



PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Nila Puspita Sari • Niken Bayu Argaheni • Laeli Nur Hasanah • Hairuddin K
Desy Ari Apsari • Wahyuddin • Nefonavratiлова Ritonga • Salman
Radeny Ramdany • Nurul Hidayah Nasution • Effine Lourrinx

PENGANTAR ILMU **KESEHATAN MASYARAKAT**



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Nila Puspita Sari, Niken Bayu Argaheni, Laeli Nur Hasanah
Hairuddin K, Desy Ari Apsari, Wahyuddin, Nefonavratiлова Ritonga
Salman, Radeny Ramdany, Nurul Hidayah Nasution, Effine Lourrinx



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Nila Puspita Sari, Niken Bayu Argaheni, Laeli Nur Hasanah
Hairuddin K, Desy Ari Apsari, Wahyuddin
NefonavratiIova Ritonga, Salman, Radeny Ramdany
Nurul Hidayah Nasution, Effine Lourrinx

Editor: Janner Simarmata

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Nila Puspita Sari., dkk.

Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv; 160 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-336-6

Cetakan 1, Desember 2021

- I. Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

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

Buku ini dimulai dengan sejarah kesehatan masyarakat, konsep kesehatan masyarakat, gizi kesehatan masyarakat, seni kesehatan masyarakat, program layanan kesehatan, administrasi kebijakan kesehatan, perilaku sehat dan pendidikan kesehatan, pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan, metode dan media penyampaian pesan kesehatan, higiene sanitasi, kebersihan dan kesehatan pribadi, patologi lingkungan dan penyakit lingkungan, keselamatan dan kesehatan kerja, serta gizi seimbang untuk kesehatan masyarakat.

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

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

Pekanbaru, 30 November 2021

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Sejarah Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Negara Maju	4
1.3 Peranan Kesehatan Masyarakat dalam Mengatasi Pandemi	6
1.4 Perkembangan Kesehatan Masyarakat pada Masa Liberalisme dan Sesudahnya	7
1.5 Sejarah dan Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Negara Berkembang.....	9
1.6 Perkembangan Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Ilmu Pengetahuan (science-oriented public health).....	11
1.7 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia.....	13

Bab 2 Konsep Kesehatan Masyarakat

2.1 Pendahuluan	21
2.2 Konsep Dasar Sehat dan Kesehatan.....	23
2.3 Ilmu Kesehatan Masyarakat	25
2.4 Konsep dasar Penyakit	26
2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kesehatan.....	29

Bab 3 Gizi Kesehatan Masyarakat

3.1 Pendahuluan	35
3.2 Penggolongan dan Fungsi Zat Gizi	37
3.2.1 Karbohidrat.....	37
3.2.2 Lemak	40
3.2.3 Protein	41
3.2.4 Air	42
3.2.5 Vitamin	42
3.2.5 Mineral.....	43
3.3 Penilaian Status Gizi	44

3.3.1 Penilaian status gizi metode antropometri (A).....	45
3.3.2 Penilaian status gizi metode Biokimia (B).....	47
3.3.3 Penilaian status gizi metode klinis (C)	47
3.3.4 Penilaian metode konsumsi makanan (D)	48
3.4 Masalah Gizi dan Upaya Penanggulangannya.....	49

Bab 4 Seni Kesehatan Masyarakat

4.1 Pendahuluan.....	53
4.2 Kesehatan Masyarakat Sebagai Seni.....	55

Bab 5 Pendekatan Ekologis Dalam Kesehatan Lingkungan

5.1 Pengertian Ekologi	67
5.2 Ekosistem dan Komponennya.....	69
5.3 Kesehatan Lingkungan.....	72
5.4 Hubungan Ekologi, Ekosistem dan Kesehatan Lingkungan.....	73
5.5 Pendekatan Ekologi Dalam Kesehatan.....	76

Bab 6 Administrasi Kebijakan Kesehatan

6.1 Pendahuluan.....	79
6.1.1 Konsep Administrasi.....	79
6.1.2 Konsep Kebijakan Kesehatan	81
6.2 Sistem Kebijakan Kesehatan	84
6.3 Kebijakan Desentralisasi Kesehatan	86

Bab 7 Perilaku Sehat dan Pendidikan Kesehatan

7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Perilaku Sehat	92
7.2.1 Pengertian Perilaku	92
7.2.2 Perilaku Kesehatan.....	94
7.2.3 Pengertian Hidup Sehat	95
7.3 Pendidikan Kesehatan	96
7.3.1 Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	97
7.3.2 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	99
7.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	100

Bab 8 Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan

8.1 Pendahuluan.....	101
8.2 Pentingnya Pendidikan.....	102
8.3 Peran Pendidikan dalam Perilaku Kesehatan	102

8.4 Ilmu Perilaku Kesehatan	103
8.4.1 Pengertian Ilmu Perilaku Kesehatan.....	103
8.4.2 Proses Pembentukan Perilaku Kesehatan.....	105
8.4.3 Bentuk-Bentuk Perilaku Kesehatan.....	107
8.4.4 Teori-Teori Perilaku Kesehatan.....	107

Bab 9 Penyampaian Pesan Kesehatan: Metode dan Media

9.1 Pendahuluan.....	115
9.2 Pengertian Pesan Kesehatan	116
9.3 Metode Penyampaian Pesan Kesehatan	118
9.3.1 Jenis Metode.....	118
9.3.2 Aspek Penilaian Metode.....	119
9.3.3 Klasifikasi Metode	119
9.4 Media Penyampaian Pesan Kesehatan.....	124
9.4.1 Pengertian Media	124
9.4.2 Tipe Media.....	125

Bab 10 Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

10.1 Pendahuluan.....	127
10.2 Definisi Kebersihan dan Kesehatan Pribadi	128
10.3 Tujuan Kebersihan dan Kesehatan Pribadi.....	129
10.4 Jenis - Jenis Kebersihan dan Kesehatan Pribadi	129
10.5 Faktor - Faktor Kebersihan dan Kesehatan Pribadi	133
10.6 Dampak Kebersihan dan Kesehatan Pribadi	135

Bab 11 Keselamatan Kerja dan Kesehatan Masyarakat

11.1 Pendahuluan.....	137
11.2 Keselamatan Kerja dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	138
11.3 Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	138
11.3.1 Tujuan Keselamatan Kerja.....	139
11.3.2 Bahaya pada Keselamatan Kerja.....	139
11.4 Kecelakaan Kerja	139
11.4.1 Penyebab Kecelakaan Kerja	140
11.4.2 Faktor-Faktor Kecelakaan Kerja	141
11.4.3 Dampak Kecelakaan Kerja	142
11.4.4 Pencegahan dan Penanggulangan Kecelakaan Kerja	144

Daftar Pustaka	147
Biodata Penulis	157

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Contoh Kleptomania	24
Gamabr 2.2: Ilustrasi Wanita Tuna Susila	24
Gambar 2.3: Ilustrasi Sakit Gigi	25
Gambar 2.4: Ilustrasi dipteri	27
Gambar 2.5: Ilutrasi bisul	27
Gambar 2.6: Ilustrasi kanker	28
Gambar 2.7: Ilustrasi gangguan kelenjar tyroid.....	28
Gambar 2.8: Ilustrasi Kurang gizi	29
Gambar 29: Ilustrasi Kolesterol.....	30
Gambar 2.10: Ilustrasi obesitas	31
Gambar 2.11: Ilustrasi Perubahan Fisiologis.....	32
Gambar 2.12: Ilustrasi Sanitasi dan Hygiene.....	33
Gambar 2.13: Ilustrasi Stress	34
Gambar 3.1: Masalah gizi dalam siklus hidup	50
Gambar 3.2: Kerangka penyebab masalah gizi.....	52
Gambar 5.1: Ekosistem dan Komponen-komponennya.....	71
Gambar 6.1: Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan	82
Gambar 6.2: Bagan umum Sistem Kesehatan Nasional	85
Gambar 6.3: Tiga Elemen Sistem Kebijakan	86
Gambar 6.4: Desentralisasi, Kewenangan daerah dan Kinerja Sektor Kesehatan	87
Gambar 8.1: Theory of Planned Behavior	112
Gambar 8.2: Preceed-proceed model for health promotion planing and evaluation	113
Gambar 9.1: Kerucut Intensitas Media Edgar Dale	124

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Tahapan kekurangan zat gizi dan cara penilaian status gizinya ..45	
Tabel 3.2: Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks46	
Tabel 8.1: Komponen konsep Social Cognitive Theory ..109	
Tabel 9.1: Material dan media dalam promosi kesehatan125	

Bab 1

Sejarah Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

1.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat menjadi elemen inti dari permasalahan-permasalahan yang merupakan bagian dari sejarah negara maju. Beberapa masalah penyakit dan epidemi yang timbul dengan keterbatasan ilmu pengetahuan dan teknologi pada masa itu coba dipecahkan yang kini menjadi dasar-dasar pelaksanaan program kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Perkembangan kesehatan masyarakat di negara maju pada masa liberalisme, banyak menghasilkan penemuan-penemuan yang merubah cara pandang seluruh masyarakat di dunia terkait kesehatan masyarakat.

Perkembangan ilmu kesehatan di negara-negara berkembang merupakan dampak dari era penjajahan, negara-negara kolonial menerapkan kebijakan terkait kesehatan masyarakat di negara-negara jajahannya yang hingga saat ini masih diterapkan. Setelah era penjajahan, masing-masing negara bekas jajahan berupaya mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang ditinggalkan oleh negara-negara kolonial untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan sosial serta upaya-upaya dalam bidang kesehatan masyarakat.

Pada abad ke-21 banyak masalah kesehatan masyarakat yang timbul di seluruh belahan dunia. Munculnya penyakit infeksi yang baru seperti: Covid-19, SARS, Flu burung maupun flu babi serta penyakit tidak menular yang dihadapi oleh Inggris, Amerika Serikat, Jepang dan beberapa Negara industri lainnya. Penyakit tidak menular dimulai dari penggunaan tembakau yang berlebihan (kebiasaan merokok), pola makan tinggi lemak, konsumsi alkohol serta kurangnya aktivitas fisik. Sedangkan pada Negara berkembang, penyakit menular masih merupakan penyebab utama kematian diiringi dengan peningkatan kejadian penyakit tidak menular seperti di Negara maju karena meningkatnya kesejahteraan dan ekonomi masyarakat serta kondisi dan perilaku masyarakat yang tidak sehat.

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

Sedangkan *Higeia* mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui “hidup seimbang”, menghindari makanan atau minuman beracun, makan makanan yang bergizi (baik), cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang yang sudah jatuh sakit *Higeia* lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik daripada dengan pengobatan atau pembedahan. Dari cerita mitos Yunani, *Asclepius* dan *Higeia* tersebut, akhirnya muncul 2 aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental maupun sosial.

Sedangkan kelompok kedua, seperti halnya pendekatan *Higeia*, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Kedalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang. Dalam perkembangan selanjutnya maka seolah-olah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan atau preventif (*preventive health care*). Kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut : Pertama, pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya sekali saja. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, drg, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Sedangkan pendekatan preventif, sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan) masalah-masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu.

Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat (sasaran) lebih bersifat kemitraan tidak seperti antara dokter-pasien. Kedua, pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti misalnya dokter yang menunggu pasien datang di Puskesmas atau tempat praktek. Kalau tidak ada pasien datang, berarti tidak ada masalah, maka selesailah tugas mereka, bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit. Sedangkan kelompok preventif lebih mengutamakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang di kantor atau di tempat praktek mereka, tetapi harus turun ke masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan melakukan tindakan. Ketiga, pendekatan kuratif cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara parsial, padahal manusia terdiri dari kesehatan biopsikologis dan sosial, yang terlihat antara aspek satu dengan yang lainnya. Sedangkan pendekatan preventif melihat klien sebagai makhluk yang utuh, dengan pendekatan yang holistik. Terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi individual tetapi dalam konteks yang luas, aspek biologis, psikologis dan sosial. Dengan demikian pendekatannya pun tidak individual dan parsial tetapi harus secara menyeluruh atau holistic.

Pengertian kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920) adalah ilmu dan seni dalam mencegah terjadinya penyakit, memperpanjang usia hidup, dan meningkatkan derajat kesehatan, melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Ilmu kesehatan masyarakat merupakan multidisiplin ilmu, Karena pada dasarnya masalah kesehatan masyarakat bersifat multikausal dan dalam pemecahan masalahnya dilakukan dengan kajian multidisiplin. Semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat.

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan suatu rentetan sejarah panjang kehidupan manusia dan lingkungannya, di mana perkembangannya di seluruh dunia terkait satu dengan lainnya. Terdapat momentum-momentum sejarah perkembangan kesehatan masyarakat yang merupakan tonggak awal dari perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan masyarakat saat ini. Sejarah kesehatan masyarakat di negara-negara maju mempunyai peran terhadap perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan masyarakat di negara-negara berkembang.

1.2 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Negara Maju

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat, tidak hanya dimulai pada munculnya ilmu pengetahuan saja melainkan sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Dari kebudayaan yang paling luas yakni Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma telah tercatat bahwa manusia telah melakukan usaha untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan masyarakat dan penyakit. Telah ditemukan pula bahwa pada zaman tersebut tercatat dokumen-dokumen tertulis, bahkan peraturan-peraturan tertulis yang mengatur tentang pembuangan air limbah atau drainase pemukiman pembangunan kota, pengaturan air minum, dan sebagainya. Pada zaman ini juga diperoleh catatan bahwa telah dibangun tempat pembuangan kotoran (latrin) umum, meskipun alasan dibuatnya latrine tersebut bukan karena kesehatan. Dibangunnya latrine umum pada saat itu bukan karena tinja atau kotoran manusia dapat menularkan penyakit tetapi tinja menimbulkan bau tak

enak dan pandangan yang tidak menyedapkan. Demikian juga masyarakat membuat sumur pada waktu itu dengan alasan bahwa minum air kali yang mengalir sudah kotor itu terasa tidak enak, bukan karena minum air kali dapat menyebabkan penyakit.

Pada dokumen lain tercatat bahwa pada zaman Romawi kuno telah dikeluarkan suatu peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatatkan pembangunan rumah, melaporkan adanya binatang-binatang yang berbahaya, dan binatang-binatang piaraan yang menimbulkan bau, dan sebagainya. Bahkan pada waktu itu telah ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat-tempat minuman (public bar), warung makan, tempat-tempat prostitusi dan sebagainya. Dari catatan-catatan tersebut di atas dapat dilihat bahwa masalah kesehatan masyarakat khususnya penyebaran-penyebaran penyakit menular sudah begitu meluas dan dahsyat, namun upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan oleh orang pada zamannya.

Ruang Lingkup dan Permasalahan dalam Sejarah Kesehatan Masyarakat (themes and problems in the history of public health) berdasarkan beberapa permasalahan terjadi berkaitan dengan kebijakan, pola pikir, garis batas negara dan kepentingan dalam sejarah kesehatan masyarakat, di antaranya adalah :

1. Masyarakat dan Negara

Negara dan masyarakat bukanlah suatu istilah yang bisa saling dipertukarkan. Namun negara yang berkaitan dengan penduduk, akan berbeda kebijakan terkait hubungan kesehatan dari masyarakat dalam kelompok warga, pembicaraan secara rasional dan keritikal terkait keduanya hampir sama.

2. Keragaman Negara

Saat segala pertimbangan bisa diterima secara luas dan telah menjadi agenda pertanggung jawaban negara, tidak semua negara melakukan reaksi terhadap hal tersebut. Fokus kesehatan masyarakat masih berada di tingkat lokal, yang tanggung jawab dan yurisdiksinya kadang tidak jelas dan tumpang tindih. Namun negara sendiri menjadi suatu unit yang dibentuk untuk mengatasi masalah secara global tidak hanya sekedar hal yang terkait dengan manusia saja.

3. Tujuan Negara

Jika saat ini kesehatan dianggap sebagai suatu hal terkait otonomi biologis individu, yang baru saja menjadi tujuan program kesehatan masyarakat, dahulu kesehatan berarti penyaluran kebutuhan untuk pekerja dan tentara, pengendalian jumlah penduduk, perlindungan terhadap kalangan elit tertentu, peningkatan cadangan genetik dalam populasi serta stabilitasi lingkungan.

1.3 Peranan Kesehatan Masyarakat dalam Mengatasi Epidem

Pada permulaan abad pertama sampai kira-kira abad ke-7 kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai macam penyakit menular mulai menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan di beberapa tempat telah menjadi endemi. Penelitian John Snow tentang penyebab kematian karena kolera di London pada th 1848-1849 dan 1853-1854 telah memperlihatkan adanya asosiasi antara sumber air minum (sungai Thames) dan kematian karena kolera di distrik-distrik yang ada di Inggris. Akhirnya muncul teori tentang penyakit infeksi secara umum dan menyimpulkan penyakit kolera menyebar karena adanya air yang terkontaminasi (ini terjadi sebelum adanya penemuan organisme penyebab kolera) sehingga itu mendorong perbaikan mutu penyaluran air.

Upaya-upaya untuk mengatasi epidemi dan endemi penyakit-penyakit tersebut, orang telah mulai memperhatikan masalah lingkungan, terutama hygiene dan sanitasi lingkungan. Pembuangan kotoran manusia (latrin), pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah tercatat menjadi bagian dari kehidupan masyarakat pada waktu itu.

1.4 Perkembangan Kesehatan Masyarakat pada Masa Liberalisme dan Sesudahnya

Dekade setelah Perang Dunia Kedua membawa pergeseran nilai yang ditandai dengan mulainya fokus terhadap bidang kesehatan masyarakat dan harapan masyarakat. Di negara maju, penyakit menular yang telah begitu lama menjadi fokus utama kesehatan masyarakat telah surut, dengan polio menjadi yang terakhir dari epidemi yang mengejutkan, mampu menurunkan korban dengan pemberian imunisasi, antibiotik, atau pengendalian epidemiologi atau lingkungan (Rogers 1990).

Masa perkembangan epidemiologi modern dimulai pada tahun 1950-an dimulai dengan studi *follow up* terhadap dokter-dokter di Inggris untuk memperlihatkan adanya hubungan yang kuat antara kebiasaan merokok dan perkembangan penyakit kanker paru

Adanya penaklukan fasisme serta diikuti dengan runtuhnya komunisme, hal ini sebabkan munculnya liberisme kembali. Hal ini dilambangkan dalam pernyataan Badan Kesehatan Dunia (WHO), bahwa kesehatan dan kesejahteraan adalah hak asasi bagi semua umat manusia di dunia (WHO 1968). Hal Ini adalah kewajiban bagi negara untuk memberikan hak tersebut kepada penduduknya mereka. Dalam beberapa kondisi, konflik antara kesehatan masyarakat sebagai suatu keharusan dan hak-hak sipil kembali muncul. Ini tetap menjadi isu yang paling tangguh yang harus dihadapi oleh kesehatan masyarakat. Bangkitnya ilmu pengetahuan pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19 mempunyai dampak yang luas terhadap segala aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai fenomena biologis dan pendekatan yang dilakukan hanya secara biologis yang sempit, maka mulai abad ke-19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Oleh sebab itu pendekatan masalah kesehatan harus dilakukan secara komprehensif, multisektoral. Disamping itu pada abad ilmu pengetahuan ini juga mulai ditemukan berbagai macam penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur telah berhasil menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Joseph Lister menemukan asam carbol (carbolic

acid) untuk sterilisasi ruang operasi dan William Marton menemukan ether sebagai anestesi pada waktu operasi.

Penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat secara ilmiah mulai dilakukan pada tahun 1832 di Inggris. Pada waktu itu sebagian besar rakyat Inggris terserang epidemi (wabah) kolera, terutama terjadi pada masyarakat yang tinggal di perkotaan yang miskin. Kemudian parlemen Inggris membentuk komisi untuk penyelidikan dan penanganan masalah wabah kolera ini. Edwin Chadwich seorang pakar sosial (social scientist) sebagai ketua komisi ini akhirnya melaporkan hasil penyelidikannya sebagai berikut : Masyarakat hidup di suatu kondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia. Air limbah yang mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dirubung lalat dan kecoa. Disamping itu ditemukan sebagian besar masyarakat miskin, bekerja rata-rata 14 jam per hari, dengan gaji yang dibawah kebutuhan hidup. Sehingga sebagian masyarakat tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Laporan Chadwich ini dilengkapi dengan analisis data statistik yang bagus dan sah. Berdasarkan laporan hasil penyelidikan Chadwich ini, akhirnya parlemen mengeluarkan undang-undang yang isinya mengatur upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan, sanitasi tempat-tempat kerja, pabrik dan sebagainya. Pada tahun 1848, John Simon diangkat oleh pemerintah Inggris untuk menangani masalah kesehatan penduduk (masyarakat).

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 mulai dikembangkan pendidikan untuk tenaga kesehatan yang profesional. Pada tahun 1893 John Hopkins, seorang pedagang wiski dari Baltimore Amerika mempelopori berdirinya universitas dan di dalamnya terdapat sekolah (Fakultas) Kedokteran. Mulai tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar ke Eropa, Canada dan sebagainya. Dari kurikulum sekolah-sekolah kedokteran tersebut terlihat bahwa kesehatan masyarakat sudah diperhatikan. Mulai tahun kedua para mahasiswa sudah mulai melakukan kegiatan penerapan ilmu di masyarakat. Pengembangan kurikulum sekolah kedokteran sudah didasarkan kepada suatu asumsi bahwa penyakit dan kesehatan itu merupakan hasil interaksi yang dinamis antara faktor genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial (termasuk kondisi kerja), kebiasaan perorangan dan pelayanan kedokteran / kesehatan.

Pada pelayanan kesehatan masyarakat, pada tahun 1855 pemerintah Amerika telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali. Fungsi departemen ini adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk (public), termasuk perbaikan dan pengawasan sanitasi lingkungan. Departemen kesehatan ini sebenarnya merupakan peningkatan departemen kesehatan kota yang telah dibentuk di masing-masing kota, seperti Baltimor telah terbentuk pada tahun 1798, South Carolina tahun 1813, Philadelphia tahun 1818, dan sebagainya.

Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian kesehatan masyarakat baik dari universitas maupun dari pemerintah di kota New York. Pertemuan tersebut menghasilkan Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Association).

1.5 Sejarah dan Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Negara Berkembang

Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat dan sejarahnya diawali dengan munculnya berbagai penyakit di tengah masyarakat. 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 tersebut telah menjadi pusat endemi kolera. Selain itu lepra juga telah menyebar mulai dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui para emigran. Pada abad ke-14 mulai terjadi wabah pes yang paling dahsyat, di China dan India. Pada tahun 1340 tercatat 13.000.000 orang meninggal karena wabah pes, dan di India, Mesir dan Gaza dilaporkan bahwa 13.000 orang meninggal tiap hari karena pes.

Tercatat jumlah meninggal karena wabah pes di seluruh dunia waktu itu mencapai lebih dari 60.000.000 orang. Kejadian ini dikenal dengan masa “The Black Death”. Keadaan atau wabah penyakit-penyakit menular terus terjadi hingga menjelang abad ke-18. Hal serupa terjadi pada wabah pes, wabah kolera dan tipus masih berlangsung. Telah tercatat bahwa pada tahun 1603 lebih dari 1 di antara 6 orang meninggal, dan pada tahun 1663 sekitar 1 di antara 5 orang meninggal karena penyakit menular. Pada tahun 1759, 70.000 orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular.

Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu antara lain difteri, tipus, disentri dan sebagainya. Perdagangan Dunia selama abad ke 18 dan 19 dalam upaya eksplorasi dan eksploitasi sumber daya alam membawa pada penjelajahan ke bagian lain dari dunia. Negara Eropa dan Amerika bersaing dalam penguasaan wilayah. Dalam upaya untuk mempertahankan teritorial masing-masing mereka menempatkan orang-orangnya secara bergantian dari satu tempat ke tempat lain untuk keperluan militer dan ekonomi. Ribuan warga Afrika dan Asia di bawa ke Amerika pada Abad ke-18 dan ke-19 untuk dipekerjaan di perkebunan atau pembuatan konstruksi rel kereta api. Kemudian mereka pun akan dipindahkan lagi ke India dan beberapa negara di Asia untuk bekerja di perkebunan yang lebih luas. Dengan perluasan perdagangan dan penguasaan wilayah, penyakit menyebar ke seluruh dunia sepanjang rute perdagangan.

Demi melindungi kesehatan rakyat dan para pekerja, penguasa kolonial menegakkan hukum serupa dengan yang berlaku di negaranya. Undang-undang kesehatan masyarakat yang spesifik bervariasi di setiap penguasa kolonial, namun jejak yang masih ada seperti undang-undang kesehatan masyarakat, undang-undang pemerintahan, undang-undang sipil, undang-undang pabrik, undang-undang pemalsuan makanan, undang-undang vaksinasi dan undang-undang tentang penyakit menular masih berlaku selama beberapa dekade, seperti di banyak negara di Asia, Pasifik, Negara Bagian Amerika dan Afrika sebagai bekas koloni Inggris, Spanyol, Prancis, Amerika ataupun Belanda masih berlaku. Para kolonial telah mencanangkan inisiatif penting dalam pencegahan dan pengendalian kesehatan masyarakat internasional melalui vaksinasi cacar yang awalnya diberikan pada para pekerja administrasi kolonial dan kemudian pada pekerja kasarnya.

Misionaris agama dari Eropa dan Amerika juga melakukan ekspedisi ke seluruh penjuru dunia bersama dengan kekuasaan kolonial. Banyak dari mereka, memiliki latar belakang media allopathic, sehingga kemudian didirikanlah lembaga-lembaga perawatan medis serta sistem pendidikan umum, termasuk sekolah-sekolah keperawatan dan medis. Misionaris ini mendirikan klinik kesehatan atau apotik pada awalnya dan kemudian berkembang menjadi rumah sakit di negara-negara kolonial.

Diakhir abad ke-18 terjadi suatu momentum peningkatan dalam pendidikan kesehatan masyarakat yaitu dengan pembentukan program sarjana dan pascasarjana yang dirancang khusus untuk kesehatan masyarakat, awalnya di negara-negara asal koloni kemudian di kembangkan di koloni-koloni mereka.

Sekolah perintis kesehatan masyarakat didirikan di negara-negara kolonial di akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20, dengan maksud agar dapat berfungsi sebagai pusat untuk pengembangan kebijakan terkait kesehatan masyarakat, dan untuk melatih orang-orang yang akan melayani warga negaranya di wilayah kolonial atau pekerja di daerah tropis.

Namun, perkembangan aktual kesehatan masyarakat dan pelayanan keperawatan medis untuk masyarakat umum masih belum sempurna di negara-negara bekas wilayah jajahan. Jutaan orang yang bergerak ke daerah-daerah yang benar-benar asing telah menyebabkan tingginya insiden kematian dan cacat. Para pekerja yang terlantar sering meninggal karena cacar, malaria, demam kuning, tifus, tifoid, dan kolera, atau mereka telah dinonaktifkan kerja karena frambusia, kusta, dan sifilis.

Terjangkitnya penyakit menular menjadi potensi hambatan yang sangat besar di daerah kolonial baru. Hal ini memicu ledakan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di awal abad ke-20, terutama di bidang fisika, mikrobiologi, biokimia, farmakologi dan diagnostik dalam praktek kesehatan masyarakat.

1.6 Perkembangan Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Ilmu Pengetahuan (science-oriented public health)

Bagi Negara-negara jajahan, akhir dari Perang Dunia Kedua merupakan akhir dari kekuasaan para penjajah. Negara-negara tersebut berharap untuk dapat membangun negaranya kearah perdamaian dan bangkit dari penderitaan dan kekurangan setelah bebas dari penjajahan. Kegiatan rekonstruksi untuk pertumbuhan ekonomi dan pembangunan sosial segera dilaksanakan untuk mengejar ketinggalan dengan memanfaatkan tehnologi yang ditinggalkan pada jaman penjajahan. Pada masa awal dari periode rekonstruksi disebut sebagai jaman kontradiksi dan peluang. Waktu untuk meningkatkan kemakmuran di negara maju, dalam upaya penuntasan kemiskinan dari mereka yang kurang mampu di seluruh dunia. Periode ini juga disebut sebagai jaman peluang,

yakni dalam melihat kemajuan ilmiah dan teknologi luar biasa sehingga mampu membuka pemandangan dan kemungkinan tak terbatas untuk memecahkan permasalahan kuno tentang kemiskinan dan penyakit.

Berbagai penemuan dan inovasi selama dan sesudah Perang Dunia Kedua memberikan dorongan luar biasa untuk berkembangnya aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi, seperti munculnya pesawat jet, microwave, radar, dan berbagai fasilitas telekomunikasi lainnya termasuk satelit. Penemuan dan produksi massal kina, *dichloro diphenyl trichloroethane* (DDT), penisilin, dan sulfonamida, pengembangan vaksin dan obat baru yang efektif untuk mencegah dan mengendalikan penyakit menular, pengenalan pil KB dan suntikan, pengenalan dan penggunaan komputer, dan perbaikan dalam pencitraan teknologi (X-ray dan CT scan) memfasilitasi munculnya aplikasi canggih dalam praktek kesehatan masyarakat. Kemajuan dalam mikrobiologi dan imunologi memberikan kontribusi besar terhadap pengembangan vaksin dan teknologi diagnostic. Sebuah pencapaian luar biasa dalam bidang pangan dan gizi adalah hilangnya virtual skala besar dari banyak kelaparan.

Sejarah keberhasilan Ilmu Kesehatan Masyarakat di negara berkembang (public health successes) pada abad kedua puluh ditandai dengan adanya pencegahan dan pengendalian serta pemberantasan tuntas penyakit cacar, yaitu suatu penyakit menular mengerikan yang telah ada sejak jaman dahulu. Berbagai upaya pencegahan kesehatan masyarakat di antaranya adalah inokulasi nanah diambil dari kasus cacar ke orang sehat, hal ini telah dipraktekkan di Asia sejak zaman kuno. Metode variolation menyebar ke Eropa dan bagian lain dunia pada abad ketujuh belas. Saat itu telah disederhanakan dan banyak digunakan untuk pencegahan dan pengendalian cacar. Pada Tahun 1796, Edward Jenner memperkenalkan teknik modifikasi dari variolation dengan menggunakan bahan cacar sapi. Masyarakat ilmiah di Eropa perlahan-lahan menerima hasil eksperimen ini. Kemudian, masa inokulasi menggunakan bahan cacar sapi (disebut vaksinasi) diperkenalkan secara luas, di Inggris pertama dan kemudian di seluruh Eropa dan bagian lain dari dunia kolonial. Bahan vaksin yang telah dikeringkan pada kaca, itu bisa dikirim ke seluruh bagian dunia. Penerimaan yang lebih luas dari vaksinasi massal ini telah menyebabkan penyakit cacar berhenti menjadi ancaman utama di kebanyakan negara Eropa dan Amerika pada awal abad kedua puluh.

Awal abad kedua puluh, Prancis, kemudian diikuti oleh Belanda, memproduksi vaksin cacar yang beku dan kering dalam jumlah besar, yang diperuntukkan setiap tahunnya untuk koloni mereka sendiri di Afrika dan Asia.

Institut Lister di London telah mengembangkan teknologi beku-kering untuk memproduksi vaksin di awal 1950-an. Sejak itu, vaksin beku-kering cacar stabil diproduksi komersial dengan skala besar dan telah menyebar ke negara-negara maju lain dan kemudian ke negara-negara berkembang yang baru merdeka.

1.7 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Sejarah Singkat Kesehatan Masyarakat di Indonesia Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak masa penjajahan Belanda pada abad ke 16. Pada saat itu kesehatan masyarakat dimulai dengan upaya pemberantasan penyakit cacar dan kolera yang menyebar di masyarakat. Penyakit kolera mewabah di Indonesia sekitar tahun 1937, kemudian diikuti oleh wabah cacar pada tahun 1948 yang awalnya disinyalir datang dari negara Singapura. Atas kejadian tersebut pemerintah Hindia Belanda mulai melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat. Sebelumnya tahun 1807 melalui pemerintahan Gubernur Jenderal Daendels juga sudah melakukan upaya kesmas dengan langkah penurunan angka kematian bayi, yaitu dengan cara mendirikan pelatihan dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan. Sampai akhirnya diberikan pelatihan khusus di sekolah dokter Jawa yang didirikan oleh kepala pelayanan sipil dan militer dr. Bosch. Sekolah ini dikenal juga dengan nama sekolah STOVIA (School Tot Opleiding Van Indische Arsten).

Tahun 1888 didirikan Laboratorium kedokteran di Bandung dan tahun 1913 didirikan sekolah kedokteran yang ke 2 di Surabaya dengan nama NIAS (Nederland Indische Arsten School). Sampai pada tahun 1927 Stovia berubah menjadi Sekolah Kedokteran, sampai akhirnya sejak berdirinya Universitas Indonesia sekitar tahun 1947 dimasukkan menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. STOVIA dan NIAS mempunyai andil sangat besar dalam perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk ketika mereka ikut menangani wabah penyakit pes di pulau Jawa dengan memberikan vaksinasi kepada 15 juta penduduk pulau Jawa dan penyemprotan DTT di rumah-rumah mereka. Memasuki era kemerdekaan, salah satu tonggak penting perkembangan kesmas di Indonesia adalah dengan

diperkenalkannya Bandung Plan tahun 1951 oleh dr.Y. Leimena dan dr.Patah. Konsep ini memperkenalkan cara pemulihan sakit (kuratif) dan upaya pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat serta lembagalembaga kesehatan yang sudah ada. Hasilnya, pada tahun 1956 dibentuk "Proyek Bekasi" di Lemah Abang sebagai contoh atau model pelayanan, pelatihan serta pengelolaan program kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia. Sekitar bulan Nopember tahun 1967, para ahli kesehatan di seluruh Indonesia mengadakan seminar pertama STOVIA (School Tot Opleiding Van Indiche Arsten) yang membahas program kesehatan masyarakat terpadu. Hasilnya, konsep pusat kesehatan masyarakat yang digagas oleh dr. Achmad Dipodilogo disepakati bersama sebagai upaya program kesehatan terpadu di seluruh negeri, sampai akhirnya diresmikan oleh pemerintah menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas.

Perkembangan upaya kesehatan masyarakat di Indonesia sendiri dimulai pada tahun 1901, oleh W. Schuffer yang bekerja pada De Sanemba Maatschaapy mulai menyelidiki Anopheline fauna di Deli. Pada saat inilah permulaan pencegahan atau pemberantasan malaria dimulai di Indonesia (yang tentunya untuk kepentingan penjajah pada saat itu). Dari sinipun tampak bahwa embrio tumbuhnya kesehatan masyarakat di Indonesia juga diawali dari Kesehatan lingkungan. Pada tahun 1910 diberlakukan peraturan pemerintah untuk mencegah kolera dan sampar (pes), yang kemudian dikeluarkan epidemic ordonnantie pada tahun 1911.

Selanjutnya perkembangan upaya kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa periode yaitu:

1) Periode 1917-1941

Perkembangan pengetahuan epidemiologi serta adanya pengalaman di Deli dan pengaruh-pengaruh perkembangan lainnya, maka pemerintah Hindia Belanda mulai memikirkan lebih sungguh-sungguh tugas pemerintah dalam kesehatan preventif. Umpamanya sistem pencacaran yang baik yang dimulai pada tahun 1919, hingga pada tahun 1926-1948 Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar. Pelopor kesehatan masyarakat di Indonesia adalah John Lee Hydrick, seorang penasihat ahli dalam bidang kesehatan masyarakat dari Lembaga Rockefeller-New York. Ia datang ke Indonesia pada tahun 1924, kemudian menerapkan falsafah kesehatan masyarakat modern di Indonesia dengan membuat daerah proyek percontohan kesehatan di Banyumas.

Falsafah yang perlu diketahui dari Hydrick adalah: bila pendidikan kesehatan dilakukan dengan baik dan berhasil, niscaya penyakit menular terberantas dengan sendirinya. Usaha-usaha proyek Banyumas ini antara lain adalah:

- a. Propaganda pemberantasan penyakit cacing tambang
- b. Pemakaian kelambu
- c. Pengobatan ibu hamil dan anak
- d. Higiene sekolah

Proyek ini kemudian diambil alih oleh pemerintah Hindia Belanda pada tahun 1937. Sampai saat jatuhnya Pemerintah Hindia Belanda baik dalam tindakan maupun orientasi pendidikan tenaga kesehatan masih cenderung ke arah usaha kesehatan kuratif, dan usaha perawatan individu. Kesehatan Masyarakat dalam arti yang menyeluruh belum mendapat perhatian yang layak.

2) Periode zaman Jepang-penyerahan kedaulatan R.I 1941-1950

Pada masa ini usaha-usaha kesehatan tidak terurus. Kegiatan-kegiatan diarahkan sepenuhnya untuk perang, sehingga tidak mengherankan bila warisan yang kita terima pada permulaan kemerdekaan (1945-1950), dalam bidang kesehatan, organisasi tingkat nasional maupun daerah dalam keadaan rudimenter. Pembangunan kesehatan masyarakat baru dapat dimulai sejak kedaulatan RI pulih kembali pada tahun 1950, sebab pada masa tersebut masih sibuk dengan perjuangan fisik mempertahankan kemerdekaan.

3) Periode 1950-1960

Pada tahun 1950, pemerintah RI mulai membangun falsafah kesehatan masyarakat. Banyak kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat yang telah dijalankan antara lain: Pemberantasan penyakit framboesia dengan sistem sederhana, dengan pelopornya antara lain dr. R. Kodijat. Dalam system ini digunakan tenaga juru patek. Tenaga ini khusus hanya terdapat di Indonesia, tidak dikenal di negara-negara lain. Tetapi hasilnya sangat memuaskan. Prof.Dr.M.Soetopo memelopori penyelidikan dan pemberantasan penyakit kelamin. Prof.Dr.Soerono memelopori pemberantasan penyakit malaria, dsb.

Dengan adanya kegiatan-kegiatan tersebut di samping kekurangan tenaga, maka pemerintah berusaha mencukupi kebutuhan tenaga dalam bidang kesehatan masyarakat dengan mendidik tenaga-tenaga baru. Pada tahun 1952 telah dibuka suatu lembaga pendidikan yang bervisi dan berorientasi kepada

kesehatan masyarakat tingkat akademi. Mula-mula dibuka Akademi Kontrolir Kesehatan, kemudian Akademi Gizi, dan disusul pendidikan pendidikan lainnya di samping tetap menambah Fakultas Kedokteran. Pada tahun 1965, pemerintah telah membuka Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia.

Sejak tahun 1950 Pemerintah Indonesia mencoba menerapkan falsafah Kesehatan Masyarakat Desa dalam Program Bandung Plan yang usahanya merupakan usaha kesehatan preventif dan kuratif. Pada tahun itu pula, Indonesia masuk sebagai anggota WHO. Pada tahun 1956, Pemerintah mencoba menerapkan falsafah kesehatan masyarakat dengan pendekatan aktif serta mengikutsertakan peran serta masyarakat. Penerapannya dilaksanakan di beberapa daerah percontohan kesehatan masyarakat seperti proyek Bekasi, Jogjakarta, dsb. Metode yang diterapkan dengan sasaran penduduk pedesaan dengan pengertian sasaran utama adalah masyarakat yang sungguh-sungguh memerlukan perhatian di bidang pelayanan kesehatan.

Usaha kesehatan pokok yang dijalankan meliputi 9 usaha atau kegiatan sebagai berikut:

- a. Pengobatan dan perawatan
 - b. Kesehatan ibu dan anak
 - c. Pemberantasan penyakit menular
 - d. Perawatan kesehatan rakyat
 - e. Kesehatan lingkungan
 - f. Pendidikan kesehatan masyarakat
 - g. Usaha kesehatan sekolah
 - h. Usaha kesehatan gigi sekolah
 - i. Statistik
- 4) Periode 1960-1990

Pada tahun 1960 falsafah kesehatan telah mendapatkan status yang kuat, dengan dituangkannya dalam undang-undang nomor 9/1960 tentang pokok-pokok kesehatan (disempurnakan dengan UU No.24 Tahun 1993 tentang Kesehatan). Kemudian disusul undang-undang karantina, undangundang wabah, undang-undang hygiene maupun peraturan-peraturan yang lainnya. Perkembangan usaha kesehatan masyarakat berjalan dengan pesat. Pada tahun 1965 didirikan Lembaga Kesehatan Nasional, menyusul Lembaga Biofarma,

Lembaga Higiene Perusahaan, Lembaga Riset Kesehatan Nasional, dan lain-lain.

Pada tahun 1967/1968 Pemerintah mengembangkan falsafah kesehatan masyarakat secara integrasi. Usaha kesehatan ini menjalin semua usaha kesehatan masyarakat yang ditujukan dan diarahkan ke satu sasaran yaitu kesehatan masyarakat seluruhnya. Dengan penerapan falsafah ini diharapkan seluruh kegiatan akan terkoordinasi, terintegrasi, tersinkronisasi, dan simplifikasi (prinsip KISS). Dalam rakerkesnas (Rapat Kerja Kesehatan Nasional) pertama tahun 1968 diperkenalkan konsep pelayanan kesehatan di puskesmas. Pada waktu itu puskesmas dibedakan menjadi 4, yaitu puskesmas tingkat desa, tingkat kecamatan, tingkat kawedanan, dan tingkat kabupaten.

Pembagian ini tidak berlangsung lama karena pada Rakerkesnas kedua tahun 1969 pembagian puskesmas ditetapkan menjadi 3 macam yaitu:

- a. Puskesmas tipe A, yaitu puskesmas yang dipimpin oleh dokter penuh.
- b. Puskesmas tipe B, yaitu puskesmas yang dipimpin oleh dokter tidak penuh.
- c. Puskesmas tipe C, yaitu puskesmas yang dipimpin oleh tenaga paramedis.

Pada kenyataannya puskesmas tipe B dan C sulit untuk berkembang. Oleh karena itu pada tahun 1970 (Rakerkesnas ketiga) ditetapkan hanya ada satu macam puskesmas, yaitu puskesmas dengan satu wilayah kerja tingkat kecamatan atau pada suatu wilayah dengan jumlah penduduk antara 30.000-50.000 jiwa. Konsep berdasarkan wilayah kerja ini tetap dipertahankan sampai akhir Pelita II tahun 1979 lalu. Sejak Pelita III (1979/1980) konsep wilayah puskesmas diperkecil menjadi 30.000 jiwa.

Usaha kesehatan pokokpun diperluas menjadi 12 usaha sebagai berikut:

- a. Perawatan dan pengobatan
- b. Pencegahan dan pemberantasan penyakit
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat
- d. Kesehatan lingkungan
- e. Kesejahteraan ibu dan anak dan keluarga berencana
- f. Perbaikan gizi
- g. Usaha kesehatan sekolah

- h. Kesehatan jiwa
- i. Kesehatan gigi
- j. Perawatan kesehatan masyarakat
- k. Laboratorium
- l. Statistik (pencatatan dan pelaporan)

5) Periode 1990-sekarang

Usaha kesehatan masyarakat tersebut terus berkembang sampai saat ini menjadi unsur pelayanan kesehatan primer dengan berbagai usaha kesehatan sebagai berikut:

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Gizi
- d. Pengobatan
- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- f. Upaya kesehatan lingkungan
- g. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- h. Upaya kesehatan sekolah
- i. Upaya kesehatan usila
- j. Upaya kesehatan kerja
- k. Upaya kesehatan gigi dan mulut
- l. Upaya kesehatan jiwa
- m. Upaya kesehatan mata dan pencegahan kebutaan
- n. Upaya penyuluhan kesehatan
- o. Pembinaan peran serta masyarakat
- p. Upaya kesehatan olahraga
- q. Laboratorium sederhana

Pencatatan dan laporan Upaya-upaya tersebut kemudian menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Upaya kesehatan wajib

Upaya kesehatan wajib merupakan upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah :

- a. Upaya promosi kesehatan.
 - b. Upaya kesehatan lingkungan
 - c. Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
 - d. Upaya perbaikan gizi masyarakat
 - e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
 - f. Upaya pengobatan
- ### 2. Upaya kesehatan pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan pusat pelayanan kesehatan masyarakat. Upaya yang termasuk di dalam upaya kesehatan pengembangan di antaranya adalah :

- a. Upaya kesehatan sekolah
- b. Upaya kesehatan olahraga
- c. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- d. Upaya kesehatan kerja
- e. Upaya kesehatan gigi dan mulut
- f. Upaya kesehatan jiwa
- g. Upaya kesehatan mata
- h. Upaya kesehatan usia lanjut
- i. Upaya pembinaan pengobatan tradisional

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini

merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan pusat pelayanan kesehatan masyarakat. Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan penunjang, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut, maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan pengembangan pusat pelayanan kesehatan masyarakat dapat pula bersifat upaya inovasi, yakni upaya lain di luar upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang sesuai dengan kebutuhan.

Bab 2

Konsep Kesehatan Masyarakat

2.1 Pendahuluan

Dalam membicarakan ilmu kesehatan masyarakat yang perlu dikenal adalah 2 tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Asclepius dikenal melakukan pengobatan penyakit setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang. Artinya tokoh ini lebih mengutamakan pengobatan atau kuratif, sedangkan Higeia lebih menganjurkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah melalui hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi, cukup istirahat dan melakukan olah raga, Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya alamiah untuk menyembuhkan penyakit. Tokoh ini lebih mengutamakan tindakan preventif atau pencegahan penyakit.

Berdasarkan cerita mitos Yunani Asclepius dan Hegeia, muncul dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan, yaitu:

1. Kelompok pertama (aliran I), cenderung menunggu terjadinya penyakit. Oleh karena itu kelompok ini dikenal menggunakan pendekatan kuratif (pengobatan). Pendekatan kuratif pada umumnya:
 - a. Dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya satu kali saja

- b. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh,
 - c. Cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini umumnya hanya menunggu masalah datang
 - d. Cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien dilihat secara partial
2. Kelompok ke dua (aliran II), yang cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit (preventif) dan meningkatkan kesehatan (promotif) sebelum terjadinya penyakit.

Pendekatan preventif pada umumnya:

- a. Sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perseorangan)
- b. Masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu atau perseorangan
- c. Jarak antara petugas kesehatan masyarakat dengan masyarakat lebih bersifat kemitraan, tidak seperti antar dokter-pasien
- d. Lebih menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak hanya menunggu pasien datang, tetapi harus turun ke masyarakat
- e. Melihat klien sebagai manusia yang utuh, dengan pendekatan yang holistik. Terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi, individual, akan tetapi dalam konteks yang luas seperti aspek biologis, psikologis dan sosial.

Bangkitnya ilmu pengetahuan akhir abad ke 18 dan awal abad ke 19 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai penomenal biologis dan pendekatan yang dilakukan secara biologis dan sempit, maka mulai abad ke 19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi (Syafuruddin, 2009).

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

2.2 Konsep Dasar Sehat dan Kesehatan

Menurut Undang-Undang RI. No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan social yang memungkinkan setiap orang hidup secara produktif secara social dan ekonomi. Menurut WHO, kesehatan adalah kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, social, dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Dikatakan sehat secara fisik adalah orang tersebut tidak memiliki gangguan apapun secara klinis. Fungsi organ tubuhnya berfungsi secara baik, dan dia memang tidak sakit.

Sehat secara mental/psikis adalah sehatnya pikiran, emosional, maupun spiritual dari seseorang. Ada suatu kasus seseorang yang memeriksakan kondisi badannya serba tidak enak, akan tetapi secara klinis/hasil pemeriksaan dokter menunjukkan bahwa orang tersebut tidak sakit, hal ini bisa disebabkan karena orang tersebut mengalami gangguan secara mental/psikis yang memengaruhi keadaan fisiknya. Contoh orang yang sehat secara mental adalah tidak autis, tidak stress, tidak mengalami gangguan jiwa akut, tidak mempunyai masalah yang berhubungan dengan kejiwaan, misalnya kleptomania, psikopat, dan lain-lain.



Gambar 2.1: Contoh Kleptomania (Sumber: alodokter.com)

Penderita penyakit hati juga merupakan contoh dari orang yang tidak sehat mentalnya, karena tidak ada seorang dokter bedah jantung sekalipun yang bisa menghilangkan penyakit ini dengan peralatan bedahnya. Sedangkan dikatakan sehat secara sosial adalah kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan lingkungan di mana ia tinggal. Contoh orang yang tidak sehat sosial di antaranya adalah seorang Wanita Tuna Susila (WTS). Kemudahan orang dengan katagori sehat secara ekonomi adalah orang yang produktif, produktivitasnya mengantarkan ia untuk bekerja dan dengan bekerja ia akan dapat menunjang kehidupan keluarganya.



Gamabr 2.2: Ilustrasi Wanita Tuna Susila (Sumber: news.detik.com)

Keempat faktor yang telah dijelaskan di atas adalah saling berkaitan. Ketika salah satu sakit maka yang lainnya akan sakit atau terganggu. Misalnya,

seseorang sedang menderita sakit gigi, ia akan cenderung mudah marah karena rasa sakit yang ditahannya. Kemarahan yang timbul itu kemudian berimbas kepada orang-orang yang ada di sekitarnya sehingga mudah marah kepada siapa saja yang dilihatnya. Efek dari sakit gigi itu juga jadi terganggunya aktivitas sehari-hari baik itu bekerja di rumah atau di kantor, sehingga produktivitas kerjanya terganggu.



Gambar 2.3: Ilustrasi Sakit Gigi (Sumber: klikdokter.com)

2.3 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menurut Proff. Winslow dari Universitas Yale: “ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, control infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek social, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang adekuat untuk menjaga kesehatannya” (Sarwono, 2013).

Upaya-upaya tersebut di antaranya adalah:

- a. Upaya Pemeliharaan Kesehatan Kuratif : tindakan pengobatan
Rehabilitatif : upaya pemeliharaan atau pemulihan kesehatan agar

penyakitnya tidak semakin terpuruk dengan mengkonsumsi makanan yang menunjang untuk kesembuhan penyakitnya.

- b. Upaya Peningkatan Kesehatan Preventif : upaya pencegahan terhadap suatu penyakit Promotif : upaya peningkatn kesehatan

Sarana Kesehatan yang Mendukung Upaya Kesehatan berdasarkan UU RI No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan:

- a. Puskesmas
- b. Dokter praktek
- c. Toko obat
- d. Praktek bidan
- e. Rumah sakit khusus
- f. Rumah sakit
- g. Apotek
- h. Pedagang besar farmasi
- i. Laboratorium
- j. Sekolah dan akademi kesehatan
- k. Balai pelatihan kesehatan
- l. Sarana kesehatan lainnya

2.4 Konsep dasar Penyakit

Penyakit adalah suatu keadaan abnormal dari tubuh atau pikiran yang menyebabkan ketidaknyamanan, disfungsi atau kesukaran terhadap seseorang. Ilmu yang mempelajari tentang penyakit disebut patologi.

Adapun jenis penyakit adalah:

- 1. Penyakit Infeksi

Penyakit Infeksi terdiri dari dua macam, yaitu:

- a. Penyakit Menular

Penyakit ini digolongkan kepada dua jenis yaitu communicable disease (penyakit yang dapat dicegah) seperti dipteri. Dan non-Communicable disease (penyakit yang tidak dapat dilakukan pencegahan seperti imunisasi)



Gambar 2.4: Ilustrasi dipteri (Sumber: Klikdokter.com)

b. Penyakit infeksi yang tidak menular. Seperti jerawat, bisul, dll.



Gambar 2.5: Ilustrasi bisul (Sumber: merdeka.com)

2. Penyakit non-Infeksi

Penyakit non-infeksi bisa disebabkan oleh:

- 1) Degeneratif, penyakit yang timbul karena menurunnya fungsi alat tubuh. Seperti kanker, jantung, hipertensi, diabetes, dll.



Gambar 2.6: Ilustrasi kanker (Sumber: jejamo.com)

- 2) Hubungannya dengan proses metabolic (kemampuan pemecahan dari zat-zat gizi) seperti, penyakit diabetes, tyroid.



Gambar 2.7: Ilustrasi gangguan kelenjar tyroid (Sumber: health.kompas.com)

- 3) Gizi

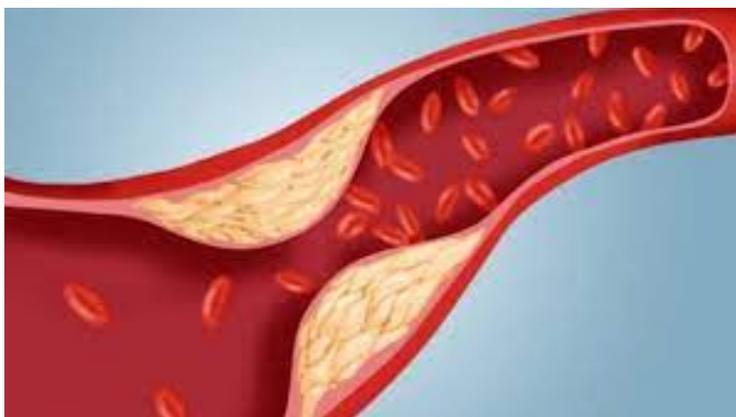


Gambar 2.8:Ilustrasi Kurang gizi (Sumber: galajabar.pikiran-rakyat.com)

2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kesehatan

1. Gizi

Saat ini gangguan kesehatan cenderung karena gizi salah (malnutrition). Gizi salah adalah keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara alternatif maupun absolut satu atau lebih dari zat gizi. Ada empat bentuk Malnutrition (diktat Ilmu Gizi): Undernutrition: kekurangan konsumsi pangan secara relatif maupun absolut untuk periode tertentu. *Specific Deficiency*: kekurangan zat gizi tertentu, misalnya kekurangan vit A, Iodium, Fe, dll Over Nutrition: kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu *Imbalance*: terjadi karena disproporsi zat gizi, misalnya: kolesterol terjadi karena tidak seimbangnya LDL (Low Density Lipoprotein), HDL (High Density Lipoprotein).



Gambar 29: Ilustrasi Kolesterol (Sumber: viva.co.id)

Malnutrisi adalah istilah umum untuk suatu kondisi medis yang disebabkan oleh pemberian atau cara makan yang tidak tepat atau tidak mencukupi. Istilah ini seringkali lebih dikaitkan dengan keadaan undernutrition (gizi kurang) yang diakibatkan oleh konsumsi makanan yang kurang, penyerapan yang buruk, atau kehilangan zat gizi secara berlebihan. Namun demikian, sebenarnya istilah tersebut juga dapat mencakup keadaan overnutrition (gizi berlebih). Seseorang akan mengalami malnutrisi bila jumlah, jenis, atau kualitas yang memadai dari zat gizi yang mencakup diet yang sehat tidak dikonsumsi untuk jangka waktu tertentu yang cukup lama. Keadaan yang berlangsung lebih lama lagi dapat menyebabkan terjadinya kelaparan. Masalah ini sangat berhubungan dengan terganggunya kesehatan yang dikenal dengan istilah penyakit kurang gizi. Hal ini merupakan masalah yang sangat kompleks, merupakan akibat dari suatu rangkaian proses masalah di masyarakat. Malnutrisi akibat asupan zat gizi yang kurang untuk menjaga fungsi tubuh yang sehat seringkali dikaitkan dengan kemiskinan, terutama pada negara-negara berkembang. Sebaliknya, malnutrisi akibat pola makan yang berlebih atau asupan gizi yang tidak seimbang lebih sering diamati pada negara-negara maju, misalnya dikaitkan dengan angka obesitas yang meningkat. Obesitas adalah suatu keadaan di mana cadangan energi yang disimpan pada jaringan lemak sangat meningkat hingga ke mencapai tingkatan tertentu, yang terkait erat dengan gangguan kondisi kesehatan tertentu atau meningkatnya angka kematian (Hariza, 2017).

Ketika berbicara mengenai gizi kurang (undernutrition), perhatian terbesar akan ditujukan pada anak, terutama balita. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut, asupan kurang yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang,

akan memberikan dampak terhadap proses tumbuh kembang anak dengan segala akibatnya di kemudian hari. Tidak hanya pada pertumbuhan fisik anak, tetapi juga perkembangan mentalnya. Satu hal yang akan berdampak pada produktivitas suatu bangsa.

Masalah malnutrisi masih ditemukan pada banyak tempat di Indonesia, dan ironisnya Indonesia mengalami kedua ekstrim permasalahan malnutrisi. Di satu sisi, daerah yang mengalami rawan pangan dan kelompok dengan kemampuan ekonomi yang kurang memadai amat rentan terhadap terjadinya malnutrisi dalam bentuk gizi kurang. Organisasi pangan dunia (FAO) mencatat pada kurun waktu 2001-2003 di Indonesia terdapat sekitar 13,8 juta penduduk yang kekurangan gizi. Sementara berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional 2005, angka gizi buruk dan gizi kurang adalah 28 persen dari jumlah anak Indonesia.

Masalah gizi lebih disebabkan oleh kebanyakan masukan energi dibandingkan dengan keluaran energi. Masalah gizi lebih bisa terjadi pada gizi makro (KH, P, L) dengan indikator dimensi tubuh yang tidak seimbang (berlebihan/gemuk/obesitas). Di beberapa tempat seperti daerah perkotaan dan pada kelompok ekonomi berkecukupan, obesitas menjadi bagian dari masalah kesehatan. Sekalipun belum ada data resmi yang diungkapkan pemerintah, beragam penelitian menunjukkan angka obesitas yang cukup mencengangkan. Satu di antaranya menyebutkan hingga 4,7% atau sekitar 9,8 juta penduduk Indonesia mengalami obesitas, belum termasuk 76,7 juta penduduk (17,5%) yang mengalami kelebihan berat badan atau berpeluang mengalami obesitas. Lebih menyedihkan lagi, angka obesitas pada anak juga cukup tinggi.



Gambar 2.10: Ilustrasi obesitas (Sumber: news.unai.ac.id)

Sekalipun keadaan undernutrisi sering disebabkan oleh keadaan kekurangan pangan -- baik karena masalah produksi atau masalah distribusi -- patut dijadikan catatan bahwa tidak jarang undernutrisi, khususnya pada anak, juga terjadi karena kesalahan pola pemberian makanan ataupun jenis makanan yang diberikan. Akibatnya anak tidak mendapatkan asupan yang memadai bagi pertumbuhan fisik dan perkembangan mentalnya. Hal yang serupa juga terjadi pada masalah overnutrisi di mana, asupan yang didapatkan tidak semata-mata dalam jumlah yang banyak saja tetapi juga memiliki kandungan gizi yang nilai kalorinya terlalu tinggi. Sepintas, dapat diamati bahwa kedua permasalahan ini mungkin berpangkal pada pengetahuan yang kurang memadai tentang gizi di masyarakat. Oleh karenanya, edukasi kepada masyarakat dengan memberikan informasi yang tepat tentang pemenuhan gizi akan menjadi langkah yang baik dalam mencegah terjadinya undernutrisi maupun overnutrisi.

2. Penurunan Fungsi Fisiologis.

Penurunan fungsi fisiologis dapat terjadi karena faktor:

1) Alamiah

Penurunan fungsi tubuh secara alamiah terjadi sejalan dengan bertambahnya usia. Penurunan fungsi fisiologis tubuh sejalan dengan pertumbuhan usia dapat mengakibatkan gangguan pada kesehatan yang dikenal dengan penyakit degeneratif, selain itu juga akan berdampak pada mudahnya terkena infeksi, karena sistem kekebalan tubuh yang mulai menurun.



Gambar 2.11: Ilustrasi Perubahan Fisiologis (Sumber: dictio.id)

Proses menua pada manusia merupakan suatu peristiwa alamiah yang tidak dapat dihindari, perlembangan fisik dan fungsi organ tubuh mulai mengalami penurunan. Perubahan komposisi tubuh menyebabkan berkurangnya jumlah

cairan tubuh total sampai lebih dari 15 %. Masa otot bebas lemak (lean body mass) menurun sampai lebih dari 30 % dan lemak tubuh meningkat 30-40%.

Berat badan mungkin tidak akan berubah bahkan bertambah karena meningkatnya lemak tubuh, sehingga sering muncul kasus overweight dan obesitas. Pada masa lansia kulit tidak lagi mampu meregang elastis. Lapisan luar atau epidermal kulit mulai menipis karena lapisan dalam dermis menjadi lebih berserabut. Terjadi pengeriputan, kerja kelenjar peluh dan kelenjar minyak dalam kulit yang berfungsi melumasi, memelihara, dan memperlancar kelenturan kulit menjadi kurang efisien. Kelembaban kulit mulai berkurang. Kasus yang terjadi adalah mudahnya lansia terkena. Penurunan fungsi internal terjadi pada umumnya pada sistem Kardiovaskular, pernapasan, saraf, sensori dan muskuloskeletal.

2) Sanitasi dan Hygiene

Kurang terjaganya sanitasi dan hygiene dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan sejalan dengan mudahnya terjadi infeksi karena pertumbuhan mikroorganisme patogen yang tidak dikendalikan. Penyakit yang umum terjadi adalah system pencernaan dan kulit.



Gambar 2.12: Ilustrasi Sanitasi dan Hygiene (Sumber: cfns.ugm.ac.id)

3) Stress

Stress merupakan suatu keadaan seseorang di mana seseorang bermasalah dengan kemampuan dalam menerima suatu kenyataan yang dihadapi dan umumnya tidak sesuai dengan apa yang ia harapkan. Munculnya stress

dipengaruhi oleh pandangan hidup seseorang dan akan berdampak buruk pada kesehatan mentalnya dan pada kesehatan fisik.



Gambar 2.13: Ilustrasi Stress (Sumber: kavling10.com)

Secara teoritis ada empat faktor yang menentukan derajat kesehatan seseorang:

1. Genetik (turunan)
2. Lingkungan
3. Perilaku (pilihan pola makan dan gaya hidup)
4. Pelayanan Kesehatan (aspek ketersediaan, baik fasilitas, perawatan, produk pelayanan, dan program kesehatan secara memadai).

Bab 3

Gizi Kesehatan Masyarakat

3.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat merupakan salah satu multidisiplin ilmu yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia hidup dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Salah cabang ilmu kesehatan masyarakat adalah gizi masyarakat (Merryana, 2016). Gizi memiliki peranan penting dalam mencapai kesehatan masyarakat yang optimal. Zat gizi berasal dari makanan dan minuman yang dikonsumsi baik pangan hewani dan nabati. Zat gizi dikelompokkan menjadi karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air .

Pemenuhan gizi bagi masyarakat penting sebagai fondasi keberhasilan pembangunan sumber daya manusia dan terpenuhinya hak asasi manusia terhadap pangan dan kesehatan. Gizi yang berkualitas berperan dalam meningkatkan kemampuan belajar, intelektualitas dan imun tubuh seseorang. Perbaikan gizi masyarakat juga menjadi sarana untuk memutus rantai kemiskinan melalui peningkatan produktivitas sehingga meningkatkan ekonomi dan berdampak pada kesejahteraan masyarakat.

Saat ini Indonesia dihadapkan pada masalah triple burden of malnutrition atau tiga beban malnutrisi yakni masalah kekurangan gizi (gizi buruk, wasting, stunting dan kurang energi kronik), kelebihan gizi (overweight dan obesitas) dan defisiensi gizi mikro atau hidden hunger (kekurangan vitamin dan mineral

penting terutama anemia). Hasil Riset Kesehatan Dasar RI (2018) melaporkan sekitar 30.8% anak mengalami stunting (pendek dan sangat pendek), 10.2% balita mengalami wasting (kurus dan sangat kurus). Sekitar 35.4 % orang dewasa memiliki kelebihan berat badan (overweight dan obesitas) serta sekitar 48.5% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia.

Masalah gizi bersifat kompleks yang disebabkan oleh asupan pangan yang tidak adekuat (cukup), pola penyakit, akses fasilitas kesehatan yang tidak mendukung, akses air bersih dan sanitasi yang tidak mendukung, dan praktik pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak adekuat, kurangnya asupan bergizi ibu hamil dan menyusui, serta pola asuh yang kurang baik. Akar masalah gizi ini disebabkan oleh kemiskinan dan kesenjangan ekonomi, tren demografi, urbanisasi, gender, kepercayaan dan praktik budaya serta kondisi darurat.

Dampak masalah gizi dapat menghambat pembangunan manusia dan menimbulkan berbagai kerugian seperti kesehatan dan ekonomi. Kondisi kurang gizi pada anak dapat berdampak pada kecerdasan, penurunan produktivitas di usia muda dan meningkatkan risiko terkena penyakit tidak menular saat dewasa serta kematian anak. Anemia pada ibu hamil berdampak pada abortus, prematur, gangguan persalinan, BBLR dan kematian prenatal. Potensi kerugian ekonomi akibat gizi kurang anak di Indonesia diperkirakan sekitar US\$ 5 miliar per tahun atau setara dengan 2-3% produk domestik bruto.

Upaya percepatan perbaikan gizi RI diwujudkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJMN) tahun 2020-2021 yang dilakukan dengan beberapa strategi antara lain percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi; peningkatan intervensi yang bersifat life saving dengan didukung data yang kuat termasuk fortifikasi dan pemberian multiple micronutrient; penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (food based approach); penguatan sistem surveilans gizi; peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat; dan respon cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat.

Kondisi pandemi COVID-19 menjadi tantangan yang tidak mudah bagi program penanggulangan masalah gizi di Indonesia. UNICEF menyampaikan

bahwa sebelum pandemi Indonesia telah menghadapi masalah gizi pada anak yang tinggi dan berisiko meningkat sekitar 15% sebagai akibat fasilitas kesehatan yang terbebani, rantai pasokan makanan yang terganggu, dan hilangnya pendapatan masyarakat. Anak-anak yang kekurangan gizi memiliki kekebalan tubuh yang lemah dan menghadapi hampir 12 kali peningkatan risiko kematian dibandingkan anak-anak dengan gizi cukup. Oleh karena itu diperlukan upaya percepatan dan kolaborasi bersama lintas sektor untuk perbaikan gizi masyarakat.

3.2 Penggolongan dan Fungsi Zat Gizi

Gizi merupakan komponen pangan dan bagian dari substansi manusia. Di Indonesia, istilah gizi berasal dari bahasa arab yakni "ghiza" yang bermakna makanan yang menyehatkan. Oleh karena itu, zat gizi dapat berarti segala sesuatu dalam pangan yang bermanfaat bagi kesehatan. Sedangkan ilmu gizi didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang pangan, zat gizi, dan komponen lainnya dalam pangan, aktivitas, interaksi, keseimbangannya sehubungan dengan kesehatan, penyakit, dan proses pencernaan, metabolisme, transpor, utilisasi, dan pengeluaran komponen pangan.

Secara umum zat gizi berfungsi sebagai sumber energi, pertumbuhan dan mempertahankan jaringan tubuh, dan mengatur proses dalam tubuh. Zat gizi dibedakan menjadi dua yakni zat gizi makro dan zat gizi mikro. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang besar atau disebut komponen gizi utama. Zat gizi makro antara lain karbohidrat, protein, lemak dan air. Sedangkan zat gizi mikro adalah zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang kecil atau komponen penunjang yakni vitamin dan mineral.

3.2.1 Karbohidrat

Karbohidrat atau hidrat arang merupakan zat gizi yang paling banyak tersedia di alam, murah, mudah diperoleh dan digunakan sebagai bahan bakar utama tubuh. Karbohidrat tersusun oleh senyawa organik yang terdiri dari atom karbon (C), hidrogen (H), dan oksigen (O). Karbohidrat berasal dari tanaman berdaun hijau yang mengalami proses fotosintesis lalu disimpan dalam tanaman sebagai pati atau gula yang berperan memberi energi bagi hewan dan

manusia. Pangan sumber karbohidrat terdapat pada biji-bijian (sereal), umbi, buah-buahan dan sayuran (Almatsier, 2002). Pangan yang mengandung karbohidrat memiliki karakter rasa manis.

Karbohidrat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu monosakarida, disakarida, dan polisakarida. Mono dan disakarida dikenal sebagai gula-gula sederhana, sedangkan polisakarida dikenal sebagai karbohidrat kompleks.

1. Monosakarida atau gula tunggal merupakan gula dalam bentuk yang paling sederhana. Jenis monosakarida adalah glukosa, fruktosa, galaktosa, manosa dan sorbitol. Monosakarida yang terdapat bebas dalam makanan adalah glukosa dan fruktosa, sedangkan monosakarida yang terikat dalam makanan adalah galaktosa dan manosa.

- a. Glukosa

Glukosa atau disebut dekstrosa, gula darah, dan gula jagung. Secara alami glukosa ini terdapat pada beberapa buah-buahan, jagung, akar dan madu. Jenis karbohidrat ini bersirkulasi dalam darah yang digunakan sel untuk energi. Glukosa juga merupakan hasil pencernaan pati dalam tubuh.

- b. Fruktosa

Fruktosa ditemukan alami dalam madu dan buah-buahan. Jenis karbohidrat ini merupakan gula termanis dibandingkan dengan jenis gula lain. Fruktosa juga diperoleh dari gula bit atau gula tebu.

- c. Galaktosa

Galaktosa merupakan gula khusus yang tidak terdapat bebas di alam namun merupakan hasil pencernaan laktosa (gula susu). Meskipun sumber utama galaktosa adalah susu, kacang-kacangan. Gula ini merupakan bahan pengisi jaringan saraf dan diproduksi dari glukosa selama laktasi pada sintesis laktosa.

- d. Mannosa

Manosa merupakan gula yang tidak ditemukan bebas di pangan namun diturunkan dari beberapa kacang-kacangan. Mannitol saat ini dikenal sebagai pemanis kalori yang diperoleh dari pengolahan gula khusus invert.

2. Disakarida

Disakarida merupakan gula rangkap yang terbentuk dari kombinasi dua monosakarida dan air. Ada 3 jenis disakarida yakni sukrosa, maltosa dan laktosa.

a. Sukrosa

Sukrosa terbentuk dari glukosa dan fruktosa. Sukrosa banyak terdapat pada sari tebu, bit gula, mosales, dan sorgum.

b. Maltosa

Maltosa disebut juga gula kecamba (malt) yang tidak terdapat alamiah. Maltosa dihasilkan dari fermentasi biji-bijian dan terdapat dalam bir. Di dalam usus halus maltosa dipecah menjadi 2 molekul glukosa.

c. Laktosa

d. Laktosa merupakan gula yang ditemukan dalam susu dan unik bagi mamalia. Laktosa mengandung dua monosakarida yakni glukosa dan galaktosa.

3. Polisakarida

Polisakarida atau karbohidrat kompleks yang mengandung banyak monosakarida. Polisakarida dibagi menjadi dua jenis yakni polisakarida yang dapat dicerna (amilum dan dekstrin) dan polisakarida yang tidak dapat dicerna (selulosa dan hemiselulosa). Pada bahan pangan hewani polisakarida berbentuk glikogen.

Fungsi utama karbohidrat adalah penyedia energi utama. Hasil pencernaan 1 gram karbohidrat menghasilkan 4 kkal. Namun, karbohidrat juga memiliki fungsi lain seperti penyuplai energi otak dan saraf, pengatur metabolisme protein dan lemak, penyimpan glikogen, pengatur peristaltik usus dan pemberi muatan sisa makanan. Ketidakseimbangan asupan karbohidrat dapat berisiko masalah kesehatan seperti kelebihan asupan karbohidrat akan meningkatkan risiko diabetes dan obesitas. Kekurangan asupan karbohidrat akan meningkatkan risiko kekurangan energi kronik.

3.2.2 Lemak

Lemak atau lipid mengandung unsur karbon, hidrogen, dan oksigen yang sukar larut air. Lemak merupakan zat gizi yang kaya energi (Almatsier, 2002). Lemak dibedakan menjadi dua yakni 1) lemak yang terdapat dalam pangan dan tubuh; dan 2) lemak struktural atau kompleks yang dihasilkan dalam tubuh sebagai bagian dari membran, transpor lemak atau sintesis hormon. Lemak yang terdapat dalam pangan adalah trigliserida, asam lemak, fosfolipid, dan kolesterol.

Lemak yang ditemukan dalam tubuh yakni lipoprotein dan glikolipid.

a. Trigliserida

Trigliserida atau lemak netral merupakan lemak yang paling umum ditemukan dalam pangan (hewani dan nabati). Lemak ini terdiri dari tiga molekul asam lemak yang berikatan dengan satu molekul gliserol.

b. Asam lemak

Asam lemak dibedakan menjadi dua yakni asam lemak jenuh (saturated fatty acids) dan asam lemak tak jenuh (unsaturated fatty acids). Asam lemak jenuh memiliki ikatan tunggal sedangkan asam lemak tak jenuh memiliki ikatan rangkap. Jenis asam lemak jenuh adalah asam palmitat dan stearat yang paling banyak ditemukan pada lemak hewani, keju, mentega, minyak kelapa dan coklat. Asam lemak tak jenuh dibedakan menjadi dua yakni asam lemak tidak jenuh tunggal (monounsaturated fatty acids) yang memiliki ikatan rangkap tunggal dan asam lemak tidak jenuh ganda (polyunsaturated fatty acids) yang memiliki ikatan rangkap ganda. Contoh asam lemak tidak jenuh tunggal (monounsaturated fatty acids) adalah asam oleat yang banyak ditemukan pada kacang tanah. Contoh asam lemak tidak jenuh ganda adalah linoleat yang terdapat pada biji bunga matahari, minyak jagung, minyak kedelai, Omega 6 banyak terdapat pada minyak sayuran; asam lemak omega 3, asam eikosapentanoat (EPA) dan asam dokosaheksaenoat (DHA) yang paling banyak terdapat pada ikan.

c. Fosfolipid

Fosfolipid merupakan senyawa lipid, gliserol dan asam lemak yang bergabung dengan karbohidrat, fosfor, dan/nitrogen. Lemak ini tidak kentara terdapat

pada pangan hewani dan nabati serta secara komersial lemak ini digunakan sebagai bahan adiktif untuk membantu emulsifier.

d. Kolesterol

Kolesterol merupakan lemak yang memiliki struktur cincin yang kompleks yang disebut sterol. Pangan yang mengandung kolesterol hanya terdapat pada pangan hewani seperti telur, daging, dan lemak susu. Hati dan usus dapat mensintesis semua kolesterol yang diperlukan tubuh tanpa mengkonsumsi dari luar.

Lemak memiliki peran penting antara lain sebagai sumber energi (1 gram lemak= 9 kkal); menghemat protein; alat angkut dan pelarut vitamin larut lemak; sebagai pelumas; memelihara suhu tubuh; pelindung organ; prekursor prostaglandin yang berperan mengatur tekanan darah, denyut jantung; bahan penyusun hormon dan vitamin (khususnya sterol); bahan penyusun empedu dan hormon seks.

3.2.3 Protein

Protein merupakan bagian dari semua sel makhluk hidup. Protein memiliki struktur dasar asam amino yang memiliki ikatan peptida. asam amino dibedakan menjadi dua yakni asam amino esensial (harus ada dalam makanan) dan non esensial (tidak harus ada dalam makanan). Asam amino esensial adalah asam amino yang tidak dapat disintesis oleh tubuh dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan mempertahankan jaringan tubuh. Jenis asam amino esensial adalah isoleusin, leusin, lisin, metionin, fenilalanin, treonin, triptofan, valin, dan histidin. Sedangkan jenis asam amino non esensial adalah alanin, arginin asam aspartat, asparagin, asam glutamat, glutamin, glisin, prolin, serin, sistein dan tirosin (Almatsier, 2002).

Secara umum protein berperan dalam pertumbuhan dan mempertahankan jaringan selain sumber energi (1 gram protein = 4 kkal). Sedangkan secara khusus fungsi protein sebagai pembentukan komponen struktural tubuh seperti otot, tulang, kuku, rambut, kulit, dan kolagen; pengangkut dan penyimpan zat gizi seperti darah; bahan baku hormon, enzim dan antibodi; mengatur keseimbangan air; mempertahankan kenetralan (asam basa) tubuh; membentuk antibodi (Hardinsyah & Supariasa, 2016).

Pangan sumber protein berasal dari hewani dan nabati. Pangan sumber hewani yang banyak terdapat protein adalah daging, ayam, ikan, telur, susu dan produk

olahannya. Sedangkan pangan nabati yang banyak mengandung protein adalah kedelai, kacang tanah, kacang hijau, dan kacang-kacangan lainnya. Sebagian kecil protein juga terdapat dalam sayuran dan buah-buahan.

3.2.4 Air

Air adalah komponen utama dan terbesar tubuh sekitar 70%. Sumber air bagi tubuh berasal dari minuman, makanan yang kita makan, dan air hasil metabolik tubuh. Air dalam tubuh berfungsi sebagai pelarut zat gizi, fasilitator pertumbuhan, pengatur tubuh, menjaga keseimbangan metabolisme tubuh, mengatur suhu tubuh, dan melumasi persendian (Almatsier, 2002).

3.2.5 Vitamin

Vitamin merupakan bahan organik yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang sangat kecil, minimal memiliki satu fungsi metabolik spesifik dan harus disediakan dari makanan. Vitamin bersifat esensial karena tubuh tidak dapat mensintesis sendiri. Secara umum vitamin berperan sebagai bagian dari enzim atau koenzim penting dalam reaksi tubuh; mempertahankan fungsi berbagai jaringan; membantu proses pertumbuhan dan pembentukan sel baru; dan membantu pembuatan senyawa tertentu dalam tubuh (Almatsier, 2002).

Vitamin dibedakan menjadi dua yakni vitamin larut air dan vitamin larut lemak. Vitamin larut air adalah vitamin B (B1, B2, B6, B12, asam folat, niasin, asam pentotenat, biotin, dan kolin) dan vitamin C. Sedangkan vitamin larut lemak adalah vitamin A, vitamin D, vitamin E dan vitamin K.

a. Vitamin A

Vitamin A berfungsi dalam mencegah infeksi dan menjaga imun tubuh, mendukung reproduksi dan pertumbuhan sel serta membantu penglihatan retina mata. Sumber vitamin A terdapat pada unggas, ikan, telur, buah-buahan berwarna orange, sayuran hijau, akar dan umbi-umbian, minyak sawit. Kekurangan vitamin A akan menyebabkan penyakit rabun senja.

b. Vitamin B

Vitamin B terdiri dari vitamin B1, B2, B6, B12, asam folat, niasin, asam pentotenat, biotin, dan kolin. Sumber makanan yang mengandung vitamin B terdapat pada sereal, kacang-kacangan, sayuran hijau, hati, daging, susu dan telur. Secara umum vitamin B berperan dalam membantu proses pembentukan

energi, hematopoetik, dan mengatur aktivitas sel tubuh. Kekurangan vitamin B1 akan menyebabkan penyakit beri-beri. Kekurangan vitamin B4 akan menyebabkan penyakit pellagra. Kekurangan vitamin B6 dan folat akan menyebabkan anemia.

c. Vitamin C

Sumber makanan mengandung vitamin C terdapat pada buah segar, sari jeruk, brokoli, sayuran, tomat, kol, asparagus, buncis, dan kentang. Vitamin C berperan dalam pembentukan dan penjagaan kolagen dan antioksidan

d. Vitamin D

Vitamin D banyak ditemukan pada banyak pangan hewani seperti kuning telur, hati, ikan, susu dan mentega. Vitamin D berperan dalam meningkatkan penyerapan kalsium dan fosfor, meningkatkan pertumbuhan tulang dan gigi, mencegah kehilangan asam amino, sebagai hormon penyusun dan pemelihara organ tulang, membantu mineralisasi tulang. Kekurangan vitamin D akan menyebabkan riket dan osteoporosis.

e. Vitamin E

Vitamin E terdapat pada minyak kecambah, gandum, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan dan mencegah terjadinya peroksidasi lemak.

f. Vitamin K

Vitamin K banyak terdapat pada sayur-sayuran. Vitamin K berperan sebagai koenzim untuk sintesis protein dalam koagulasi darah dan metabolisme tulang.

3.2.5 Mineral

Mineral merupakan unsur kimia esensial dalam bentuk elektrolit anion (muatan negatif) dan kation (muatan positif) yang penting untuk mengatur fungsi tubuh (Indriani, 2017). Mineral dalam pangan dibagi menjadi dua yakni mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro antara lain kalsium (Ca), sulfur (S), fosfor (F), natrium (Na), kalium (K), klor (Cl), dan magnesium (Mg). Sedangkan mineral mikro antara lain besi (Fe), tembaga (Cu), zink (Zn), mangan (Mn), fluor (F), selenium (Se), silikon (Si), kromium (Cr), vanadium (V), yodium (I), timah hitam (Pb), cadmium (Cd), arsen (As),

molibdom (Mo), kobalt (Co), bromium (Br), stronsium (Sr). Fungsi mineral secara umum adalah katalis reaksi biologis, menjaga keseimbangan asam basa, menjaga keseimbangan air dalam tubuh, transmisi impuls saraf, pertumbuhan jaringan tubuh dan mengatur kontraktilitas otot.

Makanan sumber kalsium terdapat pada produk susu, kacang-kacangan, sayuran dan almond. Makanan sumber sulfur adalah makanan berprotein, bawang putih dan kubis. Makanan sumber fosfor terdapat pada hampir setiap bahan makanan. Natrium terdapat pada garam dapur, kecap, soda kue, sayuran dan buah-buahan, Klor banyak ditemukan pada pangan olahan dan magnesium terdapat pada kacang-kacangan, biji-bijian dan sayuran hijau.

Makanan sumber zat besi adalah hati, ikan, daging dan sayuran hijau. Makanan sumber tembaga terdapat pada kacang-kacangan, biji-bijian, sayuran daun hijau dan alpukat. Makanan sumber zink terdapat pada daging, ikan, unggas dan biji utuh. Makanan sumber mangan terdapat pada biji-bijian, sayuran hijau, dan kacang-kacangan. Makanan sumber fluor adalah air minum yang difluorisasi dan ikan laut. Makanan sumber selenium antara lain biji-bijian dan makanan hasil laut. Makanan sumber silikon adalah padi-padian. Makanan sumber kromium terdapat pada rempah, brokoli, kacang hijau dan anggur. Makanan sumber iodium terdapat pada ikan, kerang, rumput laut. Makanan mengandung kobalt terdapat pada sayuran berdaun hijau. Makanan mengandung boron terdapat pada sayuran hijau dan kacang-kacangan.

3.3 Penilaian Status Gizi

Status gizi didefinisikan sebagai keadaan kesehatan tubuh seseorang atau sekelompok orang akibat oleh konsumsi dan penggunaan gizi. Jika tubuh kita tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup dan berkualitas dalam kehidupan sehari-hari maka akan mengakibatkan gangguan fisiologis dan dampak jangka panjang bagi kesehatan. Asupan gizi kurang "undernutrition" atau kurang gizi dapat berakibat fatal. Gangguan gizi juga dapat disebabkan oleh asupan makanan yang berlebihan dari kebutuhan tubuh atau disebut "overnutrition". Misalnya asupan kalori dan lemak yang berlebihan akan menyebabkan obesitas dan asupan vitamin dan mineral yang berlebihan akan menyebabkan toksisitas gizi.

Gangguan gizi atau malnutrisi berdasarkan riwayat penyebabnya dibagi menjadi dua yakni malnutrisi primer dan malnutrisi sekunder. Malnutrisi primer terjadi akibat kurang asupan gizi dibanding kebutuhannya. Sedangkan malnutrisi sekunder terjadi karena penyakit infeksi yang menyebabkan gangguan penyerapan zat gizi.

Cara yang digunakan dalam menilai status gizi seseorang dilakukan dengan empat metode yakni antropometri (Antropometry), biokimia (Biochemistry), klinis (Clinic), dan konsumsi makanan (Dietary) (Suproasa et al, 2019) . Penilaian status gizi dapat dilakukan pada semua kelompok umur yakni bayi, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, lansia dan ibu hamil. Tahapan kekurangan zat gizi dan cara penilaian status gizinya disajikan pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1: Tahapan kekurangan zat gizi dan cara penilaian status gizinya

Tahapan	Tahapan kekurangan gizi	Cara penilaian status gizi
1	Ketidakcukupan makanan	Konsumsi makanan
2	Penurunan cadangan zat gizi dalam jaringan	Biokimia
3	Penurunan kadar zat gizi dalam cairan tubuh	Biokimia
4	Penurunan taraf fungsional dalam jaringan tubuh	Antropometri/biokimia
5	Penurunan aktivitas enzim yang tergantung pada zat gizi	Biokimia
6	Perubahan fungsional	Tingkah laku/fisiologi
7	Gejala-gejala klinis	Klinis
8	Tanda-tanda anatomis	Klinis

3.3.1 Penilaian status gizi metode antropometri (A)

Penilaian status gizi dengan adalah mengukur dimensi dan komposisi tubuh. Ukuran yang digunakan adalah berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LiLA), lingkaran kepala (LK), tinggi duduk, lingkaran dada (LD), lingkaran perut, lingkaran pinggul dan lapisan lemak bawah kulit.

Pengukuran ini memiliki kelebihan sederhana, aman, relatif mudah digunakan karena tidak membutuhkan tenaga ahli, alatnya murah dan mudah dibawa, metode ini tepat dan akurat, dan dapat mengidentifikasi status gizi masa lampau. Namun penilaian ini juga memiliki kelemahan yakni tidak sensitif, kesalahan yang terjadi akibat pengukuran.

Pengukuran antropometri juga menggunakan parameter indeks yakni kombinasi parameter antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), panjang badan menurut umur (PB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan tinggi badan menurut usia (TB/U), lingkaran lengan atas menurut umur (LiLA/U), indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U).

Indikator dan ambang batas yang digunakan untuk menentukan masalah kesehatan masyarakat seperti prevalensi balita gizi kurang, prevalensi balita pendek dan prevalensi balita kurus disajikan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2: Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks (PMK RI No. 2 Tahun 2020)

Indeks	Kategori status gizi	Ambang batas (Z-score)
Berat badan menurut Umur (BB/U) Anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	< -3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	-3 SD sd < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD + 1 SD
	Risiko berat badan lebih	>+1 SD
Panjang Badan atau tinggi badan (PB/U atau TB/U) Anak umur 0-60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	< -3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	-3 SD sd < -2 SD
	Normal	-2 SD sd 2 SD
	Tinggi	>+3 SD
Berat Badan menuru Panjang Badan (PB/PB atau BB/TB) Anak umur 0-60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +2 SD
	Berrisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	-2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	>+3 SD
Indek Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) Anak umur 0-60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +2 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	-2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	>+3 SD
Indek Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) Anak umur 5-18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi kurang (<i>thinnes</i>)	-2 SD sd +2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	-2 SD sd +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	>+2 SD

1. Anak yang termasuk pada kategori ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan, perlu dikonfirmasi dengan BB/TB atau IMT/U

2. Anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi dan biasanya tidak menjadi masalah kecuali kemungkinan adanya gangguan endokrin seperti tumor yang memproduksi hormon pertumbuhan. Rujuk ke dokter spesialis anak jika diduga mengalami gangguan endokrin (misalnya anak yang sangat tinggi menurut umurnya sedangkan tinggi orang tua normal).
3. Walaupun interpretasi IMT/U mencantumkan gizi buruk dan gizi kurang, kriteria diagnosis gizi buruk dan gizi kurang menurut pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk menggunakan Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB).

3.3.2 Penilaian status gizi metode Biokimia (B)

Penilaian status gizi metode biokimia adalah pemeriksaan spesimen jaringan atau cairan tubuh seperti darah, urine, dan lain-lain yang uji menggunakan alat khusus dan umumnya dilakukan di laboratorium. Metode ini digunakan untuk mendeteksi dini kemungkinan munculnya kekurangan atau kelebihan gizi yang lebih parah.

Kelebihan penilaian status gizi ini adalah hasil pemeriksaan objektif dan prosedur terstandar oleh tenaga terlatih. Hasil penilaian biokimia ini dapat dijadikan sebagai hasil pemeriksaan status gizi lainnya seperti klinis, survey konsumsi dan lainnya. Kelemahan metode biokimia adalah penggunaan alat khusus, membutuhkan tenaga ahli, sulit dilakukan untuk penilaian status gizi di lapangan, tidak dapat dilakukan sebelum gangguan metabolisme zat gizi, penentuan ambang batas tergantung pada alat yang digunakan.

Parameter biokimia zat gizi seperti kreatinin urine, total serum protein, serum albumin, serum transferrin, serum retinol binding protein (RBP), kolesterol total, *Low density lipoprotein* (LDL), Trigliserida (TG), serum vitamin A, kadar asam askorbat plasma, kadar serum 25-hydroxyvitamin D, serum alfa tokoferol, dan hemoglobin.

3.3.3 Penilaian status gizi metode klinis (C)

Penilaian klinik dilakukan dengan menguji fisik dan riwayat medis seseorang yang digunakan untuk mendeteksi adanya tanda-tanda dan atau gejala-gejala yang spesifik berkaitan dengan malnutrisi. Penilaian gizi metode ini memiliki kelebihan yakni dapat diterapkan pada populasi yang besar dan waktu terbatas, relatif murah tidak memerlukan alat canggih, sederhana, cepat dan mudah diinterpretasikan. Namun metode ini juga memiliki kelemahan antara lain tanda klinis kadang kurang spesifik, bias dari pengamat, gejala klinik tidak

hanya ditimbulkan karena faktor gizi saja namun juga ada faktor lain. Salah satu bentuk malnutrisi adalah marasmus dan kwashiorkor yang memiliki tanda-tanda klinis seperti:

- a. Anak sangat kurus, tampak tulang terbungkus kulit
- b. Tulang rusuk menonjol
- c. Wajah seperti orang tua
- d. Kulit kriptur
- e. Cengeng
- f. Perut cekung

Tanda-tanda khas kwashiorkor adalah

- a. Bengkak (edema) seluruh tubuh
- b. Otot mengecil dan menyebabkan lengan atas kurus
- c. Timbul ruam berwarna merah muda dan berubah menjadi coklat dan terkelupas
- d. Rambut menipis
- e. Cengeng, rewel dan apatis
- f. Sering disertai infeksi, anemia, dan diare

3.3.4 Penilaian metode konsumsi makanan (D)

Penilaian metode konsumsi makanan bertujuan untuk mengukur asupan zat gizi seseorang atau sekelompok masyarakat. Metode ini ditujukan untuk mengetahui kebiasaan makan, gambaran tingkat kecukupan bahan makanan, zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga, perorangan dan faktor yang memengaruhinya. Metode ini juga dilakukan untuk membuat kebijakan bagi petugas kesehatan dan pemerintah. Metode konsumsi pangan ini dilakukan dengan metode kualitatif, metode kuantitatif dan atau gabungan keduanya. Metode pengukuran antara lain recall 24 jam, metode frekuensi makanan, metode pencatatan, metode penimbangan makanan, metode inventaris, dan metode pencatatan pangan rumah tangga, metode riwayat makanan. Survei konsumsi pangan yang paling sering dilakukan di Indonesia adalah metode recall, food frequency questionnaire (FFQ), atau semi kuantitatif FFQ.

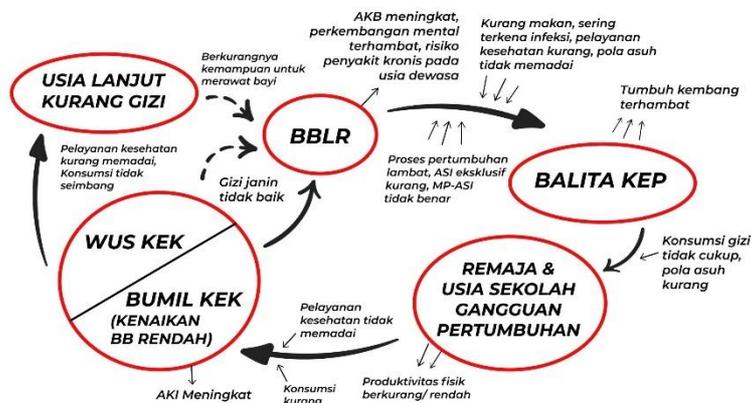
3.4 Masalah Gizi dan Upaya Penanggulangannya

Masalah gizi di masyarakat saling berhubungan dalam satu siklus hidup dan antar generasi. Masalah ini akan semakin memburuk jika tidak ada intervensi untuk memutus siklus masalah tersebut. Masalah gizi dimulai saat bayi masih kandungan dan akan terus bermasalah sampai memasuki kehidupan usia remaja dan dewasa khususnya remaja putri dan wanita dewasa. Remaja putri dan wanita dewasa sebagai calon ibu jika kurang berat badan akan mengakibatkan pemenuhan gizi janin tidak baik dan meningkatkan risiko melahirkan anak dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) atau BB kurang dari 2500 gram. Bayi yang kurang gizi akan berisiko tinggi kematian neonatal (0-28 hari) dan selama periode bayi (1-12 bulan). Jika bayi BBLR tetap hidup umumnya tidak mampu mengejar ketertinggalan pertumbuhan dan akan mengalami defisit perkembangan mental sehingga bayi BBLR akan mengalami *underweight* (berat badan rendah) atau *stunting* (pendek) pada masa selanjutnya.

Masalah gizi saat dilahirkan ini akan berdampak hingga masa dewasa. Balita yang kurang gizi seperti energi, protein, vitamin A, seng (Zn) dan besi (Fe) sehingga sering terkena penyakit terinfeksi berkepanjangan sehingga mengganggu penyerapan zat gizi dan menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kurang gizi pada masa anak-anak akan memiliki konsekuensi serius mengalami sakit yang berat seperti diare dan pneumonia. Kekurangan gizi pada anak khususnya anak sekolah juga berdampak terhadap kecerdasan, prestasi belajar, pembelajaran dan kehadiran di sekolah. Anak yang mengalami masalah gizi memiliki risiko 11.6 kali lebih tinggi untuk mengalami kematian dibanding dengan anak yang memiliki status gizi baik.

Beban masalah gizi ini sebagai konsekuensi jangka panjang masalah gizi yang terjadi pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK) mulai dari kehamilan hingga anak usia 2 tahun dan remaja. Usia remaja merupakan periode pertumbuhan tercepat kedua. Remaja putri sebagai calon ibu hamil yang mengalami anemia dan gizi kurang berisiko tinggi untuk melahirkan bayi prematur, bayi dengan berat lahir rendah, pendarahan saat melahirkan hingga kematian. Siklus ini akan terus berputar apabila tidak ada upaya untuk memutus siklus yang bersifat negatif tersebut. Oleh karena itu, salah satu upaya penting mencegah kekurangan gizi saat remaja, janin, bayi dan anak karena intervensi

saat kehamilan dapat memperbaiki komposisi dan ukuran tubuh masa remaja dan dewasa.



Gambar 3.1: Masalah gizi dalam siklus hidup

Indonesia saat ini dihadapkan pada masalah triple burden of malnutrition atau tiga beban malnutri yakni masalah kekurangan gizi (gizi buruk, wasting, stunting dan kurang energi kronik), kelebihan gizi (overweight dan obesitas) dan defisiensi gizi mikro atau hidden hunger (kekurangan vitamin dan mineral penting terutama anemia). Hasil Riset Kesehatan Dasar RI (2018) melaporkan sekitar 30.8% anak mengalami stunting (pendek dan sangat pendek), 10.2% balita mengalami wasting (kurus dan sangat kurus). Sekitar 35.4 % orang dewasa memiliki kelebihan berat badan (overweight dan obesitas) serta sekitar 48.5% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia.

Permasalahan gizi disebabkan oleh penyebab langsung, penyebab langsung dan penyebab dasar. Penyebab langsung adalah faktor yang berasal dari individu sendiri seperti asupan makanan (energi, protein, lemak, dan mikronutrien) dan status gizi. Kedua faktor saling terkait satu sama lain. Asupan makanan yang kurang akan mudah terkena penyakit khususnya penyakit infeksi. Sebaliknya penyakit tertentu akan menekan makan, menghambat penyerapan zat gizi dan meningkatkan kebutuhan zat gizi. Penyebab langsung masalah gizi dipengaruhi oleh penyebab tidak langsung yakni ketahanan pangan, pengasuhan ibu dan anak dan lingkungan kesehatan.

Salah satu faktor kunci semua penyebab masalah gizi tidak langsung adalah kemiskinan. Seseorang yang mengalami kemiskinan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya seperti pangan yang cukup dan berkualitas, akses layanan kesehatan yang memadai, akses air bersih, pendidikan dan partisipasi masyarakat.

Penyebab masalah gizi tidak langsung juga dipengaruhi oleh penyebab dasar yakni potensi sumber daya yang tersedia di wilayah masyarakat yang dibatasi oleh lingkungan alam, akses terhadap teknologi, dan mutu sumber daya manusia. Beberapa faktor seperti politik, ekonomi, sosial dan budaya memengaruhi kemampuan penggunaan sumber daya untuk ketahanan pangan, perawatan, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Penyebab tidak langsung masalah gizi adalah faktor pertanian, ekonomi, sosial, budaya, dan lingkungan yang akan berpengaruh terhadap status sosial dan ekonomi seseorang sehingga lebih mudah akses pangan dan kesehatan.

Berdasarkan analisa penyebab masalah gizi maka upaya pemerintah untuk perbaikan gizi diwujudkan dalam Rencana Aksi Kegiatan tahun 2020-2025 yang dilakukan dengan intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Berdasarkan penyebab masalah gizi maka upaya penanggulangannya juga membutuhkan peran berbagai lintas sektor yang terkait dengan penyebab gizi langsung dan tidak langsung (Rosha et al, 2016).

a. Intervensi spesifik

Intervensi yang berkontribusi terhadap penanganan penyebab masalah langsung masalah gizi yang meliputi penanganan balita buruk, suplementasi, kebersihan diri.

b. Intervensi sensitif

Intervensi yang berhubungan dengan penyebab tidak langsung dan akar masalah gizi seperti yaitu ketahanan pangan, sistem kesehatan, jaminan sosial, air bersih dan sanitasi, gender dan pembangunan, pendidikan remaja putri. Intervensi untuk akar masalah gizi dilakukan dengan program pengentasan kemiskinan dan pertumbuhan ekonomi, pemerintahan dan keteladanan, perdagangan dan peran dunia usaha, penanganan konflik dan pelestarian lingkungan.



Sumber: World Bank 2011, diadaptasi dari UNICEF 1990 & Ruel 2008

Gambar 3.2: Kerangka penyebab masalah gizi

Intervensi gizi sebagai investasi gizi pada periode penting 1000 Hari Pertama Kehidupan (mulai hamil hingga anak usia 2 tahun) menjadi periode emas dan penting untuk perbaikan gizi generasi. Investasi gizi mulai pada ibu hamil akan mendapatkan manfaat jangka pendek seperti perkembangan otak, tumbuh BB, TB dan organ metabolik yang optimal sehingga berdampak jangka panjang seperti dan tumbuh kembang optimal, kecerdasan dan jangka panjang pada kecerdasan, terhindar dari penyakit degeneratif dan berkurangnya biaya perawatan kesehatan selama siklus hidupnya, peningkatan kemampuan intelektual, pendidikan, ekonomi saat dewasa.

Bab 4

Seni Kesehatan Masyarakat

4.1 Pendahuluan

Dalam dunia ilmu pengetahuan terdapat perbedaan mendasar antara ilmu dan seni. Ilmu lebih menitikberatkan pada upaya teoritis dalam mengamati fenomena. Upaya teoritis ini dimulai dari pengamatan dan perumusan terhadap problematika fenomena tertentu. Kemudian diikuti dengan membangun hipotesis, mengumpulkan dan menganalisis fakta dan terakhir menyimpulkan hasil penelitian.

Sementara seni lebih menitikberatkan pada keterampilan praktis dalam mengatasi problematika. Seni berpedoman pada upaya praktis yang berpedoman pada fungsi ketajaman intuisi. Seni membantu penyelesaian masalah bukan hanya sifatnya yang praktis, efektif, kreatif, tapi juga indah. Pendekatan seni dalam problem solving sangat penting disaat beragam analisis, metode dan infrastruktur ilmu pengetahuan belum memadai.

Ilmu pengetahuan memberikan arahan teoritik pada seni. Sementara seni membuat ilmu pengetahuan teraplikasi dengan sempurna dalam tataran praktis. Perbedaan antara ilmu pengetahuan dan seni tercermin dalam pandangan Sousa-Uva (2021:1) ketika menjabarkan fenomena pandemi Covid-19-1, sebagai berikut : “One of the most difficult challenges felt during this pandemic concerns the urgency of risk management. Risk management is being

based on the scientific knowledge that is emerging daily, with studies sometimes being contradictory. Public health resources are also scarce, as we were not prepared for such a calamity. As a result, there is not always a solid evidence base”.

Salah satu tantangan terberat yang dirasakan selama pandemi ini adalah terkait urgensi manajemen risiko. Manajemen risiko didasarkan pada pengetahuan ilmiah yang muncul setiap hari, dengan studi yang terkadang kontradiktif. Namun dengan Sumber daya kesehatan masyarakat yang juga langka, maka dunia kesehatan tidak begitu siap menghadapi bencana Pandemi Covid-19. Akibatnya, terkadang tindakan penanganan tidak selalu berdasar pada bukti yang kuat.

Pernyataan Soussa-Uva di atas menunjukkan peran seni dalam penanganan pandemi. Serangan pandemic Covid-19 membuktikan bahwa dunia kesehatan secara global belum siap. Baik pada aspek ketidakcukupan analisis dan metode penanganan maupun ketidaksiapan infrastruktur ketika pandemi mencapai puncak penyebarannya. Disaat itulah, dengan segala kekurangan yang ada, dibutuhkan kreativitas menanggapi pandemi ini. Cara dunia kesehatan melakukan penanganan Covid-19 adalah pembuktian pendekatan seni kesehatan masyarakat sangat dibutuhkan.

Para ahli kesehatan, hingga saat ini, masih berjibaku dalam perang melawan Covid-19. Perkembangan penanganan Covid-19 lebih bersifat penanganan yang menurut ilmu pengetahuan belum bisa dijamin 100%. Penanganan bersifat tidak tunggal. Beragam obat diuji cobakan dalam penanganan kuratif. Baru di era pandemi Covid-19, program vaksinasi diluncurkan dimana secara saintifik para ahli tidak memberikan jaminan efektivitasnya. Seluruh model penanganan pandemi lebih berciri seni ketimbang saintifik.

Dalam pendekatan seni, penanganan lebih berciri subyektif. Subyektivitas yang mesti dikuatkan dengan daya inovasi dan kreativitas. Penanganan berperspektif seni tidak tunggal karenanya tidak ada satu pendekatan baku yang valid secara saintifik. Tingkat dinamika trial and error nya lebih tinggi ketimbang sains. Meski tidak terpisah dari ilmu pengetahuan. Arah umum penanganan problematika kesehatan khususnya pandemi Covid-19 masih bersandar pada dasar-dasar ilmu pengetahuan.

4.2 Kesehatan Masyarakat Sebagai Seni

Gambaran tentang kesehatan masyarakat dimulai dari analisis makna kesehatan. Kesehatan menurut WHO dalam Binns & Low (2015:5-6) adalah : “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity... Public health includes, but goes beyond the treatment of individuals to encompass health promotion, prevention of disease and disability, recovery and rehabilitation, and disability support”. Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya menyangkut terbebas dari penyakit atau kelemahan...Kesehatan masyarakat mencakup, tetapi melampaui perawatan individu untuk mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan kecacatan, pemulihan dan rehabilitasi, dan dukungan terhadap disabilitas.

Kesehatan masyarakat dapat disimpulkan sebagai disiplin ilmu yang berkarakter multidisipliner. Analisisnya komprehensif,tidak hanya melulu aspek fisik namun juga psikologis, sosiologis, ekonomi, kebijakan bahkan politik. Unit analisis Kesehatan masyarakat meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. World Bank dalam Marks, David & Richard (2011: 11) menegaskan tujuan umum kesehatan masyarakat yang meliputi :

1. Policy Development.

Kesehatan masyarakat berguna untuk pembuatan kebijakan pembangunan sebuah negara khususnya kebijakan pembangunan kesehatan nasional sebagai upaya perlindungan dan pelayanan kepada warga negara.

2. Collecting and disseminating evidence for health policies, strategies and actions. Data profil Kesehatan masyarakat bertujuan untuk mengumpulkan dan menyebarluaskan bukti ilmiah tentang kondisi kesehatan masyarakat untuk membantu pihak terkait untuk membuat kebijakan, strategi, dan tindakan kesehatan.
3. Prevention and control of disease

Data profil Kesehatan masyarakat bertujuan untuk memetakan upaya preventif dan control terhadap penyakit tertentu.

4. Intersectoral action for better health

Data profil kesehatan masyarakat bertujuan untuk tindakan penanganan kesehatan intersektoral demi meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

5. Human resource development and capacity building.

Data profil kesehatan masyarakat berguna dalam pembangunan sumber daya manusia dan peningkatan kapasitas masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah disiplin keilmuan yang di dalamnya meliputi analisis teoritik dan seni penanganan praktis problematika kesehatan secara komprehensif. Pandangan yang sama diungkapkan oleh Winslow dalam Eliana dan Sumiati (2016:3) sebagai berikut :”Ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnose dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya. Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948). Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat”.

Penanganan problematika kesehatan masyarakat mensyaratkan relasi dinamis antara gagasan ilmiah atau teori dengan keterampilan aplikatifnya. Teori tidak akan berguna jika tidak dapat di breakdown ke dalam tataran praktis. Tenaga kesehatan masyarakatpun sebaiknya memiliki kemampuan dalam tataran teoritik maupun praktis.

Kesehatan masyarakat tidak lain adalah sebuah upaya yang memfokuskan diri pada pra penanganan kuratif dan rehabilitative. Kesehatan masyarakat lebih

fokus kepada upaya preventif dan promotif. Kirch (2008) menyatakan bahwa : “Health promotion and prevention stand for two completely different conceptions of health care policy. The term prevention derives from the social health discussion of the 19th century, at a time when, due to industrialization and urbanization, social problems were large, the medical treatment of diseases was still underdeveloped, and the detection and containment of contagious diseases was considered as predominant. In contrast with prevention, the idea of health promotion is still very new and was introduced to the discussion on health policy and science issues by the European World Health Organization (WHO) office and Aaron Antonovsky, an Israeli sociologist and stress researcher. Health promotion aims to increase the means of self determination for all people and their state of health in order to enable them to strengthen their health situation . The WHO definition clearly places its emphasis on the term self-determination; it also focuses on self-reliance as well as self-help of individuals and groups, and participation and political influence . In that context, the emphasis is placed on the promotion of health – the salutogenetic approach in contrast to the pathogenetic approach of prevention research. The idea of health promotion is unspecific, whereas the idea of prevention is health specific, i. e. oriented on the International Classification of Diseases (ICD). Prevention starts with well-defined medical end-points and works back to identify possible risk factors.. Health promotion applies to living conditions of human beings. The point is to activate biological, mental, and resistibility and safety factors as well as to set up living conditions that allow positive thoughts and feelings and which permit an optimal amount of physical strain and relief.”.

Promosi kesehatan dan pencegahan berdiri untuk dua konsepsi kebijakan perawatan kesehatan yang sama sekali berbeda. Istilah pencegahan berasal dari diskusi sosiologi kesehatan pada abad ke-19, pada saat industrialisasi dan urbanisasi yang menciptakan masalah sosial yang besar dimana pengobatan penyakit masih terbelakang, dan deteksi dan pengendalian penyakit menular dianggap dominan. Berbeda dengan pencegahan, gagasan promosi kesehatan masih sangat baru dan diperkenalkan pada diskusi tentang kebijakan kesehatan dan isu-isu ilmu pengetahuan oleh kantor Organisasi Kesehatan Dunia Eropa (WHO) dan Aaron Antonovsky, seorang sosiolog Israel dan peneliti stres. Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan sarana penentuan nasib sendiri bagi semua orang dan keadaan kesehatan mereka agar memungkinkan mereka untuk memperkuat situasi kesehatan mereka. Definisi WHO dengan jelas menekankan pada istilah penentuan nasib sendiri; itu juga berfokus pada

kemandirian serta swadaya individu dan kelompok, dan partisipasi dan pengaruh politik. Dalam konteks itu, penekanan ditempatkan pada promosi kesehatan – pendekatan salutogenetik berlawanan dengan pendekatan patogenetik penelitian pencegahan. Gagasan promosi kesehatan tidak spesifik, sedangkan gagasan pencegahan spesifik kesehatan, misalnya berorientasi pada International Classification of Diseases (ICD). Pencegahan dimulai dengan titik akhir medis yang terdefinisi dengan baik dan bekerja kembali untuk mengidentifikasi kemungkinan faktor risiko. Promosi kesehatan berlaku untuk kondisi kehidupan manusia. Intinya adalah untuk mengaktifkan faktor biologis, mental, dan ketahanan dan keamanan serta untuk mengatur kondisi hidup yang memungkinkan pikiran dan perasaan positif dan yang memungkinkan jumlah ketegangan dan kelelahan fisik yang optimal.

Prinsip dasar ilmu dan seni kesehatan masyarakat dimulai dari obyek sasarannya yakni populasi. Populasi dapat dilihat dalam dua domain yakni individu maupun kelompok. Jadi keakuratan profil kesehatan suatu masyarakat haruslah berbasis populasi. Prinsip berikutnya adalah upaya kesehatan masyarakat haruslah berfokus pada strategi preventif, promotif untuk mencegah penyebaran sebuah penyakit tanpa meremehkan tindakan kuratif dan rehabilitative. Prinsip selanjutnya bahwa sebuah upaya kesehatan masyarakat haruslah bersandarkan pada pelibatan komunitas. Sebuah upaya partisipatif dan emansipatif serta capacity building kelompok sasaran, membantu mereka untuk meningkatkan kapasitas individu atau kelompok untuk secara mandiri menyelesaikan masalahnya sendiri. Prinsip terakhir adalah sebuah upaya kesehatan masyarakat haruslah bersandar pada upaya pengorganisasian sumber daya yang dimiliki untuk menyelesaikan problematika kesehatan di komunitasnya.

Prinsip-prinsip di atas melibatkan relasi produktif antara teori dan praktik (seni). Salah satu sub bagian ilmu kesehatan masyarakat adalah promosi kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan masyarakat pun tidak terlepas dari relasi produktif antara teori dan praktik (seni). Menurut O'Donnell dalam Laverack (2017) : “Health promotion work is part science and part art. The science emerges from research, evidence and new knowledge, and the art emerges from our professional judgment, intuition and previous experiences”. Pekerjaan promosi kesehatan adalah bagian dari ilmu dan bagian dari seni. Sains muncul dari penelitian, bukti, dan pengetahuan baru, dan seni muncul dari penilaian profesional, intuisi, dan pengalaman sebelumnya

Relasi produktif antara teori dan praktik diarahkan untuk mengubah life style masyarakat ke arah healthy life style seseorang. Namun dalam skala luas, penanganan kesehatan masyarakat oleh WHO dalam Sianulan (2012:92) bertujuan :

1. Perubahan Perilaku (behavior change), Perubahan perilaku yang terbentuk melalui promosi kesehatan, tidak hanya ditujukan kepada masyarakat sebagai sasaran primer, tetapi juga perilaku tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan tidak kalah pentingnya perilaku para pembuat keputusan (sasaran tertier), di berbagai jenis maupun tingkat institusi, baik pemerintahan maupun non pemerintahan
2. Perubahan Sosial (social change), Perubahan sosial menggerakkan masyarakat ke arah yang pasti, seringkali dari yang sederhana ke yang lebih kompleks, Perubahan sosial harus berkontribusi pada stabilitas masyarakat. Penyesuaian sederhana harus dilakukan untuk mengakomodasi perubahan sosial dan Perubahan sosial dapat memperbaiki ketidakadilan dan ketidaksetaraan sosial.
3. Pengembangan Kebijakan (policy development), Dalam hal ini, Promosi Kesehatan melakukan advokasi kepada para pemilik otoritas, agar mengembangkan kebijakan-kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (healthy public policy). Para pejabat ini diharapkan mengeluarkan undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan menteri, peraturan daerah, keputusan gubernur, keputusan bupati, sampai dengan surat edaran atau surat peraturan dari lurah/kepala desa
4. Pemberdayaan (empowerment). Pemberdayaan terdiri dari 4 unsur yakni : a) Self-determination, masyarakat yang berdaya adalah masyarakat yang memiliki kebebasan, kemerdekaan dan keleluasaan atas perilaku yang memberi efek perbaikan kondisi kesehatannya. b) Meaning, masyarakat yang berdaya adalah masyarakat yang memiliki tingkat kepedulian yang tinggi dan sangat percaya bahwa apa yang mereka lakukan adalah penting. c) Competence, masyarakat yang berdaya adalah masyarakat yang memiliki kepercayaan diri bahwa dirinya mampu untuk menampilkan bahwa dirinya sehat dan

- memiliki kapasitas untuk berkembang dan menjawab tantangan-tantangan baru. d) Impact, masyarakat yang berdaya adalah masyarakat yang melihat dirinya sebagai partisipan yang aktif untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.
5. Partisipasi Masyarakat (community participation), Promosi kesehatan yang efektif akan membuat masyarakat yang berdaya untuk memiliki kemampuan mewujudkan dan mempertahankan kesehatannya secara optimal. Dengan demikian akan terbentuk suatu inklusi, yang menjamin bahwa setiap orang merasa dan berpikir bahwa mereka berkesempatan untuk memperoleh kesehatan yang memadai
 6. Membangun kemitraan (building partnership and alliance), Promosi Kesehatan mencakup kegiatan untuk membangun kemitraan dan aliansi dengan pihak-pihak lain baik di dalam program kesehatan sendiri, terlebih di luar sektor kesehatan

Permasalahan paling terbesar adalah bagaimana agar aplikasi teori dan seni kesehatan masyarakat dapat menyelesaikan permasalahan unhealthy life style. Laverack (2017) kembali menegaskan :”There are a range of health-related issues, target groups, settings and contexts, and this can necessitate the use of more than one theory or model. Practitioners are also constrained by time, finances and by a clear understanding of what can work in a particular programme. Most theories and models are not used in practice, but a few can provide a structured approach to plan and implement health promotion programmes. Crucially, an understanding of how best to apply the ‘art and science’ of health promotion requires an appreciation that any successful approach is not only about being scientifically right but also about being real. The ‘art and science’ is an understanding of how best to apply the theory and evidence in a particular context to achieve a particular outcome”.

Ada berbagai masalah yang berhubungan dengan kesehatan yang meliputi kelompok sasaran dan konteks sosial yang begitu kompleks sehingga peneropong masalah kesehatan masyarakat memerlukan penggunaan lebih dari satu teori atau model. Seorang praktisi kesehatan masyarakat juga dibatasi oleh waktu, keuangan, dan pemahaman yang jelas tentang faktor apa yang dapat membuat sebuah program penanganan kesehatan berhasil. Dalam beberapa kasus, sebagian besar teori dan model tidak dapat digunakan dalam praktik, tetapi beberapa dapat memberikan pendekatan yang lebih terstruktur

yang digunakan untuk merencanakan dan mengimplementasikan program promosi kesehatan. Yang terpenting, pemahaman tentang cara terbaik untuk menerapkan 'seni dan ilmu' promosi kesehatan memerlukan apresiasi bahwa setiap pendekatan yang berhasil tidak hanya tentang menjadi benar secara ilmiah tetapi juga menjadi nyata. 'Seni dan sains' adalah pemahaman tentang cara terbaik untuk menerapkan teori dan bukti dalam konteks tertentu untuk mencapai hasil tertentu.

Watak ilmu pengetahuan adalah upaya eksplorasi dan pendalaman terhadap determinan terjadinya permasalahan kesehatan masyarakat. Temuan terhadap beragam determinan dan relasinya terhadap wujud kesehatan masyarakat melahirkan bentuk gagasan ilmiah yang dinamakan teori. Namun pembentukan teori pada fenomena kesehatan masyarakat dengan kemajemukan determinan bukanlah pekerjaan yang gampang. Penyiapan landasan teoritik tentu saja sangat penting demi menyiapkan langkah aplikatif penyelesaian masalah.

Parkinson & White (2013) menyatakan : “On the subject of measurement, the report says governments need to see the social gradient of health and recognise that “Evidence is only one part of what swings policy decisions – political will and institutional capacity are important too.” Inter-sectoral coherence both in planning and interdisciplinary research are also vital to addressing the social determinants of health, as the report states: “More than simply academic exercises, research is needed to generate new understanding in practical, accessible ways, recognising and utilising a range of types of evidence, and recognising the added value of globally expanded Knowledge Networks and communities”.

Pada laporan WHO komisi *Commission on Social Determinants of Health* khususnya terkait masalah pengukuran determinan-determinan sosial, laporan tersebut mengatakan pemerintah perlu melihat spektrum social kesehatan dan mengakui bahwa bukti ilmiah hanya merupakan salah satu bagian dari pembuatan dan pengubahan keputusan kebijakan tentang kesehatan masyarakat. Faktor politik kekuasaan dan kapasitas kelembagaan juga menjadi determinan yang sangat penting. Koherensi antar-sektor baik dalam perencanaan dan penelitian interdisipliner juga penting untuk mengatasi determinan sosial kesehatan, seperti yang dinyatakan dalam laporan bahwa Lebih dari sekadar latihan akademis, penelitian diperlukan untuk menghasilkan pemahaman baru dengan cara yang praktis dan mudah diakses,

mengenal dan memanfaatkan berbagai jenis bukti, dan mengakui nilai tambah dari jaringan pengetahuan dan komunitas yang diperluas secara global.

Pernyataan Parkinson dan White membuktikan pendekatan secara ilmiah dan seni merupakan langkah paling tepat dalam menyelesaikan seluruh permasalahan dalam kesehatan masyarakat. Pemerintah juga akan sangat terbantuan untuk menyediakan seluruh perangkat sumber daya untuk menangani suatu penyakit. Gatseva & Argirova (2011) menyatakan : “Public health plays an important role in disease prevention efforts in both the developing world and in developed countries through local health systems and through international non-governmental organizations. Today, most governments recognize the importance of public health programs in reducing the incidence of disease, disability, and the effects of aging, although public health generally receives significantly less government funding compared to medicine”.

Pernyataan Parkinson & White juga selaras dengan pandangan Kleinmann tentang dimensi sosial yang memengaruhi kesehatan masyarakat. Karena bagaimanapun juga permasalahan kesehatan akan memberikan dampak pada permasalahan sosial. Kleinmann (2010:1518) menyebutkan 4 akibat sosial munculnya masalah kesehatan di masyarakat, yakni :

1. *Socio economic and socio political forces can at times cause disease, as is the case with the structural violence of deep poverty creating the conditions for tuberculosis to flourish..* Kekuatan sosial ekonomi dan sosial politik kadang-kadang dapat menyebabkan penyakit, seperti halnya dengan kekerasan struktural kemiskinan yang buruk menciptakan kondisi mewabahnya tuberculosis.
2. *Social institutions, such as health-care bureaucracies, that are developed to respond to suffering can make suffering worse.* Institusi sosial, seperti birokrasi perawatan kesehatan, yang dikembangkan untuk menanggapi penderitaan dapat memperburuk penderitaan.
3. *Social suffering conveys the idea that the pain and suffering of a disorder is not limited to the individual sufferer, but extends at times to the family and social network.* Penderitaan sosial memicu gagasan bahwa rasa sakit dan penderitaan dari suatu gangguan yang tidak terbatas pada penderita tidak hanya bersifat individual tetapi meluas hingga ke keluarga dan jaringan sosial.

4. *The theory of social suffering collapses the historical distinction between what is a health problem and what is a social problem, by framing conditions that are both and that require both health and social policies, such as in urban slums and shantytowns where poverty, broken families, and a high risk of violence are also the settings where depression, suicide, post-traumatic stress disorder, and drug misuse cluster. Although there are clearly occasions when health policy and social policy have different targets, in the poorest of communities the medical, the economic, and the political may often be inseparable.* Teori penderitaan sosial meruntuhkan perbedaan historis antara apa itu masalah kesehatan dan apa itu masalah sosial karena kedua masalah itu melebur dan saling memengaruhi. Bahkan kebijakan yang diciptakan untuk menanganinya juga membutuhkan kebijakan kesehatan dan sosial sekaligus. Permasalahan tersebut dapat ditemukan pada daerah kumuh perkotaan di mana kemiskinan, keluarga berantakan, dan tingginya angka kekerasan yang menyiapkan kondisi munculnya permasalahan kesehatan misalnya depresi, bunuh diri, gangguan stres pasca-trauma, dan penyalahgunaan obat-obatan. Meskipun jelas ada saat-saat ketika kebijakan kesehatan dan kebijakan sosial memiliki target yang berbeda, di komunitas termiskin, medis, ekonomi, dan politik sering kali tidak dapat dipisahkan.

Kesehatan masyarakat memainkan peran penting dalam upaya pencegahan penyakit baik di negara berkembang maupun di negara maju melalui sistem kesehatan lokal dan melalui organisasi non-pemerintah berskala internasional. Saat ini, sebagian besar pemerintah menyadari pentingnya program kesehatan masyarakat dalam mengurangi kejadian penyakit, kecacatan, dan efek penuaan, meskipun kesehatan masyarakat umumnya menerima dana pemerintah yang jauh lebih sedikit dibandingkan dengan obat-obatan.

Diharapkan seni kesehatan masyarakat dapat mengubah perilaku masyarakat dalam memandang pentingnya kesehatan. Hairuddin (2018) mengutip Rakhmat menyatakan : "Psychologists consider behavior as a reaction that can be simple and complex. The relationship between attitude and behavior is determined by situational factors so much. The norm factor, group

membership, culture and the like are dependency condition that can change the relationship between attitudes and behavior”.

Psikolog menganggap perilaku sebagai reaksi yang bisa sederhana dan kompleks. Hubungan antara sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor situasional. Faktor norma, keanggotaan kelompok, budaya dan sejenisnya yang merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan antara sikap dan perilaku manusia. Sistem kesehatan masyarakat yang baik akan berpeluang untuk mengubah perilaku umum masyarakat.

Sistem kesehatan masyarakat memiliki peran sebagai pendorong bahkan memaksa individu untuk mengubah perilakunya. Secara sosiologi, sistem kesehatan masyarakat mewakili elemen struktur sosial. Individu memiliki peluang untuk tidak patuh pada desakan struktur sosialnya. Hairuddin menjelaskan dengan sangat gamblang gambaran dinamika desakan struktur sosial dengan kemerdekaan individu dalam penelitiannya. Selanjutnya Hairuddin (2018) menyatakan : “Individuals who are obedient to the dominance of the structure tend to do social reproduction or in other words expand and strengthen the value system of healthy sex by using condoms. However, non-compliant individuals tend to emphasize social production with a new value system of sex without using condoms as the reasons of discomfort. If the production of the anti-condom value system extends and is confirmed, the goal of achieving socialization, namely the reduction in prevalence of sexually transmitted infections will decrease”.

Individu yang patuh pada dominasi struktur cenderung melakukan reproduksi sosial atau dengan kata lain memperluas dan memperkuat sistem nilai perilaku seks sehat dengan menggunakan kondom. Namun, individu yang tidak patuh cenderung menekankan produksi sosial yang menciptakan sistem nilai baru yakni seks tanpa menggunakan kondom misalnya dengan alasan ketidaknyamanan. Jika produksi sistem nilai anti-kondom meluas dan terkonfirmasi maka tujuan tercapainya sosialisasi yaitu penurunan prevalensi penyakit menular seksual akan menurun.

Pernyataan Hairuddin di atas mengisyaratkan bahwa seni kesehatan masyarakat tidak hanya berbicara tentang pembuatan sistem kesehatan masyarakat namun juga bagaimana sistem tersebut bisa diimplementasikan jauh lebih efektif dan efisien.

Suatu penanganan kesehatan masyarakat memerlukan pendekatan teoritik dan keterampilan pemecahan masalah secara praktis. Sisi teoritik adalah dimensi

keilmuan kesehatan masyarakat sementara sisi pemecahan masalah secara praktis adalah dimensi seni kesehatan masyarakat. Dimensi keilmuan memberikan arahan pada praktek-praktek penanganan problematika kesehatan masyarakat sementara dimensi seni kesehatan masyarakat memberikan nilai implementasi yang diharapkan berjalan efektif dan efisien.

Bab 5

Pendekatan Ekologis Dalam Kesehatan Lingkungan

5.1 Pengertian Ekologi

Ekologi dapat didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari hubungan antara organisme dengan lingkungannya. Manusia telah menjadi bagian dari ekologi selama mereka ada sebagai spesies di bumi. Kelangsungan hidup organisme bergantung pada seberapa baik dan akurat mereka dapat mengamati perubahan-perubahan dalam lingkungan serta memprediksi respon organisme terhadap perubahan tersebut. Pada jaman perburuan, pemburu harus mengetahui kebiasaan atau perilaku hewan mangsa mereka dan di mana mereka dapat menemukan tanaman yang digunakan sebagai makanan. Selain itu, petani juga harus memahami perubahan cuaca dan kondisi tanah serta bagaimana perubahan tersebut dapat memengaruhi tanaman dan ternak.

Ekologi adalah salah satu cabang ilmu biologi yang pertama kali diperkenalkan oleh Ernst Haeckel pada tahun 1869. Dia adalah seorang ahli biologi berkebangsaan Jerman. Istilah Ekologi yang berasal dari kata Yunani “oikos” yang berarti rumah atau tempat untuk hidup. Secara harfiah istilah ekologi diartikan sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari hubungan seluruhnya antara organisme dengan lingkungannya baik bersifat organik

maupun anorganik. Dalam hal ini, ekologi merupakan cabang ilmu yang mempelajari interaksi antara makhluk hidup dengan lingkungannya. Sehingga ekologi hanya mempelajari fenomena yang terjadi di alam dan tidak terdapat percobaan yang dilakukan.

Menurut Odum (1971) ekologi mutakhir adalah sebuah studi yang mempelajari tentang struktur dan fungsi ekosistem di mana manusia merupakan bagian dari alam. Struktur yang dimaksud adalah suatu keadaan sistem ekologi pada waktu dan wilayah tertentu. Di dalamnya termasuk kerapatan atau kepadatan, biomassa, aliran materi dan energi, faktor-faktor fisika dan kimiawi lainnya yang dapat memengaruhi sistem tersebut. Di sisi lain, fungsi ekosistem merupakan gambaran hubungan sebab akibat yang terjadi di sebuah sistem ekologi, sehingga fokus utama dari ekologi adalah mencari pengertian bagaimana fungsi suatu organisme memiliki peran di alam.

Definisi lain yang kurang jelas komponennya dikemukakan oleh Krebs (1972): 'Ekologi adalah studi ilmiah tentang interaksi yang menentukan distribusi dan kelimpahan organisme'. Jika diperhatikan dengan seksama definisi Krebs tidak menggunakan kata 'lingkungan' untuk melihat alasannya maka perlu untuk mendefinisikan kata tersebut. Pada dasarnya ekologi merupakan ilmu yang tidak melakukan percobaan apapun, akan tetapi lebih ke tempat untuk mempertanyakan dan menyelidiki terhadap fenomena di alam. Lingkungan suatu organisme terdiri dari semua faktor dan fenomena di luar organisme yang memengaruhinya, baik itu fisik dan kimia (abiotik) atau organisme lain (biotik). Istilah 'interaksi' dalam definisi Krebs, merupakan interaksi dengan faktor-faktor yang telah disebutkan sebelumnya. Oleh karena itu, lingkungan mempertahankan posisi yang telah diberikan oleh Haeckel. Definisi yang dikemukakan oleh Krebs memiliki manfaat yang menunjukkan dengan tepat pada materi pokok ekologi yaitu distribusi dan kelimpahan organisme, baik wilayah terjadinya, bagaimana hal tersebut terjadi dan mengapa kelimpahan organisme tersebut terjadi. Oleh sebab itu, mungkin lebih baik ekologi didefinisikan sebagai studi ilmiah tentang distribusi dan kelimpahan organisme serta interaksi yang menentukan distribusi dan kelimpahan.

Di balik definisi ekologi yang sederhana terdapat disiplin ilmu yang luas. Ekologi dapat mempelajari organisme sebagai individu, seluruh hutan atau danau, atau bahkan seluruh bagian bumi. Pengukuran yang dilakukan oleh ahli ekologi termasuk jumlah organisme sebagai individu, tingkat reproduksi, atau pada tingkat proses seperti fotosintesis dan dekomposisi. Disiplin ekologi membahas tentang interaksi lingkungan mulai dari organisme sebagai individu

hingga faktor-faktor yang memengaruhi keadaan di seluruh biosfer. Ahli ekologi tidak hanya mempelajari tentang komunitas, populasi dan organisme di alam, tetapi juga dengan lingkungan buatan manusia atau lingkungan yang dipengaruhi manusia (hutan tanaman, ladang gandum, bulir toko, cagar alam dan sebagainya), dan dengan konsekuensi dari pengaruh manusia terhadap alam (polusi, pemanenan berlebihan, perubahan iklim global). Faktanya, pengaruh manusia begitu luas sehingga akan sulit sekali menemukan lingkungan yang benar-benar nyaman dan tidak terpengaruh oleh aktivitas manusia. Masalah lingkungan saat ini sangat tinggi dan ahli ekologi jelas memiliki peran sentral untuk memainkan perannya di masa depan. Ahli ekologi akan bergantung secara mendasar pada pemahaman ekologi dan kemampuannya untuk memprediksi atau menghasilkan data dari skenario kasus ekologi yang berbeda. Mereka meyakini bahwa penerapan teori ekologi harus didasarkan pada pemahaman yang canggih terhadap sains. Dengan demikian pemahaman ekologi akan dapat kita hubungkan dengan kesehatan lingkungan atau kasus lingkungan yang lain.

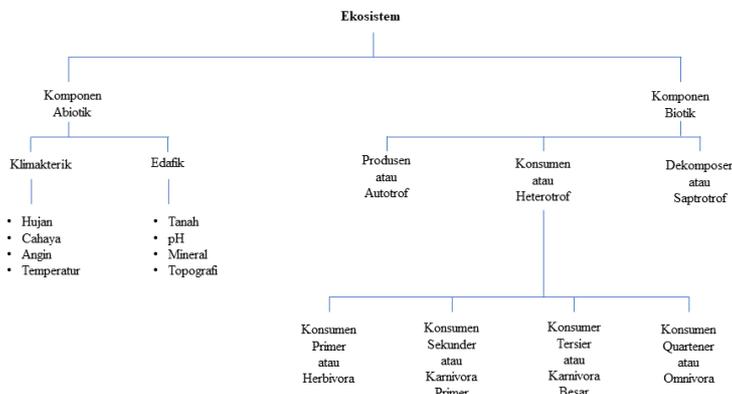
5.2 Ekosistem dan Komponennya

Lingkungan selalu melibatkan baik organisme hidup maupun bagian benda tak hidup, kedua hal tersebut tidak dapat dipisahkan akan tetapi saling berhubungan satu sama lain. Lingkungan juga merupakan sistem pendukung kehidupan. Pada pembahasan ekologi, ekosistem megacu pada lingkungan hidup. Ekosistem bisa saja merupakan lingkungan alami atau buatan. Konsep 'ekosistem' pertama kali diusulkan oleh Alfred George Tansley pada tahun 1935. Dia mendefinisikan "ekosistem" sebagai "keseluruhan sistem tidak hanya kompleks organisme, tetapi juga keseluruhan" kompleks faktor fisik yang membentuk sebuah lingkungan bioma dengan kata lain adalah faktor habitat dalam arti yang lebih luas. Hal ini dapat dikatakan sistem yang terbentuk dari sudut pandang ahli ekologi, yaitu merupakan unit dasar alam di muka bumi (Tansley 1935). Misalnya kolam, danau, gurun, padang rumput, hutan, dll adalah contoh ekosistem. Tokoh pendahulu yang mengemukakan ekosistem ini dapat ditemukan dalam tulisan ahli geologi James Hutton pada tahun 1788 yangmana beliau menggambarkan sifat-sifat bumi sebagai sistem total (Hutton 1788).

Ekosistem mengacu pada gabungan fisik dan biologis komponen lingkungan, dengan kompleks komunitas yang dinamis seperti tumbuhan, hewan, dan mikroorganisme serta lingkungan tak hidup yang berinteraksi sebagai unit fungsional. Organisme membentuk rangkaian hubungan timbal balik yang kompleks dan fungsi di planet bumi. Dengan demikian setiap gangguan ekosistem dapat berdampak buruk pada kesehatan makhluk hidup dalam berbagai cara melalui jalur yang kompleks. Friis (2012) menyatakan bahwa lingkungan fisik dan sosial memainkan peran utama dalam kesehatan individu dan masyarakat. Hal ini juga lebih ditekankan dalam menjaga kualitas lingkungan yang merupakan tugas mendesak di abad kedua puluh satu ini. Konsep bahaya lingkungan dapat berupa biologi, kimia, fisik, psikologi dan sosiologi atau bahaya situs dan lokasi, yang berbahaya bagi kesehatan manusia. Bahaya tersebut juga dapat dipengaruhi oleh perubahan atau gangguan keanekaragaman hayati dan ekosistem selanjutnya (Romanelli et al. 2014). Setiap gangguan pada lingkungan suatu ekosistem akan menjadi pemeran utama untuk perubahan pola penyakit selanjutnya. Paparan perubahan tersebut terhadap manusia kita terhadap yang diubah dan wabah penyakit baru akan berdampak pada meningkatnya beban pada kesehatan global (Barrett et al. 2015).

Ekosistem juga didefinisikan sebagai unit fungsional dan struktural ekologi. Definisi tersebut menyiratkan bahwa setiap ekosistem memiliki struktur dan komponen yang pasti, dan setiap bagian komponen dari system tersebut memiliki peran yang pasti berperan dalam fungsi ekosistem. Ekosistem memiliki dua bagian komponen yaitu komponen hidup (biotik) seperti tumbuhan dan hewan dan komponen tak hidup (abiotik) seperti air, udara, nutrisi dan energi matahari. Kedua bagian ekosistem ini tidak berdiri sendiri-sendiri, melainkan terus berinteraksi satu sama lain. Menurut ahli ekologi komponen tersebut sangat dekat terkait satu sama lain dengan melihat jenis dan kondisi lingkungan abiotik suatu ekosistem. Keterkaitan tersebut dapat mengidentifikasi jenis kehidupan yang mungkin ditemukan dalam suatu ekosistem, dan sebaliknya.

Komponen-komponen ekosistem yang meliputi komponen biotik dan kompoen abiotik dapat dilihat dari gambar bagan di bawah ini:



Gambar 5.1: Ekosistem dan Komponen-komponennya

Di dalam ekosistem, komponen-komponen tersebut saling berinteraksi satu sama lain. Adanya perubahan pada komponen-komponen ekosistem akan memengaruhi pada kesehatan manusia. Ekologi menekankan hubungan saling ketergantungan antara sistem lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan manusia oleh komponen lingkungan fisik, biologis dan psikososial yang terdiri dari:

1. **Komponen Fisik** : udara, air, tanah, perumahan, iklim, geografi, panas, cahaya, kebisingan, radiasi, dll.
2. **Komponen Biologis**: manusia, virus, agen mikroba, serangga, hewan pengerat, hewan dan tumbuhan, dll.
3. **Komponen Psikososial** : nilai budaya, adat istiadat, kepercayaan, kebiasaan, sikap, moral, agama, pendidikan, gaya hidup, masyarakat, kesehatan, pelayanan kesehatan, organisasi sosial dan politik.

Faktanya, kontaminasi lingkungan dapat terjadi karena peran manusia selain zat alami yang ada dalam jumlah tersebut berpotensi dan berdampak buruk pada kesehatan manusia atau ekosistem.

5.3 Kesehatan Lingkungan

Pengertian kesehatan sangat penting karena menentukan tujuan kebijakan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan intervensi kesehatan. Definisi WHO tahun 1948 tentang kesehatan yang sering dikutip sebagai keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap disajikan dengan kuat untuk menggarisbawahi bahwa kesehatan bukan hanya tidak adanya penyakit. Pada saat yang sama, tingkat ambisi yang tercermin dalam formulasi ini berarti bahwa dalam banyak keadaan, tingkat kesehatan seperti itu mungkin merupakan tujuan yang tidak dapat dicapai (Asakura et al., 2015).

Baru-baru ini, *British Medical Journal* menunjukkan bahwa definisi ini mungkin secara tidak sengaja mempromosikan medisiasi masyarakat, karena semakin banyak karakteristik manusia yang diidentifikasi sebagai faktor risiko kesehatan manusia. Ini menyarankan bahwa, di bawah kondisi penuaan masyarakat yang cepat di negara maju, definisi yang lebih baik akan mengacu pada kemampuan untuk beradaptasi dan mengelola diri sendiri dalam menghadapi tantangan sosial, fisik, dan emosional pribadi (Huber et al., 2011; Godlee, 2011). Kesehatan lingkungan menurut PP no. 66 tahun 2014 adalah suatu upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia dan biologi serta sosial.

Pandangan tentang kesehatan yang tertanam dalam ekosistem ini perlu dikualifikasikan dalam dua cara. Pertama, di dunia yang mengglobal, skala dan ruang lingkup “ekosistem” perlu ditentukan agar pembahasan tentang kesehatan lingkungan dapat menarik perhatian. Dalam beberapa situasi, sumber daya yang terbatas atau terdegradasi dalam suatu ekosistem lokal. Sehingga menjaga kesehatan di masyarakat menjadi suatu tantangan, karena hal ini diperlukan untuk mewujudkan mata pencaharian dan tujuan hidup. Namun, di dunia yang semakin mengglobal saat ini, ekosistem lokal lebih sering dikaitkan dengan ekosistem lain dalam berbagai cara. Hal ini berarti kesehatan manusia tidak hanya tertanam dalam ekosistem lokal, tetapi dapat terdampak positif maupun negatif dari interaksi ke tempat dan sistem lain. Kedua, ada dilema etika bahwa tidak hanya sumber daya yang berbeda pada seluruh ekosistem yang membatasi atau memfasilitasi kesehatan, tetapi juga tidak semua masyarakat memiliki akses yang sama terhadap sumber daya tersebut terutama di negara-negara berkembang.

Penentu kesehatan ekologis itu ada secara bersamaan dengan hubungan sebab akibat yang berdampak pada kesehatan manusia. Keanekaragaman hayati adalah masalah penting dari hasil interaksi lingkungan antara keanekaragaman spesies dan fungsi ekosistem yang melekatkan ekosistem proses. Akibatnya setiap perubahan keanekaragaman hayati memengaruhi aliran ekosistem, sehingga dilakukan berbagai cara untuk mendukung usaha manusia agar tidak terpengaruh oleh perubahan. Dengan demikian, faktor ekologi tersebut adalah komponen paling signifikan di lingkungan. Lingkungan dan ekosistem sebagai penggerak layanan yang memberi kebutuhan dasar makhluk hidup seperti makanan, udara bersih, air bersih dan tanah bersih. Selain itu, fungsi ekosistem tersebut juga dapat mencegah penyebaran penyakit melalui pengendalian biologis, yang menjadi perhatian penting adalah kesehatan manusia dibawah kendali determinasi ekologis. Luque dkk. (2013) memperkuat efek atau ekologis mulai dari perannya pada perubahan lingkungan dan interaksi, termasuk pada hilangnya habitat dan fragmentasi, polusi, spesies invasif dan perubahan iklim. Efek ekologis tersebut selanjutnya memberikan tekanan pada ekosistem melalui respon lingkungan yang kompleks secara global di seluruh tingkat ekologi populasi, komunitas, dan lingkungan ekosistem.

5.4 Hubungan Ekologi, Ekosistem dan Kesehatan Lingkungan

Presentase menunjukkan bagaimana berbagai penyakit memiliki atribusi lingkungan yang tinggi dan menghasilkan beban penyakit lingkungan Yang mana hasil tersebut mengubah ekosistem dan perannya, seperti kualitas pasokan air atau makanan, iklim global dan peraturan regional terkait penyakit. Perubahan tersebut jika dikombinasikan dengan bidang sosial dan ketidaksetaraan ekonomi maka akan menghasilkan ketidakadilan dan mengakibatkan beban penyakit lingkungan yang secara tidak proporsional memengaruhi populasi tertentu yaitu populasi dengan tingkat ekonomi rendah, terutama mereka yang tinggal di negara-negara termiskin.

Peneliti sependapat dengan De Coster et al., (2014) bahwa para peneliti harus menilai dampak positif dan negatif dari perubahan struktur, komposisi, dan fungsi sistem alam terhadap kesehatan manusia. Faktanya, salah satu poin kunci adalah perubahan ekosistem dapat mengarah pada positif atau negative.

Hal ini memiliki konsekuensi terhadap kesehatan, atau bahkan keduanya dapat terjadi pada saat yang sama di tingkat kesehatan yang berbeda. Misalnya, pada kasus hilangnya lahan basah dapat mengurangi penyaringan air atau redaman gelombang, meningkatkan risiko penyakit yang dapat terbawa air atau banjir, namun secara bersamaan mengurangi habitat nyamuk *Anopheles* dan risiko terkait penyakit malaria. Dalam kasus yang lain, dampak kesehatan positif dapat dialami oleh satu populasi sementara dampak negatif dialami secara tidak proporsional oleh kelompok yang berbeda atau oleh generasi mendatang. Campuran dampak positif dan negative tersebut dapat ditekankan bahwa perubahan ekosistem tertentu dapat memberikan manfaat kesehatan untuk satu segmen populasi sementara menimbulkan biaya kesehatan untuk yang lain. Hubungan dari kesehatan manusia hingga perubahan ekosistem yang kompleks, memperkuat pentingnya pertimbangan kesehatan berdasarkan ekosistem dan berbagai dimensi kesehatan serta kemungkinan pertukaran antara dampak positif dan negative (Myers SS, et al. 2013).

WHO (2014) menyebutkan bahwa kesehatan manusia dipengaruhi oleh perubahan atau gangguan dalam keanekaragaman hayati dan peran ekosistem, di mana fungsi ekosistem alami sangat diperlukan untuk kesejahteraan semua orang di dunia. Laporan oleh Millennium Ecosystem Assessment (2005) juga merinci bagaimana kesehatan ekosistem berkontribusi pada kesejahteraan manusia melalui peran ekosistem yang berkelanjutan dan kondisi kesehatan manusia. Perubahan atau gangguan yang diakibatkan oleh keanekaragaman hayati dan ekosistem, pada akhirnya akan memengaruhi fungsi ekosistem dalam penyediaan, pengaturan, dan pendukung untuk semua kehidupan di bumi. WHO (2005) mencantumkan beberapa contoh dampak kesehatan seperti: sebagai perubahan atau peningkatan risiko penyakit menular pada kesehatan manusia, dan hal tersebut adalah salah satu efek berbahaya dari gangguan ekosistem akibat perubahan lingkungan dan hilangnya keanekaragaman hayati serta kerusakan ekosistem.

Selain itu, bagian penting dari faktor ekologis termasuk pada perubahan iklim, penipisan ozon di stratosfer, hilangnya keanekaragaman hayati, perubahan sistem hidrologi dan persediaan air tawar, degradasi lahan dan tekanan pada sistem produksi makanan. Bahaya lingkungan berskala besar dan global tersebut pada realitasnya merupakan penentu ekologis utama dengan konsekuensi efek pada kesehatan manusia.

Berikut ini merupakan beberapa efek dari perubahan dan beberapa contoh yang berhubungan dengan penyebabnya oleh perubahan geo-iklim yang

merugikan serta bahaya lingkungan, dengan hasil yang terus merugikan seperti:

1. Rata-rata suhu global yang lebih tinggi dapat menyebabkan peningkatan penyakit yang ditularkan melalui media air, makanan, dan vektor, misalnya penyebaran serangga yang lebih luas, dengan efek yang dihasilkan dari peningkatan pada malaria, demam berdarah, penyakit Lyme, dll. (Barrett et al. 2015; Mills et al. 2010)
2. Kenaikan permukaan laut sebagai jenis bencana berhubungan dengan iklim khusus yang dapat menyebabkan genangan (Reguero et al. 2015)
3. Perubahan iklim, kekeringan, penggurunan dan/atau banjir dapat memiliki efek lanjutan pada gagal panen dan produksi pangan lainnya, serta penyakit yang ditularkan melalui makanan, vektor, dan air (Yeh et al. 2015)
4. Perubahan iklim dan atmosfer yang mengarah ke stratosfer dan penipisan lapisan ozon dengan meningkatnya radiasi UV. Hal ini dapat menimbulkan risiko tinggi pada kesehatan manusia seperti kanker kulit dan katarak (Lucas et al. 2015)
5. Emisi asam memengaruhi pengasaman laut dan air tawar, yang dapat menyebabkan hilangnya kehidupan akuatik utama dan kerusakan pada terumbu karang dan juga merupakan salah satu faktor penyebab gangguan ekologis (Driscoll et al. 2001)
6. Pengasaman tanah dapat berdampak buruk pada pertanian dan produktivitas hutan (Driscoll et al. 2001)
7. Polusi udara, air dan tanah dan toksisitas lingkungan dari polutan organik secara terus-menerus (El-Shahawi et al. 2010)
8. Penipisan sumber daya baik dari sumber daya terbarukan maupun sumber daya tidak terbarukan seperti siklus nitrogen dan fosfor, karena senyawa tersebut adalah nutrisi penting untuk kelangsungan hidup semua organisme hidup, termasuk tumbuhan dan hewan, serta mengontrol keseimbangan massa ekosistem (Vitousek dkk. 2010)

5.5 Pendekatan Ekologi Dalam Kesehatan

Ketika konsep kesehatan disandingkan dengan pengertian ekosistem, fokusnya akan bergeser dari sekadar deskripsi tentang cara kerja suatu "sistem", akan tetapi lebih pada penilaian dalam hal fungsionalitas. Konsep istilah "kesehatan", dapat mengacu pada kesehatan organisme, populasi atau ekosistem dan lanskap tidak dapat didefinisikan secara independen dari tujuan manusia. Tujuan ini didasarkan pada nilai-nilai sosial dan dengan demikian tetap subjektif untuk kepentingan kesehatan. Tujuan manusia terutama dalam hal kesehatan dapat menggabungkan antara para ilmuwan sosial (khususnya ekonom) dan beberapa ahli ekologi. Dapat dikatakan bahwa sebagai manusia adalah integral terhadap ekosistem, begitu pula nilai-nilai kemanusiaan (Rapport et al. 1998). Sehingga dalam hal ini nilai-nilai kemanusiaan akan meningkat ketika menjaga ekosistem bumi tetap lestari.

Dalam pendekatan ekosistem untuk kesehatan yang bertumpu pada manajemen terpadu demi keberlanjutan dan peningkatan komunitas kesehatan serta kesejahteraan, menghadirkan potensi besar untuk mengatasi reduksionisme pada ekosistem ini. Hal ini mencoba untuk menilai interaksi sosial dan ekologi yang di analisis Bersama terkait determinan kesehatan, dipahami dari perspektif sistemik sebagai bagian dari konteks sosioekologi yang kompleks dalam skala temporal dan spasial, serta responnya terhadap masalah kesehatan.

Tiga elemen penting pendekatan ditunjukkan dengan pernyataan berikut ini:

1. Produksi pengetahuan transdisipliner; yangmana disini akan menggabungkan pengetahuan ilmiah dan non-ilmiah, melalui keterlibatan kerjasama antara peneliti dari berbagai disiplin ilmu dan kelompok akademik dan non-akademik yang tertarik dengan masalah terkait kesehatan lingkungan dan ekosistem;
2. Pendekatan yang berorientasi pada tindakan, di mana masalah yang akan dipelajari muncul melalui konsultasi dan interaksi di antara yang terlibat pihak (akademik dan non-akademik) dan itu solusinya adalah untuk sosial, praktis, efektif dan penggunaan berkelanjutan;

3. Hal ini refleksif dengan melibatkan proposal untuk beroperasi di aliran berkelanjutan di antara generasi pengetahuan dan aplikasinya dalam proses yang memungkinkan pembubaran kelompok dan pembentukan baru kelompok selama proses

Bahaya lingkungan global seperti iklim yang disebutkan di atas perubahan, penipisan ozon stratosfer, hilangnya keanekaragaman hayati, perubahan dalam sistem hidrologi dan persediaan atau penipisan air tawar, degradasi lahan dan tekanan pada produksi makanan sistem, yang terus-menerus memaksakan banyak risiko ekologi dan penyakit pada kesehatan manusia kita (McMichael, 2012). Oleh sebab itu dalam hal masalah Kesehatan, maka masyarakat tidak dapat dipisahkan dari perubahan ekosistem.

Perubahan ekologi adalah faktor predisposisi utama yang menimbulkan ancaman kesehatan dari zoonosis akibat transisi ekologi. Terdapat banyak contoh yang muncul dan munculnya berbagai penyakit menular terkait, sebagian, terhadap habitat ekologi vektor, perubahan iklim, dan gangguan pola penggunaan lahan, perubahan lingkungan hidrologis, serta efek yang dihasilkan dari gangguan hewan pengerat. Selain itu terdapat gangguan yang disebabkan oleh manusia terhadap lingkungan dan sistem pangan, seperti polusi udara, air polusi, penyalahgunaan antibiotik dan hormon pertumbuhan, penangkapan ikan yang berlebihan, penyalahgunaan penggunaan bahan kimia, mengabaikan kesejahteraan hewan pangan dan unggas. Sehingga pada kenyataannya, semuanya memiliki kekhawatiran dan pengaruh yang cukup besar terhadap kesehatan masyarakat.

Bab 6

Administrasi Kebijakan Kesehatan

6.1 Pendahuluan

6.1.1 Konsep Administrasi

Dalam perkembangan zaman di era modern sekarang ini administrasi memiliki peranan penting dalam kelangsungan hidup dari sebuah peradaban. Maju mundur serta kokoh dan tegaknya sebuah organisasi adalah dengan mengembangkan dan menjadikan pokok utama pembinaan konsep administrasi serta penerapannya dalam berbagai aspek kehidupan termasuk juga bidang kesehatan.

Istilah administrasi berasal dari bahasa Yunani "Administrare", Ad = pada dan ministrare = melayani, jadi secara etimologis dapat memiliki arti melayani secara intensif. Ada terdapat penafsiran dari beberapa pakar tentang istilah administrasi yang memiliki arti yang luas dan kedudukan yang tinggi, berikut adalah beberapa dasar pengertian administrasi dari beberapa ahli yaitu (Gurning F. Paramita, 2018):

1. William H. Newman dalam karyanya yang berjudul *Administrative Action, the Techniques of Organization and Management* mengatakan bahwa administrasi adalah pembimbingan, Kepemimpinan, dan pengawasan usaha-usaha suatu kelompok orang-orang ke arah pencapaian tujuan bersama.
2. Luther Gulick dalam karyanya yang berjudul *Paper on the Science of Administration* mengatakan bahwa administrasi berkaitan dengan pelaksanaan kerja untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan
3. Leonard D. White dalam karyanya yang berjudul *Introduction to the Study of Public Administration* mengatakan bahwa adalah suatu proses yang umum dalam semua usaha umum atau pribadi, sipil maupun militer dalam skala besar maupun kecil.

Secara umum administrasi dibedakan dalam arti sempit dan arti luas, yaitu (Hasibuan, 2020) :

- a. Administrasi dalam arti sempit; hanya sekitar kegiatan tata usaha kantor seperti surat menyurat (termasuk penggunaan teknologi), agenda, kearsipan dan pembukuan lainnya
- b. Administrasi dalam arti luas; dilihat pada tiga aspek yakni : (1) administrasi sebagai suatu proses: administrasi merupakan keseluruhan proses baik itu pemikiran, perencanaan, pengaturan, pergerakan, pengawasan sampai pada proses pencapaian tujuan; (2) Tugas atau fungsi Administrasi: keseluruhan tindakan yang harus dilakukan oleh administrator; (3) Institusi administrasi: aktivitas tertentu dalam suatu lembaga

Dari beberapa pendapat para ahli tersebut di mana dapat diartikan sebagai segala aktivitas baik skala besar maupun skala kecil didasarkan rasionalitas tertentu dalam pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

Administrasi mempunyai dua tugas utama, yaitu (Gurning F. Pramita, 2018) :

1. Menentukan tujuan yang menyeluruh yang hendak dicapai (Organizational goal)
2. Menentukan kebijakan umum yang mengikat seluruh organisasi (General and Overall Policies)

6.1.2 Konsep Kebijakan Kesehatan

Istilah "Policy" berasal dari bahasa latin "Politia" yang berarti pemerintah, di mana diturunkan dari bahasa Yunani Kuno yang berarti negara. Dalam "The Advanced Learner's Dictionary of Current English" sebuah karya A.S. Hornby, E.V. Gatenby dan H. Wakefield (1960), *Policy* dapat diartikan sebagai berikut : (1) Wise, sensible conduct; practical wisdom, (2) a plan action of statement of aims and ideals made by a government, a business company, an individual, (3) the art government; state-craft, (4) Cunning; craft. Kebijakan berasal dari kata bijak yang memiliki arti akal budi, pandai, mahir, cerdas, cakap sehingga dapat kebijakan berarti kepandaian, kemahiran (Abdoellah dan Rusfiana, 2016)

Dalam kehidupan sehari-hari kata kebijakan diartikan juga sebagai kebijaksanaan tetapi pada hakikatnya kedua kata tersebut memiliki makna yang berbeda secara teoritis, akan tetapi secara praktis kedua istilah itu digunakan secara silih berganti. Pemakaian istilah "kebijakan" merupakan pelaksanaan dari "kebijaksanaan" karena dalam praktik dijalankannya sebuah kebijaksanaan seringkali memerlukan kebijakan dari para pelaksananya (Abdoellah dan Rusfiana, 2016).

Penjelasan tentang kesehatan merupakan dasar pemahaman kebijakan kesehatan, berikut beberapa pemaparan ahli tentang pengertian kesehatan :

1. Suatu keadaan seimbang yang dinamis antara bentuk (anatomis) dan fungsi tubuh (Fisiologis) dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya (Perkin, 1938).
2. Keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU 36 Tahun 2009).

Menikmati derajat kesehatan tertinggi adalah bentuk paling fundamental manusia yang perlu dicapai, oleh karenanya agar keadaan tersebut dapat dicapai ada beberapa faktor yang mempengaruhi, Blum (1981) menyebutkan ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika, dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 6.1: Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan (HL. Blum, *Planning for health: generics for the eighties*, 1981)

Dari beberapa pengertian tersebut baik kesehatan dan kebijakan dapat dihubungkan, sehingga dapat dijelaskan dalam berbagai variasi seperti yang dikemukakan para ahli antara lain :

1. Kebijakan kesehatan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994 dalam Massie, 2009).
2. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan serta dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green dan Thorogood, 1998 dalam Massie 2009)
3. Kebijakan Kesehatan bertujuan mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan (Davies, 2001 dalam Massie 2009)

Sehubungan dari pengertian tersebut kita dapat mengkategorikan alasan mempelajari kebijakan, yakni (Thomas dan Anderson dalam Abdoellah dan Rusfiana, 2016):

1. Alasan Ilmiah (Scientific Reason)

Agar mengetahui lebih dalam esensi kebijakan, serta proses penyerta pengembangannya dan dampak-dampak yang terjadi di masyarakat

2. Alasan Profesional (Professional Reason)

Sebagai bentuk upaya penerapan pengetahuan ilmiah di bidang kebijakan untuk memecahkan masalah-masalah sosial

3. Alasan Politis (Political Purpose)

Dimaksudkan agar para pembuat kebijakan dapat menempuh jalur yang tepat untuk pencapaian tujuan kebijakan

Pemerintah memiliki kewajiban dalam membuat kebijakan pada sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan setiap warga negara. Karena begitu strategis dan pentingnya sektor kesehatan ini, WHO (World Health Organization) menetapkan delapan elemen yang harus ada dalam menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu (Ayuningtyas D, 2015) :

1. Pendekatan holistik; pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak semata-mata pada upaya kuratif, tetapi mempertimbangkan upaya preventif, promotif dan rehabilitatif.
2. Partisipatori; partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan.
3. Kebijakan publik yang sehat; setiap kebijakan harus diarahkan untuk menjadi daya dukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan masyarakat menjadi orientasinya.
4. Ekuitas; adanya keadilan dari pelayanan kesehatan.
5. Efisiensi; layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
6. Kualitas; dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada seluruh warga negara harus disediakan oleh pemerintah.
7. Pemberdayaan masyarakat; pengoptimalan social capital yang dimiliki terutama pada daerah terpencil dan perbatasan.

8. Self-reliant; kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri.

6.2 Sistem Kebijakan Kesehatan

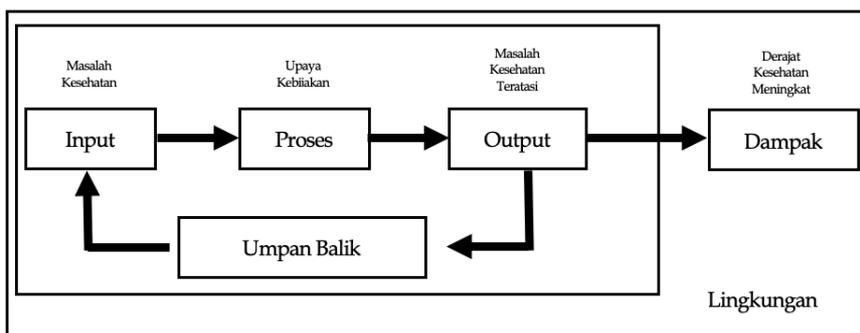
Dalam mempelajari sistem kebijakan kesehatan terlebih dahulu kita memahami beberapa teori tentang sistem. Berikut adalah pemaparan teori tentang sistem antara lain :

1. Sistem adalah perangkat teori, pandangan, unsur, asas dan metode yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas (Kbbi, 2016).
2. Sistem adalah sekumpulan elemen yang saling terkait atau terpadu yang dimaksudkan untuk mencapai suatu tujuan (Abdul Kadir, 2003 dalam Sitanggang, 2017).
3. Sistem adalah serangkaian komponen-komponen yang saling berinteraksi dan bekerjasama untuk mencapai tujuan tertentu (Soeherman dan Pinontoan, 2008 dalam Sitanggang, 2017).
4. Sistem adalah kumpulan/ grup dari subsistem/ bagian/ komponen apapun baik fisik maupun nonfisik yang saling berhubungan satu sama lain dan bekerja sama secara harmonis untuk mencapai satu tujuan (Sutanto Jahir dalam Pratita, 2015 dalam Pratiwi et all, 2020).
5. Sistem adalah satu perangkat terhubung yang beroperasi bersama untuk tujuan tertentu (Cambridge Dictionary).
6. Sistem adalah sekumpulan unsur yang berada pada kondisi yang saling berinteraksi (Ludwig Von Bertalanffy)

Berdasarkan Teori tersebut dapat disimpulkan bahwa sistem adalah sekumpulan unsur dan atau elemen-elemen baik fisik maupun non fisik yang terintegrasi untuk mencapai tujuan tertentu.

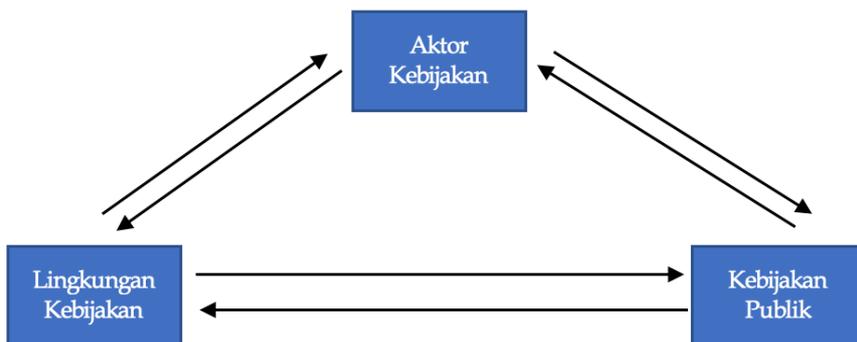
Sebuah sistem terdiri atas input, proses, output, dampak dan umpan balik yang semuanya merupakan unsur yang saling berhubungan dan mempengaruhi.

Input adalah potensi masalah kesehatan yang menjadi latar belakang dibuatnya kebijakan kesehatan, Proses yaitu sebuah aktivitas yang merubah input menjadi hasil yang diharapkan, output adalah hasil kebijakan kesehatan dari sebuah mekanisme proses yang merupakan pemecahan dari potensi masalah kesehatan, dampak adalah perubahan yang terjadi terhadap kelompok sasaran dari potensi masalah kesehatan dari kebijakan kesehatan yang dihasilkan, umpan balik adalah tanggapan diberikan dari hasil sebuah kebijakan kesehatan yang merupakan sebuah hasil sekaligus menjadi masukan dari sebuah sistem kebijakan kesehatan tersebut. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 6.2: Bagan umum Sistem Kesehatan Nasional (Gursing F. Paramita, 2018, Dasar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat).

Kebijakan kesehatan adalah sebuah respon dari sistem terhadap kebutuhan masyarakat di sektor kesehatan. Dalam pembuatan kebijakan hal yang perlu diperhatikan yaitu apa dan siapa yang terlibat dalam sistem serta hubungan pengaruh dalam sistem tersebut. Kebijakan adalah produk yang dihasilkan oleh pemerintah di mana keputusan tersebut mempertimbangkan berbagai aspek, walau dalam prosesnya terdapat unsur pemerintah dan swasta, kendatipun pada pelaksanaannya dominan dilakukan oleh pihak swasta baik itu kontrak maupun kemitraan. Dunn (1994) menyatakan sistem kebijakan mencakup hubungan timbal balik dari ketiga unsur yakni kebijakan publik, pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan, di mana dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 6.3: Tiga Elemen Sistem Kebijakan (William Dunn, 1994, diadaptasi dari Thomas R. Dye, *Understanding Public Policy*, 3rd ed. (Englewood Cliffs, NJ; Prentice Hall, 1978)).

Dari penjelasan tentang sistem kebijakan tersebut diatas dapat dimaknai bahwa kebijakan kesehatan merupakan mekanisme dari pernyataan dan aksi yang terdiri dari seperangkat jaringan keputusan dalam bentuk pendekatan/ strategi yang menjadi sebuah ketetapan yang bersifat mengikat yang berhubungan dengan masalah-masalah pelayanan kesehatan (penyedia dan pengguna layanan) dengan tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Jadi keberadaan sistem kebijakan kesehatan merupakan sebuah pencapaian dari sistem tersebut agar tepat guna dan berhasil guna.

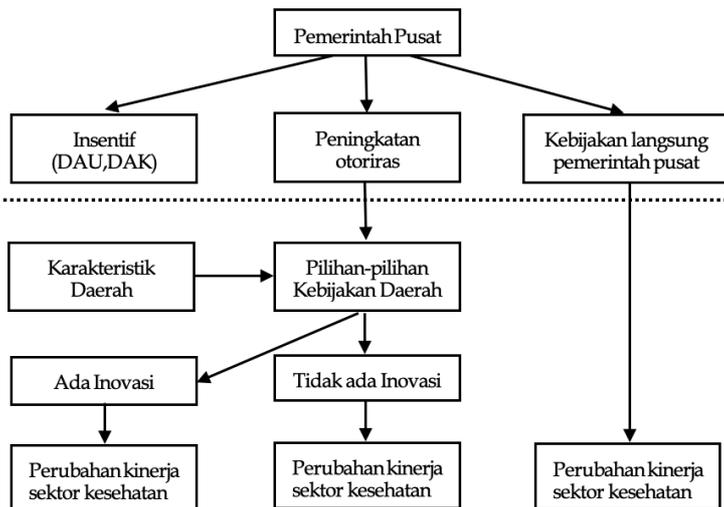
6.3 Kebijakan Desentralisasi Kesehatan

Secara umum arti desentralisasi didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah (Rondinelli, 1981). Menurut (Mills dkk, 1991 dalam Widodo dan Evi, 2006) mendefinisikan sebagai pemindahan kewenangan, kekuasaan, perencanaan pemerintahan, dan pengambilan keputusan dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah.

Desentralisasi kesehatan merupakan bagian dari desentralisasi politis dan ekonomi secara luas serta memiliki pola organisasi pelayanan kesehatan pada setiap negara. Menurut Mills dkk (1991 dalam Widodo dan Evi, 2006) dalam

prakteknya ada empat jenis desentralisasi kesehatan yang umum ditemukan yaitu :

1. Dekonsentrasi adalah pemindahan beberapa fungsi administratif pemerintah pusat ke daerah.
2. Devolusi adalah kemampuan unit pemerintah yang mandiri dan independen. Di mana pemerintah pusat harus melepas fungsi-fungsi tertentu untuk menciptakan unit-unit pemerintahan baru yang otonom di luar kontrol langsung pusat.
3. Delegasi adalah pelimpahan wewenang pemerintah dari satu organ pemerintahan kepada organ pemerintahan lainnya. Pada delegasi tidak ada penciptaan wewenang yang ada hanya pelimpahan wewenang.
4. Privatisasi yaitu proses pengalihan kepemilikan dari milik umum menjadi milik pribadi atau swasta. Bermakna bahwa tidak ada alternatif lain selain pasar yang dapat mengendalikan ekonomi.



Gambar 6.4: Desentralisasi, Kewenangan daerah dan Kinerja Sektor Kesehatan (Ambar Widianingrum. 2007. 'Dinamika Pelaksanaan Desentralisasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan').

Di mana jenis praktek yang digunakan di Indonesia adalah dekonsentrasi yakni pemindahan beberapa fungsi administratif kementerian kesehatan ke daerah. Pada hakekatnya masalah kesehatan bukan hanya menjadi urusan pusat akan tetapi menjadi urusan kewenangan bersama karena terjadi transfer beberapa kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Dengan adanya kebijakan desentralisasi kesehatan tersebut memberi ruang yang besar pada daerah untuk lebih mengeksplorasi kebutuhan dan potensi lokal serta memberi kewenangan untuk menentukan program serta alokasi anggaran untuk memacu peningkatan cakupan, kualitas derajat kesehatan masyarakat pada daerah itu dengan berpedoman pada tujuan pembangunan kesehatan yakni pengoptimalan program dengan pendekatan pelayanan kesehatan masyarakat. Skema tersebut dapat dilihat pada gambar 6.4 di atas.

Perlu dipahami bahwa desentralisasi kebijakan kesehatan di samping kewenangan pemerintah pusat dan daerah terdapat pula keterlibatan antara pemerintah daerah dan masyarakat, dalam proses keterlibatan ini akan memberi dampak. Bastian I, 2014 memaparkan Dampak tersebut, yaitu :

1. Dampak Positif
 - a. Mewujudkan pembangunan kesehatan yang demokratis berdasar aspirasi masyarakat
 - b. Meratanya pembangunan dan pelayanan kesehatan
 - c. Optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah
 - d. Memacu inisiasi dan kreativitas pemerintah daerah
 - e. Menumbuhkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (pembiayaan kesehatan), tanpa mengabaikan sektor lain
2. Dampak Negatif
 - a. Keharusan organisasi kesehatan di daerah untuk membuat program dan kebijakan sendiri. Apabila pemerintah daerah tidak memiliki sumber daya handal akan mengakibatkan program yang dibuat tidak bermanfaat
 - b. Pengawasan dana menjadi sesuatu yang harus diperhatikan agar menghindari penyelewengan
 - c. Arus desentralisasi semakin menuntut pemotongan jalur birokrasi pemerintah. Hal tersebut menjadi masalah karena perubahan membutuhkan waktu yang lama dan komitmen aparatur pemerintah

Salah satu pilar dari good governance yakni akuntabilitas, terdapat dua macam akuntabilitas yaitu akuntabilitas politik dan akuntabilitas publik. Desentralisasi adalah salah satu perwujudan dari berbagai upaya menuju akuntabilitas yang lebih baik, yang di antaranya berbagai aktivitas keterlibatan masyarakat.

Dewi dan Basri, (2004) dalam (Widodo, 2006) dalam era desentralisasi kesehatan ini terdapat beberapa hal penting terkait partisipasi masyarakat : (1) Mulai terbentuknya niat para pengambil kebijakan di daerah untuk memperhatikan opini publik dalam kebijakan kesehatan. (2) Masih rendahnya kepercayaan para pengambil kebijakan terhadap kemampuan masyarakat dalam membuat penilaian yang baik. Hal ini memotivasi masyarakat dalam peningkatan kapasitasnya sedang di sisi pemerintah dibutuhkan sikap yang lebih matang dalam demokrasi dan legitimasi yang lebih kuat untuk keterlibatan masyarakat. (3) Media massa memiliki peran penting dalam menyuarakan opini publik dalam pemberitaan tentang kesehatan utamanya berasal dari laporan masyarakat. (4) Lembaga swadaya masyarakat (LSM) sebagai salah satu faktor civil society telah menempatkan diri sebagai perantara dalam hubungan antara pemerintah dan masyarakat. Oleh karenanya dalam kerangka desentralisasi, pemerintah juga memiliki tugas mengembangkan kebijakan sistem regulasi wilayah

Bab 7

Perilaku Sehat dan Pendidikan Kesehatan

7.1 Pendahuluan

Dalam kehidupan manusia kesehatan merupakan sesuatu yang berharga bahkan tidak ternilai. Pendapat tersebut dibuktikan oleh penelitian Rokeach (1973) yang menghasilkan kesimpulan bahwa dari berbagai hal yang dianggap mempunyai nilai maka kesehatan menduduki urutan pertama. Kesehatan bukan hanya berkaitan dengan penyakit tetapi mempunyai dimensi yang lebih luas. Yaitu selain dimensi fisik (biologis), juga berkaitan dengan dimensi mental (perilaku) dan sosial (lingkungan) yang keseluruhannya saling memengaruhi (Notoadmodjo 2012).

Psikologi kesehatan memberi banyak sumbangan dalam masalah karena terbukti bahwa banyak penyakit yang disebabkan oleh kebiasaan atau gaya hidup. Pola perilaku sehat (behavioral health) merupakan salah satu aspek perilaku manusia dalam kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan dasar (Sheridan, 1992). Sejalan dengan perkembangan teknologi modern maka manusia membentuk suatu gaya hidup (lifestyle) yang mengutamakan kecepatan mobilitas, efisiensi dan berorientasi pada target. Untuk memenuhi

tuntutan gaya hidup tersebut maka berkembang suatu gaya hidup yang tidak selalu sesuai dengan kaidah perilaku sehat.

Sehat adalah hak setiap orang agar dapat melakukan segala aktivitas hidup sehari-hari. Untuk dapat hidup sehat, setiap orang harus menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. PHBS merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan individu atau keluarga dapat membantu diri sendiri di bidang kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2019).

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan mempunyai peran yang penting dalam mewujudkan manusia yang sehat.

Kesehatan merupakan dambaan setiap manusia. Manusia yang sehat dapat melakukan aktivitasnya dengan optimal. Pendidikan kesehatan dapat diberikan melalui pendidikan formal maupun non formal. Di lingkungan sekolah pendidikan kesehatan dapat dimasukkan dalam mata pelajaran pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan atau mata pelajaran lainnya yang relevan. Selain itu, dapat dilakukannya melalui program usaha kesehatan sekolah. Pendidikan kesehatan penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain.

7.2 Perilaku Sehat

7.2.1 Pengertian Perilaku

Dari segi biologis, perilaku merupakan aktivitas organisme yang mempunyai bentangan yang luas. Menurut (Notoatmodjo 2010) yang dimaksud perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati langsung.

Perilaku merupakan bagian dari aktivitas suatu organisme. Perilaku adalah apa yang dilakukan organisme atau apa yang diamati oleh organisme lain. Perilaku juga merupakan bagian dari fungsi organisme yang terlibat dalam suatu tindakan. Perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus (rangsang

dari luar). Perilaku terjadi melalui proses respon, sehingga teori ini sering disebut dengan teori "S-O-R" atau Teori Organisme Stimulus (Skinner, 1938). Perilaku organisme adalah segala sesuatu yang dilakukan termasuk perilaku tertutup dan terbuka seperti berpikir dan merasakan (Widodo 2016).

Menurut Solita Sarwono (1993: 1) perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan demikian, perilaku adalah respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal atau dari dalam dirinya.

Para ahli mengatakan bahwa perilaku sama dengan tindakan atau aktivitas yang dilakukan individu akibat adanya stimulus atau rangsangan dari luar, sedangkan menurut M. Ichsan yang dikutip oleh Samsu (2006) perilaku adalah suatu proses keadaan mental yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu.

Menurut Bimo Walgio (2003) perilaku itu sebagai aktivitas- aktivitas yang merupakan manifestasi kehidupan psikis. Perilaku (aktivitas) yang ada dalam individu tidak timbul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari adanya rangsangan yang mengenai individu itu. Perilaku merupakan jawaban terhadap rangsangan yang mengenai dan perilaku organism itu tidak dapat lepas dari pengaruh lingkungan dan organisme itu sendiri

Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

1) Perilaku Pasif

Perilaku pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Seperti seorang members fitness tahu bahwa dengan pengaturan istirahat yang baik setelah latihan akan membuat kondisi tubuh tetap terjaga kesehatannya, dan anggota masih dapat mengerjakan aktivitas yang lain, contohnya membaca koran atau yang lainnya.

2) Perilaku Aktif

Perilaku aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasikan secara langsung. Misalnya anggota sudah bisa mengatur waktu istirahat dengan waktu latihan, sehingga kondisi tubuh tetap terjaga.

Membedakan perilaku menjadi tiga, yaitu: perilaku kognitif (yang menyangkut kesadaran atau pengetahuan), afektif (emosi), dan psikomotor (tindakan/gerakan). Sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk merespons (secara positif atau negatif) terhadap orang, objek atau situasi tertentu. Sikap mengandung suatu penilaian emosional/afektif (senang, benci, sedih dan lain-lain), di samping komponen kognitif (pengetahuan tentang objek itu), sedangkan pengetahuan lebih bersifat pengenalan suatu benda/hal secara objektif. Selain bersifat negatif dan positif, sikap memiliki tingkat kedalaman yang berbeda-beda

7.2.2 Perilaku Kesehatan

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 kesehatan.

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

1. *Preventive health behavior*, di mana setiap aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang meyakini dirinya sehat dengan tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit dalam keadaan asimtomatik. Menurut Casl and Cobb tahun 1966 preventive health behavior juga dijelaskan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang meyakini dirinya sehat, untuk tujuan mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam tahap tanpa gejala (Wacker, 1990).
2. *Illness behavior*, di mana setiap aktivitas yang dilakukan seseorang yang merasa dirinya sakit, untuk menentukan keadaan kesehatan dan menemukan obat yang sesuai. Illness behavior umumnya dianggap sebagai tindakan yang diambil seseorang setelah gejala muncul dan dirasakan (Wacker, 1990):
3. *Sick role behavior*, di mana setiap aktivitas yang dilakukan seseorang yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh,

termasuk menerima perawatan dari layanan kesehatan. Menurut Parsons, ada empat komponen sick role yaitu (Wacker, 1990):

- a. Seseorang tidak bertanggung jawab atas penyakitnya
- b. Penyakit memberi individu alasan yang sah untuk tidak berpartisipasi dalam tugas dan kewajiban
- c. Seseorang yang sakit diharapkan menyadari bahwa penyakit merupakan kondisi yang tidak diinginkan dan mereka harus dimotivasi untuk sembuh.
- d. Sembuh diasumsikan terkait dengan mencari bantuan layanan kesehatan

7.2.3 Pengertian Hidup Sehat

Batasan atau arti sehat secara umum dikemukakan oleh sehat adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 memberikan batasan kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2009). Menurut Krisna Triyono and K. Herdiyanto (2018) sehat merupakan masa tumbuh kembang manusia, mencakup manusia seutuhnya, meliputi fisik, emosi, sosial, dan spiritual. Sehat bukan hanya bebas dari penyakit, tetapi meliputi seluruh kehidupan manusia, termasuk aspek sosial, psikologis, spiritual, faktor-faktor lingkungan, ekonomi, pendidikan dan rekreasi.

Berdasarkan pendapat Widodo (2016) sehat adalah sehat pribadi seorang seutuhnya, meliputi sehat fisik, sehat mental dan sehat sosial yang ketiganya tidak dapat dipisahkan, sedangkan sakit adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh bermacam-macam hal, bisa suatu kejadian, kelainan yang dapat menimbulkan gangguan terhadap susunan jaringan tubuh, baik fungsi jaringan itu maupun fungsi keseluruhan. Perilaku sehat adalah setiap tindakan yang memengaruhi peluang secara langsung atau jangka panjang semua konsekuensi fisik yang menjadi lebih baik.

7.3 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program – program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini essensi karena masing – masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu guna meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari keseluruhan upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang menitikberatkan pada upaya untuk meningkatkan perilaku hidup sehat. Secara konsep pendidikan kesehatan merupakan upaya memengaruhi/mengajak orang lain (individu, kelompok, dan masyarakat) agar berperilaku hidup sehat. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan/meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmojo, 2003). Pendidikan kesehatan identik dengan penyuluhan kesehatan karena keduanya berorientasi pada perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan, yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek kesehatan saja, Tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik), dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Sari 2013).

Menurut Nyswander yang dikutip Notoatmodjo (2012), menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Hal ini dapat dilihat dari definisi yang dia kemukakan yaitu, pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang

yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang atau orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang di dalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat. Menurut *Committee President on Health Education* yang di kutip oleh Notoatmodjo (2010), pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesejangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan membuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan. Pendidikan kesehatan menurut Widodo (2016), adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, di mana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran.

7.3.1 Tujuan 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 kesehatan.

Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain, (Sari 2013):

1. 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.

2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan masyarakat yang sesuai dengan hidup sehat baik fisik, mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
3. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2014).

Menurut Undang-undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 dan WHO, tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik secara fisik, mental maupun sosialnya, sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial, pendidikan kesehatan di semua program kesehatan; baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Notoadmodjo 2012).

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk memperoleh pengetahuan dan pemahaman akan pentingnya kesehatan untuk tercapainya perilaku kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental, dan sosialnya, sehingga produktif ekonomi maupun sosial untuk mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat.

Secara khusus tujuan pendidikan kesehatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan,
2. Menjadikan kesehatan sebagai kebutuhan utama di masyarakat,
3. Meningkatkan pengembangan dan penggunaan sarana dan prasarana kesehatan secara tepat,
4. Meningkatkan tanggung jawab dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan,
5. Memiliki daya tangkal atau pemberantasan terhadap penularan penyakit,

6. Memiliki kemauan dan kemampuan masyarakat terkait dengan promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif dan rehabilitative (penyembuhan dan pemulihan).

7.3.2 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, tempat pelayanan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan kesehatan.

Berdasarkan dimensi sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi (Widodo 2016) :

1. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu,
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok,
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dibagi:

1. Promosi kesehatan (health promotion) yaitu peningkatan derajat atau status kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui pendidikan, penyuluhan ataupun pelatihan kesehatan,
2. Perlindungan umum dan khusus (general and spesific protection) yaitu usaha untuk melindungi masyarakat untuk memberikan perlindungan ataupun pencegahan terhadap terjangkitnya suatu penyakit contohnya dengan program imunisasi,
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) yaitu suatu usaha awal untuk mendeteksi suatu penyakit akibat rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit,
4. Pembatasan kecacatan (disability limitation) yaitu suatu usaha mencegah terjadinya kecacatan akibat pengobatan yang kurang tuntas akibat ketidak tahuan masyarakat atau menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh, dan

5. Rehabilitasi (rehabilitation) yaitu suatu usaha untuk memulihkan akibat sakit atau cedera yang terkadang orang enggan atau malu untuk melakukannya.

Saat ini istilah pendidikan kesehatan lebih di kenal dengan istilah promosi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa kebaikan yang berupa perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun lingkungan, sedangkan pendidikan kesehatan merupakan pemberian informasi mengenai perubahan perilaku hidup sehat.

7.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Sari (2013), Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah :

1. 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.
2. 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.

Bab 8

Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan

8.1 Pendahuluan

Pendidikan merupakan pondasi dalam hidup yang harus dibangun dengan sebaik mungkin. Secara umum pendidikan adalah proses pembelajaran yang memberikan pengetahuan, keterampilan serta kebiasaan yang dilakukan suatu individu dari satu generasi ke generasi lainnya. Adanya pendidikan juga dapat meningkatkan kecerdasan, akhlak mulia, kepribadian serta keterampilan yang bermanfaat baik itu untuk diri sendiri maupun kepada masyarakat. Pendidikan juga dapat dikatakan sebagai proses dalam perubahan sikap dan tingkah laku seseorang atau kelompok terhadap sesuatu sehingga dapat lebih kritis dalam berpikir.

8.2 Pentingnya Pendidikan

Pendidikan merupakan perlindungan untuk kesehatan. Di negara kaya, penambahan lama pendidikan satu tahun dapat mengurangi angka kematian sekitar 8 persen. (Pampel, Krueger and Denney, 2010). Pendidikan merupakan hal terpenting dalam membentuk perilaku individu maupun masyarakat. Pendidikan tidak selalu berasal dari pendidikan formal seperti sekolah atau perguruan tinggi, namun juga berasal dari pendidikan informal yang memiliki peran yang sama dalam pembentukan perilaku individu maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Jenjang pendidikan memegang peranan penting dalam kesehatan masyarakat. Pendidikan masyarakat yang rendah cenderung lebih sulit memahami suatu informasi yang diberikan. Pendidikan merupakan salah satu usaha pengorganisasian masyarakat dalam membangun kesadaran dalam berperilaku artinya semakin baik tingkat pendidikan masyarakat maka lebih cenderung dalam berperilaku sehat dan menghindari perilaku yang dapat memberi dampak negatif terhadap diri mereka.

8.3 Peran Pendidikan dalam Perilaku Kesehatan

Peran pendidikan dalam dalam perubahan perilaku sehat menjadi salah satu faktor keberhasilan program pembangunan manusia di mana mereka yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi cenderung dalam berperilaku sehat. Masyarakat yang berpendidikan lebih cepat memahami dan mempraktikkan hidup sehat sesuai dengan informasi yang didapatkan. (Notoatmodjo, 2014) menekankan pentingnya faktor-faktor health literacy (melek kesehatan) dan healthy behaviour (perilaku kesehatan yang baik) yang nantinya akan membentuk suatu *healthy lifestyle* (perilaku hidup sehat). Pendidikan merupakan mekanisme penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Namun pendidikan bukan satu-satunya faktor yang dapat memengaruhi perilaku sehat. Seseorang yang lebih lama bersekolah cenderung memiliki perilaku yang lebih sehat dan Mereka yang berpendidikan lebih tinggi juga lebih mungkin memanfaatkan penyediaan perawatan kesehatan. Faktor

pendidikan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, bahkan kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu (Panti et al., 2010).

Pendidikan merupakan faktor yang penting sehingga memengaruhi Perilaku sehat. (Nisa, Hasneli and Woferst, 2017). Pendidikan berkaitan dengan proses berpikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Melalui pendidikan dapat meningkatkan keterampilan profesional dan pengetahuan spesifik yang masih relevan dengan pengetahuan umum. Akhirnya pendidikan dapat membentuk disposisi, perilaku dan kepribadian. Fred dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa kurangnya pengetahuan dan akses informasi menyebabkan seseorang memiliki keterbatasan pengetahuan tentang bahaya perilaku tidak sehat sehingga kurang motivasi untuk mengadopsi perilaku sehat. (Pampel, Krueger and Denney, 2010)

8.4 Ilmu Perilaku Kesehatan

8.4.1 Pengertian Ilmu Perilaku Kesehatan

Perilaku berasal dari kata “peri” dan “laku”. Peri berarti cara berbuat dan laku berarti perbuatan, kelakuan, atau cara menjalankan. Perilaku dipahami sebagai segala tindakan dan kegiatan seseorang yang dilakukan, yang merupakan reaksi terhadap rangsangan tertentu (Megawaty and Syahrul, 2017). Perilaku seseorang berlangsung secara sadar dan tidak sadar, baik yang dapat diamati maupun yang tidak oleh orang lain. Perilaku masyarakat yang terkait dengan peningkatan dan pelestarian kesehatan masih memerlukan pengembangan lebih lanjut, bahkan dibutuhkan perubahan-perubahan fundamental menyangkut sikap dan perilaku hidup sehat masyarakat pada umumnya (Pampel, Krueger and Denney, 2010). Skinner membedakan perilaku menjadi dua, yakni perilaku yang alami (innate behaviour), yaitu perilaku yang dibawa sejak organisme dilahirkan yang berupa refleks-refleks dan insting-insting. Perilaku operan (operant behaviour) yaitu perilaku yang dibentuk melalui proses belajar/pendidikan. Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyektif yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat (Pradono and Sulistyowati, 2014).

Perilaku kesehatan (health behavior) berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.

Perilaku kesehatan mencakup 4 (empat) :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia merespons, baik pasif (mengetahui, memersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya maupun di luar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkatan-tingkatan pencegahan penyakit, misalnya : perilaku pencegahan penyakit (health prevention behavior), adalah respons untuk melakukan pencegahan penyakit, misalnya : tidur dengan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, imunisasi,dll. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra.
2. Perilaku terhadap pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan tradisional maupun modern. Perilaku ini mencakup respons terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatan, yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.
3. Perilaku terhadap makanan (nutrition behavior), yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan, meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya/zat gizi, pengelolaan makanan, dll.

4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (environmental health behavior) adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan lingkungan itu sendiri (dengan air bersih, pembuangan air kotor, dengan limbah, dengan rumah yang sehat, dengan pembersihan sarang-sarang nyamuk (vektor), dan sebagainya. (Sa'diyah and Surjaningrum, 2021)

8.4.2 Proses Pembentukan Perilaku Kesehatan

Proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari diri individu itu sendiri, antara lain pendidikan, pengetahuan, sikap, persepsi, motivasi, emosi dan belajar. Para psikolog mengemukakan bahwa perilaku terbentuk dari adanya interaksi antara domain trikomponen sikap yakni interaktif antara komponen kognitif, afektif dan domain kognatif. Perilaku sehat adalah suatu respon seseorang terhadap rangsang dari luar untuk menjaga kesehatan secara utuh.

Terbentuknya perilaku sehat disebabkan oleh tiga aspek antara lain yaitu :

- a. Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia yang melalui proses belajar atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki. Terbentuknya pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Definisi lain pengetahuan tentang kesehatan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memelihara kesehatan meliputi: (1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala-gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan dan pencegahan penyakit; (2) Pengetahuan tentang faktor- faktor yang terkait atau memengaruhi kesehatan antara lain: gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, sampah atau kotoran manusia, perumahan sehat, polusi udara dan sebagainya; (3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional; (4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan

- baik kecelakaan rumah tangga, kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.
- b. Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang tidak senang, setuju-tidak setuju, baik- tidak baik dan sebagainya). Sikap juga merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala atau objek sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan yang mencakup empat hal yaitu: (1) Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan, cara pencegahan penyakit; (2) Sikap terhadap faktor- faktor yang memengaruhi kesehatan; (3).Sikap terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional; (4) Sikap untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga, lalu lintas maupun tempat tempat umum
- c. Tindakan atau praktik seperti yang telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena untuk mewujudkan tindakan memerlukan faktor lain yaitu adanya fasilitas atau sarana dan prasarana sedangkan yang dimaksud dengan praktik kesehatan menurut Notoatoatmojo adalah semua kegiatan atau aktivitas dalam rangka memelihara kesehatan seperti pengetahuan dan sikap kesehatan, tindakan atau praktik kesehatan juga meliputi empat faktor antara lain: (1) Tindakan atau praktik sehubungan dengan penyakit menular dan tidak menular; (2) Tindakan atau praktik sehubungan dengan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan; (3) Tindakan atau praktik sehubungan dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan; (4) Tindakan atau praktik untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, lalu lintas maupun di tempat- tempat umum (Notoatmodjo, 2014).

8.4.3 Bentuk-Bentuk Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Respons atau reaksi organisme dapat berbentuk pasif (respons yang masih tertutup) dan aktif (respons terbuka, tindakan yang nyata atau practice/psychomotor). Perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. (Renpenning, 2011).

Perilaku terbentuk dari 3 faktor yaitu : Green dalam (Renpenning, 2011)

1. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas- fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya Puskesmas, obat- obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Di simpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh Tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindari.

8.4.4 Teori-Teori Perilaku Kesehatan

1. Teori Snehandu B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (Behaviour intention).
 - b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (Social-support).
 - c. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (Accessability of information).
 - d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (Personal autonomy).
 - e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak(action situation).
2. Teori Health Belief Model (HBM)

Konsep utama dari health belief model adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. Health belief model (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950an Oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.

Komponen Health Belief Model :

1. Kerentanan yang dirasakan (Perceived Susceptibility) Dimensi persepsi kerentanan mengukur persepsi subyektif individu terhadap risiko terkena kondisi kesehatan.
2. Keparahan yang dirasakan (Perceived Severity)

Persepsi keparahan menjelaskan perasaan tentang keseriusan terkena penyakit atau membiarkannya tak terobati. Persepsi keparahan meliputi evaluasi konsekuensi medis dan klinis (misal, kematian, cacat dan nyeri) serta kemungkinan konsekuensi sosial (pengaruh terhadap kondisi kerja, kehidupan keluarga dan hubungan sosial).

3. Manfaat yang dirasakan (Perceived Benefit)

Meskipun penerimaan kerentanan pribadi terhadap suatu kondisi yang juga diyakini serius (yaitu kerentanan terhadap persepsi ancaman) menghasilkan dorongan yang mengarah pada perilaku, tindakan yang dilakukan bergantung pada keyakinan mengenai efektivitas berbagai perilaku dalam mengurangi ancaman kesehatan, (perceived benefits of taking health action).

4. Hambatan (Perceived Barrier)

Aspek berpotensi negatif pada tindakan kesehatan tertentu, yaitu persepsi hambatan, akan menghambat pelaksanaan perilaku yang disarankan. Terjadi semacam analisis untuk rugi yang tidak disadari. Dengan analisis ini individu menimbang antara dugaan efektivitas tindakan dan persepsi bahwa tindakan tersebut mahal, bahaya (berespek samping negatif), tidak menyenangkan (sakit, sulit atau mengganggu), tidak nyaman, makan waktu dan sebagainya.

5. Syarat Bertindak (Cues to Action)

Berbagai formulasi awal Health Belief Model membahas konsep cues (isyarat) yang memicu tindakan. (Sa'diyah and Surjaningrum, 2021)

3. Theory Social Cognitive of Self-Regulation

Teori Kognitif Sosial (SCT) pertama kali dikenal sebagai teori pembelajaran sosial, seperti yang didasarkan pada prinsip-prinsip belajar dalam konteks sosial manusia. Teori ini menganalisis proses- proses yang mendasari penentuan nasib sendiri, altruisme, dan moral perilaku. Self-efficacy dalam konteks self-care agency merupakan komponen dasar atau foundational capability and dispositions. (Pickens, 2013)

Komponen konsep Social Cognitive Theory, dapat dijelaskan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 8.1: Komponen konsep Social Cognitive Theory

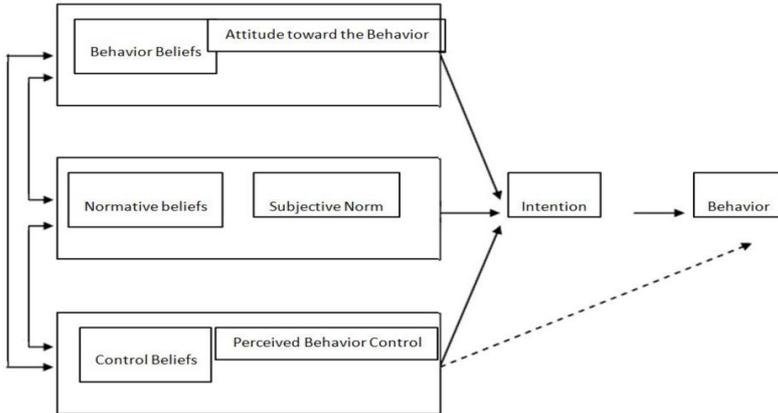
Concept	Definition	Illustration
Reciprocal Determinism	Faktor lingkungan memengaruhi individu dan kelompok, tetapi individu dan kelompok juga dapat	Direncanakan perlindungan dan promosi kesehatan masyarakat dengan mengubah

Concept	Definition	Illustration
	pengaruh lingkungan mereka dan mengatur perilaku mereka sendiri	lingkungan faktor yang memengaruhi kesehatan dan perilaku
Outcome Expectations	Keyakinan tentang kemungkinan Dan nilai konsekuensi dari perilaku pilihan	Mengubah harapan tentang kesenangan terkait dengan kondom
Self-efficacy	Keyakinan tentang kemampuan pribadi untuk melakukan perilaku yang membawa hasil yang diinginkan	Meningkatkan keyakinan perempuan tentang kemampuan mereka untuk meyakinkan mitra agar menggunakan kondom
Collective Efficacy	Keyakinan tentang kemampuan kelompok untuk melakukan tindakan bersama yang membawa hasil yang diinginkan	Organisasi kelompok orang tua mengatur secara aman dengan pihak advokat lainnya untuk perubahan lingkungan dalam mengurangi penggunaan alkohol anak di bawah umur
Observational Learning	Belajar untuk melakukan perilaku Baru oleh paparan antar pribadi atau media menampilkan diri mereka, terutama melalui pemodelan rekan	Perilaku jurnalisme mempromosikan menggunakan kondom dan hiburan yang menampilkan pendidikan wanita diberdayakan dengan keaksaraan keterampilan
Incentive Motivation	Penggunaan dan penyalahgunaan imbalan dan hukuman untuk memodifikasi perilaku	Hukum menuntut perokok remaja mungkin memiliki efek yang tidak diinginkan, namun pajak bisa menghalangi omset

Concept	Definition	Illustration
		penggunaan tembakau
Facilitation	Menyediakan alat, sumber daya, atau lingkungan perubahan yang membuat lebih mudah untuk melakukan perilaku baru	Distribusi kondom tanpa biaya dan bisnis bantuan untuk membantu perempuan menghindarkan diri prostitusi
Self-regulation	Mengontrol diri melalui self monitoring, penetapan tujuan, umpan balik, penghargaan diri, self instruction, dan pendaftaran dukungan sosial	Komputerisasi pelatihan pengelolaan diri untuk pasien asma dan telepon konseling untuk berhenti merokok
Moral Disengagement	Cara berpikir tentang bahaya perilaku dan yang merugikan orang-orang yang membuat penderitaan yang didapatkan melepaskan penderitaan dan regulasi moral	Dehumanisasi dan difusi pengaruh tanggung jawab yang agresi dan pelanggaran organisasi yang merugikan kesehatan

4. Perceived behavioral control (PBC)

Perceived behavioral control (PBC) adalah ukuran sejauh mana individu percaya tentang mudah atau sulitnya menampilkan tingkah laku tertentu (Hogg & Vaughan, 2005). PBC berperan dalam meningkatkan terwujudnya intensi ke dalam tingkah laku pada saat yang tepat misalnya saja perilaku untuk berhenti merokok. Individu bisa saja memiliki sikap yang positif dan persepsi bahwa orang lain akan sangat mendukung tindakannya tersebut atau bahkan ia sudah berkeinginan untuk berhenti merokok, namun ia mungkin saja tidak dapat melakukannya karena ia terhambat oleh faktor seperti perasaan takut dan tidak mampu untuk melakukannya atau akan merasa lemas jika tidak merokok kelak dan faktor dari dalam ataupun dari luar lainnya.



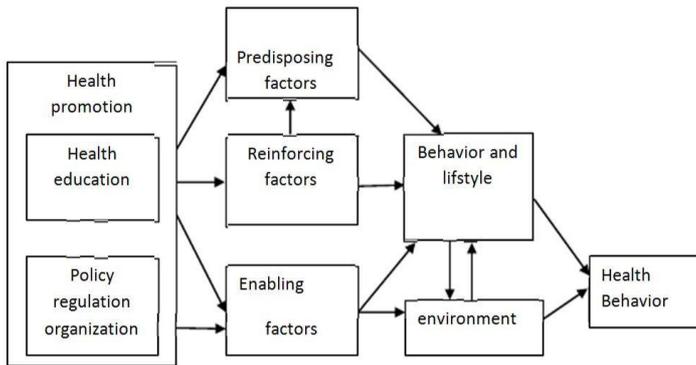
Gambar 8.1: Theory of Planned Behavior

Gambar di atas dapat menjelaskan setidaknya 4 hal yang berkaitan dengan perilaku manusia. Hal pertama yang dapat dijelaskan adalah hubungan yang langsung antara tingkah laku dengan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu. Informasi kedua yang dapat diperoleh dan bagan di atas adalah bahwa intensi dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (attitude toward behavior), norma subyektif (subjective norm), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (perceived behavioral control).

5. Teori "Precede-Proceed Model" Lawrence Green (1991)

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green dari teorinya tahun 1980. Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia manusia dari tingkat kesehatan, di mana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor diluar perilaku.

Skema 3 (tiga) faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan (L.Green. 1980) sebagai berikut :



Gambar 8.2: Preceed-proceed model for health promotion planing and evaluation

- a. Faktor Predisposisi (Predisposing factors) merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. faktor ini meliputi beberapa unsur yaitu unsur pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai.(tradisi, norma, sosial, pengalaman), demografi. Perilaku ibu hamil akan termotivasi untuk minum tablet fe apabila ibu hamil tahu manfaat dari tablet fe tersebut. Kepercayaan ibu akan manfaat tablet fe itu akan mencegah atau mengobati dari keadaan anemia.
- b. Faktor pemungkin atau pendukung (Enabling factors) merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Seorang ibu hamil akan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan apabila tersedianya tenaga kesehatan, sarana puskesmas atau rumah sakit. Yang masuk pada faktor ini adalah ketersediaan sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, keterampilan, dan keterjangkauan sumberdaya kesehatan, yang kesemuanya ini mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku sehat seseorang atau masyarakat
- c. Faktor penguat (Reinforcing factors) merupakan faktor penyerta atau yang datang sesudah perilaku itu ada.Ibu hamil akan selalu melakukan pemeriksaan0 kehamilannya disarana kesehatan atau pada

petugas kesehatan apabila dia di dukung oleh atau selalu diingatkan oleh orang disekitarnya seperti suami, orang tua, teman. Yang termasuk pada faktor ini adalah keluarga, teman, suami, petugas kesehatan.

Bab 9

Penyampaian Pesan Kesehatan: Metode dan Media

9.1 Pendahuluan

Manusia sebagai makhluk sosial, terkandung suatu maksud bahwa manusia bagaimanapun juga tidak dapat terlepas dari individu yang lain. Hidup bersama antar manusia akan berlangsung dalam berbagai bentuk komunikasi dan situasi. Ada berbagai bentuk pola interaksi antar manusia dalam kehidupan ini, khususnya mengenai interaksi yang disengaja, salah satunya interaksi dalam memberikan informasi atau pesan kesehatan. Salah satu isu utama dalam pesan kesehatan adalah memengaruhi individu dan komunitas. Dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan cara berbagi informasi seputar kesehatan.

9.2 Pengertian Pesan Kesehatan

Pesan adalah ungkapan bahasa dari komunikator ke komunikan untuk tujuan komunikasi. Dalam mengembangkan suatu pesan diperlukan kemampuan antara ilmu dan seni. Pesan tidak harus dikembangkan oleh para ahli yang mampu menganalisis dan mendesain strategi pesan, tetapi yang penting dapat membangkitkan emosi.

Suatu pesan dapat dikatakan efektif dan kreatif jika memenuhi 7 (tujuh) kriteria berikut:

1. Kembangkan satu ide/pesan pokok

Bila terlalu banyak ide, dapat membingungkan sasaran dan dapat lebih mudah bagi mereka untuk melupakan pesan tersebut.

2. Buatlah pesan yang mudah, sederhana dan jelas.

Pesan yang efektif harus memberikan informasi yang relevan dan baru untuk sasaran. Sebab, bila diremehkan oleh sasaran secara otomatis pesan tersebut dapat dikatakan gagal.

3. Pesan harus dapat dipercaya

Tetapi hal tersebut tidak terlalu penting, yang terpenting adalah realitanya.

4. Tindakan yang dilakukan harus memberi keuntungan

Sasaran termotivasi oleh bunyi pesan dengan tujuan akan memperoleh keuntungan dari pesan tersebut.

5. Pesan harus konsisten

Menyampaikan satu pesan utama di media apa saja secara berulang kali.

6. Pesan dapat menyentuh akal dan rasa

Tidak hanya memberikan alasan teknis dan dapat diterima oleh akal pikiran tetapi juga dapat menyentuh nilai - nilai emosional, penyampaian pesan oleh tokoh terkenal atau *public figure*.

7. Mendorong untuk bertindak atau berbuat sesuatu

Pemakaian ungkapan atau kata - kata yang memotivasi ke arah tindakan contoh : "Ayo, ke Posyandu", "Waspada", "Lakukan 3M Plus"

Struktur pesan yang baik meliputi:

1. Attention (perhatian)

Agar pesan dapat lebih menarik perhatian khalayak sasaran, maka diperlukan bantuan berupa:

- a. Ukuran untuk media cetak, atau air time (jam tayang/ jam siar) untuk media penyiaran atau penyiaran.
- b. Penggunaan warna (spot atau full color)
- c. Tata letak (lay out)
- d. Jenis-jenis huruf (tipografi)

2. Interest (minat)

Minat dari khalayak sasaran perlu dibangun agar ada rasa ingin tahu lebih jauh. Perhatian harus segera ditingkatkan menjadi minat sehingga timbul rasa ingin tahu secara lebih rinci. Dengan demikian, penggunaan kata-kata atau kalimat pembuka sebaiknya dapat merangsang orang untuk ingin tahu lebih lanjut.

3. Desire (kebutuhan/keinginan)

Suatu pesan harus berhasil menggerakkan keinginan khalayak sasaran untuk bertindak, berperilaku sesuai dengan harapan. Kebutuhan dan keinginan mereka terpenuhi jika melakukan suatu tindakan tertentu.

Contoh: "Obat generik, murah dan bermutu" "Stop Demam Berdarah dengan 3M Plus"

4. Conviction (rasa percaya)

Membangun rasa percaya harus dilakukan sehingga khalayak tidak meragukan pesan kesehatan yang ada. Dengan adanya bukti-bukti terkait, bahkan jika memungkinkan dilengkapi dengan gambar-gambar terkait informasi dan pesan kesehatan tersebut, maka khalayak sasaran dapat semakin mempercayai informasi/ pesan kesehatan yang dimaksud.

5. Action (tindakan)

Pada tahap ini kebutuhan khalayak sasaran sudah terpenuhi. Di antara mereka sudah mulai goyah dan tersentuh emosinya. Namun, masih timbul perlawanan dan keragu-raguan dari diri mereka, apakah benar yang dijanjikan pesan tersebut. Dengan demikian sasaran harus lebih diyakinkan dengan data yang ada bahwa pesan tersebut patut dilakukan dan keputusan yang diambil juga semakin mantap (Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2020).

9.3 Metode Penyampaian Pesan Kesehatan

Metode diartikan sebagai cara pendekatan tertentu. Di dalam proses belajar, pendidik harus dapat memilih dan menggunakan metode (cara) mengajar yang cocok atau relevan, sesuai dengan kondisi setempat. Meskipun berlaku pedoman umum bahwa tidak ada satu pun metode belajar yang paling baik dan tidak ada satu pun metode belajar yang berdiri sendiri. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang cukup tentang penerapan metode yang sesuai dengan sasaran, tempat, dan waktu yang berbeda.

Penyampaian pesan kesehatan pada sasaran yang sama, tetapi waktu dan/ atau tempat yang berbeda dalam pelaksanaannya memerlukan metode yang juga berbeda. Demikian juga sebaliknya, pada sasaran yang berbeda dengan tempat yang sama, membutuhkan metode yang mungkin berbeda atau bahkan metode yang sama. Kecermatan pemilihan metode sangat diperlukan dalam mencapai tujuan pesan kesehatan itu sendiri.

9.3.1 Jenis Metode

Secara garis besar, metode dibagi menjadi dua, yaitu metode didaktif dan metode sokratik. Metode didaktif didasarkan atau dilakukan secara satu arah atau one way method. Tingkat keberhasilan metode didaktif sulit dievaluasi karena peserta didik bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya : ceramah, film, leaflet, bulket, poster, dan siaran radio, kecuali siaran radio yang bersifat interaktif, dan tulisan di media cetak).

Metode sokratik. Metode ini dilakukan secara dua arah atau two ways method. Dengan metode ini, kemungkinan antara pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif (misalnya : diskusi kelompok, debat, panel, forum, buzzgroup, seminar, bermain peran, sosiodarma, curah pendapat, demonstrasi, studi kasus, lokakarya, dan penugasan perorangan).

9.3.2 Aspek Penilaian Metode

Pemilihan metode belajar yang efektif dan efisien harus mempertimbangkan hal-hal berikut:

1. Hendaknya disesuaikan dengan tujuan pendidikan
2. Bergantung pada kemampuan guru atau pendidik
3. Kemampuan pendidik
4. Bergantung pada besarnya kelompok sasaran atau kelas
5. Harus disesuaikan dengan waktu pemberian atau penyampaian pesan tersebut
6. Hendaknya mempertimbangkan fasilitas-fasilitas yang ada

9.3.3 Klasifikasi Metode

Menurut Notoatmodjo (2010), metode pendidikan kesehatan diklasifikasikan menjadi tiga bagian, yaitu metode pendidikan individu, kelompok, dan massa.

1. Metode pendidikan individu
 - a. Bimbingan dan Konseling

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, dan masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Informasi dalam bimbingan dimaksudkan memperbaiki dan mengembangkan pemahaman diri dan orang lain, sedangkan perubahan sikap merupakan tujuan tidak langsung. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseli (peserta pendidik) mengenal dan menerima diri sendiri serta realistis dalam proses penyelesaian dengan lingkungannya (Nurihsan, 2005). Konseling menjadi strategi utama dalam proses bimbingan, dan merupakan teknik standar dan tugas pokok seorang konselor di pusat pendidikan. Konseling membantu konseli memecahkan masalah-masalah pribadi (sosial atau emosional), mengerti diri, mengeksplorasi diri, dan dapat

memimpin diri sendiri dalam suatu masyarakat serta membantu mengembangkan kesehatan mental, perubahan sikap, dan tingkah laku.

Proses konseling terdiri atas tiga tahap (Cavanagh, 1982), yaitu :

- 1) Tahap awal. Meliputi pengenalan, kunjungan, dan dukungan lingkungan
- 2) Tahap pertengahan. Berupa kegiatan penjelasan masalah klien, dan membantu apa yang akan diberikan berdasarkan penilaian kemabli masalah klien
- 3) Tahap akhir. Ditandai oleh penurunan kecemasan klien. Terdapat perubahan perilaku kearah positif, sehat dan dinamik, tujuan hidup yang jelas di masa yang akan datang, dan terjadi perubahan sikap

b. Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan konseling. Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah tertarik atau tidak terhadap perubahan dan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau belum diadopsi memiliki dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

2. Metode pendidikan kelompok

Metode kelompok dibagi menjadi 2 yaitu kelompok besar dan kecil.

Kelompok Besar

Untuk kelompok yang besar (sasaran berjumlah lebih dari 15 oarang), dapat digunakan metode ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran pendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal uang perlu diperhatikan dalam menggunakan metoda ceramah:

a) Persiapan :

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri.

Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.

Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem, dan sebagainya.

b) Pelaksanaan :

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.

- Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- Berdiri di depan (di pertengahan), seyogianya tidak duduk.
- Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat masyarakat.

Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain:

1) Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-petanyaan atau kasus sehubungan dengan topic yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

2) Curah pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota dikeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola Salju (Snow Bailing)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya, demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4) Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain, Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut, Selanjutnya hasil dan tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Bermain peran (Role Play)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain

sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan Simulasi (Simulation Game)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberapa atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk mengonsumsi pesan-pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Karena sasaran pendidikan bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan. Umumnya, bentuk pendekatan massa diberikan secara tidak langsung, biasanya menggunakan atau melalui media massa. Berikut ini merupakan contoh metode pendidikan massa yakni :

- a. Ceramah umum (public speaking). Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa.
- b. Pidato-pidato/ diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- d. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.

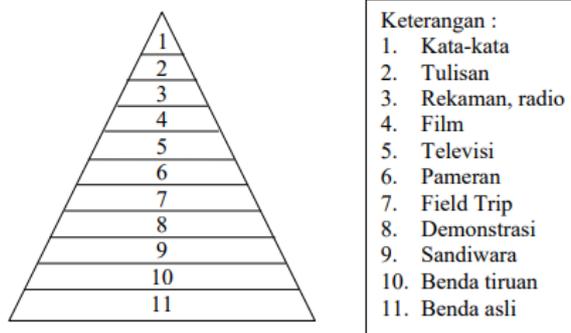
- e. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh : billboard "Ayo ke Posyandu".

9.4 Media Penyampaian Pesan Kesehatan

9.4.1 Pengertian Media

Media merupakan alat bantu yang digunakan oleh petugas penyuluhan dalam menyampaikan materi pendidikan. Prinsip dari pembuatan media bahwa pengetahuan setiap individu diterima dan ditangkap melalui pancaindra. Pancaindra yang banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata sebesar kurang lebih 75% sampai 87% dan 13% sampai 25% melalui indra lainnya (Maulana, 2009).

Media diartikan sebagai alat bantu dalam penyuluhan kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium (Ahmad, 2014). Media mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Teori kerucut Edgar Dale menggambarkan intensitas dari setiap media.



Gambar 9.1: Kerucut Intensitas Media Edgar Dale (Maulana, 2009).

Dapat dilihat dari teori Edgar Dale bahwa media kata-kata memiliki intensitas paling kecil dalam penyuluhan kesehatan. Media yang digunakan dalam penyampaian materi akan lebih efektif dan efisien apabila menggunakan lebih dari satu peraga atau gabungan dari beberapa alat peraga (Maulana, 2009).

9.4.2 Tipe Media

Adapun tipe media penyampaian pesan kesehatan yaitu (Jatmika et al., 2019):

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan kesehatan dapat berupa booklet, leaflet, rubrik maupun. Poster.

2. Media Elektronik

Media elektronik adalah media yang bergerak secara dinamis, dapat berupa televisi, radio, film, CD, VCD

3. Media luar ruangan

Media luar ruangan yaitu media yang disampaikan di luar ruangan menggunakan media cetak baik berupa papan reklame, spanduk, banner.

Selengkapnya media yang bisa digunakan dalam promosi kesehatan sangat bervariasi seperti tertulis dalam tabel 9.1.

Tabel 9.1: Material dan media dalam promosi kesehatan (Nies and McEwen, 2015)

Media	Keuntungan Dalam Promosi Kesehatan
Audiotapes	Tidak memerlukan individu untuk membaca <ul style="list-style-type: none"> • Bisa dibawa dan kecil • Individu dapat menggunakannya dirumah dengan memutar ulang rekaman • Ekonomis dan bermanfaat bagi individu yang memiliki masalah visual/penglihatan
Papan Pengumuman	Murah dan mudah dikembangkan
<i>Flipchart</i>	Format yang sangat cocok digunakan untuk mengarahkan pembaca ke poin penting missal dapat menambahkan diagram atau grafik, lebih murah dari sisi keuangan

Media	Keuntungan Dalam Promosi Kesehatan
Simulasi dan Permainan	Media ini bisa melibatkan pasien secara langsung, melibatkan keluarga. Cocok digunakan saat edukasi ke anak-anak
Menggambar	Dapat membantu pemahaman untuk audiens yang buta huruf
Media Interaktif	Dapat diberikan melalui tablet, komputer atau seluler. Akan tetapi penggunaan media interaktif bisa jadi memakan waktu dan mahal
Model/objek nyata	Dapat memberikan konsep secara langsung pada target
Demonstrasi	Penting digunakan saat menyampaikan keterampilan psikomotor, melibatkan pasien untuk belajar secara langsung
Presentasi	Dapat digunakan dalam kelompok kecil dengan menandai poin-poin penting, mudah disiapkan dan murah
Foto, power point, buku bergambar	Membantu memberikan pemahaman melalui gambar. Dapat dikaitkan dengan kehidupan peserta. Dapat dilakukan dengan mudah bahkan oleh orang yang sangat minim dalam literasi
Leaflet, brosur dan booklet	Mudah dibawa kemana saja, ekonomis. Berguna dalam memperkuat konsep dan interaksi kesehatan. Efektif digunakan pada individu, keluarga, kelompok bahkan ke komunitas
Kartu belajar	Menggunakan sedikit kata, mudah dibuat dan peserta dapat menginterpretasi arti secara visual
<i>Flash card</i>	Efektif digunakan pada individu, kelompok maupun keluarga
Sumber online	Dapat menjangkau banyak orang dengan cepat melalui web atau link
<i>Podcast</i>	Sebuah teknologi video portable yang menggunakan media siaran dan dapat diakses melalui internet di perangkat atau komputer pribadi
Media Sosial	Bisa digunakan sebagai forum diskusi interaktif online, blogs, social news, social networking
Televisi	Menjangkau banyak audiens di komunitas. Membantu meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan umum di komunitas. Efektif memengaruhi perilaku dan sikap

Bab 10

Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

10.1 Pendahuluan

Sehat merupakan kebutuhan dasar manusia dan merupakan hak asasi setiap manusia agar hidup menjadi lebih produktif. Kondisi badan yang sehat membuat hidup menjadi lebih sejahtera, oleh karena itu setiap orang wajib menjaga dan memelihara kesehatannya.

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2009)

Salah satu cara menjaga agar kondisi badan tetap sehat adalah dengan menjaga kebersihan. Dalam kehidupan sehari-hari, kebersihan merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan dalam usaha untuk mencegah suatu penyakit, karena kebersihan akan memengaruhi kesehatan dan psikologis seseorang. Kebersihan sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai individu dan kebiasaan. Jika seseorang sakit, biasanya disebabkan oleh kebersihan yang kurang diperhatikan. Hal ini terjadi karena kita menganggap masalah

kebersihan diri adalah masalah yang kurang penting, padahal jika hal tersebut dibiarkan terus dapat memengaruhi kesehatan secara umum (Mubarak & Chayatin, 2007).

Pemenuhan kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Salah satunya dengan menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri.

Kebersihan lingkungan merupakan hal yang tidak dapat dijauhkan dari sebuah kehidupan manusia dan merupakan unsur yang pasti atau tetap dalam ilmu kesehatan dan pencegahannya yaitu dengan menciptakan sebuah lingkungan yang sehat sehingga tidak gampang terserang atau terkena berbagai macam penyakit. Kebersihan diri adalah perawatan diri yang secara positif memengaruhi kesehatan manusia yang dilakukan sebagai aktivitas kehidupan sehari-hari.

10.2 Definisi Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

Kebersihan dan kesehatan pribadi dikenal dengan istilah personal hygiene. Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani, yaitu kata personal yang artinya perorangan dan Hygiene berarti sehat. Sehingga dapat diartikan bahwa personal hygiene suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan, baik fisik maupun psikisnya (Isro'in, L., dan Andarmoyo, 2012).

Personal hygiene merupakan kebersihan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri baik secara fisik maupun mental. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri karena tubuh yang bersih meminimalkan risiko seseorang terjangkit suatu penyakit, terutama penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk (Haswita & Reni, 2017).

Personal hygiene adalah semua perawatan kebersihan diri pribadi meliputi tindakan fisik membersihkan tubuh, rambut, kuku, telinga, mata, hidung, mulut, kulit dan merupakan saran keamanan dan kebersihan yang diberikan berkaitan dengan lingkungan sesuai kebutuhan masyarakat (Department of Health United Kingdom, 2010).

Manfaat yang didapat dengan merawat kebersihan diri adalah memperbaiki kebersihan diri, mencegah penyakit, meningkatkan kepercayaan diri dan menciptakan keindahan (Tarwoto dan Wartonah, 2012).

10.3 Tujuan Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

Tujuan menjaga kebersihan dan kesehatan pribadi (Yulianto, 2020). yaitu:

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
2. Memelihara kebersihan diri sendiri orang
3. Memperbaiki kekurangan pada personal hygiene
4. Melakukan pencegahan timbulnya penyakit
5. Menumbuhkan kepercayaan diri seseorang
6. Menciptakan ada kesan keindahan.

10.4 Jenis - Jenis Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

Seseorang dikatakan memiliki personal hygiene baik apabila, orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan gigi dan mulut, kebersihan kulit, kebersihan rambut dan kulit kepala, kebersihan kuku tangan dan kaki, kebersihan mata, hidung dan telinga serta kebersihan genitalia.

1. Kebersihan gigi dan mulut

Mulut, atau bukal, merupakan rongga yang terdiri dari bibir sekitar pembukaan mulut, leher sepanjang sisi dinding rongga, lidah dan ototnya dan langit-langit mulut bagian depan dan belakang yang membentuk akar rongga. Mukosa mulut secara normal berwarna merah muda terang dan basah. Gigi berfungsi untuk mengunyah.

Higiene mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir. Gosok gigi merupakan upaya atau cara yang terbaik untuk perawatan gigi dan dilakukan paling sedikit dua kali dalam sehari yaitu pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur. Menggosok membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak, dan bakteri; memasase gusi; dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Flossing membantu lebih lanjut dalam mengangkat plak dan tartar di antara gigi untuk mengurangi inflamasi gusi dan infeksi (Potter, & Perry, 2006).

2. Kebersihan kulit

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung dari berbagai kuman atau trauma, sekresi, ekresi, pengatur temperatur dan sensasi, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Kulit memiliki 3 lapisan utama yaitu epidermis, dermis dan subkutan (Potter, & Perry, 2006).

Tujuan perawatan kulit adalah seseorang akan memiliki kulit yang utuh, bebas bau badan dan gatal-gatal, pasien dapat mempertahankan rentang gerak, merasa nyaman dan sejahtera serta dapat berpartisipasi dan memahami metode perawatan kulit.

Pemeliharaan kesehatan kulit tidak dapat terlepas dari kebersihan lingkungan, makanan yang dimakan, serta kebiasaan hidup sehari-hari. Berbagai penyakit kulit sering terjadi dikarenakan personal hygiene yang kurang diperhatikan (Rangkuti, 2012).

3. Kebersihan rambut dan kulit kepala

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Secara anatomis, rambut terdiri atas bagian batang, akar rambut, sarung akar, folikel rambut, serta kelenjar sebacea.

Rambut yang sehat yaitu tidak mudah rontok dan patah, tidak terlalu berminyak dan terlalu kering serta tidak berketombe dan berketu. Masalah/gangguan pada rambut: ketombe, kutu, botak (alopecia), radang pada kulit di rambut (seborrheic dermatitis). Nutrisi yang kurang seimbang juga memengaruhi kesehatan rambut. Kekurangan vitamin B dapat mengakibatkan rambut mudah rapuh dan rontok (Sharma, K., 2007).

Upaya menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala yaitu keramas dengan memakai sampo minimal 2 kali dalam seminggu, menjaga kelembaban rambut dan menghindari pinjam-meminjam sisir.

4. Kebersihan kuku tangan dan kaki

Secara anatomi, kuku terdiri atas dasar kuku, badan kuku, dinding kuku, kantung kuku, akar kuku, dan lunula. Kondisi normal kuku ini dapat terlihat halus, tebal kurang lebih 0,5 mm, transparan, dasar kuku berwarna merah muda.

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku (Potter, & Perry, 2006).

Kaki dan kuku seringkali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Cara merawat kuku dengan tidak memotong kuku terlalu pendek dan kuku jari kaki dipotong dalam bentuk lurus, tidak membersihkan kotoran dibalik kuku dengan benda tajam sebab akan merusak jaringan dibawah kuku, potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan, khusus untuk jari sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam, tidak menggigit kuku karena akan merusak bagian kuku.

5. Kebersihan mata

Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata, karena secara terus-menerus dibersihkan oleh air mata, kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing. Seseorang hanya perlu memindahkan kotoran mata/ sekresi kering yang terkumpul pada kantung sebelah dalam atau bulu mata, melindungi mata dari kemasukan debu dan kotoran.

Pembersihan mata dilakukan selama mandi dan melibatkan pembersihan dengan waslap/kain bersih yang dilembabkan ke dalam air, dengan cara menyeka dari dalam ke luar kantung mata untuk mencegah sekresi dari pengeluaran ke dalam kantung lakrimal. Tekanan langsung jangan digunakan di atas bola mata karena dapat menyebabkan cedera serius.

6. Kebersihan hidung

Hidung memberikan indera penciuman tetapi juga memantau temperatur dan kelembaban udara yang dihirup serta mencegah masuknya partikel asing kedalam sistem pernapasan. Secara tipikal, perawatan higienis hidung cukup

sederhana yaitu dengan mengangkat sekresi hidung secara lembut dan membersihkan ke dalam dengan tisu lembut menjadi hygiene harian yang diperlukan.

Tidak mengeluarkan kotoran dengan kasar atau dengan jari karena mengakibatkan tekanan yang dapat mengiritasi mukosa hidung, menjaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil sebab nantinya dapat terhisap dan menyumbat jalan nafas serta menyebabkan luka pada membran mukosa. Perdarahan hidung adalah tanda kunci dari pengeluaran yang kasar, iritasi mukosa, atau kekeringan.

7. Kebersihan telinga

Higien e telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran bila substansi lilin atau benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, yang mengganggu konduksi udara. Khususnya pada lansia rentan terkena masalah ini. Membersihkan telinga merupakan bagian rutin dalam kegiatan mandi. Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkan secara pelan-pelan, dan jangan menggunakan peniti atau jepitan rambut untuk membersihkan kotoran telinga karena dapat merusak gendang telinga.

8. Kebersihan Genitalia

Kebersihan pada genitalia bertujuan untuk mencegah infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan kebersihan diri (Potter dan Perry, 2006 dalam (Mubarak, Wahit Iqbal, 2015).

Kebersihan genitalia perempuan pada eksterna yang terdiri atas mons veneris, labia mayora, labia minora, klitoris, uretra, vagina, perineum dan anus. Sedangkan genitalia laki-laki pada daerah ujung penis untuk mencegah penumpukan sisa urine.

Tujuan kebersihan genitalia, yaitu :

- a. Mencegah dan mengontrol infeksi.
- b. Mempertahankan kebersihan genitalia.
- c. Meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan personal hygiene.
- d. Mencegah kerusakan kulit

10.5 Faktor - Faktor Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

Kebersihan dan kesehatan pribadi seseorang dapat dilakukan karena adanya beberapa faktor pendukung, seperti :

1. Citra tubuh (Body image)

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Personal hygiene yang baik akan memengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Gambaran individu terhadap dirinya dapat memengaruhi personal *hygiene*, misalnya karena adanya perubahan fisik pada dirinya, maka ia tidak peduli terhadap kebersihannya.

Gambaran seseorang terhadap bagaimana berpenampilan semestinya sangat berpengaruh pada kesadaran untuk menjaga kebersihan dirinya (Yulianto, 2020).

2. Praktik sosial

Interaksi sosial seseorang selama hidupnya dapat meningkatkan personal hygiene. Selama masa kanak-kanak, anak mendapatkan praktik hygiene dari orang tua seperti menggosok gigi sebelum tidur. Hal ini akan menjadi kebiasaan yang berlanjut hingga dewasa (Yulianto, 2020).

3. Status sosio-ekonomi

Perbedaan status sosial dan tingkat kemapanan ekonomi akan menjadikan tingkat personal hygiene setiap orang berbeda. Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya sehingga orang yang mempunyai penghasilan yang tinggi akan menyisihkan anggarannya untuk kebersihan diri namun sebaliknya yang berpenghasilan rendah atau ekonomi rendah sehingga mengesampingkan kebersihan dirinya.

Pada individu dengan ekonomi yang mampu akan ada kesadaran untuk mandi minimal dua kali sehari karena fasilitas air bersih yang tersedia dalam jumlah yang cukup.

4. Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan dan pengetahuan tentang pentingnya personal hygiene dan implikasinya bagi kesehatan memengaruhi praktik personal hygiene. Namun, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, seseorang juga harus termotivasi untuk memelihara kebersihan dirinya (Yulianto, 2020).

5. Kebudayaan

Kepercayaan, kebudayaan, dan nilai pribadi akan memengaruhi personal hygiene. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda melakukan perilaku personal hygiene yang berbeda pula. Disebagian masyarakat jika individu mengalami penyakit tertentu maka, tidak boleh dimandikan. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktek keperawatan personal hygiene yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan definisi tentang kesehatan dan perawatan diri (Tarwoto dan Wartolah, 2012).

6. Kebiasaan individu

Setiap orang memiliki keinginan, kebiasaan, atau pilihan pribadi untuk menggunakan produk tertentu dalam perawatan dirinya, seperti penggunaan sabun, sampo, dan pasta gigi. Banyak orang yang tidak menjaga kebersihan diri dikarenakan tidak biasa melakukannya. Bagi seseorang yang belum membiasakan menggosok gigi sebelum tidur maka dia akan jarang atau bahkan tidak melakukannya (Potter, & Perry, 2006).

7. Kondisi fisik/psikis

Ketika mengalami sakit biasanya individu susah menjaga personal hygiene, seperti kesulitan mandi, dan membersihkan rumah. Hal tersebut juga bisa terjadi kepada seseorang dengan gangguan psikis seperti stress (Potter, & Perry, 2006).

10.6 Dampak Kebersihan dan Kesehatan Pribadi

Dampak masalah kebersihan dan kesehatan pribadi menurut (Isro'in, L., dan Andarmoyo, 2012) adalah:

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

2. Gangguan psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam interaksi sosial.

Bab 11

Keselamatan Kerja dan Kesehatan Masyarakat

11.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia. Dengan adanya kesehatan, masyarakat dapat melakukan aktivitas sesuai dengan peran, fungsi dan tanggungjawab masing-masing, termasuk dalam hal pekerjaan. Kesehatan menjadi modal utama bagi para tenaga kerja dalam melakukan pekerjaan. Untuk dapat bekerja dengan baik, diperlukan kondisi yang prima dari pekerja serta lingkungan kerja yang mendukung keamanan dan kenyamanan. Tenaga kerja memiliki peran yang sangat penting dalam berjalannya suatu perusahaan di mana dalam melaksanakan pekerjaannya akan menghadapi ancaman bagi keselamatan dan kesehatannya.

Pada era industrialisasi dan globalisasi, kesehatan dan keselamatan kerja juga merupakan kewajiban yang ditetapkan dalam hubungan ekonomi antar negara yang harus dipenuhi sebagai bentuk komitmen. Persaingan sektor industri yang semakin ketat menuntut perusahaan untuk mengoptimalkan seluruh sumberdaya yang dimiliki dalam menghasilkan produk yang memiliki kualitas. Sedangkan kualitas produk yang dihasilkan tidak lepas dari peranan sumberdaya di dalam proses produksi. Proses produksi dapat berjalan baik

karena dikendalikan oleh tenaga kerja sehingga dapat menghasilkan produk yang berkualitas tinggi. Selain tenaga kerja, perusahaan juga menggunakan peralatan mesin untuk menunjang proses produksi. Penggunaan peralatan mesin yang semakin modern oleh tenaga kerja tidak terlepas dari risiko yang akan mereka hadapi terkait dengan keselamatan dan kesehatan.

Oleh sebab itu, diperlukan adanya sistem keselamatan dan kesehatan kerja merupakan suatu upaya perlindungan kerja agar memastikan para tenaga kerja selalu dalam keadaan selamat dan sehat saat melakukan pekerjaan di tempat kerja.

11.2 Keselamatan Kerja dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat

Keselamatan kerja merupakan salah satu bidang yang dipelajari dalam ilmu kesehatan masyarakat. Ada hubungan timbal balik positif baik antara tenaga kerja, lingkungan pekerjaan, dan produktivitas kerja.

Tenaga kerja membutuhkan kesehatan dan keamanan di lingkungan kerja. Apabila semua tenaga kerja sehat dan selamat, maka produktivitas kerja yang dicapai lebih optimal dan memberikan dampak positif bagi perusahaan. Agar terciptanya tenaga kerja yang bekerja secara sehat, maka pihak perusahaan perlu memastikan keselamatan dan kesehatan dari para tenaga kerja di tempat mereka bekerja. Tempat kerja yang aman mampu menurunkan angka kecelakaan kerja.

11.3 Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Keselamatan kerja adalah indentifikasi risiko di tempat kerja dan pengukuran terhadap pencegahan yang diambil untuk menurunkan atau mengeliminasi bahaya yang mungkin menyebabkan kecelakaan (Swarjana, 2017).

11.3.1 Tujuan Keselamatan Kerja

Tujuan keselamatan kerja antara lain:

1. Mencegah kerusakan kesehatan dan mencegah terbuangnya sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.
2. Meningkatkan moral pekerja.
3. Mencegah inefisiensi di tempat kerja yang disebabkan oleh efek dari kecelakaan.
4. Mencegah bahaya sosial disebabkan oleh kecelakaan.
5. Meningkatkan pencegahan terhadap kecelakaan (Swarjana, 2017).

11.3.2 Bahaya pada Keselamatan Kerja

Bahaya adalah adanya kondisi yang telah ada ataupun potensial di tempat kerja di mana melalui interaksi dengan variabel yang lain dapat menyebabkan kematian, cedera, kerusakan properti atau kehilangan lainnya. Cedera adalah kerusakan fisik dari jaringan tubuh yang disebabkan oleh kecelakaan atau oleh paparan terhadap stresor lingkungan.

11.4 Kecelakaan Kerja

Kecelakaan adalah sebuah kejadian yang terjadi secara tiba-tiba, menghasilkan sesuatu yang tidak diinginkan seperti kerusakan properti, cedera pada tubuh bahkan hingga menyebabkan kematian. Kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi di tempat kerja yang mungkin menyebabkan kerusakan pada mesin, alat atau bahkan sumber daya manusianya (Swarjana, 2017).

Penyebab kecelakaan dapat diinvestigasi dengan melakukan analisis kecelakaan kerja. Analisis kecelakaan kerja adalah studi yang menggambarkan kejadian sebenarnya dari suatu kecelakaan untuk mencari penyebabnya dan mencegah kecelakaan serupa di masa yang akan datang. Analisis kecelakaan kerja dilakukan dengan pengumpulan informasi yang dapat menerangkan dengan jelas dan rinci terkait kejadian secara tepat dan objektif (Sucipto, 2014).

11.4.1 Penyebab Kecelakaan Kerja

Kecelakaan kerja dapat dicegah dengan melihat hierarki pengendalian. Sebelum melakukan pengendalian kecelakaan kerja terlebih dahulu harus melakukan analisis mengenai kecelakaan kerja yang terjadi serta faktor yang memengaruhi agar kecelakaan serupa tidak terulang (Anizar, 2009). Sedangkan kecelakaan itu sendiri dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain penyebab langsung (immediate causes), penyebab pendukung (contributing causes), dan kurangnya pengawasan (lack of control).

1. Immediate Causes

a. Unsafe Acts (Tindakan Tidak Aman)

Tindakan tidak aman oleh pekerja dapat terjadi dalam dua kondisi. Pertama, seorang pekerja tidak tahu saat dia bertindak tidak aman. Kedua, dia tahu namun tetap bertindak tidak aman. Kondisi pertama dapat dengan mudah ditangani dengan memberikan pendidikan keselamatan kepada pekerja, pengawasan ketat, desain sistem kerja yang baik, dan lainnya. Namun, kondisi kedua lebih kompleks karena alasan untuk bertindak tidak aman dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kepribadian pekerja, sifat pekerjaan yang dilakukan, tingkat dukungan manajerial dan pengaruh kelompok kerja.

b. Unsafe Condition (Kondisi Tidak Aman)

Kondisi yang tidak aman serta berbahaya bagi pekerja antara lain seperti lokasi tempat kerja yang tidak memenuhi standar, alat pelindung diri yang tidak sesuai standar, waktu kerja yang berlebih, serta faktor bahaya fisik dan bahaya kimia di lingkungan kerja yang tidak memenuhi syarat.

2. Contributing Causes

a. Sistem Manajemen Keselamatan

Sistem manajemen keselamatan yang buruk dapat menyebabkan kecelakaan kerja seperti kurang jelasnya instruksi, tidak terpantaunya faktor bahaya, tidak ada sosialisasi, dan lain sebagainya.

b. Kondisi Mental Pekerja

Kesehatan mental pekerja yang kurang baik dapat menjadi penyebab dalam terjadinya kecelakaan kerja seperti kurangnya kesadaran tentang keselamatan, emosi tidak stabil, dan lain sebagainya.

c. Kondisi Fisik Pekerja

Kesehatan fisik pekerja yang buruk dapat berkontribusi dalam terjadinya kecelakaan kerja seperti mata rabun, tuli, kelelahan, dan lain sebagainya (Sucipto, 2014).

11.4.2 Faktor-Faktor Kecelakaan Kerja

Kecelakaan kerja pada dasarnya dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain sebagai berikut:

1. Faktor Manusia

Terdapat banyak faktor manusia yang berpengaruh pada risiko kecelakaan masing-masing individu pada waktu dan situasi tertentu. Beberapa faktor tersebut adalah usia, pengalaman, penggunaan obat-obatan, motivasi, dan sebagainya. Sebagian besar aktivitas manusia memerlukan pencegahan kesalahan yang dapat mengakibatkan cedera atau kerusakan materi.

Untuk menghindari kecelakaan, seorang individu harus mengamati dan mengenali bahaya, memutuskan tindakan untuk menghindari bahaya. Kecelakaan dapat terjadi jika suatu bahaya tidak terlihat dan dipahami sebagai tanda bahaya. Kecelakaan dapat juga terjadi bila seseorang tidak bertanggung jawab atas tindakan pribadinya, tidak tahu bagaimana harus bertindak, atau karena alasan lain tidak memutuskan untuk bertindak. Bahkan dapat pula terjadi saat keputusan untuk menghindari sudah tepat namun respon tubuh yang salah, tidak efektif atau terlalu lambat.

2. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan termasuk aspek eksternal dan aspek lain dari lingkungan kerja fisik: pencahayaan, kebisingan, suhu, dll. Kemungkinan kecelakaan oleh faktor lingkungan yang menyebabkan cedera adalah kontak dengan objek, zat, atau energi berbahaya. Bentuk cedera yang disebabkan oleh kekurangan energi, misalnya kekurangan oksigen di lingkungan dan hal tersebut dianggap berbahaya.

Jika ada bahaya di lingkungan kerja selalu ada kemungkinan kecelakaan. Inilah alasan mengapa teknologi keselamatan menjadi prioritas utama dalam pencegahan kecelakaan. Bahaya harus dihilangkan atau diisolasi sehingga

tidak ada risiko kecelakaan. Bentuk cedera, jenis dan jumlah energi berbahaya, adalah penentu utama keparahan cedera.

3. Faktor Organisasi

Kehidupan sosial memiliki efek yang cukup besar terhadap kinerja manusia dalam melakukan pekerjaan. Pendekatan manajemen keselamatan terhadap kecelakaan adalah dengan menganggap penyebab langsung (kondisi tidak aman dan tindakan tidak aman) hanyalah gejala dari akar penyebab yang ada dalam fungsi manajemen. Kesalahan dapat berasal dari kebijakan manajemen, ketidakjelasan tujuan, pengelolaan sumber daya manusia, pelayanan, tanggung jawab, penyalahgunaan wewenang, hubungan antar lini, akuntabilitas, aturan, inisiatif, dll.

Mengontrol frekuensi dan tingkat keparahan kejadian kecelakaan serta mengontrol kualitas dan kuantitas produk memiliki banyak kesamaan. Dalam banyak kasus, kecelakaan dapat memengaruhi kedua hal tersebut sekaligus yakni menyebabkan terjadinya kecelakaan dibarengi hasil produksi yang tidak memuaskan. (World Health Organization, 2001).

11.4.3 Dampak Kecelakaan Kerja

Dampak yang muncul akibat kecelakaan kerja dibagi menjadi beberapa klasifikasi, antara lain:

1. First Aid (Pertolongan Pertama)

First aid atau pertolongan pertama merupakan tindakan pada luka kecil yang observasinya yang tidak membutuhkan perawatan medis lebih lanjut walaupun pertolongan pertama tersebut dilakukan oleh dokter atau paramedis. Pertolongan pertama adalah perawatan luka yang masuk kategori luka ringan, bukan tindakan perawatan darurat dengan luka yang serius, serta hanya membutuhkan sekali perawatan.

2. Medical Treatment (Perawatan Medis)

Medical treatment atau perawatan medis merupakan tindakan perawatan untuk luka yang hanya bisa dikerjakan oleh tenaga kesehatan profesional seperti dokter seperti: terganggunya fungsi organ dalam tubuh seperti jantung/ hati, penurunan fungsi ginjal, rusaknya struktur fisik, serta komplikasi luka lainnya yang membutuhkan perawatan medis lebih lanjut.

3. Lost Work Days (Kehilangan Hari Kerja)

Lost work days atau kehilangan hari kerja adalah hilangnya setiap hari kerja di mana seseorang pekerja tidak bisa produktif melakukan semua pekerjaan yang disebabkan oleh kecelakaan kerja atau sakit karena pekerjaan yang dideritanya

4. Fatality (Kematian)

Fatality atau kematian adalah berhentinya secara permanen fungsi dari organ vital sebagai satu kesatuan yang berlangsung tanpa melihat waktu pada saat terjadinya kecelakaan kerja ataupun sakit yang dikarenakan oleh pekerjaan yang dideritanya, dan waktu si korban meninggal (Sucipto, 2014).

Dampak yang ditimbulkan dari kecelakaan kerja dapat berupa kerugian secara materiil maupun non-materiil, antara lain:

1. Kerugian bagi instansi (pemberi kerja)

Dampak kerugian yang dirasakan oleh instansi secara materiil antara lain adalah timbulnya biaya kerusakan mesin peralatan, bahan, serta tunjangan/biaya pengobatan dan perawatan. Sedangkan kerugian secara non-materiil bagi instansi antara lain hilangnya waktu produktivitas kerja, menurunnya jumlah dan mutu produksi, dan lain sebagainya.

2. Kerugian bagi korban (pekerja)

Dampak kerugian yang dirasakan oleh pekerja yang mengalami kecelakaan kerja adalah penderitaan secara fisik akibat cedera, penderitaan secara mental, dan lain sebagainya.

3. Kerugian bagi masyarakat

Dampak kerugian yang dirasakan oleh masyarakat adalah beban biaya akibat kecelakaan kerja dapat dibebankan kepada biaya produksi sehingga mengakibatkan meningkatnya harga produksi dan terganggunya harga di pasaran (Sucipto, 2014).

11.4.4 Pencegahan dan Penanggulangan Kecelakaan Kerja

Pencegahan dan penanggulangan kecelakaan kerja dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain:

1. Mengeliminasi bahaya yang dapat ditimbulkan dari mesin, metode kerja, material atau struktur fasilitas.
2. Mengendalikan bahaya dengan menutup atau menjaga dari sumbernya atau memasang pipa exhaust untuk menghilangkan bahaya pencemaran udara dari operator.
3. Melatih personel operator untuk waspada terhadap bahaya risiko dan mengikuti prosedur kerja yang aman untuk menghindarinya.
4. Menyediakan alat pelindung diri bagi personel untuk melindungi mereka dari bahaya.
5. Memberikan saran dan arahan tentang masalah keselamatan dan kesehatan serta hal-hal lainnya berkaitan dengan pencegahan kecelakaan.
6. Mengembangkan program terpusat untuk mengendalikan kecelakaan dan bahaya kebakaran.
7. Menginformasikan setiap perubahan peraturan yang berlaku komunikasikan informasi tersebut kepada manajemen.
8. Mengembangkan dan menerapkan standar keselamatan baik untuk fasilitas produksi (peralatan, perkakas, metode kerja dan pengamanan) maupun untuk produk, berdasarkan kode, aturan, dan peraturan yang berlaku.
9. Memastikan bahwa hanya alat, peralatan, dan persediaan yang memenuhi standar keamanan yang dapat dibeli.
10. Menyusun, merencanakan dan melaksanakan program pemeriksaan keselamatan dan kesehatan kerja yang dilakukan oleh supervisor operasional dan personel keselamatan lapangan untuk mengidentifikasi potensi bahaya, baik di tempat kerja maupun dalam penggunaan produk perusahaan.
11. Memeriksa semua peralatan baru untuk memastikan perlindungan kesehatan dan keselamatan yang memadai.

12. Melakukan pengawasan pedoman operasional dalam investigasi kecelakaan untuk menentukan penyebab kecelakaan dan untuk mencegah terulangnya kecelakaan
13. Mengumpulkan dan menganalisis data tentang penyakit dan kecelakaan untuk menentukan tindakan korektif dan untuk menentukan tren kecelakaan.
14. Memastikan pendidikan dan pelatihan karyawan secara prinsip dan teknik kesehatan dan keselamatan.
15. Mempertahankan kontak pengawasan untuk instruksi baru, tindak lanjut dan motivasi kesehatan dan keselamatan.
16. Bekerja sama dengan departemen hygiene atau departemen lingkungan untuk masalah kebersihan (World Health Organization, 2001).

Daftar Pustaka

- Abdoellah, A. Y. Y. R. (2006) 'Teori dan Analisis Kebijakan Publik', Alfabeta Bandung, pp. 71–74.
- Adnani Hariza. (2017). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ahmad, Kholid. (2014) "Promosi Kesehatan", Jakarta: Raja Grafindo.
- Aide. (2010). Majalah Kesehatan Untuk Pekerja Kesehatan. Annida.
- Alamsyah Dedi, M. R. (2013). Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta.
- Almatsier, S. (2002). "Prinsip dasar ilmu gizi,". Jakarta: Gramedia.
- Anizar. (2009). Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Industri.
- Ayuningtyas, D. (2015) Kebijakan kesehatan prinsip dan praktek.pdf. 3rd edn. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Balitbangkes (2018) 'Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf', Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, p. 198. Available at: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf.
- Barrett B, Charles JW, Temte JL (2015) Climate change, human health and epidemiological transition. *Prev Med* 70:69–75. doi:10.1016/j.ypmed.2014.11.013 *BMJ*. 2011 Jul 26; 343: d4163.
- Bastian, I. (2014) 'Paradigma Baru Manajemen Kesehatan', Paradigma Baru Manajemen Kesehatan, modul 1(1), pp. 1–60.
- Binns, Colin & Low, Wah-Yun. (2015). What Is Public Health?. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. Vol. 27(1) : 5–6
- Budianto, Eko. (2003). Pengantar Epidemiologi. Jakarta: EGC

- Cavanagh, M.E. (1982). "The Counseling Experience: A Theoretical and Practical. Approach. Monterey", California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Dainur. (1995). Materi-materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: WidyaMedika.
- De Coster G, Anaruma Filho F, Ferreira dos Santos R (2014) Human health risks of forest conservation. Proc Natl Acad Sci USA 111: E1815.
- Department of Health United Kingdom (2010) Essence of Care 2010, Benchmarks for Personal Hygiene. United Kingdom. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216697/dh_119976.pdf.
- Depkes RI. (2004) Ilmu Kesehatan Masyarakat Cetakan Kedua BPPSDM Pusdiknakes. Jakarta.
- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. (2020). "Pengembangan Pesan dan Media", Jakarta: Kemenkes RI.
- Driscoll CT, Lawrence GB, Bulger AJ, Butler TJ, Cronan CS, Eagar C, Lambert KF, Likens GE, Stoddard JL, Weathers KC (2001) Acidic deposition in the northeastern United States: sources and inputs, ecosystem effects, and management strategies. *Bioscience* 51(3): 180–198, Available at: <http://ny.water.usgs.gov/pubs/jm/ny0177/i0006-3568-051-03-0180.pdf>
- Efendi, Nasrul.(1998). Dasar Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta:EGC
- El-Shahawi, M.S., Hamza, A., Bashammakh, A.S. and Al-Saggaf, W.T. (2010). An overview on the accumulation, distribution, transformations, toxicity and analytical methods for the monitoring of persistent organic pollutants, *Talanta* 80 (2010) 1587 – 1597. Published by Elsevier. Available at: http://www.jelena-suran.com/joomla/images/stories/An_overview_-_POPs.pdf
- Eliana & Sumiati, Sri. (2016). Kesehatan Masyarakat. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Friis, R.H. (2012) (2nd Edition). Essentials of environmental health USA:
- Gatseva, Penka D & Argirova, Mariana. (2011). Public Health : The Science of Promoting Health. *Journal of Public Health*. Vol 19 : 205-206

- Godlee F. What is health? *BMJ*. 2011; 343:d4817. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4817>. [Ref list]
- Gurning, F. pramita (2018) *Dasar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.pdf*. Yogyakarta: K Media.
- Hairuddin, K. (2018). Analysis of Social-Networking of Using Condom Commercial Sex Workers of Makassar City. *International Journal of Humanities and Social Science Invention (IJHSSI)*. Volume 7. Issue 12 : 15-22
- Hardinsyah dan Supariasa, I. D. N. (2016) 'Ilmu Gizi Teori & Aplikasi', Buku Kedokteran ECG, p. 9789790447257.
- Hariza, A. (2017) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hasibuan, R. (2020) 'Bahan Ajar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan', pp. 156–159.
- Haswita & Reni (2017) *Kebutuhan Dasar Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Heymann, D. L. (2004). *Control of Communicable Diseases Manual, Eighteenth Edition*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Idan. (1974). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Indriani, Y. (2017) 'Buku Ajar Gizi dan Pangan', p. 198. Available at: http://repository.lppm.unila.ac.id/5735/1/Buku_Ajar_Gizi_dan_Pangan.pdf.
- Isro'in, L., dan Andarmoyo, S. (2012) *Personal hygiene*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Jatmika S.E et.al. (2019) "Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan", Yogyakarta: K-Media.
- Kayame, R, dan Pongtiku, A. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Belajar dari Lapangan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2009) *Undang Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009. Kesehatan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2009). "Undang Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2009." Jakarta.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). "Profil Dirjen PP & PL Tahun 2014." Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5.
- Kementrian Kesehatan (2020) 'Rencana Aksi Kegiatan Gizi Direktorat Gizi Masyarakat'. Available at <https://gizi.kemkes.go.id/katalog/rak-pembinaan-gizi-masyarakat.pdf>
- Kementrian Kesehatan. (2007). Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi. Jakarta: Bappenas.
- Kirch, Wilhelm (Ed.), (2008), Encyclopedia of Public Health, New York, Springer
- Kleinman, Arthur. (2010). Four Social Theories For Global Health. Perspective. The Art of Medicine. Vol 375. Issue 9725 :1518-1519
- Krisna Triyono, Samuel Dwi, and Yohanes K. Herdiyanto. (2018). "Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali." Jurnal Psikologi Udayana 4 (02): 263. <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>.
- Kudding, Hairuddin. (2018). The Structuration of Condom Usage. IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS). Volume 23, Issue 12 : 19-26
- Last, J. M. (2001). A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition. New York: Oxford University Press.
- Last, J. M. (2007). A Dictionary of Public Health, New York: Oxford University Press
- Notoatmojo. Kesehatan masyarakat ilmu dan seni. Jakarta: Rineka cipta. 2011.
- Laverack, Glenn. (2017). The Challenge of the 'Art and Science' of Health Promotion. Challenges. vol 8.No.2 : 1-3
- Leavel and Clark. (1965). Preventive Medicine for the Doctor in His Community, 3th Edition, McGraw-Hill Inc, New York.
- Lucas RM, Norval M, Neale RE, Young AR, de Gruijl FR, Takizawa Y, van der Leun JC (2015) The consequences for human health of stratospheric

- ozone depletion in association with other environmental factors. *Photochem Photobiol Sci* 14(1):53–87. doi:10.1039/ c4pp90033b
- Luque, G.M., Hochberg, M.E., Holyoak, M. Hossaert, M. Gaill, F. and Courchamp, F. (2013) Ecological effects of environmental change, *Ecological Letters*. May 2013, Vol. 16, Issue Supplement s1, pp.1-3. John Wiley & Sons Ltd. DOI: 10.1111/ele.12050
- Machfoedz, I., dan Suryani, E. (2007) “Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan”, Fitrayama: Yogyakarta.
- Marks, Linda. Hunter, David J. Alderslade, Richard. (2011). Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe : A Concept Paper. Denmark. Durham University & World Health Organization
- Massie, R. (2012) ‘Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian’, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), pp. 409–417. doi: 10.22435/bpsk.v12i4.2747.
- Maulana, H. (2009) ”Promosi Kesehatan”, Jakarta: PT. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Megawaty, I. and Syahrul, S. (2017) ‘Educational Interventions Using the Belief Health Model Approach in Diabetes Patients : a Literature Review’, *Indonesian Contemporary Nursing*, 4(1), pp. 1–10.
- Merryana Adriani, S. K. M. (2016). Pengantar gizi masyarakat. Prenada Media.
- Mills JN, Gage KL, Khan AS (2010) Potential influence of climate change on vector-borne and zoonotic diseases: a review and proposed research plan. *Environ Health Perspect* 118(11):1507–1514. doi:10.1289/ehp.0901389, Published online 2010 Jun 24
- Mubarak & Chayatin (2007) Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal, D. (2015) Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
- Myers SS, et al. (2013) Human health impacts of ecosystem alteration. *Proc Natl Acad Sci USA* 110(47):18753–18760.

- Nies, M. A. dan McEwen, M. (2015) "Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Population, 4th-ed", Canada: Saunders Elsevier.
- Nisa, K., Hasneli, Y. and Woferst, R. (2017) 'Efektifitas The Health Belief Model Terhadap Pengetahuan Tentang Manajemen Diet DM-Diskomplikasi (American Diabetes Association Menurut penelitian Palanimuthu (2010) "Tingkat pengetahuan diet pasien diabetes mellitus serta komplikasinya di Poli Endo', Ners Indonesia, 8(1).
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2014) 'Promosi Kesehatan & Perilaku', Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Ilmu Kesehatan Masyarakat ; Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010.) Promosi Kesehatan: Teori Dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbeti, Maftuhah. (2012). Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Kompetensi Kedokteran Umum. Yogyakarta : UII Press
- Nurihsan, Achmad Juntika. (2005) "Strategi layanan Bimbingan & Konseling", Bandung: PT. Reflika Aditama.
- Odum, E.P., Odum, H.T., and Andrews, J. (1971). Fundamentals of Ecology.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M. and Denney, J. T. (2010) 'Socioeconomic disparities in health behaviors', Annual Review of Sociology, 36, pp. 349–370. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529.
- Panti, D. I. et al. (2010) 'Hubungan antara', (4), pp. 1–27.
- Parkinson, Clive & White, Mike. (2013). Inequalities, the arts and public health: Towards an international conversation. Arts & Health. Vol 5. No.3 : 177-189
- Pickens, J. (2013) 'Self-Care, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice, by S. G. Taylor and K. Renpenning. (New York: Springer, 2011)', Nursing science quarterly, 26, pp. 292–293. doi: 10.1177/0894318413489159.

- Potter, & Perry, A. G. (2006) Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. Jakarta: EGC.
- Pradono, J. and Sulistyowati, N. (2014) 'Hubungan Antara Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Tentang Kesehatan Lingkungan, Perilaku Hidup Sehat Dengan Status Kesehatan (Studi Korelasi Pada Penduduk Umur 10-24 Tahun di Jakarta Pusat)', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(1), pp. 89–95. Available at: <https://www.neliti.com/publications/20885/correlation-between-education-level-knowledge-of-environmental-health-healthy-be>.
- Pratiwi, Y. A. et al. (2020) 'Perancangan Sistem Informasi Akademik Berbasis Web Di Smp Rahmat Islamiyah', *Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial*, 2(1), pp. 27–32.
- Pudjiraharjo, W. and Sopacua, E. (2012) 'Kebijakan, Sebuah Kebutuhan Dalam Desentralisasi Kesehatan', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9(4). doi: 10.22435/bpsk.v9i4.
- Rangkuti, A. F. (2012) *Gambaran Perilaku Penghuni tentang Personal hygiene, Sanitasi Dasar Perumahan Sehat serta Keluhan Kesehatan Kulit di Asrama Putra USU*. Universitas Sumatera Utara.
- Rapport, D., R. Costanza, and A. McMichael. 1998. Assessing ecosystem health. *Trends in Ecology & Evolution* 13:397–402.
- Reguero BG, Losada IJ, Diaz-Simal P, Mendez FJ, Beck MW (2015) Effects of climate change on exposure to coastal flooding in Latin America and the Caribbean. *PLoS ONE* 10(7), e0133409. doi:10.1371/journal.pone.0133409 Saunders, Philadelphia, USA.
- Renpenning, T. and K. (2011) *Self-Care, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*.
- Rivai. (2005). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dan Kedokteran Pencegahan*.
- Rosha, B. C., Sari, K., SP, I. Y., Amaliah, N., & Utami, N. H. (2016). Peran intervensi gizi spesifik dan sensitif dalam perbaikan masalah gizi balita di Kota Bogor. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(2), 127-138.
- Sa'diyah, D. R. and Surjaningrum, E. R. (2021) 'Health Belief Model pada Perilaku Merokok Menurut Tingkat Pendapat', *Buletin Riset Psikologi*

- dan Kesehatan Mental (BRPKM), 1(1), p. 638. doi: 10.20473/brpkm.v1i1.26803.
- Sari, Indah Prasetyawati Tri Purnama. (2013). "Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa." *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia* 9 (2): 141–47. <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpji/article/viewFile/3017/2510>.
- Sarwono, A. (2013) *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sharma, K., N. (2007) *Personal hygiene*. India: Online Book Publication.
- Sianulan, J.H. (2012). Dimensi Sosio-Kultural dalam Promosi Kesehatan. *Jurnal Sosiologi Islam*. Vol 2 (1) : 91-111
- Sitanggang, A. S. (2017) 'Sistem Pengambilan Keputusan Dalam Pemilihan Jurusan Menggunakan Metode Eksponensial (Mpe) Di Perguruan Tinggi Negeri Dan Swasta Di Jawa Barat', *Petir*, 10(1). doi: 10.33322/petir.v10i1.31.
- Siyoto, S. dan Ratnaningtyas, E. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Ponorogo : Forum Ilmiah Kesehatan
- Sousa-Eva, Antonio. (2021). Evidence-Based Public Health and the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemi: A Balance Between Science and Art?. *Portuguese Journal of Public Health*. Vol 39: 1-2
- Streeth dan Southgate. (1986). *Pengantar Kesehatan Individu*. Jakarta: Rajawali Press.
- Sucipto, C. D. (2014). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*.
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., & Fajar, I. (2019, December). *Penilaian status gizi*. EGC.
- Swarjana, I. K. (2017). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Syafruddin (2009) *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Mahasiswa*. Jakarta: CV.Transinfo media.
- Takashi Asakura, Hein Mallee, Sachi Tomokawa, Kazuhiko Moji, Jun Kobayashi. (2015). The ecosystem approach to health is a promising strategy in international development: lessons from Japan and Laos. *Global Health*, 2015; 11: 3. Published online 2015 Feb 16. doi: 10.1186/s12992-015-0093-0 PMID: PMC4340288

- Tansley, A.G. 1935: The use and abuse
- Tansley, A.G. 1935: The use and abuse of vegetational concepts and terms. *Ecology* 16, 284-307
- Tarwoto dan Wartinah (2012) *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi Empat. Jakarta: Salemba Medika.
- Umar, A. F. (2013). *Teori dan Aplikasi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- United States National Library Association. *Medical Dictionary*. (2003), <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplusdictionary.html>
- Vitousek PM, Porder S, Houlton BZ, Chadwick OA (2010) Terrestrial phosphorus limitation: mechanism, implications, and nitrogen-phosphorus interactions. *Ecol Appl: Publ Ecol Soc Am* 20(1):5–15
- WHO (2005) *Ecosystems and human well-being: health synthesis*. Millennium ecosystem assessment. World Resources Institute, Washington, DC
- WHO (2014) *Zoonoses and the human-animal-ecosystems-interface* <http://www.who.int/zoonoses/>
- Widaningrum, A. (2007) 'Dinamika Pelaksanaan Desentralisasi Birokrasi', *Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 10(3.3), pp. 365–390.
- Widodo, Bintoro. (2016). "Pendidikan Kesehatan Dan Aplikasinya Di SD/MI." *Madrasah* 7 (1): 12. <https://doi.org/10.18860/jt.v7i1.3306>.
- William N. Dunn (2003) 'William-N.-Dunn-Pengantar-Analisis-Kebijakan-Publik-Gadjah-Mada-University-Press-2003_compressed-1.pdf', p. 710.
- World Health Organization. (2001). *Occupational Health: A Manual for Primary Health Care Worker*.
- Yeh SW, Park RJ, Kim MJ, Jeong JI, Song CK (2015) Effect of anthropogenic sulphate aerosol in China on the drought in the western-to-central US. *Scientific Rep* 5:14305. doi:10.1038/srep14305
- Yulianto, dkk (2020) *Hygiene, Sanitasi dan K3*. Jakarta: Graha Ilmu.

Biodata Penulis



Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, lahir di Kota Padang pada 27 April 1989. Menempuh pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Tahun 2007-2011, Peminatan Kesehatan Lingkungan, dan melanjutkan studi S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia Tahun 2014-2016, Peminatan Kesehatan Lingkungan. Saat ini Penulis merupakan Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, Prodi Kesehatan Masyarakat di Kota Pekanbaru. Saat ini aktif menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi, baik kegiatan Penelitian, Pengabdian Masyarakat, dan juga Pengajaran. Mata kuliah yang diampu saat ini diantaranya adalah Dasar Kesehatan Lingkungan, Analisis Kualitas Lingkungan, Manajemen Pengendalian Vektor, Pengelolaan Sampah Padat dan Pengendalian Vektor, dan Manajemen Penyehatan Makanan dan Minuman.



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb, dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Merupakan penulis Essai “When Midwifves Know Gender Curriculum” (Pemenang Essay2nd Health Professional Education International Conference DIKTI di Bali, Indonesia), Essai Kahlil Gibran di Indonesia diterbitkan Kedutaan Besar Lebanon, Essai di Jurnal Khittah “Pemberdayaan Kebangsaan dan Realita Ekonomi Mikro NU”, dan Artikel Oral Presentation of Research: “Relation Between Gravidity and Vericose of Lower Limb” (International Conference of Public Health di

Colombo, Sri Lanka). Penerima Hibah “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer Di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Mempunyai HAKI: Aplikasi Simulasi Uji Kompetensi Kebidanan Alter Indonesia (2019), Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi Bidan (2020). Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008. email: kinantiniken@gmail.com.



Laeli Nur Hasanah lahir di Wonosobo tanggal 8 Maret 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di program studi Ilmu Gizi, Institut Pertanian Bogor (IPB) tahun 2008, S2 Ilmu Gizi di IPB tahun 2015. Mulai tahun 2019 penulis mengabdikan sebagai dosen di Program Studi Gizi, Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas PGRI Yogyakarta. Selain itu, saat ini penulis juga aktif dalam pengembangan komunitas peduli kesehatan dan gizi yakni @wonosobosehat. Beberapa judul buku yang pernah ditulis bersama Yayasan Kita Menulis adalah Tumbuh Kembang Anak dan Pengantar Kesehatan.



Penulis lahir di Ujung Pandang, 21 Maret 1971, penulis merupakan Dosen Universitas Megarezky dalam bidang Sosiologi Kesehatan, penulis menyelesaikan gelar Sarjana Sastra di Universitas Hasanuddin dan kemudian gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Veteran Republik Indonesia, sedangkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat diselesaikan di Universitas Hasanuddin (2008) dan akhirnya meraih Doktor dalam Ilmu Sosiologi di Universitas Negeri Makassar (2017).



Wahyuddin lahir di Kota Baubau Sulawesi Tenggara, pada tanggal 17 Februari 1984. Menyelesaikan pendidikan dasar hingga menengah di Kota Baubau, Pada tahun 2002 melanjutkan studi S1 pada Program Studi Farmasi di Universitas Muslim Indonesia. Pendidikan S2 ditempuh di Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia Malang pada Program Studi Manajemen Kesehatan dan lulus pada tahun 2009. Tahun 2010 menjadi Dosen Tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Universitas Dayanu Ikhsanuddin Baubau.



Salman, S.KM., M.Kes. Lahir di Tarakan, 2 April 1989. Menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2013 dan melanjutkan studi di Program Pasca Sarjana Magister Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2013 dan lulus tahun 2016. Saat ini aktif mengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang. Aktif dalam berbagai kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan kegiatan keprofesional sebagai anggota Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

(IAKMI) dan Perkumpulan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) sejak tahun 2020 sampai dengan saat ini



Radeny Ramdany, SKM, M.Kes. Lahir di Bone, 16 April 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2010, kemudian melanjutkan pendidikan Magister (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin lulus tahun 2012.

Penulis memulai karir sebagai staf dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong pada tahun 2012. Tahun 2015 dipercayakan

sebagai Ketua Jurusan Gizi. Selain sebagai Ketua Jurusan, penulis juga sebagai Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Sorong, reviewer jurnal di Jurnal Ilmiah Poltekkes Kemenkes Sorong, dan assessor BKD tingkat nasional. Penulis banyak melakukan penelitian yang artikelnya telah diterbitkan di jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional terindeks scopus. Beberapa buku yang telah dihasilkan antara lain: Buku Ajar Metodologi Penelitian Gizi (2020), Ekstrak Daun Pepaya Larvasida Alami Nyamuk *Anopheles Punctulatus* Penyebab Malaria (2020), Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan (2021), dan Metodologi Penelitian Kesehatan (2021). Saat ini penulis tergabung dalam Asosiasi Dosen Indonesia (ADI) dan Forum Publikasi Ilmiah Indonesia (FUBLIN). Tahun 2019 penulis meraih penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Poltekkes Kemenkes Tingkat Nasional.



Nurul Hidayah Nasution, SKM, M.K.M lahir di Kota Padangsidempuan, pada 12 September 1991. Lulus S1 dengan mengambil peminatan kesehatan lingkungan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara tahun 2014. Lulus S2 juga dengan mengambil peminatan kesehatan lingkungan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia tahun 2016. Saat ini merupakan dosen tetap Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Universitas

Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan. Mengampu mata kuliah Dasar Kesehatan Lingkungan, Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Pencemaran Lingkungan, Analisis Kualitas Lingkungan, Kesehatan Lingkungan Perumahan dan Permukiman. Aktif menulis artikel diberbagai jurnal ilmiah.



Effine Lourrinx lahir di Bandar Lampung, pada 15 Juni 1994. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Diponegoro. Pria yang kerap disapa Effine ini adalah anak dari pasangan Mahri (ayah) dan Nina Efriani (ibu). Selain praktisi di bidang lingkungan dan kesehatan, Ia merupakan seorang dosen pada program studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Politeknik Rukun Abdi Luhur, Kudus.

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Buku ini dimulai dengan sejarah kesehatan masyarakat, konsep kesehatan masyarakat, gizi kesehatan masyarakat, seni kesehatan masyarakat, program layanan kesehatan, administrasi kebijakan kesehatan, perilaku sehat dan pendidikan kesehatan, pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan, metode dan media penyampaian pesan kesehatan, higiene sanitasi, kebersihan dan kesehatan pribadi, patologi lingkungan dan penyakit lingkungan, keselamatan dan kesehatan kerja, serta gizi seimbang untuk kesehatan masyarakat.

Buku ini membahas:

- Bab 1 Sejarah Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat
- Bab 2 Konsep Kesehatan Masyarakat
- Bab 3 Gizi Kesehatan Masyarakat
- Bab 4 Seni Kesehatan Masyarakat
- Bab 5 Pendekatan Ekologis Dalam Kesehatan Lingkungan
- Bab 6 Administrasi Kebijakan Kesehatan
- Bab 7 Perilaku Sehat dan Pendidikan Kesehatan
- Bab 8 Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan
- Bab 9 Penyampaian Pesan Kesehatan: Metode dan Media
- Bab 10 Kebersihan dan Kesehatan Pribadi
- Bab 11 Keselamatan Kerja dan Kesehatan Masyarakat



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-336-6



9 786233 423366