan (Kesling)

Menurut WHO (World Health Organization), kesehatan lingkungan adalah terwujudnya keseimbangan ekologis antara manusia dan lingkungan harus ada, agar masyarakat menjadi sehat dan sejahtera (WHO, 2015). Sedangkan menurut HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia), kesehatan lingkungan adalah kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia. Pemahaman wawasan Kesling mempelajari pengaruh faktor-faktor lingkungan terhadap kesehatan berdasarkan konsep kesehatan masyarakat (seperti: preventif, promotif, dan protektif).

Kompetensi khusus yang diharapkan dari peminatan kesehatan lingkungan adalah: mampu merancang, melaksanakan, mengevaluasi upaya pencegahan, penanggulangan dan pemulihan dampak lingkungan terhadap kesehatan masyarakat.

Tujuan dari ilmu Kesling yaitu:

- a. Untuk melakukan koreksi, memperkecil atau memodifikasi terjadinya bahaya dari lingkungan terhadap kesehatan serta kesejahteraan hidup manusia yang bersifat CORRECTIVE ACTION;
- b. Untuk pencegahan, mengefisienkan pengaturan berbagai sumber lingkungan untuk meningkatkan kesehatan dan juga kesejahteraan hidup manusia serta untuk menghindarkan dari bahaya penyakit yang bersifat PREVENTIVE ACTION.

RUANG LINGKUP ILMU KESEHATAN LINGKUNGAN	
13 DISIPLIN ILMU YG MEMBANGUN ILMU LINGKUNGAN	ILMU YANG MEMBANGUN ILMU KESEHATAN LINGKUNGAN
<ul style="list-style-type: none"> • Fisika • Biologi • Kimia • Matematika • Ekologi • Ekonomi • Teknik Sipil • Kesehatan masyarakat • Oceanografi • Sosial • Arsitektur • Agronomi • Geosciences 	<ul style="list-style-type: none"> • Kimia Organik dan anorganik • Fisika • Matematika • Biologi yang meliputi mikrobiologi, epidemiologi, entomologi, parasitologi • Ekologi • Ilmu-ilmu sosial • Kesehatan masyarakat

Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut WHO adalah:

- a. Penyediaan air minum;
- b. Pengelolaan air buangan dan pengendalian pencemaran;
- c. Pembuangan sampah padat;
- d. Pengendalian vektor (mencegah atau pemberantasan penyakit yang ditularkan vektor);
- e. Pencegahan atau pengendalian pencemaran tanah oleh manusia;
- f. Higiene makanan;
- g. Pengendalian pencemaran udara;
- h. Pengendalian radiasi;
- i. Kesehatan kerja;
- j. Pengendalian kebisingan;
- k. Perumahan dan pemukiman;
- l. Aspek Kesling dan transportasi udara;
- m. Perencanaan daerah dan perkotaan;
- n. Pencegahan kecelakaan;
- o. Rekreasi umum dan pariwisata;
- p. Tindakan–tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemik atau wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk;
- q. Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan.

3. Isu Kesehatan Lingkungan di Indonesia

Isu lingkungan mulai dibicarakan di konferensi PBB di Stockholm (Swedia) pada 15 Juni 1972, di Indonesia mulai digaungkan pada seminar pengelolaan lingkungan hidup dan pembangunan nasional di Unpad Bandung yang dilaksanakan pada 15-18 Mei 1972. Faktor terpenting permasalahan lingkungan adalah:

- a. Lajunya pertumbuhan penduduk (populasi manusia).
- b. Pembangunan dan perkembangan industri (memberikan dampak positif dan negatif).

Isu kesehatan lingkungan dapat dipetakan dalam tiga kategori, mulai dari isu lokal sampai dengan global.

- a. Isu lingkungan lokal:
 - 1) Kekeringan, tidak tersedianya kebutuhan air (MCK, gangguan kesehatan, keterancaman pangan),
 - 2) Banjir, fenomena alam hijau penahan air sudah berkurang (gangguan kesehatan, penyakit kulit, aktivitas manusia terhambat, penurunan produksi pangan),
 - 3) Longsor, terkikisnya daratan oleh aliran air karena tidak ada penahan air (kerusakan tempat tinggal, sawah, ladang, perekonomian terganggu, dan transportasi),
 - 4) Erosi pantai, terkikisnya lahan pantai karena gelombang air laut dan transportasi (rusaknya tempat tinggal, potensi ekonomi wisata terganggu),
 - 5) Intrusi air laut, masuknya air laut mengisi ruang bawah tanah karena penahan tidak ada lagi (kekurangan stok air tawar, mengganggu kesehatan).
- b. Isu lingkungan nasional:
 - 1) Kebakaran hutan, bisa terjadi secara alami atau ulah manusia untuk pembukaan lahan (peningkatan kadar karbondioksida dalam udara, hilangnya keanekaragaman hayati, dan. asap akan mengganggu sistem pernapasan).



Gambar 2. Ilustrasi foto kebakaran hutan
(Sumber: shutterstock.com)

- 2) Pencemaran minyak lepas pantai, eksploitasi minyak bumi, ceceran minyak oleh kapal pengangkut minyak antar negara (tertutupnya lapisan permukaan laut mengganggu proses fotosintesis, dan menyebabkan kematian organisme laut).



Gambar 3. Ilustrasi pencemaran laut di lepas pantai
(Sumber: [www. Serba-sepuluh.blogspot.com](http://www.Serba-sepuluh.blogspot.com))

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. 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.

h. 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.

i. 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.

j. Penyakit berbasis lingkungan

Macam-macam jenis penyakit yang terjadi akibat lingkungan antara lain:

- 1) Malaria
- 2) Demam berdarah
- 3) Diare
- 4) Kecacingan
- 5) Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA)
- 6) Tuberkulosis paru (TB-paru)

4. Isu Lingkungan Global

Isu lingkungan global:

- a. Pemanasan global (global warming), fenomena peningkatan temperatur global dari tahun ketahun karena efek rumah kaca, meningkatnya emisi karbondioksida, metana, dinitrooksida, dan klorofluorokarbon atau biasa disebut CFC akan mengakibatkan sistem perekonomian terganggu, produksi pertanian menurun, daerah pesisir dan pantai, sistem transportasi terganggu, kanker dan penyakit kulit lainnya,

- b. Penipisan lapisan ozon pada lapisan stratosfer, mengakibatkan efek rumah kaca (kanker kulit, katarak pada mata, menghambat sistem imunitas pada manusia, produksi tanaman menurun, kematian pada hewan liar),
- c. Hujan asam, proses revolusi industri mengakibatkan pencemaran udara (korosi lebih cepat, iritasi pada kulit, sistem pernapasan terganggu, pengasaman pada tanah),
- d. Pertumbuhan populasi penduduk pertambahan penduduk dunia yang mengikuti pertumbuhan secara eksponensial merupakan permasalahan lingkungan. Dampaknya: terjadinya pertumbuhan penduduk akan menyebabkan meningkatnya kebutuhan sumber daya alam dan ruang. Desertifikasi, mengakibatkan penurunan kampung daratan, pengurangan produktivitas (berdampak lokal, global, lahan kritis, penangkapan CO₂ berkurang),
- e. Desertifikasi: merupakan pengurangan, menurunkan kemampuan daratan. Pada proses desertifikasi terjadi proses pengurangan produktivitas yang secara bertahap dan penipisan lahan bagian atas karena aktivitas manusia dan iklim yang bervariasi seperti kekeringan dan banjir. Dampak: awalnya berdampak lokal namun sekarang isu lingkungan sudah berdampak global dan menyebabkan semakin meningkatnya lahan kritis di muka bumi sehingga penangkap CO₂ menjadi semakin berkurang.
- f. Penurunan keanekaragaman hayati: adalah keanekaragaman jenis spesies makhluk hidup. Tidak hanya mewakili jumlah atau sepsi di suatu wilayah, meliputi keunikan spesies, gen serta ekosistem yang merupakan sumber daya alam yang dapat diperbaharui. Dampaknya: karena keanekaragaman hayati ini memiliki potensi yang besar bagi manusia baik dalam kesehatan, pangan maupun ekonomi.
- g. Pencemaran limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun): bahan yang diidentifikasi memiliki bahan kimia satu atau lebih dari karakteristik mudah meledak, mudah terbakar, bersifat reaktif, beracun, menyebabkan infeksi, bersifat korosif. Dampak :

dulunya hanya bersifat lokal namun sekarang antar negara pun melakukan proses pertukaran dan limbanya di buang di laut lepas. Dan jika itu semua terjadi maka limbah bahan berbahaya dan beracun dapat bersifat akut sampai kematian makhluk hidup.

5. Teori Simpul Kesehatan Lingkungan

Teori simpul adalah untuk menggambarkan pola berkelanjutan terjadinya penyakit dan potensi penyakit sehingga penyelidikan, kontrol, dan langkah-langkah pencegahan dapat diterapkan secara efisien dan efektif. Hal ini dilakukan melalui pengumpulan sistematis dan evaluasi morbiditas dan mortalitas laporan dan informasi kesehatan yang relevan lainnya, dan penyebaran data dan interpretasi mereka kepada orang-orang yang terlibat dalam pengendalian penyakit dan pengambilan keputusan kesehatan masyarakat.

Pengamatan kesehatan masyarakat yang sedang berlangsung, sistematis pengumpulan, analisis, interpretasi, dan penyebaran data kesehatan untuk membantu memandu pengambilan keputusan kesehatan masyarakat dan tindakan. Surveilans setara dengan memantau denyut nadi masyarakat. Tujuan dari surveilans kesehatan masyarakat yang kadang-kadang disebut "informasi untuk tindakan". Epidemiologi cenderung digunakan untuk merancang sistem pengawasan baru lainnya maka, kompetensi inti dari seorang ahli epidemiologi harus mencakup desain instrumen pengumpulan data, pengelolaan data, metode deskriptif dan grafik, interpretasi data, penulisan ilmiah serta presentasi data.

Agent, host, dan faktor lingkungan saling berhubungan dalam berbagai cara yang rumit untuk menghasilkan penyakit. Penyakit yang berbeda membutuhkan sarana dan interaksi dari tiga komponen yang berbeda. Pengembangan langkah-langkah kesehatan masyarakat yang sesuai, praktis, dan efektif untuk mengendalikan atau mencegah penyakit biasanya membutuhkan penilaian dari ketiga komponen dan interaksinya.

Host adalah sesuatu yang mengacu pada manusia yang bisa mendapatkan penyakit. Berbagai faktor intrinsic (dalam) tuan rumah, kadang- kadang disebut juga faktor risiko yang dapat mempengaruhi individu eksposur, kerentanan, atau respons terhadap agen penyebab. Peluang untuk eksposur sering dipengaruhi oleh perilaku seperti praktek seksual, kebersihan, dan pilihan pribadi lainnya serta dengan usia dan jenis kelamin. Kerentanan dan respon terhadap agen dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti komposisi genetik, status gizi dan imunologi, struktur anatomi, adanya penyakit atau obat-obatan, dan psikologis.

Environment (lingkungan) yang mengacu pada faktor-faktor ekstrinsik yang mempengaruhi agen dan kesempatan untuk eksposur. Faktor lingkungan meliputi faktor fisik seperti geologi dan iklim, faktor-faktor biologis seperti serangga yang mengirimkan agen, dan faktor sosial ekonomi seperti crowding, sanitasi, dan ketersediaan pelayanan kesehatan. **Komponen lingkungan** yang berinteraksi dengan manusia yaitu :

- Komponen lingkungan fisik & kimia, misal kebisingan, radiasi, pestisida, dll
- Komponen lingkungan biotis, misal spora jamur, bakteri tinja, tikus, tumbuhan
- Lingkungan sosial, misal hubungan antar tetangga, hubungan bawahan dengan pimpinan, dll

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN LINGKUNGAN (TEORI SIMPUL)



Gambar 4. Teori SIMPUL dalam Epidemiologi Kesling
sumber: <https://www.ardadinata.com/2017/11/teori-simpul-pencemaran-dalam-kesehatan.html>

C. Rangkuman



Ilmu Kesehatan Lingkungan menurut gabungan berbagai pendapat dapat disimpulkan sebagai ilmu yang mempelajari dinamika hubungan interaktif antara kelompok penduduk dengan berbagai macam perubahan komponen lingkungan hidup yang menimbulkan ancaman/berpotensi mengganggu kesehatan masyarakat umum (Azwar, 1983; Riyadi, 1981; WHO, 1989; HAKLI, 1992). Paradigma kesehatan lingkungan adalah cara pandang, pola pikir manusia terhadap keutuhan dan kelancaran kesehatan manusia dilingkungannya guna kelangsungan hidup manusia agar dapat beradaptasi secara maksimal.

Keilmuan Kesling diarahkan kepada pemahaman wawasan mempelajari pengaruh faktor-faktor lingkungan terhadap kesehatan berdasarkan konsep kesehatan masyarakat (seperti: preventif, promotif, dan protektif). Upaya pemberantasan penyakit berbasis lingkungan yang relevan dengan penerapan paradigma sehat, sehingga pembangunan kesehatan lebih diarahkan kepada upaya promotif dan preventif dibandingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

D. Tugas

1. Sebutkan pengertian kesehatan lingkungan!
2. Jelaskan ruang lingkup ilmu kesehatan lingkungan!
3. Jelaskan hubungan ilmu kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat!

4. Kompetensi apa yang diharapkan dari lulusan kesehatan lingkungan!
5. Sebutkan isu kesehatan lingkungan skala lokal, nasional dan global serta contohnya!
6. Renungkan dan sebutkan isu lingkungan yang ada di sekitar anda saat ini!
7. Terangkan Teori Simpul Epidemiologi Lingkungan

E. Referensi

- Abdiana, 2019. Sanitasi Dasar, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK-Universitas Andalas Padang.
- Agustin K, 2017. Meneguhkan Jati Diri Profesi Kesehatan Masyarakat. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Wakil Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- FKM Unlam 2019, Buku Ajar Dasar Kesehatan Lingkungan, Tim Kesling Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarbaru.
- Herniwanti, 2020, Buku Ajar Kesehatan Lingkungan (Serta Ide Riset dan Evaluasi Kesling Sederhana), Penerbit FP. Aswaja.
- Riyadi, A.L. Slamet, 1981. Ecology Ilmu Lingkungan Dasar-Dasar & Pengertiannya urabaya, Usaha Nasional.
- Sumengen, 2016, Modul Bahan Ajar Kesehatan Lingkungan Magister Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah Pekanbaru.
- Syafrani, 2017, Modul Kesehatan Lingkungan Magister Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah Pekanbaru.
- WHO 2015, Health topic; Environmental Health

BAB IV

GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

A. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang gizi kesehatan masyarakat.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini, mahasiswa dapat menjelaskan :

- a. Gizi dan ilmu gizi
- b. Macam dan fungsi zat gizi bagi tubuh
- c. Gizi klinik dan gizi masyarakat
- d. Kelompok rentan gizi
- e. Penilaian status gizi

B. Materi

1. Gizi dan Ilmu Gizi

Istilah Gizi dan Ilmu Gizi baru dikenal di Indonesia kurang lebih awal tahun 1950an, sebagai terjemahan kata " Nutrition" dan "Nutrition Science". Meskipun belum resmi ditetapkan oleh Lembaga Bahasa Indonesia, istilah Gizi dan Ilmu Gizi telah dipakai oleh Prof.Djuned Puspongoro, dalam pidato pengukuhanannya sebagai guru besar ilmu penyakit anak di Fakultas Kedokteran UI tahun 1952. Tahun 1955, Ilmu Gizi resmi menjadi mata kuliah di Fakultas Kedokteran UI, dan tahun 1958 secara resmi dipakai dalam pidato pengukuhan Prof.Poerwo Soedarmo sebagai Guru Besar Ilmu Gizi pertama di Indonesia, di Fakultas Kedokteran UI. Sejak itu sampai sekarang banyak Fakultas Kedokteran, Fakultas Pertanian, Fakultas Teknologi Pangan, Fakultas Kesehatan Masyarakat telah

mendirikan Bagian atau Departemen Ilmu Gizi. Tahun 1965 di Jakarta diresmikan Akademi Gizi dari Departemen Kesehatan, yang sampai sekarang tersebar di hampir semua propinsi di Indonesia sebagai Pendidikan Politeknis Kesehatan Jurusan Gizi (Soekirman. 2000).

Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) sejak tahun 1958 memasukkan Ilmu Gizi dalam Kongres Ilmu Pengetahuan Nasional (KIPNAS) pertama, dan selanjutnya sejak tahun 1973 tiap 4 tahun sekali LIPI menyelenggarakan Widyakarya Nasional Pangan dan GIZI (WNPG) sampai tahun 2008. WNPG ke XI akan diadakan pada bulan Nopember 2012 di Jakarta (Soekirman. 2000).

Pengesahan kata gizi sebagai terjemahan "nutrition" dan "nutrition Science", dilakukan oleh Lembaga Bahasa Indonesia UI, waktu itu dipimpin oleh alm. DR. Haryati Soebadio. Alm. Prof. Poerwo Soedarmo, pada waktu itu Direktur Lembaga Makanan Rakyat, Departemen Kesehatan RI, dan diangkat sebagai bapak Ilmu Gizi Indonesia, oleh Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI). Pada suatu hari tahun 1958 menugaskan 4 Mahasiswa tingkat akhir (termasuk penulis) Akademi Pendidikan Nutritisionis-Ahli Diit di Bogor, yang pada tahun 1965 diubah namanya menjadi Akademi Gizi di Jakarta, menghadap Direktur Lembaga Bahasa Indonesia, Fakultas Sastra, UI, waktu itu di Jalan Diponegoro, Jakarta (Soekirman. 2000).

Tujuannya untuk mendapat petunjuk terjemahan yang benar dan ilmiah untuk kata Inggris "nutrition" dan "nutrition science" kedalam bahasa Indonesia. DR. Soebadio, menjelaskan tentang akar bahasa Indonesia kebanyakan dari bahasa Arab dan Sanksekerta. Kata Inggris "nutrition" dalam bahasa Arab disebut "ghiza", dan dalam bahasa Sanksekerta "svastaharena". Keduanya artinya sama, makanan yang menyehatkan. Atas petunjuk tersebut Prof. Poerwo Soedarmo memilih kata gizi sebagai terjemahan resmi kata "nutrition", yang sejak tahun 1952 kata gizi itu sudah dipakai dikalangan ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat. Sedang kata "svastaharena" di pakai dalam lambang organisasi PERSAGI sampai sekarang (Soekirman. 2000).

Dalam Undang-Undang, istilah atau kata GIZI telah resmi dipakai dalam 1). Undang-Undang no 7 tahun 1996 tentang Pangan (Pasal 1 no 13,14; Bab III Mutu Pangan dan Gizi, Pasal 27 : 1-4; dan 2) Undang-Undang no 36 tahun 1999 tentang Kesehatan, Bab VIII tentang Gizi dan pasal 141.

Gizi merupakan bagian dari substansi pangan dan bagian dari substansi tubuh manusia. Istilah gizi atau "nutrition", berasal dari bahasa latin "nutr" yang berarti "to nurture", yaitu memberi makan dengan baik. Sebutan nutrition mulai populer di Inggris setelah publikasi berjudul Nutriology di London pada tahun 1812. Dalam karya tulis tersebut menjelaskan bahwa pentingnya makan aneka ragam makanan dari hewani dan nabati termasuk buah dan sayur untuk hidup sehat. Di Indonesia istilah gizi diadopsi dari bahasa Arab, yaitu "gizha" yang dalam dialek mesir " ghizi" artinya makanan yang menyehatkan (Hardinsyah, 2010).

Gizi berasal dari bahasa Arab "ghidza" yang menurut harfiah adalah zat makanan dalam bahasa inggris dikenal dengan istilah "nutrition" yang berarti adalah bahan makanan. Zat gizi sering diartikan juga sebagai ilmu gizi. Zat gizi adalah zat-zat yang diperlukan tubuh yang berasal dari zat makanan. Macam- macam zat gizi meliputi karbohidrat (hidrat arang), lemak, protein, mineral, dan vitamin (Hardinsyah, 2010). WHO (World Health Organization, dalam Soekirman, (2000) mengartikan ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup untuk kembali dan mengolah zat-zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh, dan menghasilkan energi.

Menurut Almatsier,S (2009) zat gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun sel-sel yang mati atau rusak, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses pencernaan, penyerapan, tranportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh, serta menghasilkan tenaga. Pada

perkembangan sekarang, kata gizi mempunyai pengertian yang luas disamping untuk kesehatan, gizi dikaitkan dengan potensi seseorang, karena gizi berkaitan dengan potensi seseorang yaitu gizi berkaitan dengan potensi otak, kemampuan belajar dan produktivitas kerja, oleh karena itu, di Indonesia faktor gizi penting dalam pembangunan, khususnya dalam pengembangan sumber daya manusia.

Ilmu gizi adalah ilmu yang mengenai pangan, zat gizi, dan komponen lainnya dalam pangan, aktivitas, interaksi, dan keseimbangannya sehubungan dengan kesehatan, penyakit, dan proses pencernaan, metabolisme, transport, utilisasi, dan pengeluaran komponen pangan tersebut (Hardinsyah, 2010).

2. Macam dan Fungsi Zat Gizi Bagi Tubuh

a. Macam Zat Gizi

1) Karbohidrat

Karbohidrat disebut juga zat pati atau zat tepung atau zat gula yang tersusun dari unsur Karbon (C), Hidrogen (H), dan Oksigen (O). Di dalam tubuh karbohidrat akan dibakar untuk menghasilkan tenaga atau panas. Satu gram karbohidrat akan menghasilkan empat kalori. Menurut besarnya molekul karbohidrat dapat dibedakan menjadi tiga yaitu: monosakarida, disakarida, dan polisakarida (Almatsier, 2009).

Bentuk molekul karbohidrat paling sederhana terdiri dari satu molekul gula sederhana. Banyak karbohidrat yang merupakan polimer yang tersusun dari molekul gula yang terangkai menjadi rantai yang panjang serta bercabang-cabang. Karbohidrat merupakan bahan makanan penting dan merupakan sumber tenaga yang terdapat dalam tumbuhan dan daging hewan. Selain itu, karbohidrat juga menjadi komponen struktur penting pada makhluk hidup dalam bentuk serat (fiber), seperti selulosa, pectin, serta lignin. Karbohidrat menyediakan kebutuhan dasar yang diperlukan tubuh. Tubuh menggunakan karbohidrat seperti layaknya mesin mobil menggunakan bensin

sebagai bahan bakar. Glukosa adalah karbohidrat yang paling sederhana mengalir dalam aliran darah sehingga tersedia bagi seluruh sel tubuh. Sel-sel tubuh tersebut menyerap glukosa dan mengubahnya menjadi energi untuk menjalankan sel-sel tubuh (Almatsier, 2009).

Menurut Almatsier,S (2009) fungsi dari karbohidrat antara lain:

- a) Sebagai sumber energi, satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kalori.
- b) Pemberi rasa pada makanan, khususnya pada monosakarida dan disakarida.
- c) Penghemat protein, jika karbohidrat makanan tidak tercukupi maka protein akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi dengan mengalahkan fungsi utamanya sebagai zat pembangun.
- d) Pengatur metabolisme lemak, karbohidrat akan mencegah terjadinya oksidasi lemak yang tidak sempurna, sehingga menghasilkan bahan-bahan keton berupa asam asetoasetat, aseton, dan asam beta-hidro-butirat. Bahan-bahan ini dibentuk dalam hati dan dikeluarkan melalui urine dengan mengikat basa berupa ion natrium. Hal ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan natrium dan dehidrasi, serta PH cairan tubuh menurun.
- e) Membantu pengeluaran faeses dengan cara mengatur peristaltic usus dan memberi bentuk pada faeses.

Bahan makanan sumber karbohidrat berasal dari makanan pokok seperti biji-bijian (beras, jagung, sagu) dan umbi-umbian (kentang, singkong, ubi jalar dan kacang-kacangan) (Almatsier, 2009).

2) Protein

Protein diperlukan untuk pembentukan dan perbaikan semua jaringan di dalam tubuh termasuk darah, enzim, hormon, kulit, rambut, dan kuku. Protein pembentukan hormon

untuk pertumbuhan dan mengganti jaringan yang rusak, perkembangan seks dan metabolisme. Disamping itu, protein berguna untuk melindungi agar terjadi keseimbangan asam dan basa di dalam darah dan jaringan terpelihara, selain itu juga mengatur keseimbangan air di dalam tubuh.

Selain fungsi tersebut, menurut Djoko Pekik (2006) protein juga berfungsi sebagai:

- a) Membangun sel tubuh
- b) Mengganti sel tubuh
- c) Membuat air susu, enzim dan hormon
- d) Membuat protein darah
- e) Menjaga keseimbangan asam basa cairan tubuh
- f) Pemberi kalori

Protein terdiri dari unsur-unsur karbon, hidrogen, oksigen, dan nitrogen, selain itu unsur sulfur dan fosfor juga ada. Semua unsur tersebut diperoleh melalui tumbuh-tumbuhan (protein nabati) seperti kacang-kacangan terutama kedelai dan kacang hijau serta hasil olahannya seperti tempe dan tahu, dan melalui hewan (protein hewani), seperti daging, susu, telur, ikan. Apabila tubuh kekurangan protein, maka serangan penyakit busung lapar akan selalu terjadi. Busung lapar adalah tingkat terakhir dari kelaparan, terutama akibat kekurangan protein dalam waktu lama ().

Menurut Almatier, S (2009) fungsi protein yaitu:

- a) Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan dan sel-sel tubuh.
- b) Pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh, hormon-hormon seperti tiroid, insulin, dan epinefrin adalah protein, dan pembentukan berbagai enzim.
- c) Mengatur keseimbangan air, cairan-cairan tubuh terdapat dalam tiga kompartemen: intraseluler (di dalam sel), ekstraseluler dan interselular (di luar sel), intravaskular (di dalam pembuluh darah).

- d) Memelihara netralitas tubuh, protein tubuh bertindak sebagai buffer, yaitu bereaksi dengan asam basa untuk pH pada taraf konstan.
 - e) Pembentukan antibodi, kemampuan tubuh untuk memerangi infeksi bergantung pada kemampuan tubuh memproduksi antibodi.
 - f) Mengangkut zat-zat gizi dari saluran cerna ke dalam darah, dari darah ke jaringan-jaringan, dan melalui membran sel ke dalam sel-sel.
 - g) Sebagai sumber energi, protein ekivalen dengan karbohidrat karena menghasilkan 4 kalori setiap 1 gram protein.
- 3) Lemak

Molekul lemak terdiri dari unsur karbon (C), hidrogen (H), dan oksigen (O) seperti halnya karbohidrat. Fungsi utama lemak adalah memberikan energi kepada tubuh. Satu gram lemak dapat dibakar untuk menghasilkan sembilan kalori yang diperlukan tubuh. Disamping fungsinya sebagai sumber energi, lemak juga merupakan bahan pelarut dari beberapa vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K. Bahan-bahan makanan yang mengandung lemak banyak akan memberi rasa kenyang yang lama, selain itu lemak memberi rasa gurih pada makanan. Menurut sumbernya lemak dapat dibedakan menjadi dua, yaitu lemak nabati dan lemak hewani.

Menurut Almatsier (2009) klasifikasi lemak menurut fungsi biologisnya di dalam tubuh yaitu:

- a) Lemak simpanan yang terutama terdiri atas trigliserida yang disimpan di dalam depot-depot di dalam jaringan tumbuh-tumbuhan dan hewan. Lemak merupakan simpanan sumber zat gizi esensial. Komposisi asam lemak trigliserida simpanan lemak ini bergantung pada susunan lemak.
- b) Lemak struktural yang terutama terdiri atas fosfolipida dan kolesterol. Di dalam jaringan lunak lemak struktural ini, sesudah protein merupakan ikatan struktural paling

penting di dalam tubuh. Di dalam otak lemak-lemak struktural terdapat dalam konsentrasi tinggi.

Fungsi lemak menurut Sunita Almatsier (2009) antara lain:

- c) Lemak merupakan sumber energi paling padat yang menghasilkan 9 kalori untuk setiap gram, yaitu 2,5 kali besar energi yang dihasilkan oleh karbohidrat dan protein dalam jumlah yang sama.
- d) Lemak merupakan sumber asam lemak esensial, asam linoleat, dan linolenat.
- e) Lemak sebagai alat angkut vitamin larut lemak yaitu membantu transportasi dan absorpsi vitamin larut lemak A, D, E, dan K.
- f) Menghemat penggunaan protein untuk sintesis protein, sehingga protein tidak digunakan sebagai sumber energi.
- g) Memberi rasa kenyang dan kelezatan, lemak memperlambat sekresi asam lambung, dan memperlambat pengosongan lambung, sehingga lemak memberi rasa kenyang lebih lama. Disamping itu lemak memberi tekstur yang disukai dan memberi kelezatan khusus pada makanan.
- h) Lemak sebagai pelumas dan membantu pengeluaran sisa pencernaan.
- i) Memelihara suhu tubuh, lapisan lemak dibawah kulit mengisolasi tubuh dan mencegah kehilangan panas secara cepat, dengan demikian lemak berfungsi juga dalam memelihara suhu tubuh.
- j) Pelindung organ tubuh, lapisan lemak yang menyelubungi organ tubuh seperti jantung, hati, dan ginjal membantu menahan organ tersebut tetap di tempatnya dan melindungi terhadap benturan dan bahaya lain.

Konsumsi lemak sebanyak 15-30 % kebutuhan energi total dianggap baik untuk kesehatan. Jumlah ini memenuhi kebutuhan akan asam lemak esensial dan untuk membantu penyerapan vitamin larut lemak. Di antara lemak yang dikonsumsi sehari-

hari dianjurkan paling banyak 10% dari kebutuhan energi total berasal dari lemak jenuh, dan 3-7% dari lemak tidak jenuh ganda. Konsumsi kolestrol yang dianjurkan adalah <300 mg sehari.

4) Vitamin

Vitamin adalah senyawa organik yang terdapat dalam jumlah yang sangat sedikit di dalam makanan dan sangat penting peranannya dalam reaksi metabolisme. Menurut Sunita Almatsier (2009) vitamin adalah zat-zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah sangat kecil dan pada umumnya tidak dapat dibentuk oleh tubuh. Oleh karena itu, harus didatangkan dari makanan. Vitamin termasuk kelompok zat pengatur pertumbuhan dan pemeliharaan kehidupan. Setiap vitamin mempunyai fungsispesifik di dalam tubuh. Karena vitamin adalah zat organik maka vitamin dapat rusak karena penyimpanan dan pengolahan. Fungsi utama vitamin adalah mengatur proses metabolisme protein, lemak, dan karbohidrat. Menurut sifatnya vitamin digolongkan menjadi dua, yaitu vitamin larut dalam lemak vitamin A, D, E, dan K, dan vitamin yang larut dalam air yaitu vitamin B dan C.

Menurut Almatsier (2009) beberapa sifat-sifat umum vitamin larut dalam lemak dan vitamin dalam air, sebagai berikut:

Tabel 1. Sifat-sifat umum vitamin larut dalam lemak dan vitamin larut dalam air.

VITAMIN LARUT LEMAK	VITAMIN LARUT AIR
Larut dalam lemak dan pelarut lemak	Larut dalam air
Kelebihan konsumsi dari yang dibutuhkan disimpan dalam tubuh	Simpanan sebagai kelebihan kebutuhan sangat sedikit
Dikeluarkan dalam jumlah sedikit melalui empedu	Dikeluarkan melalui urine

VITAMIN LARUT LEMAK	VITAMIN LARUT AIR
Gejala defisiensi berkembang lambat	Gejala defisiensi sering terjadi dengan cepat
Tidak selalu perlu ada dalam makanan sehari-hari	Harus selalu ada dalam makanan sehari-hari
Mempunyai prekursor ataupun rovitamin	Umumnya tidak mempunyai prekursor
Hanya mengandung unsur-unsur C, H, dan O	Selain C, H, dan O mengandung N, kadang kadang S dan Co
Diabsorpsi melalui sistem limfe	Diabsorpsi melalui vena porta
Hanya dibutuhkan oleh organisme kompleks	Dibutuhkan oleh organisme sederhana dan kompleks
Beberapa jenis sifat toksik pada jumlah relatif rendah (6-10 x KGA)	Bersifat toksik hanya pada dosis tinggi atau megadosis (>10 x KGA)

Menurut Djoko Pekik (2006) vitamin digolongkan menjadi dua kelompok, yaitu:

a) Vitamin larut dalam air

Vitamin yang termasuk kelompok larut dalam air adalah vitamin B dan vitamin C. Jenis vitamin ini tidak dapat disimpan dalam tubuh, kelebihan vitamin ini akan dibuang melalui urine, sehingga ekskresi vitamin B dan vitamin C lebih mudah terjadi. Dengan demikian selalu dibutuhkan jumlah vitamin larut air yang cukup, artinya kebutuhan untuk setiap harinya harus tercukupi hari itu juga. Vitamin tidak dapat dibuat sendiri oleh tubuh, sehingga harus diperoleh dari makanan. Vitamin B dan C yang larut dalam air tidak dapat disimpan dalam jumlah besar dalam tubuh, sehingga perlu pasokan teratur dari makanan dan kelebihannya akan dibuang melalui urine. Rizqie Auliana (2001)

b) Vitamin larut dalam lemak

Vitamin yang termasuk dalam kelompok ini adalah vitamin A, D, E dan K. Jenis vitamin ini dapat disimpan dalam tubuh dengan jumlah cukup besar, terutama dalam hati. Vitamin A, D, E, dan K larut dalam lemak dan kelebihanannya disimpan oleh tubuh, sehingga tidak perlu pasokan setiap hari dari makanan

5) Mineral

Menurut Auliana, R (2001) mineral merupakan senyawa organik yang mempunyai peranan penting dalam tubuh. Unsur-unsur mineral adalah karbon (C), hydrogen (H), oksigen (O), dan nitrogen (N), selain itu mineral juga mempunyai unsur kimia lainnya, yaitu kalsium (Ca), Klorida (Cl), besi (Fe), magnesium (Mg), fosfor (P), kalium (K), natrium (Na), sulfur (S). Tubuh manusia tidak dapat mensintesa mineral, sehingga harus memperoleh dari makanan. Mineral dibutuhkan tubuh dalam jumlah sedikit.

Mineral merupakan zat penting untuk kesehatan tubuh, karena semua jaringan dan air di dalam tubuh mengandung mineral. Mineral merupakan komponen penting dari tulang, gigi, otot, jaringan, darah dan saraf. Mineral penting dalam pemeliharaan dan pengendalian semua proses faal di dalam tubuh, mengeraskan tulang, membantu kesehatan jantung, otak dan saraf. Mineral juga membantu keseimbangan air dan keadaan darah agar tidak terlalu asam atau terlalu basa selain itu mineral juga membantu dalam pembuatan anti bodi, yaitu sel-sel yang berfungsi membunuh kuman.

3. Macam Zat Gizi Berdasarkan Sumber

Menurut Ariani, A.P. (2017), macam zat gizi berdasarkan sumbernya ada 2 yaitu :

- a. Hewani merupakan zat gizi yang bersumber dari hewan
- b. Nabati merupakan zat gizi yang bersumber dari tumbuh-tumbuhan

4. Macam Zat Gizi Berdasarkan Jumlah

Menurut Ariani, A.P. (2017), macam zat gizi berdasarkan jumlahnya ada 2 yaitu :

a. Zat gizi makro (Makronutrien)

Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah banyak dengan satuan gram. Yang termasuk zat gizi makro adalah karbohidrat, protein, dan lemak.

b. Zat gizi mikro (Mikronutrien)

Zat gizi mikro merupakan suatu zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang sedikit. Yang termasuk mikronutrien adalah vitamin dan mineral.

5. Fungsi Zat Gizi

Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi normal tubuh. Sebaliknya, bila makanan tidak dipilih dengan baik tubuh akan mengalami kekurangan zat-zat gizi esensial tertentu. Zat gizi esensial adalah zat gizi yang harus diperoleh dari makanan (Ariani, A.P., 2017).

Mnurut Ariani, A.P. (2017), fungsi zat gizi dalam tubuh diklasifikasikan menjadi 3, yaitu :

a. Memberi energi

Zat-zat gizi yang dapat memberikan energi adalah karbohidrat, lemak, dan protein. Oksidasi zat-zat gizi ini dapat menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan kegiatan atau aktivitas. Ketiga zat gizi termasuk ikatan organik yang mengandung karbon yang dapat dibakar yang berfungsi sebagai zat pemberi energi, sehingga ketiga zat gizi tersebut disebut sebagai zat pembakar.

b. Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh.

Zat gizi yang berfungsi sebagai pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh adalah protein, vitamin dan air. Protein, vitamin dan air ini meupakan bagian dari jaringan tubuh. Protein, vitamin,

dan air diperlukan untuk membentuk sel-sel baru, memelihara dan mengganti sel-sel yang rusak, sehingga disebut sebagai zat pembangun. Air

c. Mengatur proses

Protein, vitamin, mineral dan air diperlukan untuk mengatur proses tubuh. Protein mengatur keseimbangan air didalam sel, bertindak sebagai buffer dalam upaya memelihara netralitas tubuh dan membentuk antibodi sebagai organisme yang bersifat infeksius dan bahan-bahan asing yang dapat masuk kedalam tubuh. Vitamin dan mineral diperlukan sebagai zat pengatur dalam proses oksidasi, fungsi normal saraf dan otot. Air

6. Gizi Klinik dan Gizi Masyarakat

Dilihat dari segi sifatnya ilmu gizi dibedakan menjadi dua yaitu gizi yang berkaitan dengan kesehatan perorangan yang disebut gizi kesehatan perorangan dan gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat yang disebut gizi kesehatan masyarakat (public health nutrition). Kedua sifat keilmuan ini akhirnya masing-masing berkembang menjadi cabang ilmu sendiri, yaitu cabang ilmu kesehatan perorangan atau disebut gizi klinik (clinical nutrition) dan cabang ilmu gizi kesehatan masyarakat atau gizi masyarakat (community nutrition).

Kedua cabang ilmu gizi ini dibedakan berdasarkan hakikat masalahnya. Gizi klinik berkaitan dengan masalah gizi pada individu yang sedang menderita gangguan kesehatan akibat kekurangan atau kelebihan gizi. Oleh sebab itu, sifat dari gizi klinik adalah lebih menitikberatkan pada kuratif daripada preventif dan promotifnya. Sedangkan gizi masyarakat berkaitan dengan gangguan gizi pada kelompok masyarakat, oleh karena itu, sifat dari gizi masyarakat lebih ditekankan pada pencegahan (preventif) dan peningkatan (promotif). Oleh karena sifat kedua keilmuan ini berbeda, maka akan menyebabkan perbedaan jenis profesi yang menangani kedua pokok masalah tersebut. Gizi klinik berurusan dengan masalah

klinis pada individu yang mengalami gangguan gizi, maka profesi kedokteran yang lebih tepat untuk menanganinya. Sebaliknya gizi masyarakat yang berurusan gangguan gizi pada masyarakat, dimana masyarakat mempunyai aspek yang sangat luas, maka penanganannya harus secara multisektor dan multidisiplin.

Penanganan gizi masyarakat tidak cukup dengan upaya terapi para penderita saja, karena apabila setelah mereka sembuh akan kembali ke masyarakat. Oleh karena itu, terapi penderita gangguan gizi masyarakat tidak saja ditujukan kepada penderitanya saja, tetapi seluruh masyarakat tersebut. Masalah gizi masyarakat bukan menyangkut aspek kesehatan saja, melainkan aspek-aspek terkait yang lain, seperti ekonomi, sosial budaya, pendidikan, kependudukan dan sebagainya. Oleh karena itu, penanganan atau perbaikan gizi sebagai upaya terapi tidak hanya diarahkan kepada gangguan gizi atau kesehatan saja, melainkan juga kearah bidang-bidang yang lain.

7. Kelompok Rentan Gizi

Kelompok rentan gizi adalah suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatannya atau rentan karena kekurangan gizi. Pada kelompok-kelompok umur tersebut berada pada suatu siklus pertumbuhan atau perkembangan yang memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain (Notoatmodjo, 2007).

Kelompok-kelompok rentan gizi ini terdiri dari : bayi, balita, anak sekolah, remaja, ibu hamil dan menyusui serta kelompok lanjut usia (Notoatmodjo, 2007).

a. Kelompok Bayi Usia 0 - 6 Bulan

Masa bayi adalah masa keemasan sekaligus masa kritis perkembangan seseorang. Dikatakan masa kritis karena pada masa ini bayi sangat peka terhadap lingkungan dan dikatakan masa keemasan karena masa bayi berlangsung sangat singkat dan tidak dapat diulang kembali (Departemen Kesehatan, 2009).

Bayi adalah individu yang lemah dan memerlukan proses adaptasi. Bayi harus dapat melakukan 4 penyesuaian agar dapat tetap hidup yaitu penyesuaian perubahan suhu, menghisap dan menelan, bernafas dan pembuangan kotoran. Kesulitan penyesuaian atau adaptasi akan menyebabkan bayi mengalami penurunan berat badan, keterlambatan perkembangan bahkan bisa sampai meninggal dunia (Mansur, 2009).

Setiap bayi mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan dalam masa hidupnya. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkesinambungan, bersifat kontinyu dan pertumbuhan merupakan bagian dari proses perkembangan (Wong, 2009). Pertumbuhan yang meliputi perubahan tinggi badan, berat badan gigi, struktur tulang, dan karakteristik seksual. Pertumbuhan ini bersifat kuantitatif. Sedangkan perkembangan seperti perkembangan motorik, sensorik, kognitif dan psikososial bersifat kualitatif (Potter & Perry, 2005).

b. Kelompok Balita Usia Dibawah 5 Tahun (1-5 Tahun)

Balita adalah anak yang berumur 7-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat dan disertai dengan perubahan yang memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas yang tinggi. Akan tetapi, balita termasuk kelompok yang rawan gizi serta mudah menderita kelainan gizi karena kekurangan makanan yang dibutuhkan. Konsumsi makanan memegang peranan penting dalam pertumbuhan fisik dan kecerdasan anak sehingga konsumsi makanan berpengaruh besar terhadap status gizi anak untuk mencapai pertumbuhan fisik dan kecerdasan anak (Ariani, 2017).

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun. Menurut Sediaotomo (2010), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak pra sekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti : mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah

bertambah baik, namun kemampuan lain masih terbatas. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan pada masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak pada periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang kembali, karena itu sering disebut golden age atau masa keemasan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2011) menjelaskan balita merupakan usia dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Proses pertumbuhan dan perkembangan setiap individu berbeda-beda, bisa cepat maupun lambat tergantung dari beberapa faktor, yaitu nutrisi, lingkungan dan sosial ekonomi keluarga.

Balita adalah anak usia kurang dari lima tahun sehingga bayi usia di bawah satu tahun juga termasuk golongan ini. Balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak usia lebih dari satu tahun sampai tiga tahun yang dikenal dengan batita dan anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun yang dikenal dengan usia pra sekolah (Proverawati & Rahmawati, 2010).

Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori, yaitu anak usia 1- 3 tahun (batita) dan anak usia pra sekolah. Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan oleh ibunya (Sodiaotomo, 2010). Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia pra sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Pola makan yang diberikan sebaiknya dalam porsi kecil dengan frekuensi sering karena perut balita masih kecil sehingga tidak mampu menerima jumlah makanan dalam sekali makan (Proverawati & Rahmawati, 2010).

c. Kelompok Anak Sekolah Usia 6 - 12 Tahun

Anak sekolah dasar yaitu anak yang berusia 6-12 tahun, memiliki fisik lebih kuat yang mempunyai sifat individual serta aktif dan tidak bergantung dengan orang tua. Anak usia sekolah ini merupakan

masa dimana terjadi perubahan yang bervariasi pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang akan mempengaruhi pembentukan karakteristik dan kepribadian anak. Periode usia sekolah ini menjadi pengalaman inti anak yang dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan teman sebaya, orang tua dan lainnya. Selain itu usia sekolah merupakan masa dimana anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan dalam menentukan keberhasilan untuk menyesuaikan diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Diyantini, et al., 2015).

Perkembangan jika dalam bahasa Inggris disebut development. Menurut Santrock "development is the pattern of change that begins at conception and continues through the life span", yang artinya perkembangan adalah perubahan pola yang dimulai sejak masa konsepsi dan berlanjut sepanjang kehidupan. Perkembangan berorientasi pada proses mental sedangkan pertumbuhan lebih berorientasi pada peningkatan ukuran dan struktur. Jika perkembangan berkaitan dengan hal yang bersifat fungsional, sedangkan pertumbuhan bersifat biologis, misalnya jika dalam perkembangan mengalami perubahan pasang surut mulai lahir sampai mati. Tetapi jika pertumbuhan contohnya seperti pertumbuhan tinggi badan dimulai sejak lahir dan berhenti pada usia 18 tahun (Desmita, 2015).

d. Kelompok Remaja Usia 12 - 20 Tahun

Secara etimologi, remaja berarti "tumbuh menjadi dewasa". Remaja adalah suatu masa di mana individu berkembang dari saat pertama kali menunjukkan tanda-tanda seksual sekunder sampai saat mencapai kematangan seksual (Sarwono, 2011) Remaja memiliki kebutuhan gizi yang tidak biasa, karena pada masa remaja terjadi pertumbuhan yang pesat dan terjadi perubahan kematangan fisiologis. Perubahan pada masa remaja akan mempengaruhi kebutuhan gizi, absorpsi, serta cara penggunaan zat gizi (Soetjiningih, 2010).

Masa remaja terbagi atas tiga fase menurut perkembangan psikososialnya, yaitu:

- 1) Remaja awal (early adolescence) pada usia 11-14 tahun.
- 2) Remaja tengah (middle adolescence) pada usia 15-17 tahun.
- 3) Remaja akhir (late adolescence) pada usia 18-21 tahun.

Masa remaja diawali oleh masa pubertas, yaitu masa terjadinya perubahan-perubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dan karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder (Kusmiran, 2011). Masa remaja merupakan tahap kehidupan di mana orang mencapai proses kematangan emosional, psikososial, dan seksual, yang ditandai dengan mulai berfungsinya organ reproduksi dan segala konsekuensinya. Perkembangan seksual masa remaja ditandai dengan menstruasi pada wanita dan mimpi basah pada pria (Yusuf, 2012).

Pada fase remaja terjadi percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang memerlukan energi dan zat gizi lebih banyak. Perubahan gaya hidup dan kebiasaan pangan menuntun penyesuaian masukan energi dan zat gizi (Barasi, 2007). Masalah nutrisi utama pada remaja adalah defisiensi mikronutrien, khususnya anemia defisiensi zat besi, serta masalah malnutrisi, baik gizi kurang dan perawakan pendek maupun gizi lebih sampai obesitas (IDAI, 2013).

e. Kelompok Ibu Hamil Dan Ibu Menyusui

Kehamilan adalah masa dimana terdapat janin di dalam rahim seorang perempuan. Kehamilan terjadi karena adanya pembuahan dimana bertemunya cairan sperma suami dengan sel telur istri. Setelah pembuahan, maka terbentuk kehidupan baru berupa janin dan tumbuh di dalam rahim ibu yang merupakan tempat berlindung yang aman dan nyaman bagi janin (Dinkes, 2016).

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. Kehamilan adalah pertumbuhan dan

perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (lunar months) (Romauli, 2014).

Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester) adalah :

- 1) kehamilan triwulan I antara 0 -12 minggu
- 2) kehamilan triwulan II antara 12 - 28 minggu,
- 3) kehamilan triwulan III antara 28 – 40 minggu.

Gizi ibu hamil perlu mendapat perhatian karena sangat berpengaruh pada perkembangan janin yang dikandungnya. Pada masa kehamilan gizi ibu hamil harus memenuhi kebutuhan gizi untuk dirinya dan untuk pertumbuhan serta perkembangan janin karena gizi janin tergantung pada gizi ibu, sehingga kebutuhan gizi ibu juga harus tetap terpenuhi. Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil yang mengalami KEK dapat ditandai oleh Lingkar Lengan Atas (LLA) < 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang berpotensi mengalami kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. KEK juga dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu (Kemenkes RI, 2016).

Makanan merupakan kebutuhan dasar manusia. Kecukupan makanan yang tepat dan bervariasi dapat menciptakan kesehatan yang optimal. Kecukupan gizi akan memberikan pengaruh pada kualitas dan kuantitas ASI yang akan dihasilkan oleh seorang ibu menyusui. Seseorang yang mempunyai kemungkinan lebih besar untuk dapat menghasilkan air susu dalam jumlah maksimal, maka diperkirakan kandungan zat gizi yang terdapat dalam air susu juga mencukupi (Arisman M.B, 2007).

Menyusui merupakan cara alamiah untuk memberikan makanan dan minuman pada awal kehidupan bayi. Kebutuhan gizi ibu perlu diperhatikan pada masa menyusui karena gizi yang masuk tidak hanya harus mencukupi kebutuhan dirinya melainkan harus memproduksi ASI bagi bayinya (Kemenkes RI, 2014). Beberapa

manfaat ASI bagi bayi yaitu menurunkan risiko kematian bayi akibat diare dan infeksi, mengurangi angka kematian di kalangan anak-anak yang kekurangan gizi, perlindungan terhadap infeksi gastrointestinal, serta sumber energi dan nutrisi bagi bayi usia 6 sampai 23 bulan. Sedangkan manfaat bagi ibu yang memberikan ASI adalah mengurangi risiko kanker ovarium dan payudara, membantu kelancaran produksi ASI, sebagai metode alami pencegahan kehamilan dalam enam bulan pertama setelah kelahiran, dan membantu mengurangi berat badan lebih dengan cepat setelah kehamilan (WHO, 2017).

Status gizi ibu menyusui memegang peranan penting untuk keberhasilan menyusui yang indikatornya diukur dari durasi Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, pertumbuhan bayi dan status gizi ibu pasca menyusui. Wanita yang menyusui membutuhkan 500-1000 kalori lebih banyak dari wanita yang tidak menyusui. Wanita menyusui rentan terhadap kekurangan magnesium, vitamin B6, folat, kalsium, dan seng. Air Susu Ibu (ASI) tidak memiliki suplai zat besi yang cukup untuk bayi prematur atau bayi yang berusia lebih dari 6 bulan. Oleh karena itu, suplementasi zat besi sebaiknya diberikan pada ibu menyusui dengan bayi prematur. Nutrisi yang tidak adekuat dan stress dapat menurunkan jumlah produksi Air Susu Ibu (ASI) (Proverawati & Rahmawati, 2010).

f. Kelompok Lanjut Usia (Lansia)

Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang mengalami suatu perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu (Fatmah, 2010). Lansia dikelompokkan menjadi 4 (empat) kelompok yaitu:

- 1) Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
- 2) Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun
- 4) Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun

Pengertian lansia dibedakan atas 2 macam, yaitu lansia kronologis (kalender) dan lansia biologis. Lansia biologis mudah

diketahui dan dihitung, sedangkan lansia biologis berpatokan pada keadaan jaringan tubuh. Individu yang berusia muda tetapi secara biologis dapat tergolong lansia jika dilihat dari keadaan jaringan tubuhnya (Fatmah, 2010). Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan secara anatomi, fisiologis dan biokimia pada jaringan atau organ yang mempengaruhi fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Boedhi, 2011). Penuaan juga berhubungan dengan gangguan pengaturan nafsu makan dan asupan energi sehingga dapat menimbulkan anoreksia atau obesitas. Kehilangan berat badan mungkin akan menyebabkan malnutrisi, perubahan tiba-tiba dan dapat menimbulkan kematian. Berdasarkan pola nafsu makan dan pengaturan energi pada manula mengalami perubahan sensasi nafsu makan (appetite) dan hormon berhubungan dengan appetite timbul karena bentuknya makanan dan latihan (Fatmah, 2010).

Energi yang dibutuhkan oleh lansia berbeda dengan orang dewasa karena perbedaan aktivitas fisik yang dilakukan. Selain itu, energi juga dibutuhkan oleh lansia untuk menjaga sel-sel maupun organ-organ dalam tubuh agar berfungsi dengan baik walaupun fungsinya tidak sebaik seperti saat masih muda. Perlunya, mengatur pola makan setelah usia 40 tahun keatas agar asupan gizi seimbang yang diperlukan tubuh jika ingin tetap sehat dan awet muda (Fatmah, 2010).

8. Penilaian Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutriture dalam bentuk variabel tertentu. Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi (Supariasa dkk, 2016).

Penilaian status gizi merupakan penjelasan yang berasal dari data yang diperoleh dengan menggunakan berbagai macam cara

untuk menemukan suatu populasi atau individu yang memiliki risiko status gizi kurang maupun gizi lebih. Sedangkan status gizi adalah keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrire (keadaan gizi) dalam bentuk variabel tertentu. Penilaian status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung (Supariasa dkk, 2016).

a. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi empat yaitu klinis, biokimia, biofisik, dan antropometri (Supariasa dkk, 2016).

1) Klinis

Teknik penilaian status gizi juga dapat dilakukan secara klinik. Pemeriksaan secara klinis penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (supervicial epithelial tissues) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (rapid clinical surveys). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Di samping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (sign) dan gejala (symptom) atau riwayat penyakit.

Cara pemeriksaan klinis terdiri dari dua bagian, yaitu:

- a) Medical history (riwayat medis), yaitu catatan mengenai perkembangan penyakit.
- b) Pemeriksaan fisik, yaitu melihat dan mengamati gejala gangguan gizi baik sign (gejala yang apat diamati) dan symptom (gejala yang tidak dapat diamati tetapi dirasakan oleh penderita gangguan gizi).

2) Biokimia

Penilaian status gizi secara biokimia dilakukan dengan melakukan pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh, seperti darah, urine, feses, jaringan otot, hati, dll. Penggunaan metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

3) Biofisik

Penilaian status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk melihat tanda dan gejala kurnag gizi. Pemeriksaan dengan memperhatikan rambut, mata, lidah, tegangan otot dan bagian tubuh lainnya. Metode ini secara umum digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (Epidemic of night blindness). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

4) Antropometri

Merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur antara lain : berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit. Antropometri telah lama dikenal sebagai indikator sederhana untuk penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein.

9. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu : survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Supriasa dkk, 2016).

a. Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

b. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital dilakukan dengan menganalisis statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan. Teknik ini digunakan antara lain dengan mempertimbangkan berbagai macam indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

c. Faktor Ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dan lain – lain. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

C. Rangkuman

Gizi merupakan bagian dari substansi pangan dan bagian dari substansi tubuh manusia. Istilah gizi atau "nutrition", berasal dari bahasa latin "nutr" yang berarti "to nurture", yaitu memberi makan dengan baik. Sebutan nutrition mulai populer di Inggris setelah publikasi berjudul Nutriology di London pada tahun 1812. Dalam karya tulis tersebut menjelaskan bahwa pentingnya makan aneka ragam makanan dari hewani dan nabati termasuk buah dan sayur untuk hidup sehat. Di Indonesia istilah gizi diadopsi dari bahasa

Arab, yaitu "Gizha" yang dalam dialek mesir " Ghizi" artinya makanan yang menyehatkan.

Gizi berasal dari bahasa Arab "Ghidza" yang menurut harafiah adalah zat makanan dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah "nutrition" yang berarti adalah bahan makanan. Zat gizi sering diartikan juga sebagai ilmu gizi. Zat gizi adalah zat-zat yang diperlukan tubuh yang berasal dari zat makanan. Macam-macam zat gizi meliputi karbohidrat (hidrat arang), lemak, protein, mineral, dan vitamin. Ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup untuk kembali dan mengolah zat-zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh, dan menghasilkan energi.

Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi normal tubuh. Sebaliknya, bila makanan tidak dipilih dengan baik tubuh akan mengalami kekurangan zat-zat gizi esensial tertentu. Zat gizi esensial adalah zat gizi yang harus didatangkan dari makanan. Zat gizi yang kita peroleh dari makanan adalah karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Masing-masing zat gizi mempunyai fungsi yang berbeda-beda. Fungsi zat gizi dalam tubuh diklasifikasikan menjadi 3, yaitu : memberi energi, untuk pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan, serta untuk mengatur proses tubuh.

Dilihat dari segi sifatnya ilmu gizi dibedakan menjadi dua yaitu gizi yang berkaitan dengan kesehatan perorangan yang disebut gizi kesehatan perorangan dan gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat yang disebut gizi kesehatan masyarakat (public health nutrition). Kedua sifat keilmuan ini akhirnya masing-masing berkembang menjadi cabang ilmu sendiri, yaitu cabang ilmu kesehatan perorangan atau disebut gizi klinik (clinical nutrition) dan cabang ilmu gizi kesehatan masyarakat atau gizi masyarakat (community nutrition).

Kelompok rentan gizi adalah suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatannya

atau rentan karena kekurangan gizi. Pada kelompok-kelompok umur tersebut berada pada suatu siklus pertumbuhan atau perkembangan yang memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Kelompok-kelompok rentan gizi ini terdiri dari : bayi, balita, anak sekolah, remaja, ibu hamil dan menyusui serta kelompok lanjut usia.

Penilaian status gizi merupakan penjelasan yang berasal dari data yang diperoleh dengan menggunakan berbagai macam cara untuk menemukan suatu populasi atau individu yang memiliki risiko status gizi kurang maupun gizi lebih. Sedangkan status gizi adalah keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrire (keadaan gizi) dalam bentuk variabel tertentu. Penilaian status gizi ada 2 cara yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi empat yaitu klinis, biokimia, biofisik, dan antropometri. Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu : survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

D. Tugas

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan gizi !
2. Jelaskan apa yang dimaksud dengan ilmu gizi !
3. Sebutkan macam dan fungsi zat gizi !
4. Sebut dan jelaskan fungsi zat gizi berdasarkan fungsinya !
5. Apa yang dimaksud gizi klinik ?
6. Apa yang dimaksud gizi masyarakat ?
7. Jelaskan apa yang dimaksud dengan kelompok rentan gizi!
8. Sebutkan kelompok - kelompok rentan gizi!
9. Sebutkan cara penilaian status gizi secara langsung !
10. Sebutkan cara penilaian status gizi secara tidak langsung !

E. Referensi

- Almatsier, Sunita. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Auliana, Rizqie. 2001. Gizi & Pengolahan Pangan. Yogyakarta: AdiCita
- Ariani, Ayu Putri. 2017. Gizi dan Diet. Jakarta : Trans Info Media
- Arisman. 2010. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Barasi, Mary E. 2007. At a Glance Ilmu Gizi. Jakarta : Erlangga
- Boedhi, Darmojo, R. 2011. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Lanjut Usia. Edisi 4. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Departemen Kesehatan RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan. 2009. Pedoman Pelaksanaan Program Rumah Sakit Sayang Ibu Dan Bayi (RSSIB). Jakarta : Depkes
- Desmita. 2015. Psikologi Perkembangan. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Diyantini N. K, Ni Luh P & Sagung M. L. 2015. Hubungan Karakteristik Dan Kepribadian Anak Dengan Kejadian Bullying Pada Siswa Kelas V Di SD "X" Di Kabupaten Badung. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar. ISSN: 2303-1298
- Djoko Pekik. 2006. Panduan Gizi Lengkap. Yogyakarta: Andi
- Fatmah. 2010. Gizi Lanjut Usia. Jakarta: Erlangga
- Gibney M.J., Margetts, B.M., Kearney. J.M., dan Arab, L.2018. Gizi Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Hardiansyah dalam buku Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. 2017. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- IDAI. 2013. Air Susu Ibu dan Tumbuh Kembang Anak. Indonesia Pediatric Society
- Kemendes. RI. 2014. Kepmenkes RI No. 45/Menkes/SK/IV Mengenai Target Pemberian ASI Eksklusif.
- Kusmiran, Eny. 2011. Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansur, herawati. 2009. Psikologi Ibu & Anak untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

- Putri Ariani, A. 2017. Ilmu Gizi Dilengkapi dengan Standar Penilaian Status Gizi Dan Daftar Komposisi Bahan Makanan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Proverawati, Atikah dan Eni Rahmawati. 2010. Kapita Selekta ASI dan Menyusui. Yogyakarta: Nuha Medika
- Romauli,S. 2011. Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sarwono, S.2011. Psikologi Remaja. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Soekirman. 2000. Ilmu Gizi dan Aplikasinya, Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi. Departemen Pendidikan Nasional.
- Soetjiningsih. 2010. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Jakarta: Sagung Seto
- Supariasa, I Dewa Nyoman., Bakri, Bachyar, dan Fajar, Ibnu. 2016. Penilaian Status Gizi. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- WHO.2017. Exclusive Breastfeeding For Optimal Growth, Development And Health Of Infants.
- Yusuf, Syamsu. 2012. Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Potter, P.A, Perry, A.G.2009. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk.Jakarta:EGC.

BAB V

SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

A. Tujuan pembelajaran

Setelah menyelesaikan materi tentang sistem pembiayaan kesehatan, mahasiswa mampu memahami tentang:

1. Pengertian sistem pembiayaan kesehatan
2. Tujuan pembiayaan kesehatan
3. Unsur subsistem pembiayaan kesehatan
4. Sumber pembiayaan kesehatan
5. Prinsip subsistem pembiayaan kesehatan
6. Fungsi pembiayaan kesehatan
7. Klasifikasi sistem pembiayaan kesehatan
8. Bentuk sistem pembiayaan
9. Jenis pembiayaan kesehatan
10. Syarat pokok pembiayaan kesehatan
11. Masalah pembiayaan kesehatan
12. Implementasi pembiayaan kesehatan di Indonesia

B. Materi

1. Sistem Pembiayaan Kesehatan

a. Pengertian sistem pembiayaan kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bagian dari subsistem kesehatan nasional, yang merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (health economy). Pembiayaan kesehatan adalah dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Pengertian subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk

mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat yang setinggi-tingginya.

b. Tujuan pembiayaan kesehatan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil (access and equity), merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, serta berkesinambungan untuk dapat tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (quality and accetabilit) dalam menjamin terselenggaranya upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.

Menurut UU Kes 36 tahun 2009, pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

c. Unsur subsistem pembiayaan kesehatan

Unsur-unsur subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

1) Dana

Sumber dana pembiayaan kesehatan berasal dari anggaran Pemerintah pusat, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan.

2) Sumber daya

Sumber daya meliputi: sumber daya manusia pengelola, sarana, standar, regulasi, dan kelembagaan yang

digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

3) Pengelolaan dana kesehatan

Pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian, pembelanjaan dana kesehatan, dan mekanisme pertanggungjawabannya.

4) Sumber pembiayaan kesehatan

Sumber biaya kesehatan dapat berasal dari anggaran pemerintah, anggaran masyarakat, bantuan dari dalam dan luar negeri, serta gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat (Ediani, 2015).

a) Anggaran Pemerintah

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Anggaran dari Pemerintah Pusat: minimal 5% APBN di luar gaji. Anggaran dari Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten./Kota): minimal 10% APBD di luar gaji. Sumber pembiayaan dari Pemerintah & Pemerintah Daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik minimal 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. Anggaran yang berasal

dari Swasta: dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.

b) Anggaran Masyarakat

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya Corporate Social Responsibility CSR atau) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi.

c) Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

d) Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Dengan ikut sertanya masyarakat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Selanjutnya dengan diikutsertakannya masyarakat membiayai pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya. Sekalipun pada saat ini makin banyak saja negara yang mengikutsertakan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, namun tidak ditemukan satu negara pun yang pemerintah sepenuhnya tidak ikut serta. Pada negara yang peranan swastanya sangat dominan pun peranan pemerintah tetap ditemukan. Paling tidak dalam membiayai upaya kesehatan masyarakat, dan ataupun membiayai pelayanan kedokteran yang menyangkut kepentingan masyarakat yang kurang mampu.

5) Prinsip subsistem pembiayaan kesehatan

Prinsip-prinsip subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari: kecukupan; efektif dan efisien; dan adil dan transparan. Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari: penggalan dana; pengalokasian dana; dan pembelanjaan.

6) Fungsi pembiayaan kesehatan

Pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar pengumpulan pendapatan, perhimpunan penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa (WHO, 2000 dalam The World Bank, 2006). Fungsi-fungsi ini sering melibatkan interaksi kompleks antar sektor kesehatan. Oleh karena itu, fungsi-fungsi ini dapat memberikan kesempatan bagi sektor kesehatan untuk melakukan reformasi (The World Bank, 2006).

a) Pengumpulan pendapatan merupakan suatu cara sistem kesehatan untuk mengumpulkan uang dari rumah tangga, bisnis, dan sumber-sumber eksternal.

- b) Perhimpunan penghasilan dilakukan dengan mengakumulasikan dan memajemen pendapatan sehingga setiap individu ketika terkena risiko penyakit dapat terlindungi dari besarnya pengeluaran biaya yang tak terduga. Prabayar memungkinkan setiap individu membayar uang di muka untuk membebaskan mereka dari ketidakpastian dan memastikan adanya kompensasi sebelum kerugian terjadi. Pembayaran di awal adalah sebagai bentuk asuransi kesehatan dan redistribusi antara tinggi rendahnya pengeluaran kesehatan (subsidi risiko) dan tinggi rendahnya penghasilan individu (subsidi ekuitas). Dengan pemutusan hubungan antara pengeluaran kesehatan yang diharapkan dengan kemampuan membayar, pembayaran di muka adalah mekanisme penting untuk memperoleh tujuan ekuitas (keseimbangan).
- c) Fungsi pembelian, mengarah pada mekanisme yang digunakan untuk keamanan layanan dari penyedia publik dan swasta (The World Bank, 2006).

Berbagai fungsi yang disusun dapat berimplikasi penting terhadap sistem kesehatan, namun hal itu tergantung pada (The World Bank, 2006):

- (1) Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa mendatang) dan tingkat layanan serta perlindungan keuangan (dalam dan luasnya cakupan) bagi penduduk
- (2) Keadilan, (yang menanggung pajak atau beban pendapatan) dengan dana digunakan untuk membiayai sistem.
- (3) Efisiensi ekonomi dari usaha peningkatan pendapatan dalam hal menciptakan distorsi atau kerugian ekonomi (kelebihan beban perpajakan)
- (4) Tingkat pengumpulan biaya (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran (subsidi ekuitas)

- (5) Nomor dan jenis jasa yang dibeli dan dikonsumsi sehubungan dengan pengaruhnya terhadap hasil kesehatan dan biaya (biaya efektivitas dan efisiensi alokasi layanan)
- (6) Efisiensi teknis produksi layanan (tujuan menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata-rata minimum)
- (7) Akses keuangan dan fisik untuk layanan oleh penduduk (termasuk akses ekuitas, manfaat insiden)

2. Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional atau SKN (Perpres-no 72/2012) secara jelas dikemukakan bahwa upaya kesehatan dapat dibagi dua, yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat atau UKM dan Upaya Kesehatan Perorangan atau UKP. Bank Dunia (World Development Report 2006) juga mengemukakan bahwa pelayanan kesehatan dapat dibagi dua yaitu public health services dan individual clinical services.

a. Penggalan dana

- 1) Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat, misalnya dalam bentuk dana sehat atau dilakukan secara pasif yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang

sudah terkumpul di masyarakat, contohnya dana sosial keagamaan.

- 2) Penggalian dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib
- b. Pengalokasian dana
- 1) Alokasi dana dari pemerintah yakni alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja baik pusat maupun daerah sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.
 - 2) Alokasi dana dari masyarakat yakni alokasi dana dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atau sukarela.
- c. Pembelanjaan
- 1) Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan public-private patnership digunakan untuk membiayai UKM.
 - 2) Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP.
 - 3) Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib

3. Klasifikasi sistem pembiayaan kesehatan

Di dalam World Health Report (2000), WHO mengategorikan sistem kesehatan ke dalam 4 prinsip fungsi kesehatan (kepengurusan, penciptaan sumber daya, pelayanan, dan pembiayaan) dan 3 prinsip objektif (kesehatan, kontribusi keuangan yang adil, dan tanggap

terhadap dugaan nonmedis seseorang). Pembiayaan merupakan fungsi sistem utama yang terdiri dari mengumpulkan, menghimpun, dan membeli. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan adalah penggabungan yang kompleks dari institusi, demografi, sosial ekonomi, lingkungan, tekanan eksternal, dan faktor politik. Demografi, nilai-nilai sosial, faktor lingkungan, dan kegiatan ekonomi merupakan penentu yang penting dari kedua pembiayaan kesehatan wajib dan sukarela, tetapi struktur politik dan tekanan eksternal juga sangat penting dalam penentu sifat, skala, dan efektivitas pembiayaan kesehatan. Struktur politik juga akan berperan dalam menentukan sifat dan efektivitas asuransi kesehatan sukarela karena asuransi tersebut tergantung pada peraturan pemerintah (The World Bank, 2006).

4. Bentuk Sistem Pembiayaan

Secara garis besar sistem pembiayaan dibedakan menjadi empat kelompok, yaitu

- a. Sistem pembiayaan nasional (National Health Service/NHS). Sumber pembiayaan bertumpu pada pajak. Contoh. Negara Inggris, Malaysia, Thailand.
- b. Sistem pembiayaan kesehatan pada mekanisme pasar, dengan pilar utamanya orientasi profit-komersial. Misalnya Amerika
- c. Sistem pembiayaan dengan asuransi kesehatan sosial (social health insurance) seperti di Jerman, Belanda, Jepang, Korea, Taiwan, Thailand.
- d. Sistem pembiayaan kesehatan sosialis, yang diterapkan di Cina, Cuba dan Rusia.

5. Jenis Pembiayaan Kesehatan

Biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua jenis yaitu:

- a. Biaya pelayanan kedokteran
Biaya pelayanan kedokteran adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan

kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yakni yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yakni dari sudut penyelenggara kesehatan (health provider) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan (health consumer).

6. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

a. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

b. Penyebaran

Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

c. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat-syarat pokok tersebut maka perlu dilakukan:

a. Peningkatan efektifitas

Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

b. Peningkatan efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain:

1) Standar minimal pelayanan.

Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:

- a) Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
- b) Standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standard minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

2) Kerjasama

Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:

- a) Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana

yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.

- b) Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

7. Masalah Pembiayaan Kesehatan

Sebagai akibat makin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan juga karena telah dipergunakannya sebagai peralatan canggih, menyebabkan pelayanan kesehatan makin bertambah kompleks. Kesemuanya ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun di pihak lain ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Menurut Azwar (2010) ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana masalah pembiayaan kesehatan dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Kurangnya dana yang tersedia

Di banyak negara, terutama di negara yang sedang berkembang, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran mengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan. Ambil contoh untuk Indonesia misalnya, jumlah dana yang disediakan hanya berkisar antara 2-3% dari total anggaran belanja negara dalam setahun.

- b. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang berkembang, kebanyakan tempat tinggal di daerah pedesaan.

c. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokteran jauh lebih tinggi daripada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif daripada pelayanan kesehatan masyarakat.

d. Pengelolaan dana yang kurang sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik dalam batas-batas tertentu, tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya, kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya belum sempurna, yang terkait tidak hanya dengan pengetahuan dan ketrampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

e. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan di sini, beberapa yang terpenting adalah (Cambridge Research Institute, 1976; Sorkin, 1975 dan Feldstein, 1988 dalam Azwar (2010)

- 1) Tingkat inflasi meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Demikianlah apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula.
- 2) Tingkat permintaan meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya-tidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya kuantitas

penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlah orangnya lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan dan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan lebih baik pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruh pada peningkatan biaya kesehatan.

- 3) Kemajuan ilmu dan teknologi meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan yang ditandai dengan makin banyak dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih. Ke semua kemajuan ini tentu akan berpengaruh terhadap pengeluaran yang dilakukan, baik terhadap biaya investasi, ataupun biaya operasional. Tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan meningkat dengan tajam diperkirakan bahwa kontribusi pemakaian berbagai peralatan canggih terhadap kenaikan biaya kesehatan tidak kurang dari 31% dari total kenaikan harga. Suatu jumlah yang memang tidak kecil. Lebih dari pada itu, dengan kemajuan ilmu dan teknologi ini juga berpengaruh terhadap penyembuhan penyakit. Jika dahulu banyak dari penderita yang meninggal dunia, tetapi dengan telah dipergunakannya berbagai peralatan canggih, penderita dapat diselamatkan. Penyelamat nyawa manusia sering diikuti dengan keadaan cacat, yang untuk pemulihannya (rehabilitation) sering dibutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang kesemuanya juga mendorong makin meningkatnya biaya kesehatan.
- 4) Perubahan pola penyakit meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya pola penyakit di masyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis.

Dibandingkan dengan penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ini ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit akan lebih banyak pula. Apabila penyakit yang seperti ini banyak ditemukan, tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan akan meningkat dengan pesat.

- 5) Perubahan pola pelayanan kesehatan. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien. Lebih dari pada itu sebagai akibat banyak dipergunakan para spesialis dan subspecialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat. Penelitian yang dilakukan Feldstein (1971), menyebutkan jika Rumah Sakit lebih banyak mempergunakan dokter umum, maka Rumah Sakit tersebut akan berhasil menghemat tidak kurang dari US\$ 39.000 per tahun per dokter umum, dibandingkan jika Rumah Sakit tersebut mempergunakan dokter spesialis atau subspecialis.
- 6) Perubahan pola hubungan dokter-pasien. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pola akibat perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi serta penggunaan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi, menyebabkan hubungan dokter-pasien tidak begitu erat lagi. Tidak mengherankan jika kebetulan sampai terjadi perselisihan paham, dapat mendorong munculnya sengketa dan bahkan tuntutan hukum ke pengadilan. Untuk menghindari hal yang seperti ini, para dokter melakukan dua hal. Pertama, mengasuransikan praktek kedokterannya, yang ternyata sebagai akibat makin seringnya tuntutan hukum atas dokter menyebabkan premi yang harus dibayar

oleh dokter dari tahun ke tahun tampaknya semakin meningkat.

- 7) Lemahnya mekanisme pengendalian biaya. Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan, telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (cost containment). Mekanisme pengendalian biaya yang dimaksud adalah mulai dari certificate of need, feasibility study, development plan, professional standard, medical audit, sampai dengan rate regulation yang semuanya dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang jelas. Dalam banyak hal, mekanisme pengendalian harga ini sering terlambat dikembangkan, hal ini akan mengakibatkan biaya kesehatan menjadi tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani masyarakat secara keseluruhan.
- 8) Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan. (Askes). Askes (health insurance) adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan. Jika dalam penerapan yang kurang tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (third party system) dengan sistem mengganti biaya (reimbursement) akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

8. Upaya Penyelesaian Masalah

Menurut Azwar (2010), berbagai upaya untuk mengatasi masalah secara sederhana dibedakan atas beberapa macam, yakni:

- a. Upaya peningkatan sumber dana, dilakukan dengan dua cara, yakni:
 - 1) Terhadap Pemerintah, ialah meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara.
 - 2) Terhadap badan-badan lain di luar pemerintahan, ialah menghimpun dana dari sumber masyarakat serta dari sumber bantuan luar negeri.
- b. Upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana, pada dasarnya berkisar pada dua hal yakni :

- 1) Penyempurnaan sistem pelayanan. Lebih mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat dan atau melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu dapatlah diharapkan makin sempurnanya penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia.
 - 2) Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga kerja. Tujuan utamanya ialah memberikan bekal kepada pengelola sehingga dapat dilakukan pengelolaan dana yang sebaik-baiknya.
- c. Upaya mengendalikan biaya kesehatan (cost containment), secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:
- 1) Memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan (certificate of need laws). Penambahan sarana dan atau fasilitas kesehatan yang baru saja dibenarkan apabila dapat dibuktikan adanya kebutuhan masyarakat terhadap sarana dan atau fasilitas kesehatan tersebut. Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka dapat dihindari berdiri dan atau dibelinya berbagai sarana serta fasilitas pelayanan kesehatan yang berlebihan dan atau yang tidak dibutuhkan. Dampak positif yang dihasilkannya ialah akan dapat menekan biaya investasi serta biaya operasional, yang apabila dapat diperlakukan secara konsisten maka pada gilirannya akan dapat menekan biaya kesehatan.
 - 2) Memperlakukan peraturan studi kelayakan (feasibility study). Artinya penambahan sarana dan atau fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan bahwa sarana dan fasilitas kesehatan tersebut tetap dapat menyelenggarakan kegiatannya dengan tarif pelayanan yang bersifat sosial, maka upaya untuk menaikkan tarif dengan alasan untuk menutupi kerugian akan dapat dicegah.
 - 3) Memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana (development plan laws). Artinya dalam pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan hanya dibenarkan

apabila sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui oleh Pemerintah. Maka dapat dihindari pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan yang berlebihan dan tidak sesuai dengan kebutuhan.

- 4) Menetapkan standar baku pelayanan kesehatan (profesional medical standard). Pelayanan kesehatan hanya dibenarkan untuk diselenggarakan jika tidak menyimpang dari standar baku yang telah ditetapkan, sehingga dapat dihindari pelayanan yang dibawah standar dan atau yang berlebihan.
- 5) Menyelenggarakan program menjaga mutu (quality assurance program) Program menjaga mutu ini dipandang penting, karena sesungguhnya standar baku pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan tidak akan ada gunanya tanpa ada mekanisme pengawasannya. Contoh kegiatan program menjaga mutu adalah audit kedokteran (medical audit).
- 6) Menyelenggarakan peraturan tarif pelayanan (rate regulation). Dengan diselenggarakannya pengaturan tarif pelayanan ini, maka penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat menaikkan tarif semaunya. Ketentuan tarif telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Dampak positifnya jelas akan membantu pengendalian biaya kesehatan.
- 7) Asuransi kesehatan (health insurance). Untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan program asuransi kesehatan yang telah dimodifikasi yakni melibatkan peran serta tanggung jawab penyedia pelayanan kesehatan serta pemakai jasa pelayanan kesehatan.

9. Implementasi Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Pembiayaan kesehatan di Indonesia dibiayai oleh pemerintah dan swasta. Pembiayaan dari pemerintah pusat (75%) dan pemerintah

daerah (25%). Saat ini kebijakan pembiayaan kesehatan yang berlaku di Indonesia diatur dalam UU no 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi sosial. Dalam implementasinya sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia didominasi oleh pembiayaan pemerintah dari sumber pajak. Dalam situasi pembiayaan kesehatan yang dinamis ini, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia yang dimulai sejak 1 Januari tahun 2014 memberikan andil yang besar terhadap reformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. JKN diharapkan secara bertahap menjadi tulang punggung untuk mencapai Universal Health Coverage sebagaimana diamanatkan Undang-Undang.

C. Rangkuman

1. Sistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat yang setinggi-tingginya.
2. Tujuan pembiayaan kesehatan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termamfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
3. Unsur subsistem pembiayaan kesehatan adalah dana, sumber daya, dan pengelolaan dana kesehatan.
4. Sumber biaya kesehatan dapat berasal dari anggaran pemerintah, anggaran masyarakat, bantuan dari dalam dan luar negeri, serta gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

5. Prinsip-prinsip subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari: kecukupan; efektif dan efisien; dan adil dan transparan. Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari: penggalan dana; pengalokasian dana; dan pembelanjaan.
6. Pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar pengumpulan pendapatan, perhimpunan penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa.
7. Klasifikasi sistem pembiayaan kesehatan dibagi menjadi 4 prinsip fungsi kesehatan (kepengurusan, penciptaan sumber daya, pelayanan, dan pembiayaan) dan 3 prinsip objektif (kesehatan, kontribusi keuangan yang adil, dan tanggap terhadap dugaan nonmedis seseorang).
8. Bentuk sistem pembiayaan : Sistem pembiayaan nasional, Sistem pembiayaan kesehatan pada mekanisme pasar, dengan pilar utamanya orientasi profit-komersial, Sistem pembiayaan dengan asuransi kesehatan sosial (social health insurance), Sistem pembiayaan kesehatan sosialis.
9. Biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua jenis yaitu biaya pelayanan kedokteran dan Biaya pelayanan kesehatan masyarakat
10. Syarat pokok pembiayaan kesehatan harus tersedia jumlah yang cukup, penyebaran dana sesuai kebutuhan, dan pemanfaatan yang optimal.
11. Masalah pembiayaan kesehatan yang sering terjadi adalah Kurangnya dana yang tersedia, Penyebaran dana yang tidak sesuai, Pemanfaatan dana yang tidak tepat, Pengelolaan dana yang kurang sempurna, Biaya kesehatan yang makin meningkat
12. Upaya penyelesaian masalah dengan cara peningkatan sumber dana, memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana, mengendalikan biaya kesehatan
13. Implementasi Pembiayaan Kesehatan di Indonesia
Pembiayaan kesehatan di Indonesia dibiayai oleh

pemerintah dan swasta. Pemerintah terdiri dari pusat (75%) dan daerah (25%).

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini, kerjakan tugas latihan berikut!

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Yang termasuk jenis asuransi kesehatan social di Indonesia adalah
 - a. BNI life
 - b. Jamsostek
 - c. Lippo life
 - d. Mandiri life
 - e. Prudential
2. Di dalam UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), sifat dari sistem jaminan sosial ini adalah
 - a. Bebas
 - b. Bersubsidi
 - c. Sukarela
 - d. Terbatas
 - e. Wajib
3. UU SJSN meruapakan subsistem SKN tentang
 - a. Jaminan orang sakit
 - b. Manajemen dan informasi
 - c. Pembiayaan kesehatan
 - d. SDM Kesehatan
 - e. Upaya kesehatan
4. Anggaran kesehatan yang harus dialokasikan pemerintah provinsi,kabupaten/kota menurut UU no.36 tahun 2009 tentang Kesehatan adalah

- a. 5%
 - b. 8%
 - c. 10%
 - d. 12%
 - e. 13%
5. BPJS kesehatan menyelenggarakan program "
- a. Jaminan hari tua
 - b. Kecelakaan kerja
 - c. Kematian
 - d. Kesehatan
 - e. Pensiun
6. Biaya kesehatan yang makin meningkat dapat terjadi karena
- a. Kemajuan ilmu dan teknologi meningkatnya biaya kesehatan
 - b. Kurangnya dana yang tersedia
 - c. Pengeloan dana yang kurang sempurna
 - d. Penyakit kronis
 - e. Penyebaran dana yang tidak sesuai
7. Contoh biaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah
- a. Memberikan terapi insulin pada pasien DM
 - b. Pelayanan cuci darah untuk pasien gagal ginjal
 - c. Pelayanan untuk mencegah penyakit hipertensi
 - d. Pengobatan penyakit hipertensi
 - e. Rehabilitasi dari sakit stroke
8. Yang termasuk unsur subsistem pembiayaan kesehatan adalah....
- a. Anggaran masyarakat
 - b. Anggaran pemerintah
 - c. Bantuan dalam dan luar negeri
 - d. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat
 - e. Sumber daya

9. Sumber pembiayaan bertumpu pada pajak adalah
 - a. Sistem pembiayaan daerah
 - b. Sistem pembiayaan dengan asuransi kesehatan social
 - c. Sistem pembiayaan kesehatan pada mekanisme pasar
 - d. Sistem pembiayaan kesehatan sosialis
 - e. Sistem pembiayaan nasional
10. Yang termasuk public health services adalah mengutamakan pelayanan kesehatan
 - a. Preventif dan rehabilitatif
 - b. Promotif dan kuratif
 - c. Promotif dan preventif
 - d. Promotif dan resosilitatif
 - e. Rehabilitative dan resosilitatif

E. Referensi

- Ascobat Gani, MPH, Dr.PH. (2019). *Pembiayaan Kesehatan Dan JKN*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas. Tersedia di: https://www.bappenas.go.id/files/4315/9339/2341/FA_Preview_HSR_Book08.pdf.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan praktis Sistem Rujukan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan.(2016). *Buku Panduan Tatalaksana 20 Penyakit Non Spesialistik Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: BPJS Kesehatan
- Herlambang, susatyo.(2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Kemendes RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Tahun 2020-2024*. Pusat Pembiayaan Dan Jaminan Kesehatan Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-466040-4tahunan-846.pdf>.

- Kemenkes. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jakarta: Bhakti Husada.
- M. Fais. (2014). Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jagakarsa: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Permenkes RI. (2014). Tentang Puskesmas. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan. Permenkes RI. (2014). Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer. Jakarta:
- Peraturan Menteri Kesehatan. Permenkes RI. (2014). Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan
- Permenkes RI. (2012). Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan.
- Permenkes RI. (2013). Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta:

BAB VI

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami pengertian sistem pelayanan kesehatan
2. Memahami ciri - ciri dari pelayanan kesehatan
3. Memahami jenis - jenis sistem pelayanan kesehatan
4. Memahami tingkatan pelayanan kesehatan
5. Memahami beberapa lembaga yang terkait dengan pelayanan kesehatan
6. Memahami ruang lingkup dari sistem pelayanan kesehatan
7. Syarat pokok sistem pelayanan kesehatan
8. Memahami pelayanan kesehatan prima
9. Memahami sistem rujukan
10. Memahami faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan
11. Masalah Sistem Pelayanan Kesehatan

B. Materi

1. Pengertian Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Menurut Dubois & Miley (2005 : 317), Sistem Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Menurut Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya

yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Jadi, sesuai pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Yang dimaksud sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yaitu input, proses, output, dampak, umpan balik.

a. Input

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Input sistem pelayanan kesehatan : potensi masyarakat, tenaga & sarana kesehatan.

b. Proses

Kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan : berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

c. Output

Merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan : pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat

d. Dampak

Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan : masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.

e. Umpan Balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam pelayanan kesesahatan : kualitas tenaga kesehatan.

f. Lingkungan

Semua keadaan di luar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

Contoh : Di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas

Input : Dokter, Perawat, Obat-obatan.

Proses : Kegiatan pelayanan puskesmas.

Output : Pasien sembuh atau tidak sembuh.

Dampak : Meningkatnya status kesehatan masyarakat.

Umpan Balik : Keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan.

Lingkungannya : Masyarakat dan instansi-instansi diluar puskesmas

2. Ciri-Ciri Pelayanan Kesehatan

Ciri-ciri sistem pelayanan kesehatan dibagi menjadi :

- a. P : Pleasantness (seorang petugas harus mampu menyenangkan pelanggan).
- b. E : Eagerness to help others (memiliki keinginan yang kuat dari dalam dirinya untuk membantu).
- c. R : Respect for other people (harus menghargai dan menghormati pelanggan).
- d. S : Sense of responsibility is a realization that what one does and says is important (harus memiliki rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan dan perkataannya terhadap pelanggan)
- e. O : Orderly mind is essential for methodical and accurate work (harus memiliki jalan pemikiran yang terarah dan terorganisasi untuk melakukan pekerjaan dengan metode baik dan tingkat ketepatan yang tinggi).
- f. N : Neatness indicates pride in self and job (harus memiliki kerapian dan bangga dengan pekerjaannya sendiri).
- g. A : Accurate in everything done is of permanent importance (harus melakukan pekerjaan dengan keakuratan atau ketepatan)

atau ketelitian, hal ini merupakan sebuah nilai yang sangat penting).

- h. L : Loyalty to both management and colleagues make good time work (harus bersikap setia pada management dan rekan kerja, merupakan kunci membangun kerja sama).
- i. I : Intelligence use of common sense at all time (harus senantiasa menggunakan akal sehat dalam memahami pelanggan dari waktu ke waktu).
- j. T : Tact saying and doing the right thing at the right time (harus memiliki kepribadian, berbicara, bijaksana dan melakukan pekerjaan secara benar).
- k. Y : Yearning to be good serve clerk and love of the work is essential (mempunyai keinginan menjadi pelayan yang baik serta mencintai pekerjaannya).

3. Jenis – Jenis Sistem Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

Dengan ciri- ciri :

- 1) Tenaga pelaksanaannya adalah tenaga para dokter
- 2) Perhatian utamanya adalah penyembuhan penyakit
- 3) Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga
- 4) Kurang memperhatikan efisiensi
- 5) Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran
- 6) Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat undang-undang

- 7) Penghasilan diperoleh dari imbal jasa
- 8) Bertanggung jawab hanya kepada penderita
- 9) Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan
- 10) Masalah administrasi sangat sederhana

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Dengan ciri-ciri :

- 1) Tenaga pelaksanaannya terutama ahli kesehatan masyarakat
- 2) Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit
- 3) Sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan
- 4) Selalu berupaya mencari cara yang efisien
- 5) Dapat menarik perhatian masyarakat
- 6) Menjalankan fungsi dengan mengorganisir masyarakat dan mendapat dukungan undang-undang
- 7) Penghasilan berupa gaji dari pemerintah
- 8) Bertanggung jawab kepada seluruh masyarakat
- 9) Dapat memonopoli upaya kesehatan j.
- 10) Mengadapi berbagai persoalan kepemimpinan

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan

(preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balkesma saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan

4. Tingkatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Leavel & Clark dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu :

- a. Health Promotion (Promosi Kesehatan)
Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Contoh : Kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan.
- b. Specific Protection (Perlindungan Khusus) Perlindungan khusus adalah masyarakat terlindung dari bahaya atau penyakit-penyakit tertentu. Contoh : Imunisasi, perlindungan keselamatan kerja.
- c. Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini & Pengobatan Segera) Sudah mulai timbulnya gejala penyakit dan dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Contoh: Survey penyaringan kasus. 4.
- d. Disability Limitation (Pembatasan Kecacatan)
Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit tertentu. Dilakukan pada kasus yang memiliki potensi kecacatan. Contoh : Perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan, mencegah kematian.
- e. ehabilitation (Rehabilitasi)
Dilakukan setelah pasien sembuh. Sangat diperlukan pada fase pemulihan terhadap kecacatan, misal : program latihan,

konsultasi dan diskusi psikologis untuk meningkatkan coping individu positif sehingga gairah hidup meningkat.

5. Beberapa Lembaga yang Terkait Dengan Pelayanan Kesehatan

Lembaga merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat yang dimaksud bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Tempat tersebut diantaranya :

a. Rawat Jalan

Lembaga pelayanan ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosa dan pengobatan pada penyakit yang akut atau mendadak serta kronis yang dimungkinkan tidak rawat inap. Lembaga ini misalnya : klinik kesehatan, klinik dokter spesialis.

b. Institusi

Merupakan lembaga yang fasilitasnya cukup dalam memberikan pelayanan kesehatan, seperti : rumah sakit dan pusat rehabilitasi

c. Hospice

Lembaga ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada klien yang sakit terminal agar lebih tenang, biasanya dilakukan home care.

d. Community Base Agency

Merupakan bagian dari lembaga yang dilakukan pada klien dan keluarga, misalnya : praktek perawat keluarga

6. Ruang Lingkup Dari Sistem Pelayanan Kesehatan

a. Tingkat Pertama/Primary Health Service

Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok yang dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Biasa dilakukan pada masyarakat yang memiliki masalah atau masyarakat sehat. Sifat pelayanan adalah pelayanan dasar yang

dapat dilakukan di puskesmas, balai kesehatan masyarakat atau poliklinik.

- b. Tingkat Dua/Secondary Health Service
Diperlukan bagi masyarakat atau klien yang memerlukan perawatan rumah sakit dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis
- c. Tingkat Tiga/Tertiary Health Service
Merupakan tingkat yang tertinggi. Membutuhkan tenaga ahli atau subspecialis dan sebagai rujukan.

7. Syarat Pokok Sistem Pelatanan Kesehatan

- a. Tersedia dan Berkesinambungan
Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus mudah ditemukan serta selalu siaga keberadaannya di masyarakat setiap kali dibutuhkan.
- b. Dapat Diterima dan Wajar
Diartikan bahwa pelayanan kesehatan tersebut tidak berbentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat bukan pelayanan kesehatan yang baik.
- c. sudah Dicapai/Accessible
Ketercapaian yang dimaksudkan diutamakan dari sudut lokasi. Dengan kata lain pelayanan kesehatan dan distribusi sarana kesehatan merata di seluruh wilayah, tidak terkonsentrasi di perkotaan. Mudah
- d. Dijangkau/ Affordable
Terutama dari sudut biaya, disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- e. Bermutu/ Quality
Mutu yang dimaksudkan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan tata cara

penyelenggaraannya disesuaikan kode etik serta yang telah ditetapkan

8. Pelayanan Kesehatan Prima

a. Definisi Pelayanan Prima

Pelayanan prima (Excellent Service) diartikan dari kata "pelayanan" yang berarti "usaha melayani kebutuhan orang lain" atau "melayani" yang berarti "membantu menyiapkan apa yang diperlukan seseorang" dan kata prima atau excellent yang berarti bermutu tinggi dan memuaskan. Menurut para ahli, pelayanan yang diberikan oleh petugas Rumah Sakit kepada konsumen bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki oleh penerima pelayanan (Davidow dan Uttal, 1989). Menyangkut pelayanan Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan konsumen adalah masyarakat yang mendapat manfaat dari aktivitas yang dilakukan oleh Rumah Sakit dan petugas yang telah ditunjuk sebagai pemberi pelayanan itu. Pelayanan yang tidak berwujud, dimaksudkan adalah pelayanan itu hanya dirasakan oleh konsumen. Norman (1991) menggambarkan karakteristik pelayanan sebagai berikut :

- 1) Pelayanan sifatnya tidak dapat diraba, karena bukan berbentuk benda dan beda sifatnya dengan barang.
- 2) Pelayanan, kenyataannya terdiri dari tindakan dan berbentuk pengaruh yang sifatnya tindakan sosial.
- 3) Produksi dan konsumsi pelayanan tidak dapat dipisahkan secara nyata, karena pada umumnya terjadi secara bersamaan dan ditempat yang sama.

Karakteristik tersebut diatas mungkin dapat dijadikan dasar bagaimana memberikan pelayanan yang terbaik (prima) di sebuah Rumah Sakit. Pengertian yang lebih luas seperti yang dikemukakan Davidow dan Uttal, bahwa pelayanan merupakan usaha apa saja yang dilakukan untuk mempertinggi nilai kepuasan konsumen.

Pelayanan dapat bermakna suatu bentuk aktivitas yang menggambarkan perhatian, bantuan, dan penghargaan kepada konsumen yang dapat memberikan kepuasan bagi mereka. Melalui pelayanan yang baik (prima) akan melahirkan kedekatan antara produsen dan konsumen, menimbulkan kesan menyenangkan, sebagai kenangan yang sulit dilupakan.

Pelayanan yang baik (prima), khususnya menyangkut pelayanan Rumah Sakit, juga akan menimbulkan kesan/kenangan yang menyenangkan bagi konsumen (pasien dan keluarganya). Selain itu, pelayanan yang baik juga akan menumbuhkan kesan dan "citra yang baik" di hati konsumen, yang selanjutnya dapat menjadi faktor pendorong konsumen untuk bekerja sama, berperan aktif dalam kegiatan sosial Rumah Sakit itu, bahkan dapat menjadi promotor Rumah Sakit tersebut.

b. Tujuan Pelayanan Prima

Tujuan dari pelayan prima adalah memberikan kepuasan kepada konsumen (masyarakat) sesuai dengan keinginan mereka. Untuk mencapai tingkat kepuasan itu, diperlukan kualitas pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan atau keinginan konsumen, Zeithami at al. (1990).

c. Unsur-Unsur Pelayanan Prima

Unsur-unsur pelayanan prima, sesuai keputusan Menpan No. 81/1993, yaitu :

- 1) Kesederhanaan
- 2) Kejelasan dan kepastian
- 3) Keamanan
- 4) Keterbukaan
- 5) Efisien
- 6) Ekonomis
- 7) Keadilan yang merata

d. Dimensi Kualitas Pelayanan Prima

- 1) Kehandalan (*Reliability*)

Kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan secara akurat.

2) Kepercayaan (*Assurance*)

Pengetahuan dan keramahan serta kemampuan untuk menumbuhkan kepercayaan

3) Penampilan (*Tangible*)

Fasilitas fisik, peralatan dan tampilan dari staf.

4) Empati (*Empathy*)

Perhatian secara pribadi yang diberikan kepada penerima pelayanan.

5) Ketanggapan (*Responsiveness*)

Kemauan untuk menolong dan memberikan service yang tepat waktu

e. Prinsip Pelayanan Prima

Bentuk bentuk pelayanan prima yang seharusnya diberikan kepada masyarakat yang berjumlah puluhan bahkan ratusan orang setiap hari oleh lembaga kesehatan, secara teknis berbeda satu sama lain. Dari sekian ribu pelayanan itu, hanya sedikit yang terhitung sebagai pelayanan prima, karena memenuhi beberapa prinsip, yaitu :

1) Mengutamakan Pelanggan (Pasien)

Pelanggan (pasien), sebenarnya adalah pemilik dari pelayanan yang diberikan di lembaga kesehatan. Tanpa pelanggan pelayanan tidak pernah ada, dan pelanggan memiliki kekuatan untuk menghentikan atau meneruskan pelayanan itu. Mengutamakan Pelanggan diartikan sebagai berikut :

- Prosedur pelayanan seharusnya disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan (pasien), bukan untuk memperlancar pekerjaan petugas lembaga kesehatan.
- Jika pelayanan ada pelanggan internal dan pelanggan eksternal, maka harus ada prosedur yang berbeda dan

terpisah keduanya. Pelayanan bagi pelanggan eksternal harus diutamakan dari pada pelanggan internal.

- Jika pelayanan memiliki pelanggan tak langsung selain langsung, maka dipersiapkan jenis-jenis layanan yang sesuai untuk keduanya. Pelayanan bagi pelanggan tak langsung perlu lebih diutamakan.

f. Aspek-Aspek Pelayanan Prima

Berdasarkan pandangan beberapa ahli aspek-aspek kualitas pelayanan prima adalah sebagai berikut :

1) Penerimaan

Meliputi sikap perawat yang selalu ramah, periang, selalu tersenyum, menyapa semua pasien. Perawat perlu memiliki minat terhadap orang lain, menerima pasien tanpa membedakan golongan, pangkat, latar belakang sosial ekonomi dan budaya, sehingga pribadi utuh. Agar dapat melakukan pelayanan sesuai aspek penerimaan perawat harus memiliki minat terhadap orang lain dan memiliki wawasan luas.

2) Perhatian

Meliputi sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan perlu bersikap sabar, murah hati dalam arti bersedia memberikan bantuan dan pertolongan kepada pasien dengan sukarela tanpa mengharapkan imbalan, memiliki sensitivitas dan peka terhadap setiap perubahan pasien, mau mengerti terhadap kecemasan dan ketakutan pasien.

3) Komunikasi

Meliputi sikap perawat yang harus bisa melakukan komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga pasien. Adanya komunikasi yang saling berinteraksi antara pasien dengan perawat, dan adanya hubungan yang baik dengan keluarga pasien.

4) Kerjasama

Meliputi sikap perawat yang harus mampu melakukan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga pasien.

5) Tanggung Jawab

Meliputi sikap perawat yang jujur, tekun dalam tugas, mampu mencurahkan waktu dan perhatian, sportif dalam tugas, konsisten serta tepat dalam bertindak.

Namun, dalam perkembangan penelitian selanjutnya dirasakan adanya dimensi mutu pelayanan yang saling tumpang tindih satu dengan yang lainnya yang dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Selanjutnya oleh Parasuraman et al. (1990) dimensi tersebut difokuskan menjadi 5 dimensi (ukuran) kualitas jasa/ pelayanan, yaitu :

1) Tangible (Berwujud)

Meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan alat-alat komunikasi.

2) Realibility (Keandalan)

Yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa yang telah dijanjikan secara konsisten dan dapat diandalkan (akurat).

3) Responsiveness (Cepat Tanggap)

Yaitu kemauan untuk membantu pasien dan menyediakan jasa/ pelayanan yang cepat dan tepat.

4) Assurance (Kepastian)

Mencakup pengetahuan dan keramah-tamahan para pasien dan kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.

5) Empaty (Empati)

Meliputi pemahaman pemberian perhatian secara individual, kemudahan dalam melakukan komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan pasien

9. Sistem Pelayanan Rujukan

a. Definisi Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani) atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya).

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan wewenang atau tanggung jawab timbal balik, terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan, secara vertikal dalam arti dari unit yang terkecil atau berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Salah satu bentuk pelaksanaan dan pengembangan upaya kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah rujukan upaya kesehatan. Untuk mendapatkan mutu pelayanan yang lebih terjamin, berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien), perlu adanya jenjang pembagian tugas diantara unit-unit pelayanan kesehatan melalui suatu tatanan sistem rujukan.

b. Macam-Macam Sistem Rujukan

1) Menurut Tata Hubungannya

Rujukan Internal

Rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu). ke puskesmas induk.

2) Rujukan Eksternal

Rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

c. Menurut Lingkup Pelayanannya

1) Rujukan Medik

Rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Disamping itu juga mencakup rujukan pengetahuan (konsultasi medis) dan bahan-bahan pemeriksaan. Rujukan medik dibagi menjadi :

- Transfer of patient
Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- Transfer of specimen
Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- Transfer of knowledge / personal
 - Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan & keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi.
 - Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan & keterampilan mereka ke rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan

d. Rujukan Kesehatan Masyarakat

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promosi). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional. Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium kesehatan, teknologi kesehatan.

e. Tata Laksana Sistem Rujukan

- 1) Internal antar petugas di satu instansi
- 2) Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
- 3) Antara masyarakat dan puskesmas
- 4) Antara satu puskesmas dan puskesmas lainnya
- 5) Antara puskesmas dan RS, laboratorium/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- 6) Internal antar bagian/unit pelayanan di dalam satu RS
- 7) Antara RS, laboratorium/fasilitas pelayanan lain dari RS

f. Prosedur Pelaksanaan Sistem Rujukan

Dalam membina sistem rujukan ini perlu ditentukan beberapa hal, yaitu :

1) Regionalisasi

Regionalisasi adalah pembagian wilayah pelaksanaan sistem rujukan. Pembagian wilayah ini didasarkan atas pembagian wilayah secara administratif, tetapi dimana perlu didasarkan atas lokasi atau mudahnya sistem rujukan itu dicapai. Hal ini untuk menjaga agar pusat sistem rujukan mendapat arus penderita secara merata. Tiap tingkat unit kesehatan diharapkan melakukan penyaringan terhadap penderita yang akan disalurkan dalam sistem rujukan. Penderita yang dapat melayani oleh unit kesehatan tersebut, tidak perlu dikirim ke unit lain yang lebih mampu.

2) Kemampuan Unit Kesehatan dan Petugas

Kemampuan unit kesehatan tergantung pada macam petugas dan peralatannya. Walaupun demikian diharapkan mereka dapat melakukan keterampilan tertentu. Dalam kaitan ini perlu ditetapkan penggolongan penyakit, menjadi 3 golongan diantaranya :

- a) Penyakit yang bersifat darurat, yaitu penyakit yang harus segera di tanggulangi, karena bila terlambat dapat menyebabkan kematian.

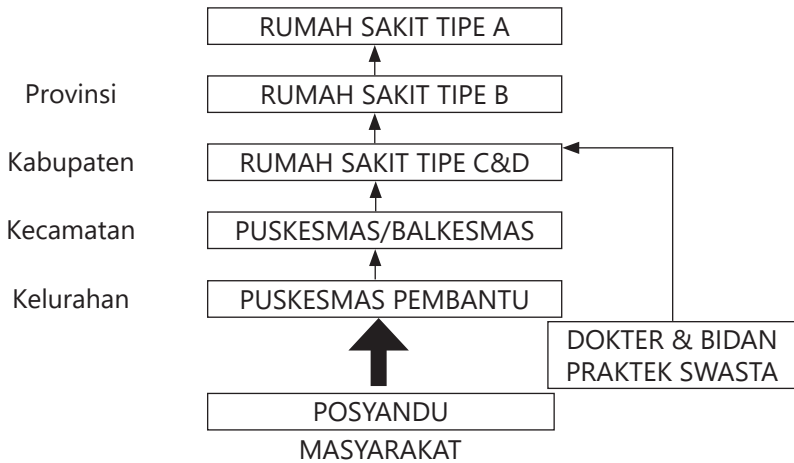
- b) Penyakit yang bersifat menahun, yang penyembuhan dan pemulihannya memerlukan waktu yang lama dan dapat menimbulkan beban pembiayaan yang tidak dapat dipikul oleh penderita dan keluarganya.
- c) Penyakit yang bersifat akut tetapi tidak gawat, rehabilitas sosial, bagi penderita yang telah sembuh dari penyakit menahun seperti kusta dan jiwa yang tidak dapat dikembalikan kepada masyarakat, serta perawatan kesehatan bagi orang jompo, terutama menjadi tanggung jawab pemerintah.

Sedangkan, langkah-langkah pelaksanaan dalam sistem rujukan, yaitu :

- a) Menentukan Kegawatdaruratan Penderita
 - Pada tingkat kader, ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.
 - Pada tingkat puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.
- b) Menentukan Tempat Rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

- c) Memberikan Informasi Kepada Penderita dan Keluarga
Kaji ulang rencana rujukan bersama penderita dan keluarga. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan, perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika penderita tidak siap dengan rujukan, lakukan konseling terhadap penderita dan keluarganya tentang rencana tersebut.
- d) Mengirimkan Informasi Pada Tempat Rujukan yang Dituju
- Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
 - Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
 - Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.
 - Persiapan penderita
 - Pengiriman penderita
 - Tindak lanjut penderita
 - Untuk penderita yang telah dikembalikan (rawat jalan pasca penanganan).
 - Penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor harus ada tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan rumah.
- e) Skema Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia



10. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adanya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi baru, pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi dan politik.

a. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Baru

Mengingat adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi, seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit penyembuhannya, maka digunakanlah alat seperti laser, terapi perukaan gen dan lain-lain. Maka pelayanan kesehatan ini membutuhkan biaya yang cukup besar dan butuh tenaga yang professional di bidang tertentu.

b. Pergeseran Nilai Masyarakat

Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan,

sehingga kondisi demikian akan sangat mempengaruhi system pelayanan kesehatan.

- c. Aspek Legal dan Etik Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntunan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan norma dan etik yang ada dalam masyarakat.
- d. Ekonomi
Semakin tinggi ekonomi seseorang pelayanan kesehatan lebih mudah diperoleh dan dijangkau dan begitu sebaliknya dengan orang yang tergolong ekonomi rendah. Keadaan ekonomi ini akan mempengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.
- e. Politik
Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan. Strategi yang ada dalam visi Indonesia sehat diantaranya pemahaman tentang paradigma sehat, strategi profesionalisme dalam segala tugas, adanya JPKM, dan desentralisasi. Dalam menggunakan strategi yang ada, pemerintah telah menyusun misi yang akan dijalankan sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan, diantaranya :
 - 1) Penggerak pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.
 - 2) Memelihara serta meningkatkan melindungi kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan.
 - 3) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
 - 4) Meningkatkan kemandirian masyarakat hidup sehat.

11. Masalah Sistem Pelayanan Kesehatan

Faktor yang paling berpengaruh terhadap masalah pelayanan kesehatan adalah perkembangan ilmu dan teknologi. Semakin tinggi ilmu pengetahuan dan teknologi, semakin tinggi pelayanan kesehatan yang diberikan. Hasil yang diraih juga semakin baik dimanan angka kesakitan, cacat dan kematian menurun serta meningkatkan umur harapan hidup rata

Perubahan ini juga mendatangkan masalah sebagai berikut :

a. Terkotak-kotaknya Pelayanan Kesehatan/ Fragmented Health Services

Berhubungan dengan munculnya spesialis dan sub spesialis yang berdampak negatif dengan timbulnya keselitan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang akan menimbulkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bila hal ini berkelanjutan.

b. Berubahnya Sifat Pelayanan Kesehatan

Muncul sebagai akibat lebih lanjut dari pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak, terutama ditemukan pada hubungan dokter dan pasien. Munculnya sub spesialis dan spesialis menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak menyeluruh, perhatian tertuju pada keluhan dan organ tubuh yang sakit saja. Perubahan bertambah nyata dengan adanya peralatan yang canggih yang mendukung proses pelayanan yang diberikan. Hal tersebut menimbulkan berbagai dampak negatif, yaitu sebagai berikut :

- 1) Regangnya hubungan dokter dengan pasien yang timbul karena peralatan yang digunakan tersebut.
- 2) Mahalnya biaya kesehatan.

C. Rangkuman

Sistem pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif

(penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Pelayanan yang baik (prima), khususnya menyangkut pelayanan lembaga kesehatan, juga akan menimbulkan kesan/kenangan yang menyenangkan bagi konsumen (pasien dan keluarganya) yang selanjutnya dapat menjadi faktor pendorong untuk bekerja sama, berperan aktif dalam kegiatan sosial lembaga kesehatan itu, bahkan dapat menjadi promotor lembaga kesehatan tersebut. Sedangkan syarat-syarat pokok system pelayanan kesehatan yang prima yaitu tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai/accessible, mudah dijangkau/affordable, bermutu/ quality. Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan wewenang atau tanggung jawab timbal balik, terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan, secara vertikal dalam arti dari unit yang terkecil atau berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

D. Tugas

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan sistem pelayanan kesehatan, menurut WHO, 1996 dan Depkes RI, 2009 !
2. Ada berapa sistem pelayanan kesehatan masyarakat, sebutkan ?
3. Lembaga apa saja yang ada dalam sistem pelayanan kesehatan ?
4. Faktor apa saja yang dapat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan ?

E. Referensi

- Ali H.Z. 2002. Dasar-Dasar Keperawatan Profesional. Jakarta : Widya Medika Alimul, Aziz H. 2003.
- Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Jakarta : Salemba Medika

- Asmadi. 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : EGC
- Aziz Alimul H. 2008. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Potter & Perry. 2005. Keperawatan Fundamental Vol. 1 Edisi terjemahan. Jakarta : EGC
- Dubois & Miley. 2005. Pelayanan Kesehatan Edisi terjemahan. Jakarta : EGC

BAB VII

PENDIDIKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari BAB VII mahasiswa diharapkan dapat memahami konsep Pendidikan Kesehatan

2. Tujuan Pembelajaran (Learning Outcomes)

Setelah mempelajari materi BAB VII ini, mahasiswa diharapkan mampu :

Menguraikan Definisi Pendidikan Kesehatan dengan tepat

- 1) Menjelaskan Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan
- 2) Menjelaskan Tujuan Pendidikan Kesehatan
- 3) Mengidentifikasi Sasaran Pendidikan Kesehatan
- 4) Mengidentifikasi Prinsip Pendidikan Kesehatan
- 5) Menjelaskan Proses Pendidikan Kesehatan
- 6) Menjelaskan Sub Bidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan
- 7) Menjelaskan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan
- 8) Menguraikan Konsep Perilaku Kesehatan dengan tepat

B. Materi

Tahun 2020 merupakan tahun yang buruk bagi kesehatan dunia. Diawali dengan munculnya virus COVID-19 di akhir tahun 2019, yang pada awalnya diduga akan cepat selesai, ternyata berkembang menjadi pandemi global yang berdampak pada seluruh sektor kehidupan. Tidak hanya sektor kesehatan yang mengalami cobaan luar biasa, namun sektor-sektor lain seperti ekonomi, pariwisata, pertahanan, bahkan setor budaya dan politik ikut terdampak. Namun di sisi lain pandemi Covid-19 telah membuka kelemahan

dari sistem pelayanan kesehatan di berbagai negara yang perlu segera diperbaiki. Pembelajaran lain dari pandemi Covid-19 adalah membuktikan betapa eratnya hubungan perilaku manusia dengan munculnya masalah kesehatan. Dalam dua sampai tiga dasawarsa terakhir mungkin ilmu kesehatan masyarakat, epidemiologi, promosi kesehatan tidak lagi begitu sering menjadi topik pembahasan, namun dengan munculnya pandemi Covid-19, semua komponen masyarakat mulai merasakan betapa eratnya pendidikan kesehatan dengan perilaku individu ataupun masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Masyarakat mulai melihat betapa butuh upaya yang sangat luar biasa hanya untuk membuat masyarakat peduli dan mau melakukan protokol kesehatan yang paling sederhana yaitu cuci tangan atau memakai masker. Belum lagi perilaku-perilaku lain yang butuh perubahan atau adaptasi, namun belum terlaksana atau terwujud secara optimal, sehingga dibutuhkan pendidikan kesehatan yang lebih masif di seluruh lapisan masyarakat.

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan terdiri dari dua kata yaitu kesehatan atau sehat dan pendidikan. Sehat merupakan impian semua orang, baik itu anak-anak, remaja, dewasa bahkan usia lanjut. Kesehatan yang baik menjadi prioritas utama setiap orang, dapat dikatakan bahwa sehat merupakan kebutuhan hidup seseorang. Seseorang yang sedang tidak sehat atau sakit, akan merasakan akibat dari kondisi tersebut, seperti rutinitas menjadi terganggu, aktifitas yang seharusnya dilakukan menjadi tertunda bahkan sampai tidak terlaksana seperti rencana. Pentingnya menjaga tubuh untuk tetap sehat perlu memahami bagaimana konsep hidup sehat yang sebenarnya sehingga terhindar dari berbagai penyakit. Menurut Undang-Undang No. 9 tahun 1960, Bab I Pasal 2 tentang pokok-pokok kesehatan, yang menjelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan social, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Sedangkan menurut WHO "Health is defined

as a state of complete physical, mental, and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity". Pendidikan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) diartikan sebagai suatu proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Sedangkan kesehatan diartikan sebagai keadaan (hal) sehat, kebaikan keadaan seperti badan dan sebagainya¹. Pendidikan menurut M.J. Langeveld diartikan sebagai upaya dalam membimbing manusia yang belum dewasa kearah kedewasaan. Pendidikan adalah suatu usaha dalam menolong anak untuk melakukan tugas-tugas hidupnya, agar mandiri dan bertanggung jawab secara susila. Pendidikan juga diartikan sebagai usaha untuk mencapai penentuan diri dan tanggung jawab². Jika dua kata tersebut digabungkan, maka pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai proses mengubah sikap dan perilaku seseorang (individu) atau kelompok melalui pengajaran dan atau pelatihan supaya menjadi sehat. Secara lebih rinci dan operasional definisi pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri³.

2. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

a. Batasan Pendidikan Kesehatan

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (behavior engineering) untuk hidup sehat. Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur – unsur pendidikan yaitu:

- 1) Input : sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik atau pengajar atau akademisi (Pelaku Pendidikan)

- 2) Proses : upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
- 3) Output: melakukan apa yang diharapkan atau perubahan perilaku. Luaran (output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

- a) Perubahan perilaku.

Perubahan perilaku adalah adanya perubahan yang terjadi dari tindakan yang dilakukan oleh masyarakat baik itu dari tindakan yang tidak berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang berwawasan kesehatan ataupun tindakan yang berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang tidak berwawasan kesehatan. Perilaku – perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah. Misalnya: perilaku merokok, konsumsi narkoba, mabuk minuman keras, seks bebas, tidak berobat saat memiliki gejala sakit dan penyakit.

- (1) Pembinaan perilaku

Pembinaan disini dengan tujuan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan.

Misalnya: melakukan olah raga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya, menjauhi perilaku merokok.

- (2) Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi

anak – anak. Perilaku sehat ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya. Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, nampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan). Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Kesehatan masyarakat merupakan ruang lingkup pendidikan kesehatan yang dapat dilihat dari segi dimensi, antara lain: dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan³⁴. Dimensi sasaran pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Dimensi Subyek Pendidikan Kesehatan
 - 1) Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu atau person.
 - 2) Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok seperti kelompok pengajian, kelompok budaya, kelompok adat, organisasi wanita dan organisasi profesi serta lain-lainnya. Pendidikan Kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas, seperti, melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli terhadap kesehatan.

b. Dimensi Tempat Pelaksanaan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di tempat, Adapun berdasarkan dimensi tempat sebagai berikut:

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan dengan para murid, misalnya perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa sekolah dasar yang meliputi pemeriksaan kuku, cara mencuci tangan yang baik dan bagaimana cara menggosok gigi yang benar.
- 2) Pendidikan kesehatan di Rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit
- 3) Pendidikan kesehatan di puskesmas dengan sasaran pasien atau orang yang datang berobat di Puskesmas.
- 4) Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran adalah buruh dan karyawan yang bersangkutan

c. Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan ada lima tingkatan pencegahan yaitu sebagai berikut:

1) Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dalam hal ini diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan status gizi, kebiasaan hidup dan sebagainya.

2) Perlindungan khusus

Imunisasi polio, campak pada waktu kecil dengan tujuan sebagai perlindungan agar tidak terkena penyakit.

3) Diagnosis dini dan perlindungan segera.

Kadang-kadang masyarakat sangat sulit atau tidak mau diobati penyakitnya. Dengan ini masyarakat tidak memiliki pelayanan yang layak.

4) Pembatasan cacat

Kurangnya kesadaran akan pentingnya pengobatan sampai tuntas, maka masyarakat sering berobat tidak sampai sembuh.

5) Rehabilitas

Setelah dirawat sampai sembuh dari penyakit dan pulang ke rumah tiba-tiba orang menjadi cacat, untuk memulihkan cacatnya maka diperlukan latihan-latihan, serta orang yang sudah cacat biasanya malu melakukan sosialisasi kepada masyarakat.

4. Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan cikal bakal munculnya istilah atau program promosi kesehatan⁵. Sehingga secara konseptual ruang lingkup pendidikan kesehatan ada sebagian yang sama dengan promosi kesehatan. Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain : dimensi aspek kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

a. Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok yaitu:

- 1) Promosi (promotif)
- 2) Pencegahan (preventif)
- 3) Penyembuhan (kuratif)
- 4) Pemulihan (rehabilitatif)

b. Menurut dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi lima yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)
- 2) Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
- 4) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum, yang mencakup terminal bus, stasiun, bandar udara, tempat-tempat olahraga, dan sebagainya.

- 5) Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, seperti: rumah sakit, Puskesmas, Poliklinik rumah bersalin, dan sebagainya.
- c. Tingkat Pelayanan Kesehatan
- Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari level and clark, sebagai berikut :
- 1) Promosi kesehatan seperti peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan perbaikan sanitasi lingkungan.
 - 2) Perlindungan khusus seperti adanya program imunisasi.
 - 3) Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera.
 - 4) Pembatasan Cacat yaitu seperti kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering kali mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, sedang pengobatan yang tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat.
 - 5) Rehabilitasi (pemulihan)

5. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan Pendidikan Kesehatan merupakan domain yang akan dituju dari pendidikan kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan⁶. Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antar lain:

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

- c. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

Secara garis besar maka tujuan pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi dua (2) bagian yaitu:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan

Berdasarkan WHO tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat sesuai dengan defenisi sehat menurut Undang – undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 yaitu suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Artinya pendidikan kesehatan harus mampu mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat untuk sehat dan produktif.

- b. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya.

Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma. Untuk tujuan perilaku sehat tersebut tidaklah mudah. Sebagai contoh kebiasaan bersikat gigi umumnya hanya pada waktu mandi, pagi dan sore. Mereka tidak menyadari bahwa setiap habis makan, mulut dikotori oleh zat makanan yang dimakan. Menurut teori bakteri akan aktif berkembang biak 30 menit setelah makan. Oleh karena itu sehabis makan maka haruslah bergosok gigi dan kebiasaan tersebut itu tidak mudah. Ahli sosial mengartikan konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh dari total pemikiran, karya dan hasil karya manusia yang tidak berakar pada naluri dan yang terjadi melalui proses belajar. Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan itu adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat, namun perilaku tersebut cakupannya amat luas.

Terdapat 3 perilaku kesehatan sebagai tujuan dari pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu :

- 1) Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai dimasyarakat. Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.
- 2) Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
- 3) Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan adapula yang sudah benar – benar sakit tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

6. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah :

a. Masyarakat umum.

Masyarakat umum adalah seluruh masyarakat yang berada disuatu tempat secara umum yang mendapatkan pendidikan kesehatan, contoh: terjadinya kasus endemis fillariasis di sebuah desa maka seluruh masyarakat di desa tersebut harus mendapatkan pendidikan kesehatan dan pengobatan terkait eliminasi fillariasis.

b. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, remaja dan anak-anak. Kelompok tertentu menjadi sasaran pendidikan kesehatan karena rentan terhadap permasalahan kesehatan. Wanita sangat rentan memiliki permasalahan kesehatan terutama wanita hamil dan wanita menyusui karena pada periode tersebut mereka memiliki kebutuhan gizi yang lebih tinggi dan membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang lebih tinggi dari wanita biasa, contoh: seorang wanita hamil dan menyusui harus mendapatkan konseling oleh bidan atau dokter

terkait permasalahan kesehatan yang dialami atau pemeliharaan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas Anak-anak dan remaja menjadi kelompok sasaran pendidikan kesehatan secara khusus, hal ini dikarenakan anak-anak memiliki imunitas yang jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa sehingga memiliki resiko terkena permasalahan kesehatan yang lebih tinggi dan pengetahuan yang kurang baik sehingga meningkatkan resiko terjadinya permasalahan kesehatan, contoh anak-anak yang terkena diare karena konsumsi jajan sembarangan.

- c. Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual. Sasaran Pendidikan kesehatan kepada individu dilakukan karena terdapat individu yang mengalami permasalahan kesehatan secara khusus sehingga memerlukan pendidikan kesehatan agar permasalahan kesehatannya tidak semakin parah atau permasalahannya tidak menular kepada orang lain, contoh: individu yang terkena penyakit AIDS maka akan disarankan untuk mendapatkan konseling demi meningkatkan status kesehatan penderita AIDS tersebut. Anak-anak dan remaja menjadi kelompok sasaran pendidikan kesehatan secara khusus, hal ini dikarenakan anak-anak memiliki imunitas yang jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa sehingga memiliki resiko terkena permasalahan kesehatan yang lebih tinggi dan pengetahuan yang kurang baik sehingga meningkatkan resiko terjadinya permasalahan kesehatan, contoh anak-anak yang terkena diare karena konsumsi jajan sembarangan.

7. Prinsip Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan berbeda dengan dengan proses pengajaran atau pembelajaran di kelas. Pendidikan kesehatan berorientasi pada output yaitu terjadinya perubahan perilaku manusia⁶. Adapun beberapa prinsip pendidikan kesehatan diantaranya :

- a. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
- b. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri. Yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
- c. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan

8. Proses Pendidikan Kesehatan

Pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam prosesnya perlu mempertimbangkan tiga komponen yaitu masukan (input), proses, dan keluaran (output)⁴. Komponen masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Komponen proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri pada subjek belajar. Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Dalam proses belajar ini terdapat beberapa komponen pokok, yaitu :

- a. **Komponen Masukan (input)**
Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya seperti umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keterampilan yang dimiliki setiap orang akan berbeda.
- b. **Komponen Proses**
Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai factor antara

lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, tehnik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari

c. Persoalan keluaran (output)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar yang telah mendapatkan pengajaran.

d. Instrumental input

Merupakan alat yang digunakan untuk proses belajar yang terdiri dari program pengajaran, bahan pengajaran, tenaga pengajar, sarana, fasilitas dan media pembelajaran

e. Environmental input

Lingkungan belajar baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial.

9. Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

a. Alat Bantu (Peraga)

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran⁷. Media Pendidikan kesehatan merupakan alat-alat untuk menyampaikan informasi kesehatan, karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan kesehatan bagi masyarakat. Beberapa contoh alat peraga sederhana yang dapat dipergunakan di berbagai tempat, misalnya: seperti leaflet, poster, model buku bergambar, benda - benda yang nyata seperti buah - buahan, sayur - sayuran, model dan sebagainya.

- 1) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok di tempat -tempat umum, atau kendaraan umum.
- 2) Model adalah benda tiruan dalam wujud tiga dimensi yang merupakan representasi atau pengganti dari benda yang sesungguhnya. Penggunaan model untuk mengatasi

kendala tertentu sebagai pengganti realita. Gunanya untuk memperjelas dalam pemberian materi kepada siswa. Model bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan. Hal ini dikarenakan menggunakan benda asli tidak memungkinkan, misal ukuran benda asli yang terlalu besar dan terlalu berat. Model kerja dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik dan lain.

10. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan⁸. Dari berbagai media atau alat bantu pendidikan, leaflet merupakan media yang paling banyak dan sering digunakan oleh petugas kesehatan untuk menyampaikan informasi saat pendidikan kesehatan. karena leaflet berbentuk lembaran yang dilipat dan mudah dibawa ke mana saja sehingga jika seseorang lupa apa yang sudah disampaikan maka bisa membacanya di leaflet.³

Media cetak

- a. Booklet: digunakan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku baik tulisan maupun gambar.
- b. Leaflet: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/ tulisan ataupun keduanya.
- c. Flyer (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan
- d. Flip chart (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

- e. Rubrik/tulisan - tulisan: pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan Kesehatan
- f. Poster: merupakan suatu bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto: digunakan untuk mengungkapkan informasi - informasi kesehatan.

Media elektronik

- a. Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, quiz, atau cerdas cermat.
- b. Radio: bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, ceramah.
- c. Video Compact Disc (VCD)
- d. Slide: digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- e. Film strip: digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.
- f. Media papan (Billboard) Papan/billboard yang dipasang di tempat – tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan - pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi)

11. Konsep Perilaku Kesehatan

- a. Perilaku dan Kesehatan

Status kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor umum yang turut mempengaruhi kesehatan, dikenal sebagai determinan sehat. Blum (1981) merumuskan bahwa determinan sehat terdiri dari genetik, perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan³. WHO (2017) menjabarkan determinan kesehatan terdiri dari; lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan fisik, karakteristik individu (gender, pendidikan, penghasilan dan status sosial), perilaku individu, genetika dan pelayanan kesehatan. Menurut *Centre for Disease Control and Prevention/CDC*,

2020), determinan sehat secara umum dapat dikelompokkan menjadi lima kategori besar yaitu: genetika, perilaku, pengaruh lingkungan dan fisik, perawatan medis dan faktor sosial, di mana kelima kategori ini saling berhubungan.



b. Definisi Perilaku

Perilaku sinonim dari aktivitas, aksi, kinerja, respons, atau reaksi. Dengan kata lain, perilaku adalah segala sesuatu yang dilakukan dan dikatakan oleh manusia. Secara teknis, perilaku adalah aktivitas glandular, muscular, atau elektrik seseorang. Termasuk perilaku adalah tindakan-tindakan sederhana (simple actions), seperti mengedipkan mata, menggerakkan jari tangan, melirik, dan sebagainya. Terdapat dua kelompok besar perilaku, yaitu perilaku yang tampak atau dapat diobservasi (overt, observable) dan yang tidak tampak, tersembunyi, atau tidak dapat diobservasi (covert, not directly observable). Perilaku yang nampak, adalah perilaku yang dapat diamati oleh orang lain, misalnya berbicara, berjalan, lari, menangis, melempar bola, berteriak, dsb. Sedangkan perilaku yang tidak dapat diamati secara langsung oleh orang lain, misalnya berfikir dan merasakan. Untuk mengetahui perilaku yang tersembunyi

harus disimpulkan dari respon-respon yang terbuka (covert behavior must be inferred from overt responses). Perilaku juga dapat diartikan sebagai semua aktivitas yang merupakan reaksi terhadap lingkungan, apakah itu reaksi yang bersifat motorik, fisiologis, kognitif, ataupun afektif.

Ada 3 bentuk perilaku yang perlu dipahami dalam perubahan perilaku, yaitu Perilaku Ideal, contohnya: Ibu meminta pertolongan untuk melakukan persalinan kepada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Ibu memberikan ASI kepada bayinya dalam kurun waktu 1 jam setelah melahirkan; anak mencuci tangan dengan sabun sebelum makan. Bentuk perilaku kedua adalah perilaku layak (fesiible) yang dapat dilakukan, dapat diidentifikasi dengan perubahan perilaku, dan yang ketiga adalah Perilaku Saat Ini, contohnya ibu melakukan persalinan dengan bantuan dukun; Ibu memberikan ASI kepada bayinya (tidak langsung dan tidak eksklusif); Anak mencuci tangan pakai kobokan setelah makan.

C. Rangkuman

RANGKUMAN

1. Pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara/menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri
2. Ruang lingkup pendidikan kesehatan mencakup dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat Pelayanan Kesehatan
3. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan
4. Sasaran pendidikan kesehatan dapat berupa masyarakat umum atau masyarakat sebagai kelompok khusus, individu, dan keluarga
5. Pendidikan kesehatan harus direncanakan dan diorganisir dengan baik dengan mempertimbangkan unsur input, proses dan output.
6. Pendidikan kesehatan berbeda dengan pendidikan atau pembelajaran di kelas karena orientasi pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan perilaku
7. Media dan metode pendidikan kesehatan harus disiapkan dan dipilih sesuai dengan tujuan dan karakteristik input dari program pendidikan kesehatan

D. Tugas

TUGAS TERSTRUKTUR

1. Lakukan identifikasi program pendidikan kesehatan yang pernah Anda lihat di sekitar Anda, baik secara langsung, atau lewat media elektronik. Buat rangkuman deskripsi secara lengkap.
2. Buat 1 (satu) program pendidikan kesehatan secara sederhana terkait masalah kesehatan yang ada di sekitar Anda. Aplikasikan konsep pendidikan kesehatan yang telah Anda pelajari, mulai dari penyusunan rencana penyuluhan atau SATPEL lengkap dengan media dan materi

E. Referensi

- Kemdikbud. Kamus Besar Bahasa Indonesia. <https://kbbi.web.id/mitra>; 2017.
- Asfar AMIT, Asfar AMIA. Landasan Pendidikan: Hakikat Dan Tujuan Pendidikan (Implications Of Philosophical Views Of People In Education). Method. 2020;1(January):1-16. doi:10.13140/RG.2.2.22158.10566
- Notoadmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta; 2014.
- Pakpahan M, Siregar D, Susilawaty A, Tasnim, Ramdany MR. Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. (Ronald Watrianthos, ed.); 2021.
- Widyawati. Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Keperawatan.; 2020.
- Mubarak. Konsep dasar pendidikan kesehatan. Wordpress. Published online 2017:4-15. <https://samoke2012.files.wordpress.com/2017/02/konsep-dasar-pendidikan-kesehatan.pdf>
- Kairupan, Tara. dkk. Metode dan Media Promosi Kesehatan. Published online 2009:1-11.
- Suiraoaka I., Supariasa ID. Media Pendidikan Kesehatan. J Bumi Lestari. Published online 2012:12.

BAB VIII

PROMOSI KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

1. Capaian Pembelajaran Umum

Mahasiswa memahami konsep Promosi Kesehatan

2. Capaian Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari bagian VIII buku ini, mahasiswa diharapkan dapat :

- a. Mendefinisikan Promosi Kesehatan Secara Benar
- b. Memahami Sejarah Promosi Kesehatan Secara Baik
- c. Menjelaskan Konsep Sehat dan Perilaku Kesehatan Secara Benar
- d. Menguraikan Ruang Lingkup Promosi Kesehatan dengan Tepat
- e. Menjelaskan Tujuan Promosi Kesehatan dengan Baik

B. Materi

Apa yang ada dalam benak masyarakat ketika mendengar kata promosi kesehatan? Mungkin ada beberapa yang membayangkan akan ada promosi, pameran, atau bahkan penawaran produk-produk kesehatan. Atau mungkin malah ada yang berpikiran akan ada promosi dari rumah sakit atau Puskesmas tentang fasilitas rumah sakit, fasilitas puskesmas, promo obat dan diskon obat atau yang lain, agar masyarakat tertarik berobat. Memang mayoritas pemahaman masyarakat tentang promosi kesehatan mungkin belum begitu baik. Hal ini sering penulis jumpai jika penulis akan melakukan program promosi kesehatan di masyarakat. Pada bagian buku ini akan dibahas semua hal terkait promosi kesehatan.

Promosi kesehatan secara struktur terdiri atas dua kata yaitu "promosi" dan "kesehatan". Promosi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti kenaikan pangkat, naik pangkat,

memperoleh gelar karena lulus pendidikan doktor, dan perkenalan bidang usaha melalui reklame¹. Dalam bahasa Inggris promosi adalah "promotion" yang berarti kenaikan (increase) atau kemajuan (progress) atau dukungan (endorsement). Jadi jika diartikan secara harfiah promosi kesehatan adalah semua upaya untuk meningkatkan kesehatan. Menurut konsep yang dikemukakan oleh badan kesehatan dunia World Health Organization (WHO), promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai upaya mulai dari pendidikan, kebijakan pemerintah, dan peraturan organisasi.

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Mengartikan atau mendefinisikan "promosi kesehatan" akan lebih baik dimulai dari pemahaman kata yang membentuk frase tersebut. Salah satu pengertian promosi kesehatan adalah menurut Green dan Kreuter (2005) yang mendefinisikan "Promosi Kesehatan" sebagai kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi-kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas². Sesuai definisi tersebut promosi kesehatan didefinisikan sesuai dengan bentuk operasionalisasi dari definisi WHO (hasil Ottawa Charter) yang lebih bersifat konseptual. Di dalam rumusan pengertian di atas terlihat dengan jelas aktivitas-aktivitas yang harus dilakukan dalam kerangka "promosi kesehatan" yang mencakup semua aspek dan tidak hanya pendidikan atau upaya kesehatan, namun juga mencakup aspek politik, ekonomi, sosial, dan bahkan kebudayaan. Pengertian lain yang lebih awal dirumuskan pada piagam Ottawa (1985) yang mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses untuk memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Piagam Ottawa, 1986). Definisi menurut WHO juga hampir sama yaitu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol diri dan memperbaiki kesehatan mereka (WHO, 1984).

Pemerintah Republik Indonesia melalui Kementerian/Departemen Kesehatan Republik Indonesia juga merumuskan pengertian promosi kesehatan yang tertuang dalam Keputusan

Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2004. Pada keputusan Menteri Kesehatan tersebut promosi kesehatan didefinisikan sebagai 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. Definisi tersebut bersifat lebih operasional yang menekankan bahwa promosi kesehatan harus dilakukan oleh masyarakat dan hasilnya juga akan kembali kepada masyarakat. Hal ini menekankan promosi kesehatan harus berupa upaya sadar yang dapat memandirikan masyarakat untuk bisa secara mandiri menjaga dan meningkatkan kesehatan. Promosi kesehatan pada dasarnya sudah dikenal cukup lama dengan istilah "*Health promotion*". Di negara Indonesia baik dikalangan akademisi ataupun praktisi kesehatan pada awalnya memang mengenal pendidikan kesehatan (*health education*) sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Istilah *health education* atau juga dikenal dengan "penkes" sudah dikenal dan dipahami oleh hampir semua tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya merupakan salah satu strategi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Namun dalam perkembangannya definisi operasional dari upaya peningkatan kesehatan ini berubah menjadi "promosi kesehatan. Tenaga kesehatan secara khusus atau masyarakat secara umum pada awalnya mengenal istilah promosi kesehatan sebagai upaya "peningkatan derajat kesehatan" atau "upaya promotif", namun bukan sebagai "promosi kesehatan". Karena pada ruang lingkup definisi promosi kesehatan mulai dimasukkan istilah pengenalan produk kesehatan melalui pemasaran atau sosialisasi. Dikenalkannya konsep pemasaran ke dalam bidang sosial, khususnya kesehatan (dikenal dengan istilah pemasaran sosial), bersamaan dengan digunakannya istilah promosi secara luas oleh media publik dan massa untuk menggambarkan aktifitas kampanye komunikasi dalam memasarkan produk, menghasilkan pemahaman yang lain

dari "promosi kesehatan". Di dalam konsep pemasaran, dikenal istilah kombinasi atau adonan pemasaran (marketing mix) yang disebut sebagai 4P, yaitu "product" (produk yang ditawarkan), "price" (harga yang dipatok agar sesuai dengan konsumen sasaran), "place" (tempat barang dipasok dan dijual, serta tempat dimana aktivitas pengkomunikasian atau kampanye produk dilakukan), dan "Promotion" (berbagai kegiatan untuk mengkampanyekan produk). Pengertian P yang keempat dari 4P ini merasuk amat luas ke dalam masyarakat, termasuk kalangan kesehatan, sehingga begitu membicarakan "promosi kesehatan" maka yang diingat adalah promosi dalam bentuk aktivitas kampanye komunikasi. Padahal aktivitas promosi dalam pemasaran merupakan (dan untuk selanjutnya kita sebut sebagai) "promosi produk", bukan promosi kesehatan sebagai satu konsep yang utuh. Berdasar uraian tersebut menunjukkan definisi pendidikan kesehatan memang berbeda dengan promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan didefinisikan upaya pembelajaran atau pendidikan untuk mengubah perilaku individu, keluarga, dan masyarakat. Sedangkan promosi kesehatan mempunyai arti atau definisi yang lebih luas dimana merupakan semua upaya (tidak hanya pendidikan) baik dibidang kesehatan maupun non kesehatan termasuk politik, ekonomi, sosial, dan kebijakan yang dapat menguntungkan atau mendukung upaya peningkatan kesehatan.

2. Sejarah Promosi Kesehatan

Seiring dengan perubahan dan perkembangan kesehatan manusia, maka konsep promosi kesehatan juga mengalami perkembangan atau perubahan yang tidak sederhana. Mempelajari sejarah promosi kesehatan tentunya tidak terlepas dari program kesehatan yang ditetapkan oleh badan kesehatan dunia (WHO). Kalau WHO mulai berdiri tahun 1947, maka promosi kesehatan mulai dikenal sejak 1978, dimana terjadi konferensi internasional dengan tema "Primary Health Care" yang dilakukan pada tanggal 6-12 September 1978. Pada konferensi tersebut diakui sebagai cikal bakal dimulainya perhatian dunia terhadap kesehatan masyarakat

yang menekankan perawatan kesehatan primer (Primary Health Care/PHC) sebagai kunci pencapaian tujuan kesehatan untuk semua "Health for All". Secara garis besar tonggak sejarah promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

a. Deklarasi Alma Ata (1978)

Alma Ata adalah salah satu kota di Kazakhstan. Pada konferensi kesehatan tersebut menghasilkan deklarasi yang salah satunya mampu mengubah pandangan dunia terhadap kesehatan, yaitu bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia yang fundamental dan bahwa pencapaian tingkat kesehatan tertinggi adalah tujuan sosial paling penting di seluruh dunia yang realisasinya membutuhkan tindakan dari banyak sektor sosial dan ekonomi selain sektor kesehatan. Selain itu juga ada butir yang menyatakan masyarakat memiliki hak dan kewajiban untuk berpartisipasi secara individu dan kolektif dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta perawatan kesehatan primer merupakan bagian integral dari sistem kesehatan negara, yang merupakan fungsi utama dan fokus utama dari keseluruhan pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat, sehingga dapat tercapai tingkat kesehatan yang dapat diterima untuk semua orang di dunia pada tahun 2000 (Health for All Tahun 2000).

b. Piagam Ottawa (1986)

Merupakan konferensi internasional promosi kesehatan pertama di dunia. Konferensi dilaksanakan di Kota Ottawa Kanada, yang mampu menghasilkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter) yang kemudian menjadi pedoman semua negara di dunia dalam strategi program promosi kesehatan, yaitu :

- 1) Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy).
- 2) Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment).
- 3) Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service).
- 4) Keterampilan Individu (Personnel Skill).
- 5) Gerakan Masyarakat (Community Action)

- c. Rekomendasi Adelaide (1988)
Konferensi Promosi Kesehatan Ke-2, yang dilaksanakan di Adelaide, Australia Selatan, diselenggarakan pada tanggal 5-9 April 1988, dengan tema "Building Healthy Public Policy". Rekomendasi utama dari konferensi ini adalah memperkuat upaya promosi kesehatan melalui penguatan kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, mengembangkan keterampilan pribadi yang sehat, dan memperkuat aksi komunitas, dan reorientasi layanan Kesehatan.
- d. Konferensi Internasional Promosi Kesehatan (1991)
Merupakan Konferensi Internasional ketiga tentang Promosi Kesehatan, di Sundsvall, Swedia (9-15 Juni 1991). Hasil konferensi utama adalah menyerukan kepada semua orang di seluruh dunia untuk secara aktif terlibat dalam membuat lingkungan yang lebih mendukung kesehatan serta Health For All pada Tahun 2000 mungkin sangat sulit dicapai, terkait dengan peningkatan kemiskinan dan kekurangan yang ekstrim, selain itu juga adanya peningkatan kerusakan lingkungan yang semakin masif dan mengancam kesehatan masyarakat secara global.
- e. Deklarasi Jakarta (1997)
Konferensi Internasional Promosi Kesehatan keempat. Pertama kali dilaksanakan di negara berkembang dan melibatkan sektor swasta. Tema konferensi adalah "The New Player in the New Era, Leading Health Promotion into the 21st Century", dengan hasil utama prioritas promosi kesehatan pada abad 21, yaitu meningkatkan tanggung jawab sosial dalam kesehatan, melalui peningkatan investasi untuk pembangunan kesehatan dan membangun kemitraan untuk kesehatan serta peningkatan infrastruktur untuk promosi kesehatan
- f. Piagam Bangkok (2005)
Piagam Bangkok dengan tema "Health Promotion in a Globalized World" diselenggarakan pada tanggal 11 Agustus 2005. Piagam Bangkok untuk Promosi Kesehatan memperbarui

Piagam Ottawa agar promosi kesehatan menjadi pusat agenda pembangunan global dan tanggung jawab inti semua pemerintah.

g. Konferensi Nairobi (2009)

Konferensi Global Nairobi tentang Promosi Kesehatan, dengan tema "Promoting Health & Development: Closing the Implementation Gap", diselenggarakan di Kenya, pada tanggal 26-30 Oktober 2009, dengan hasil utama berupa strategi dan komitmen utama yang sangat dibutuhkan semua negara untuk menutup kesenjangan dari implementasi kebijakan dalam kesehatan dan pembangunan melalui promosi kesehatan

h. Konferensi Global Promosi Kesehatan (2016)

Konferensi Promosi Kesehatan Global WHO ke-9 di Shanghai tahun 2016. Sesuai tajuk konferensi "Mempromosikan kesehatan dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan : Kesehatan untuk semua dan semua untuk kesehatan", menghasilkan rekomendasi utama yaitu menetapkan dan mengembangkan prinsip global dan area tindakan untuk promosi Kesehatan, untuk agenda pembangunan berkelanjutan 2030.

3. Sehat dan Perilaku Kesehatan

a. Konsep Sehat

1) Definisi Sehat

Sehat merupakan satu kata yang sangat singkat dan sering terdengar, namun mempunyai makna yang luas. Dalam bahasa Indonesia "sehat" diartikan sebagai baik seluruh badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit) atau disebut waras. Arti lain adalah sesuatu yang mendatangkan kebaikan pada tubuh, atau kondisi yang normal atau baik, atau sesuatu yang berjalan atau berfungsi sebagaimana mestinya¹. Sedangkan dalam bahasa Inggris sehat disebut "healthy" diartikan sama dengan baik (good) atau segar (fresh). Berdasar uraian tersebut sehat dapat dimaknai sesuatu (tubuh atau organ tubuh, pikiran, jiwa) dalam

kondisi baik dan berfungsi secara normal. Sebagai contoh jantung yang sehat adalah jantung yang dapat berfungsi secara normal untuk memompakan darah. Jiwa yang sehat adalah kondisi kejiwaan seseorang yang berjalan dengan baik dimana perasaan atau kejiwaan yang segar dan normal. WHO mendefinisikan sehat sebagai keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat. Adapun arti kata kesehatan adalah suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis³. Sesuai definisi tersebut, seseorang dikatakan sehat apabila mempunyai kondisi fisik, mental, sosial yang tidak cacat, tidak sakit, dan berfungsi secara baik atau normal, sehingga orang tersebut produktif. Sehat secara umum meliputi tiga karakteristik, yaitu merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia, memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal, serta sehat didefinisikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif⁴.

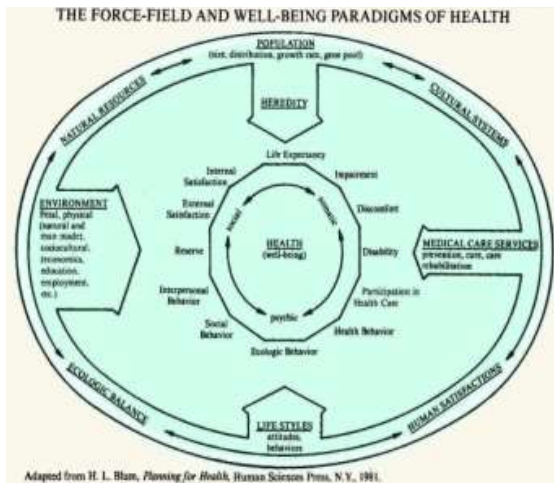
Dalam kehidupan, setiap individu akan berada pada rentang sehat sakit. Artinya sehat bukanlah kondisi statis namun bersifat sangat dinamis. Bahkan dalam konteks sehat sakit, seseorang digambarkan berada pada suatu garis rentang, dimana bisa berada pada kondisi yang sehat atau sangat sehat dan kondisi sakit baik ringan, sedang maupun berat. Berdasarkan Model rentang sehat sakit Neuman, sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu yang terdapat dalam rentang dan kondisi sejahtera yang optimal dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total (Neuman, 1990). Jadi berdasarkan model rentang sehat-sakit ini, sehat merupakan suatu keadaan dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap

berbagai perubahan yang ada pada lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat. Sedangkan sakit merupakan proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada, mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya⁴.

2) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan

Kesehatan individu akan berpengaruh terhadap kesehatan keluarga dan secara lebih luas kesehatan individu dan keluarga akan berdampak pada kesehatan masyarakat. Dalam konteks ilmu kesehatan masyarakat seseorang dapat mengalami gangguan kesehatan atau sakit dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu agent (penyebab penyakit), host (manusia), dan lingkungan. Teori klasik H. L. Bloom menyatakan bahwa ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Pertama adalah gaya hidup atau life style, kedua adalah lingkungan termasuk disini lingkungan sosial, ekonomi, politik, dan budaya, ketiga adalah pelayanan kesehatan mencakup program, kebijakan, fasilitas, dan infrastruktur, serta yang terakhir atau keempat adalah faktor genetik atau keturunan. Dalam perkembangan epidemiologi penyakit pada era milenial dan global saat ini menunjukkan bahwa faktor perilaku hidup (gaya hidup) dan lingkungan memberikan peran yang paling signifikan terhadap kejadian gangguan kesehatan atau terjadinya suatu penyakit. Hasil survei memberikan bukti dari keempat faktor tersebut, yang paling memengaruhi derajat kesehatan adalah faktor lingkungan baik lingkungan fisik, biologi maupun lingkungan sosial secara kumulatif berkontribusi sebesar 40%, kemudian perilaku kesehatan berpengaruh sebesar 30%, disusul ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan memberikan pengaruh sebesar 20% serta faktor genetika atau keturunan berkontribusi sebesar 10%⁵.

Kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh populasi yang dimasukkan dalam kategori faktor herediter, termasuk di dalamnya adalah ukuran, distribusi, perkembangan populasi, dan karakteristik populasi⁶. Secara lebih detail faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat terlihat pada gambar di bawah ini.



3) Perilaku Kesehatan

a) Pengertian dan Jenis Perilaku

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner, perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan dari luar. Berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dapat dibagi menjadi dua yakni perilaku terbuka (Overt Behavior) yaitu respon terhadap suatu stimulus yang dapat diamati oleh orang lain. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam suatu tindakan atau praktik yang dapat dengan mudah diamati oleh orang lain dan perilaku tertutup (Covert Behavior) dimana respon dari suatu stimulus belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon seseorang terhadap stimulus ini masih terbatas

pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus tersebut⁷

b) Teori Perubahan Perilaku

Tujuan utama pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan adalah terjadinya perubahan perilaku individu, keluarga, ataupun masyarakat. Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara stimulus (rangsangan) dan respon atau reaksi, disebut teori "s-o-r" atau stimulus organisme respon, yang terbagi menjadi dua yaitu respondent respons atau reflexive, yakni respons yang ditimbulkan stimulus tertentu yaitu eliciting stimulation yang menimbulkan respons yang relatif tetap, seperti makanan lezat menimbulkan nafsu makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup. Respon yang kedua adalah operant respons atau instrumental respons, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus tertentu yaitu reinforcer yang dapat memperkuat respons, misal : petugas kesehatan yang dapat melaksanakan tugas yang baik kemudian memperoleh penghargaan, maka petugas tersebut akan lebih baik lagi dalam menjalankan tugas ⁸. Untuk dapat melakukan promosi kesehatan secara tepat dan efisien, maka perlu dipahami konsep perubahan perilaku. Adapun beberapa teori perubahan perilaku menurut beberapa ahli, diantaranya :

(1) Teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (sources), misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku dari seseorang,

kelompok atau masyarakat. Berdasar teori ini maka jika materi perubahan yang disampaikan oleh seseorang atau petugas yang mempunyai kredibilitas tinggi, track record baik, orang yang terpercaya, tokoh masyarakat misalnya, akan lebih mempunyai efek yang positif terhadap perubahan perilaku yang diharapkan.

(2) Teori Festinger (dissonance Theory)

Teori disonansi kognitif merupakan sebuah teori dalam psikologi sosial yang membahas mengenai perasaan ketidaknyamanan seseorang akibat sikap, pemikiran, dan perilaku yang saling bertentangan dan memotivasi seseorang untuk mengambil langkah demi mengurangi ketidaknyamanan tersebut. Teori ini mempunyai asumsi bahwa setiap orang cenderung menyukai kondisi yang stabil atau konsisten (konsonansi). Stimulus dalam hal ini contohnya adalah perubahan perilaku yang ditawarkan, seperti proses pencegahan Covid-19 merupakan stimulus yang membuat seseorang akan mengalami kondisi tidak stabil atau ketegangan (disonansi), sehingga individu akan berusaha atau termotivasi untuk berubah untuk mencapai kondisi seimbang lagi (konsonansi).

(3) Teori Fungsi

Teori ini pertama kali ditemukan oleh Katz (1960). Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu itu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang apabila stimulus tersebut dapat dimengerti dalam konteks sebagai kebutuhan orang tersebut. Sebagai contoh, saat ini seseorang membutuhkan cara mencegah penyakit Covid-19. Maka orang tersebut akan lebih mudah diubah perilakunya

untuk taat prokes, dibanding orang yang belum butuh untuk tidak sakit Covid-19.

(4) Teori Keseimbangan Kurt Lewin

Teori ini dikemukakan oleh Kurt Lewin (1970), yang berpendapat bahwa perilaku manusia itu adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong (driving forces) dan kekuatan-kekuatan penahan (reinstraining forces). Perilaku dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang. Perilaku akan dapat berubah jika kekuatan pendorong minimal sama atau melebihi kekuatan penahan. Sesuai konsep ini, maka jika kita akan mengubah perilaku seseorang maka kita harus berupaya meningkatkan kekuatan pendorong dan menurunkan kekuatan penahan. Sebagai contoh, kita akan mengubah perilaku masyarakat yang tidak mau memakai masker untuk mencegah Covid-19 karena kurangnya pengetahuan, kepercayaan yang salah, fasilitas yang kurang dsb. Maka langkah pertama yang harus dilakukan adalah memberikan edukasi tentang penyakit Covid-19 dan manfaat masker. Kemudian kita berikan konseling atau bimbingan untuk mengubah kepercayaan tentang Covid-19 yang salah dengan bukti-bukti yang nyata. Selain itu juga kita sediakan fasilitas masker yang terjangkau, sehingga jumlah kekuatan pendorong akan melebihi kekuatan penahan, yang akhirnya dapat mengubah perilaku dari tidak mau pakai masker berubah mau memakai masker.

- c) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku
- Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu :

- (1) Faktor intern (internal) mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
- (2) Faktor ekstern (eksternal), yang meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti: iklim, manusia, sosialekonomi, kebudayaan, dan sebagainya.

Menurut Lawrence Green perilaku ditentukan oleh oleh 3 faktor utama, yaitu :

- (1) Faktor-faktor predisposisi (disposing factors)
Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain adalah pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai tradisi, dan sebagainya. Contoh, seseorang mau melakukan vaksin Covid-19 karena mengetahui isi, manfaat, tujuan dari vaksin Covid-19.
- (2) Faktor-faktor pemungkin (enabling factors)
Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan. Sebagai contoh seseorang mau berperilaku cuci tangan 6 langkah dengan sabun di air mengalir, jika memang keluarga, masyarakat, fasilitas umum, fasilitas kesehatan menyediakan sarana dan prasarana cuci tangan dengan sabun di air mengalir.
- (3) Faktor-faktor penguat (reinforcing factors)
Faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya, karena belum

ada figur atau orang yang dipercayainya mau berperilaku yang diharapkan. Sebagai contoh praktis adalah seorang remaja tidak mau berhenti merokok, padahal dia tahu dan paham kandungan zat berbahaya yang ada di dalam rokok dan akibat yang terjadi akibat kebiasaan merokok, karena ada figur yang seperti teman, orang tua, pejabat yang masih merokok.

d) Tahap Perubahan Perilaku

Perilaku pada dasarnya adalah suatu kebiasaan (habit) yaitu tindakan yang diulang-ulang secara teratur dan kontinyu. Sesuai konsep berubah (change) pada saat seseorang atau kelompok mengalami perubahan atau mengadopsi perilaku baru akan melalui tahap-tahapan yang dapat dipelajari dan diamati, Tahap perubahan atau adopsi perilaku baru yang paling sering digunakan adalah teori perubahan perilaku menurut Rogers (1974), yang disingkat AIEETA, yaitu:

- (1) **Awareness** (kesadaran), yakni individu menyadari adanya stimulus yang datang terlebih dahulu
- (2) **Interest** (perhatian/tertarik), individu mulai tertarik dengan adanya stimulus yang masuk
- (3) **Evaluation** (menilai), individu mulai menimbang-nimbang baik dan buruknya apabila mengikuti stimulus tersebut.
- (4) **Trial** (mencoba) individu mulai mencoba perilaku baru
- (5) **Adoption** (menerima), individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

b. Perilaku Sehat

Promosi kesehatan merupakan hal mendasar yang utama mengenai hidup sehat atau sejahtera, baik secara personal maupun kolektif. Promosi kesehatan merupakan kolaborasi

dari peran psikologi kesehatan dan masyarakat serta pembuat kebijakan nasional. Perilaku Kesehatan merupakan tindakan individu, kelompok, dan organisasi termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan coping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku kesehatan juga didefinisikan sebagai atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan². Perilaku yang berkaitan dengan kesehatan adalah faktor yang sangat menentukan terjadinya suatu gangguan atau kondisi sakit, maupun kondisi sehat yang dialami individu. Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku individu untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan individu yang bersangkutan. Sedangkan Health habits merupakan perilaku yang dibangun atau dibentuk dan dimunculkan secara otomatis oleh individu. Selanjutnya adalah pencegahan dini yang merupakan penanaman perilaku sehat dan mengubah perilaku atau kebiasaan buruk terkait kesehatan⁹. Contoh perilaku sehat yang sudah banyak diketahui masyarakat diantaranya adalah tidur malam 7 hingga 8 jam, tidak merokok, sarapan tiap pagi hari, mengonsumsi alkohol tidak lebih dari 1 hingga 2 gelas per hari, olahraga rutin dan teratur, mengonsumsi camilan sehat, berat badan tidak melebihi dari 10% dari berat badan ideal. Sedangkan contoh dari program pemerintah misalnya PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). Adapun ruang lingkup perilaku sehat mencakup pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan praktik kesehatan¹⁰value orientation and risk preference. Becker menguraikan perilaku kesehatan menjadi tiga domain, yakni pengetahuan kesehatan (Health knowledge), sikap terhadap kesehatan (health attitude) dan praktik kesehatan (health practice). Konsep perilaku sehat ini merupakan pengembangan

dari konsep perilaku yang dikembangkan Benjamin Bloom. Hal ini berguna untuk mengukur seberapa besar tingkat perilaku kesehatan individu yang menjadi unit analisis. Becker mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga dimensi atau domain yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik:

1) Pengetahuan Kesehatan.

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu pada hal-hal tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, dan raba¹¹. Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang faktor faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan.

2) Sikap terhadap kesehatan.

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, seperti sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular, sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari kecelakaan. Sikap merupakan fase lanjutan setelah pengetahuan. Setelah seseorang tahu terhadap suatu topik maka akan muncul penilaian atau persepsi. Persepsi kemudian akan diinternalisasi sesuai dengan faktor-faktor lain yang ada di dalam individu, yang pada akhirnya akan memunculkan penilaian berupa sikap. Sikap bersifat abstrak berupa setuju tidak setuju, positif atau negatif, menerima atau menolak dsb¹².

3) Praktek Kesehatan

Wujud riil atau konkrit dari pengetahuan dan sikap akan memunculkan tindakan atau perbuatan atau praktik⁹. Praktek kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan

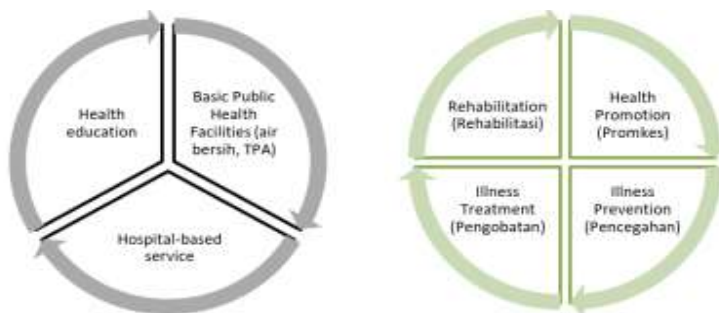
4. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan mencakup seluruh siklus kehidupan manusia di area kesehatan masyarakat, mencakup kesehatan ibu dan anak mulai dari prenatal, intranatal, post natal. Promosi kesehatan juga melingkupi kelompok anak, kelompok remaja, kelompok dewasa, sampai kelompok usia lanjut⁸. Dilain sisi sebagaimana definisi promosi kesehatan (promkes) yaitu sekumpulan aktivitas yang dapat melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat, baik pada individu yang sehat maupun yang mengalami sakit, maka ada beberapa aspek lain yang terkait dengan promosi kesehatan. Istilah lain dari promosi kesehatan antara lain propaganda kesehatan (health propaganda), Pendidikan kesehatan (health education), peningkatan kesehatan (health improvement), pengembangan kesehatan (health development) dan pemasaran sosial (social marketing). Secara konseptual, ruang lingkup keilmuan promosi kesehatan dapat dilihat dari tiga sudut pandang:

- a. Promosi kesehatan sebagai ideologi, menyatakan bahwa promkes merupakan sekumpulan nilai-nilai dan keyakinan, yang antara lain kesehatan merupakan nilai-nilai yang sebaiknya dijalankan oleh seseorang, kesehatan individu dan komunitas dapat dilindungi serta ditingkatkan dengan meningkatkan lingkungan fisik dan sosial serta mengadopsi perilaku sehat. Perlindungan dan peningkatan kesehatan harus selalu diukur,

dan setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan kesehatan

- b. Promosi kesehatan sebagai disiplin ilmu, menyatakan bahwa promkes menggunakan konsep-konsep dari disiplin ilmu lain seperti psikologi perilaku, pendidikan, komunikasi, pemasaran, ilmu politik, pengembangan komunitas, dan ilmu sosial untuk mengatasi masalah kesehatan di masyarakat.
- c. Promosi kesehatan sebagai tenaga spesialis atau profesi, menyatakan bahwa promkes merupakan sebuah profesi yang bekerja berdasarkan disiplin ilmu promosi kesehatan. Berdasar konsep ini terdapat perbedaan antara pendidikan kesehatan dengan pendidikan kesehatan, dimana pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu sebagai salah satu tools yang dipakai untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Pendidikan kesehatan meliputi rencana kombinasi pembelajaran berdasarkan teori yang relevan yang memungkinkan individu, kelompok, dan komunitas memiliki kesempatan untuk mendapatkan informasi dan keterampilan yang dibutuhkan dalam rangka memutuskan tindakan untuk mencapai derajat kesehatan¹³. Untuk lebih memahami perbedaan pendidikan kesehatan dengan promosi kesehatan, Germov dkk membagi sudut pandang kesehatan masyarakat dalam dua periode yaitu sebelum tahun 1970 dan setelah tahun 1970. Periode sebelum tahun 1970 dinamakan traditional public health, setelah tahun 1970 dinamakan modern public health



Paradigma kesehatan masyarakat sebelum tahun 1970 atau disebut *traditional public health* menggunakan pendekatan biomedical model of health. Pendekatan ini melihat masyarakat sebagai orang yang tidak paham sama sekali tentang kesehatan atau disebut dengan *negative health*. Upaya kesehatan lebih ditujukan pada aspek lingkungan fisik (udara dan air bersih, makanan sehat, kesehatan kerja, dll. Paradigma ini berubah setelah tahun 1970 (*modern public health*) pendekatan yang dipakai adalah *social model of health* artinya kesehatan bukan hanya masalah fisik atau bebas dari penyakit saja (biomedik) tetapi juga dipengaruhi oleh masalah-masalah sosial. *Modern public health* memandang masyarakat sebagai pihak yang sudah paham akan masalah kesehatan sehingga dibutuhkan pembinaan agar lebih mandiri (disebut dengan *positive health*). Upaya peningkatan kesehatan lebih ditujukan pada factor perilaku, sosial dan ekonomi, sehingga upaya yang dijalankan mencakup promosi kesehatan (*health promotion*) pencegahan penyakit (*illness prevention*), kuratif (*illness treatment*) dan rehabilitatif atau *rehabilitation*¹⁴

5. Tujuan dan Strategi Promosi Kesehatan

Seperti halnya pada bidang yang lain, promosi kesehatan sebagai suatu program (*project*) mempunyai tujuan dan strategi pencapaian. Promosi kesehatan sebagai bagian atau strategi program pembangunan kesehatan di Indonesia harus sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan. Tujuan pembangunan kesehatan Indonesia adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Pasal 3 UU No.36 2009 Tentang Kesehatan). Maka sesuai dengan tujuan program promosi kesehatan dari WHO program promosi kesehatan di Indonesia juga mempunyai tujuan dan strategi pencapaian yang sudah cukup jelas.

a. Tujuan Promosi Kesehatan

1) Tujuan Umum

Medorong individu, keluarga, masyarakat mau (willingness) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya serta mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya, karena derajat kesehatan baik individu, kelompok atau masyarakat itu bersifat dinamis dan tidak statis

2) Tujuan Khusus

Tujuan khusus atau tujuan operasional promosi kesehatan adalah agar individu, keluarga, dan masyarakat:

- a) Memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien & efektif.
- b) Memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
- c) Melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit
- d) Mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal

6. Strategi Pencapaian

a. Intervensi Promosi Kesehatan

Intervensi promosi kesehatan merupakan aktivitas yang memiliki tujuan dan yang direncanakan pada suatu lokasi tertentu, yang bertujuan memberikan perubahan terhadap individu atau kelompok tertentu. Dengan demikian intervensi

harus memiliki tujuan dan perencanaan. Dalam menjalankan promosi kesehatan, harus diperhatikan lima dimensi intervensi yakni tujuan, pengaturan, sasaran, obyektif dan sumberdaya. Dengan demikian intervensi sebaiknya mengandung unsur tujuan aktivitas, pengaturan tujuan dan targetnya, sumberdaya untuk menjalankan intervensi, lokasi atau tempat dilakukan intervensi, dan target sasaran dari intervensi. Intervensi promosi kesehatan yang baik harus memenuhi syarat kualitas sebagai berikut:

- 1) **Feasibility (kelayakan)** yaitu intervensi sebaiknya dapat dijalankan dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada. Namun perlu diingat bahwa intervensi yang layak di satu tempat, belum tentu layak di tempat lain
 - 2) **Acceptability (dapat diterima)** yaitu aktivitas dan hasilnya dapat diterima dengan baik oleh yang memberikan dan menerima intervensi.
 - 3) **Accessibility (dapat diakses)** yaitu intervensi dapat menjangkau sasaran yang dianggap potensial termasuk dapat menghilangkan bias dalam intervensi
 - 4) **Efficacy and effectiveness (efikasi dan efektif)** yaitu dapat memberikan dampak secara klinis dalam skala laboratorium (efikasi) dan dalam kehidupan nyata atau di lapangan (efektif)
 - 5) **Cost and cost-effectiveness (Biaya dan efektif secara biaya)** yaitu intervensi yang dijalankan dapat terjangkau dari sisi biaya
- b. Strategi Promosi Kesehatan
- Sesuai rekomendasi WHO (1984) ada tiga strategi utama promosi kesehatan yaitu pertama advokasi (Advocacy) yang bertujuan meyakinkan orang lain melalui berbagai pendekatan dan pengambilan kebijakan. Kedua adalah dukungan sosial (Social Support) yaitu kegiatan untuk mencari dukungan masyarakat atau dukungan sosial secara luas, dan yang ketiga adalah pemberdayaan masyarakat (Empowerment). Piagam

Ottawa (1986) juga telah menentukan strategi pencapaian promosi kesehatan melalui lima program, yaitu :

- 1) Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy)
- 2) Lingkungan yang mendukung (Supportive Environment)
- 3) Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)
- 4) Keterampilan Individu (Personnel Skill)
- 5) Gerakan masyarakat (Community Action)

Promosi kesehatan membutuhkan metode untuk membantu pelaku promkes mencapai tujuan yang diharapkan. Terdapat delapan strategi promosi kesehatan secara lebih operasional¹³.

Delapan strategi tersebut adalah :

- 1) Healthy Public Policy

Healthy public policy (HPP) merupakan kebijakan publik yang disusun dengan mempertimbangkan aspek kesehatan pada masyarakat dengan melakukan modifikasi determinan sosial. Tujuan HPP adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mengurangi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan. Namun penggunaan HPP dalam promosi kesehatan mendapat hambatan antara seperti pemahaman yang tidak kompeten dan tidak jelasnya tujuan dari HPP, rendahnya bukti-bukti positif dari dampak yang dihasilkan dari intervensi Kesehatan, serta adanya konflik kepentingan antar kelompok politik dan sektor terkait

- 2) Health advocacy

Advokasi kesehatan merupakan salah satu kunci sukses keberhasilan intervensi promosi kesehatan. Keberadaan advokasi kesehatan semakin dibutuhkan seiring dengan makin kompleksnya permasalahan kesehatan yang memerlukan pendekatan yang memuaskan dan inovatif. Inti dari advokasi kesehatan adalah menyampaikan apa yang sudah dilakukan dan apa yang sebaiknya tidak dilakukan pada waktu yang akan datang.

3) Healthy setting

Healthy setting (HS) merupakan lingkungan fisik yang menyetatkan dan menentukan peran masyarakat dalam lingkungan. Konsep lingkungan fisik terus berkembang dari mulai "lokasi" ke "lingkungan" hingga "sistem secara keseluruhan". Pendekatan HS dapat dijalankan mengikuti intervensi promosi kesehatan lainnya, namun HS memiliki tingkat kesulitan yang lebih tinggi dilihat dari ukuran intervensi, keragaman, dan pemangku kepentingan yang beragam

4) Community Mobilization

Community mobilization atau mobilitas massa merupakan intervensi promkes yang bertujuan mengembangkan kesehatan komunitas. Salah satu metode mobilisasi massa adalah dengan teknik Participatory Learning and Action (PLA). PLA meliputi sekumpulan metode dan pendekatan yang dipakai dalam riset aksional, yang memungkinkan kelompok dan individu yang berbeda dapat belajar, bekerja, dan bertindak bersama-sama secara gotong royong. PLA terdiri dari tahapan seperti mengidentifikasi isu yang ada, mengidentifikasi hambatan, dan membangun respon positif dalam situasi gotong royong.



Gambar 8.1. Program Mobilisasi Massa Promosi Kesehatan

5) Media to Promote Health

Mass media atau media massa memiliki kekuatan dalam hal kemampuannya untuk menempatkan issue pada masyarakat, meningkatkan kesadaran akan kesehatan, dan menyampaikan informasi secara mudah. Salah satu media massa yang saat ini menjadi trend adalah social media. Promosi kesehatan dengan media sosial yang bertujuan meningkatkan pemahaman dan dukungan perilaku sehat terbukti efektif secara empiris.

6) Peer education

Peer education atau pendidikan oleh teman sebaya merupakan intervensi promosi kesehatan yang melibatkan anggota pendukung kelompok untuk mempromosikan masalah kesehatan kepada teman sebayanya. Edukasi teman sebaya meliputi penyampaian informasi kesehatan, pengembangan keterampilan, dan mengubah sikap dan nilai yang berkaitan dengan kesehatan

7) Therapeutic change

Therapeutic change atau terapi perubahan merupakan intervensi promosi Kesehatan yang memfokuskan pada psikologi positif dan perubahan perilaku dengan mempertimbangkan hubungan terapi antara kelompok dengan individu. Intervensi ini meliputi cognitive behavioral therapy (CBT), motivational interviewing, brief interventions, dan harm reduction

8) Information and advice methods

Information and advice methods atau metode informasi dan advis merupakan intervensi promkes yang melibatkan pertukaran informasi dan advis antar individu. Metode ini sangat beragam tergantung pada individu yang membutuhkan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi tiap hari. Intervensi ini biasanya terkait dan/ atau saling melengkapi dengan metode intervensi lainnya seperti media massa. Keunikan itervensi ini adalah tingkat

keterlibatan dan interaksi antara petugas promkes dengan klien yang sangat tinggi

C. Rangkuman

RANGKUMAN

1. Kesehatan merupakan suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis
2. Sehat bukan merupakan suatu kondisi yang statis, tetapi bersifat sangat dinamis yang dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal
3. Kesehatan individu dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu genetik, gaya hidup (perilaku/life style), lingkungan dan fasilitas kesehatan.
4. Promosi kesehatan merupakan gabungan berbagai macam upaya dari sektor kesehatan maupun non kesehatan (seperti politik, kebijakan, sosial, ekonomi, budaya) yang dapat menguntungkan atau mendukung upaya
5. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan (tool promosi kesehatan) yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu terhadap kesehatan melalui program pengejaran atau pembelajaran
6. Perilaku merupakan komponen yang mempunyai peran dominan dalam proses terjadinya gangguan kesehatan atau penyakit
7. Perilaku kesehatan merupakan tindakan individu, kelompok, dan organisasi termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan coping, dan peningkatan kualitas hidup untuk memperoleh derajat kesehatan
8. Tujuan umum promosi kesehatan adalah mendorong individu, keluarga, masyarakat mau (*willingness*) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, serta mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
9. Kebijakan dan strategi untuk mencapai tujuan promosi kesehatan mencakup kebijakan berwawasan kesehatan (health public policy), lingkungan yang mendukung (supportive environment), reorientasi pelayanan kesehatan (reorient health service), keterampilan individu (personnel skill), gerakan masyarakat (community action)

D. Tugas

TUGAS TERSTRUKTUR

1. Lakukan identifikasi program promosi kesehatan yang pernah Anda lihat di sekitar Anda, baik secara langsung, atau lewat media elektronik. Buat rangkuman deskripsi secara lengkap.
2. Buat 1 (satu) program promosi kesehatan secara sederhana terkait masalah kesehatan yang ada di sekitar Anda. Aplikasikan konsep promosi kesehatan yang telah Anda pelajari.

E. Referensi

- Kemdikbud. Kamus Besar Bahasa Indonesia. <https://kbbi.web.id/mitra>; 2017.
- Pakpahan M, Siregar D, Susilawaty A, Tasnim, Ramdany MR. Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. (Ronald Watrianthos, ed.); 2021.
- Undang-Undang Kesehatan No 36. UU no. 36 tahun 2009. Sekr Negara RI. 2009;26(4):551-556.
- Suryanti PE. Konsep Sehat-Sakit : Sebuah Kajian Filsafat. 2021;12(1):88-99.
- Hasnidar, Tasnim, Samsider Sitorus, Widi Hidayati, Mustar, Fhirawati, Meda Yuliani, Ismail Marzuki, Andi Eka Yunianto, Andi Susilawaty, Ratna Puspita, Pattola, Efendi Sianturi S. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yayasan Kita Menulis; 2020.
- Pratomo H. Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dalam Upaya Perubahan Perilaku Sanitasi Hygiene. 2018;(Health).
- Fauziah, Rahma U, Yuliezar Perwira Dara. Psikolgi Pendidikan : Aplikasi Teori Di Indonesia. I. Universitas Brawijaya Press; 2017.
- Widyawati. Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Keperawatan.; 2020.
- Heryana A. Sosiologi promosi kesehatan. J Kesehat Masy. 2020;(June):12. doi:10.13140/RG.2.2.21248.46081
- Susilowati D. Modul Bahan Ajar Cetak: Promosi Kesehatan. Kemenkes RI. 2016;(1):201.
- Notoadmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta; 2014.
- Donsu JDT. Buku Psikologi Keperawatan. Pustaka Baru Press; 2017.

Kemm J. Health Promotion: Ideology, discipline and specialism.
Aust N Z J Public Health. 2015;39(6):593-593. doi:10.1111/1753-
6405.12417

Mcnab C, Mcmichael AJ, Butler CD, et al. Health Promotion
International. Vol 22.; 2007. doi:10.1093/heapro/dam006