



Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes
Yuniastini, SKM., M.Kes - Irmawati Mathar, SKM., M.Kes
Suyanto, S.Kp, M.Kes - Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)
Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes - Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)
Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid)

DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes

Yuniastini, SKM., M.Kes

Irmawati Mathar, SKM., M.Kes

Suyanto, S.Kp, M.Kes

Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)

Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes

Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)

Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid)



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes
Yuniastini, SKM., M.Kes
Irmawati Mathar, SKM., M.Kes
Suyanto, S.Kp, M.Kes
Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)
Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes
Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)
Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid)

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

Tahta Media

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

vii, 107, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-33-8

Cetakan Pertama:

Maret 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Tahta Media Group
All Right Reserved

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

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kepada Tuhan YME atas lindungan dan rahmat-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi dan Instansi kembali mampu menyelesaikan naskah kolaborasi dengan Judul “*Dasar Ilmu Keseharan Masyarakat*”. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan Menulis Kolaborasi adalah untuk membiasakan Dosen dan Guru menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul *Dasar Ilmu Keseharan Masyarakat* merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Dasar dan Latar Belakang Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2) Sejarah Kesehatan Masyarakat, 3) Konsep Kesehatan Masyarakat, 4) Konsep Sehat dan Sakit, 5) Dasar – Dasar Konsep Pencegahan, 6) Masalah Kesehatan Masyarakat, 7) Program – Program Pelayanan Kesehatan, 8) Metode Penelitian Kesehatan Masyarakat.

Akhir kata Dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit ialah menambah Khazanah Keilmuan dibidang Pendidikan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik Akademisi, Dosen, Peneliti, Mahasiswa atau Masyarakat pada Umumnya.

Klaten, Maret 2022
Direktur Tahta Media Group

Uswatun Khasanah, M.Pd.I., CPHCEP

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi	v
Bab 1 Dasar dan Latar Belakang Ilmu Kesehatan Masyarakat	
Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes	
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar	
A. Pendahuluan.....	2
B. Definisi Sehat Sakit	2
C. Definisi Kesehatan Masyarakat.....	3
D. Tujuan Kesehatan Masyarakat	6
E. Ruang Lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat	7
F. Tujuan Pendidikan Kesehatan Masyarakat	7
G. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Masyarakat	9
Daftar Pustaka	11
Profil Penulis	12
Bab 2 Sejarah Kesehatan Masyarakat	
Yuniastini, SKM.,M.Kes	
Poltekkes Tanjungkarang	
A. Pendahuluan.....	14
B. Sejarah Kesehatan Masyarakat di Dunia.....	14
C. Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat	19
D. Sejarah Kesehatan Masyarakat di Indonesia	21
Daftar Pustaka	26
Profil Penulis	27
Bab 3 Konsep Kesehatan Masyarakat	
Irmawati Mathar, SKM.,M.Kes	
STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun	
A. Pendahuluan.....	29
B. Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat Oleh Ascepius dan Higeia	29
C. Upaya Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat	30
D. Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat	31
E. Sasaran Kesehatan Masyarakat	34
Daftar Pustaka	36
Profil Penulis	37

Bab 4 Konsep Sehat dan Sakit

Suyanto, S.Kp, M.Kes

Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. Definisi Sehat.....	39
B. Definisi Sakit	40
C. Model Sehat Sakit.....	41
D. Konsep Kesehatan Blum.....	45
Daftar Pustaka	48
Profil Penulis.....	49

Bab 5 Dasar – Dasar Konsep Pencegahan

Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)

STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun

A. Definisi	51
B. Prinsip Pencegahan	52
C. Tingkat Pencegahan	54
Daftar Pustaka	57
Profil Penulis.....	58

Bab 6 Masalah Kesehatan Masyarakat

Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes

Universitas Malahayati Bandar Lampung

A. Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia.....	60
B. Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat.....	67
Daftar Pustaka	72
Profil Penulis.....	74

Bab 7 Program – Program Pelayanan Kesehatan

Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

A. Pengertian Layanan Kesehatan	76
B. Program – Program Pelayanan Kesehatan	76
C. Tingkat Pelayanan Kesehatan	79
Daftar Pustaka	86
Profil Penulis.....	87

Bab 8 Metode Penelitian Kesehatan Masyarakat

Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid)

Universitas Muhammadiyah Surakarta

A. Penelitian Deskriptif	91
B. Penelitian Analitik	91
Daftar Pustaka	106
Profil Penulis	107



BAB 1
DASAR DAN LATAR
BELAKANG ILMU
KESEHATAN
MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia
Makassar



A. PENDAHULUAN

Ilmu kesehatan masyarakat sebagai terjemahan dari *public health* pendekatannya berbeda dengan kedokteran klinik (*medical clinic*). Pada kedokteran klinik individu- individu yang datang sudah dalam keadaan sakit. Keadaan berbeda terjadi pada kesehatan masyarakat, di mana individu-individu tersebut berada dalam suatu komunitas tertentu (*community*), namun bisa juga pada masyarakat yang lebih luas dan umum (*public*). Pada masyarakat yang luas kita menangani yang sakit maupun tidak sakit dan masih dalam status sehat.

Pada pengantar kesehatan masyarakat kita perlu memahami materi berbagai area. Untuk memudahkan segi praktisnya bila pengantar kesehatan masyarakat kita “berlakukan” sebagai pokok bahasan, maka komplemen-komplemen pendukungnya kami istilahkan sebagai subpokok bahasannya.

B. DEFINISI SEHAT DAN SAKIT

Kontradiksi pengertian antara sehat dan sakit akan menimbulkan kesulitan apabila tidak diberikan batasan yang tajam. Pada umumnya orang yang tidak berada dalam kondisi sakit “bisa dikatakan” sehat, sehingga untuk dapat menjelaskan perbedaan antara keduanya penting diketahui definisi mana yang kita perlu pergunkan.

1. Definisi Sehat

Untuk memahami definisi sehat, kita dapat mengacu pada berbagai sumber antara lain **undang- undang (UU) RI No. 9 tahun 1960 pasal 22**, yang memberikan batasan pengertian sehat secara nasional bagi penduduk Indonesia. Hanya sayangnya UU ini yang sebagian besar masih relevan telah dicabut dan diganti dengan **UU No. 23 tahun 1992 dengan judul “kesehatan”** pada UU No. 9 definisi “sehat” terformulir dengan tajam, sedangkan pada UU No. 23 menggunakan judul “pokok-pokok kesehatan”.

UU No.9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan:

Sehat diformulasikan sebagai kondisi pada seseorang yang memungkinkan bagi pihak bersangkutan untuk menunaikan tugas peri-kehidupannya ditengah- tengah masyarakat tanpa merasa cemas didalam memelihara dan memajukan dirinya sendiri maupun keluarganya sehari-hari.

Formulasi sehat dalam UU No.9 tentang pokok- pokok kesehatan diatas dibandingkan dengan UU No.23 yang mengubah istilah “sehat” menjadi “kesehatan”.

UU No.23 tahun 1992

“kesehatan adalah keadaan keadaaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”

Apabila kedua UU dibandingkan dari aspek pendekatannya, maka UU No. 23 lebih banyak mengandung konsep- konsep kesehatan masyarakat, sedangkan UU No. 9 membuat definisi “sehat” dari definisi WHO.

Sehat menurut WHO

“Health is state of complete physical, mental and sosial well- being and not merely the absence of disease and infirmity.”

Disini definisi WHO memformulasikan definisi sehat secara singkat, namun tetap mengarah tajam sebagai suatu kondisi dengan kualitas sempurna pada badan secara fisik, mental maupun secara sosial serta tidak hanya semata- mata karena tidak adanya penyakit atau kelemahan.

2. Definisi Sakit

Sakit adalah berasa tidak nyaman di tubuh atau bagian tubuh karena menderita sesuatu (demam, **sakit** perut, dan lain-lain). **Sakit** juga merupakan gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya (Parson, 1972).

Sakit menurut WHO

“Sakit, yakni suatu keadaan yang disebabkan oleh bermacam-macam keadaan, bisa suatu kelainan, kejadian yang dapat menimbulkan gangguan terhadap susunan jaringan tubuh manusia, dari fungsi jaringan itu sendiri maupun fungsi keseluruhan dari anggota tubuhnya.”

C. DEFINISI KESEHATAN MASYARAKAT

Sebagai seorang tenaga kesehatan tentu sudah sering mendengarkan kata Kesehatan, yang diartikan sebagai keadaan sejahtera dari badan jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan

ekonomis sedangkan masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul atau dengan istilah lain saling berinteraksi.

Arti lain kesehatan menurut WHO (1997) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat menurut undang-undang 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sehat secara mental (kesehatan jiwa) adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Sehat secara sosial adalah peri kehidupan seseorang dalam masyarakat, yang artinya nya bahwa seseorang mempunyai cukup kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri dan kehidupan keluarga sehingga memungkinkan untuk bekerja, beristirahat dan menikmati liburan.

Berdasarkan dua pengertian kesehatan tersebut dapat disarikan bahwa kesehatan ada 4 dimensi yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi yang saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang, kelompok, atau masyarakat oleh karena itu, keadaan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan dari segi fisik saja.

Sudah banyak ahli-ahli kesehatan didunia yang membuat batasan tentang definisi Kesehatan Masyarakat, sehingga definisi dari abad kea bad tentang kesmas mengalami kemajuan yang sangat pesat. Hal ini dapat dilihat dari definisi Kesehatan yaitu upaya-upaya untuk mengatasi masalah-masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Kesehatan masyarakat terdiri dari beberapa batasan, dimulai dari batasan yang paling sempit sampai yang luas.

Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan, dan pemberantasan penyakit. Adapun definisi-definisi kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Batasan paling tua kesmas adalah upaya untuk mengatasi masalah yang mengganggu kesehatan (Kesma=Sanitasi)

2. Akhir abad ke 18 kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.
3. Awal abad ke -19, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi dan ilmu social dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.
4. Awal abad 20 oleh Wislow mendefinisikan kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha pengorganisasian untuk :
 - a. Perbaikan sanitasi lingkungan
 - b. Pemberantasan penyakit menular
 - c. Pendidikan kebersihan perorangan
 - d. Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosa dini dan pengobatan
 - e. Pengembangan rekayasa social untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dala memelihara kesehatannya

Berikut ini beberapa definisi kesehatan masyarakat :

1. Ilmu kesehatan masyarakat (*public health*) menurut profesor winslow (leavell and Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit memperpanjang hidup dan 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 diagnosis dini, dan pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.
2. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948)
3. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam pencegahan penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah

penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan pencegahan dan pemberantasan penyakit. Kesehatan masyarakat mencakup semua kegiatan, baik langsung maupun tidak langsung, untuk mencegah penyakit (preventif), terapi (kuratif), maupun pemulihan (rehabilitatif). Pilar utama ilmu Kesehatan masyarakat antara lain epidemiologi biostatistik, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan, gizi masyarakat, serta pelayanan kesehatan.

D. TUJUAN KESEHATAN MASYARAKAT

Tujuan kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.

2. Khusus

- a. Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit.
- b. Meningkatkan kemampuan individu keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
- c. Tertangani atau terlayani kelompok keluarga rawan atau kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan.

E. RUANG LINGKUP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat atau pilar utama ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

1. Epidemiologi
2. Biostatistik/statistic kesehatan
3. Kesehatan lingkungan
4. Pendidikan kesehatan, ilmu dan perilaku
5. Gizi masyarakat
6. Kesehatan kerja

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

1. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular
2. Perbaikan sanitasi lingkungan
3. Perbaikan lingkungan pemukiman
4. Pemberantasan vector
5. Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat
6. Pelayanan kesehatan ibu dan anak
7. Pembinaan gizi masyarakat
8. Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum
9. Pengawasan obat dan minuman
10. Pembinaan peran serta masyarakat

Dari ruang lingkup kesehatan masyarakat diatas, menurut penulis antara bidang yang satu dan bidang yang lainnya memiliki keterkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Sehingga memiliki kesempurnaan dan menjadi pilar utama dalam lingkup dan kajian ilmu kesehatan masyarakat baik didunia maupun di Indonesia.

F. TUJUAN PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang direncanakan dan bersifat dinamis atau selalu bergerak. Dengan tujuan dari proses tersebut adalah untuk perubahan perilaku dengan adanya peningkatan keterampilan, peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap yang kaitannya dengan pola hidup ke arah yang lebih baik dan sehat. Adapun Perubahan yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah teraplikasinya penerapan

program kesehatan yang dimulai dari individu, kelompok sampai kepada masyarakat luas.

Tujuan Pendidikan secara umum dapat meningkatkan derajat Kesehatan dan kemampuan masyarakat secara global dan lengkap dalam mencapai derajat Kesehatan secara optimal. Tujuan Kesehatan masyarakat tersebut dioperasionalkan dalam bentuk promotive, preventif, kuratif dan Rehabilitatif supaya masyarakat mampu mencapai derajat Kesehatan secara optimal baik itu secara jasmani, rohani, social dan diharapkan mempunyai umur harapan hidup yang maksimal.

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

Pendidikan Kesehatan mempunyai tujuan mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat, dari tujuan tersebut dapat dicapai bahwa anggapan manusia dapat selalu belajar dan berubah sebab manusia dalam kehidupannya selalu berubah dan dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya terjadinya perubahan karena adanya. Dalam kegiatan Kesehatan masyarakat sehat jasmani, rohani, social dan ekonomi Pendidikan Kesehatan sangat dibutuhkan sebagai dasar utama dalam kegiatan tersebut.

Secara umum Pendidikan Kesehatan yaitu mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang Kesehatan. Kemudian tujuan dan manfaat dari Pendidikan tersebut adalah :

1. Menjadikan Kesehatan sebagai suatu yang bernilai dimasyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan Kesehatan yang ada.
4. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggungjawab yang lebih besar pada Kesehatan (dirinya).

5. Agar orang melakukan Langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi parah dan mencegah penyakit menular.
6. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat Kesehatan masyarakat.
7. Meningkatkan penerangan terhadap pencegahan dan pengobatan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan perilaku sehat sehingga angka kesakitan terhadap penyakit tersebut berkurang (Notoatmodjo, 2007, Suliha, 2005).

Melalui Pendidikan Kesehatan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya nilai-nilai Kesehatan dalam kehidupan, Pendidikan Kesehatan dapat memampukan masyarakat dalam mengatasi masalah Kesehatan dan adanya upaya Langkah-langkah pencegahan serta mampu mengembangkan budaya berperilaku hidup bersih dan sehat baik secara pribadi kelompok maupun masyarakat.

G. RUANG LINGKUP PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

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

Dalam ilmu kesehatan masyarakat ada ilmu dan seni untuk pemecahan masalah kesehatan masyarakat mempunyai kegiatan baik secara langsung maupun tidak langsung dilakukan seperti adanya upaya untuk mencegah munculnya penyakit (Preventif), adanya upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan dari keadaan sekarang (Promotif), dan melakukan dukungan/suport sosial, mental dan fisik sebagai bentuk terapi. adapun upaya masyarakat terhadap kesehatan antara lain menjaga sanitasi lingkungan atau menjaga

kebersihan lingkungan untuk mencegah terjadinya penyakit yang diakibat dari lingkungan yang kotor, penyediaan sumber dan sarana air yang bersih untuk kebutuhan masyarakat baik itu secara kualitas yang baik, kuantitas yang cukup, dan kontinuitas, melakukan pengawasan terhadap pangan yang dikonsumsi oleh masyarakat agar tetap sehat dan layak konsumsi.

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

DAFTAR PUSTAKA

Alamsyah, dedi dan Muliawati, Ratna. 2013. Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Nuha Media : Yogyakarta

Alexander Lucas. 2016. Buku Ilmu Kesehatan Masyarakat. Andi : Yogyakarta

Maisyarah, dkk. 2021. Buku Digital - Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Media Sains Indonesia

Rahmawati, S.M. 2021. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Pekalongan, Jawa Tengah : PT. Nasya Expanding Manajemen.

PROFIL PENULIS



Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes adalah anak kedua dari bapak H. Nuryadin Patty, SE., M.Si dan ibu Hj. Hasnanh, SE., SKM. Penulis lahir di Watampone tanggal 24 april 1990. Pada tahun 1996 menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-kanak di TK Adyaksa Watampone, tahun 2002 penulis menyelesaikan sekolah dasar di SDN Mangkura III Makassar, pada tahun 2005 penulis menyelesaikan Sekolah tingkat pertama di SMPN 5 Makassar dan di tahun 2008 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang sekolah menengah atas di SMAN 2 Makassar. Untuk strata satu penulis melanjutkan pendidikan di fakultas kesehatan masyarakat jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan di Universitas Hasanuddin dan di tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang Strata dua di kampus yang sama dengan mengambil jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan. Dosen tetap program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sekarang menjabat sebagai ketua program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Buku yang sudah di publikasikan “Administrasi Rumah Sakit dan Puskesmas”, buku monograf penelitian tentang Pengaruh Kesesuaian Penempatan Kerja dan Kualifikasi Pendidikan terhadap Kinerja Pegawai Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, buku dengan judul Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Rawat Inap umum terhadap Citra RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto dan buku dengan judul Hubungan kamarisasi dan bahan bakar biomassa terhadap kejadian infeksi pernafasan akut pada anak balita



BAB 2
SEJARAH
KESEHATAN
MASYARAKAT

Yuniastini, SKM.,M.Kes
Poltekkes Tanjungkarang



A. PENDAHULUAN

Abad kedua puluh satu, merupakan tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di dunia. Adanya perubahan demografi dengan bertambahnya usia tua di negara maju, perubahan iklim, ancaman lingkungan dan peningkatan urbanisasi karena kekuatan ekonomi, ancaman tembakau dan junk food, meningkatnya kemiskinan dan ketidaksetaraan, munculnya penyakit kronis dan degeneratif bersama dengan munculnya penyakit menular, seperti covid-19.

Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting yang dihadapi oleh masyarakat Semakin maju teknologi di bidang kedokteran, maka semakin banyak pula macam penyakit yang diketahui dan mengganggu masyarakat. Hal ini tentu saja dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetika. Namun, sebelum membahas tentang masalah kesehatan masyarakat tentunya lebih baik jika kita memahami sejarah dari kesehatan masyarakat itu terlebih dahulu.

B. SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT DI DUNIA

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani, yakni Asclepius (dewa pengobatan) dan Higeia (dewi kesehatan). Jejak tertua dari pemujaannya ada di Titane, sebelah barat Korintus. Dikisahkan berdasarkan mitos Yunani, Asclepius adalah seorang dokter pertama yang tampan, pandai, dapat mengobati penyakit, bahkan dapat melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Higeia adalah asisten Asclepius yang kemudian menjadi istrinya. Higeia telah melakukan berbagai upaya kesehatan dengan cara yang berbeda dengan Asclepius. Perbedaan tersebut terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, berkembanglah dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah kesehatan, yakni aliran kuratif/pengobatan. Sedangkan aliran kedua, adalah preventive/ pencegahan.

1. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Peradaban Awal

a. Masyarakat kuno sebelum 500 sm

Sebelum 500 SM, ditemukan adanya aktivitas kesehatan komunitas yakni didapat system drainase di antara reruntuhan kerajaan Mesir Kuno (2700-2000 SM). Ditemukan adanya kamar

mandi dan system drainase di dalam rumah dan saluran pembuangan air yang lebih rendah dari permukaan jalan dari lembah Indus di India Utara (sekitar 2000 SM). Resep obat berhasil ditafsirkan dari lempeng tanah liat (prasasti) orang Sumerian, tertanggal sekitar 2100 SM . Sampai sekitar 1500 SM sudah lebih dari 700 obat dikenal orang Mesir. Tahun 1500 SM, ditulis Bible's Book of Leviticus yang memberikan petunjuk mengenai kebersihan personal, sanitasi perkemahan, desinfeksi sumur, isolasi penderita lepra, pembuangan sampah dan hygiene maternitas.

b. Budaya klasik (500SM – 500M)

Pada abad ke-5 dan ke-6 SM (zaman keemasan Yunani kuno), para pria berpartisipasi dalam permainan adu kekuatan dan keahlian dan berenang di fasilitas umum. Partisipasi dalam aktifitas itu, dilarang untuk wanita, kaum miskin serta budak. Orang-orang Yunani juga aktif menjalankan sanitasi masyarakat. Mereka memasok sumur-sumur kota setempat dari air yang diambil dari pegunungan yang berjarak 10 mil. Setidaknya dalam satu kota, air yang berasal dari sumber yang jauh disimpan dalam reservoir dengan ketinggian 370 kaki di atas permukaan laut.

Orang Romawi mengembangkan teknologi Yunani itu, dan membangun saluran air yang dapat mengalirkan sampai bermil-mil jauhnya. Ada bukti, sekitar 200 saluran air di Romawi masih ada sampai sekarang. Dari Spanyol ke Syria dan dari Eropa Utara sampai Afrika Utara. Orang Romawi juga merintis aktivitas kesehatan masyarakat lainnya, seperti pengaturan pembangunan gedung, pembuangan sampah, pembersihan dan perbaikan jalan. Namun setelah kekaisaran Romawi runtuh, terjadi perubahan dalam sejarah kesehatan masyarakat.

2. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Abad Pertengahan (500 – 1500 M)

Abad pertengahan terjadi sejak kekaisaran Romawi runtuh yakni pada tahun 476 M. Pendekatan terhadap kesehatan masyarakat dan penyakit, pada abad pertengahan sangat berbeda dengan pendekatan pada zaman kekaisaran Romawi. Berkembang anggapan bahwa ilmu pengetahuan harus berlandaskan agama, yang menyebabkan gereja

mendominasi seluruh aspek kehidupan manusia, mulai dari bidang pemerintahan, ekonomi, pendidikan, dan sosial budaya, termasuk kesehatan. Masalah kesehatan dan solusinya dipengaruhi aspek spiritual. Baik kepercayaan ritual maupun umat Kristiani menyalahkan kekuatan supranatural sebagai penyebab penyakit. Untuk contoh, ajaran dari St. Augustine, yang menyatakan, penyakit disebabkan oleh setan yang dikirim untuk menyiksa jiwa manusia, dan kebanyakan umat Kristiani percaya bahwa penyakit merupakan hukuman atas dosa mereka. Tidak dipertimbangkan pengaruh peran dari lingkungan fisik dan biologis di dalam hubungan sebab akibat penyakit menular, dan hal ini menyebabkan terjadinya epidemik yang ganas dan tidak terkendali. Epidemik ini menyebabkan penderitaan dan kematian jutaan orang.

Sejak abad ke-7, penyakit kolera menyebar dari Asia khususnya Timur Tengah dan Asia Selatan ke Afrika. India disebutkan sejak abad ke-7 telah menjadi pusat endemi kolera. Di samping itu, lepra juga telah menyebar mulai dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui para imigran.

Tahun 1340 terjadi wabah pes paling dahyat di Cina, India dan Mesir. Tercatat 13 juta orang meninggal karena wabah pes, dan 60 juta orang meninggal di seluruh dunia. Sehingga masa itu disebut “The black death”.

3. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Zaman Renaissance dan Penjajahan

Renaissance berarti terlahir kembali, merupakan gerakan perubahan besar di Eropa yang terjadi setelah abad pertengahan (abad ke-14 sampai ke-17), sebagai respon dari dominasi gereja dan latar belakang ekonomi yang dikuasai oleh para golongan penguasa. Zaman Renaissance merupakan masa yang ditandai dengan lahirnya kembali pemikiran tentang karakteristik alam dan kemanusiaan. Perdagangan antar kota dan negara sudah berkembang yang menyebabkan pertumbuhan penduduk di kota-kota besar. Dampak Renaissance terhadap masyarakat sangat besar. Berkembang konsep penyakit disebabkan oleh faktor lingkungan. Contoh, istilah malaria merupakan sebutan khas untuk udara yang lembab dan basah, yang menjadi sarang nyamuk malaria. Epidemik penyakit cacar, malaria dan pes masih menjamur di Inggris dan seluruh

Eropa. Pada tahun 1665, penyakit pes menyebabkan 68.596 jiwa di London (15% dari populasi).

Zaman Renaissance, juga ditandai dengan penjelajahan dan penemuan. Perjalanan Christopher Columbus, Ferdinand Magellan dan lainnya, pada akhirnya mengarah pada periode penjajahan dan penyebaran penyakit ke daerah jajahan dan penduduk setempat di seluruh dunia.

4. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Abad ke-18

Abad ke-18 ditandai dengan perkembangan industri. Kota-kota sangat padat, sumber air tidak memadai, jalan-jalan sangat kotor dan banyak sampah. Banyak lantai rumah kotor dan tidak sehat, tempat kerja tidak aman dan tidak sehat. Sebagian besar pekerja adalah kaum miskin, termasuk anak-anak.

Pada tahun 1796, ada temuan terbesar bagi dunia kedokteran dan kesehatan masyarakat. Dr. Edward Jenner pria kelahiran Berkeley, Gloucestershire, Inggris, berhasil menemukan vaksin cacar. Dr. Edward Jenner melakukannya dengan menginokulasi seorang anak laki-laki berusia 8 tahun dengan materi yang berasal dari nanah penyakit cowpox (caccinia). Setelah dipajankan dengan materi dari nanah penyakit (variola), anak laki-laki itu tetap sehat.

Diakhir abad ke-18, kaum muda Amerika Serikat, mengalami berbagai masalah kesehatan, termasuk berlanjutnya kejadian luar biasa (KLB) cacar, kolera, demam typhoid dan yellow fever. KLB yellow fever, menyerang kota-kota pelabuhan, seperti Charleston, Baltimore, New York, dan New Orleans, tempat kapal dari wilayah tropis Amerika merapat. Epidemic terbesar penyakit yellow fever di Amerika terjadi pada tahun 1793 di Philadelphia. Pada tahun 1793, diperkirakan ada 23 ribu kasus, termasuk 4.044 korban meninggal dalam populasi yang diperkirakan hanya berjumlah 37.000 jiwa. Dalam upaya mengatasi epidemik yang terus berlanjut serta mengatasi banyak masalah kesehatan lainnya, seperti kebersihan dan perlindungan terhadap persediaan air, dibentuklah beberapa lembaga kesehatan pemerintah. Pada tahun 1798, didirikan Marine Hospital Service (selanjutnya menjadi U.S Public Health Service) untuk mengatasi penyakit yang menyerang di atas sarana angkutan air.

5. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Abad ke-19

Selama pertengahan pertama abad ke-19, kondisi kehidupan di Eropa dan Amerika tetap tidak saniter dan industrialisasi menyebabkan semakin banyak penduduk berada di kota. Epidemic masih berlanjut dikota-kota besar Eropa dan Amerika. Tahun 1849, epidemic kolera menyerang London. Dr. John Snow mempelajari epidemic ini dan mengajukan hipotesis bahwa penyakit ini disebabkan oleh kontaminasi air dari pompa Broad Street. Dr. John Snow memperoleh izin untuk melepas pegangan pompa, dan epidemic pun selesai.

Tahun 1850 merupakan masa kunci di dalam kesehatan masyarakat Amerika yakni dimulainya era modern kesehatan masyarakat. Lemuel Shattuck menyusun laporan kesehatan untuk Persemakmuran Massachusetts yang menggaris bawahi perlunya kesehatan masyarakat untuk negara bagian ini. Termasuk di dalamnya rekomendasi untuk pembentukan dewan kesehatan, pengumpulan data statistic vital, penerapan tindakan yang saniter, dan penelitian penyakit. Lemuel Shattuck juga merekomendasikan pendidikan kesehatan dan pengendalian pajanan terhadap alkohol, asap rokok, makanan tidak bermutu, dan ramuan tabib.

Di Tahun 1862, Louis Pasteur dari Perancis mengajukan teori kuman penyakit. Selama tahun 1860-an sampai 1870-an, dia dan beberapa lainnya melakukan eksperimen dan observasi yang mendukung teorinya dan menumbangkan teori spontanitas (pemikiran yang menyatakan organisme hidup dapat berkembang dari benda anorganik atau benda tak hidup).

Pada tahun 1876, Robert Koch, ilmuwan Jerman, mengembangkan kriteria dan prosedur-prosedur penting untuk membuktikan pendapat bahwa mikroba tertentu, dan bukan mikroba lain, yang menyebabkan penyakit tertentu. Demonstrasi pertamanya dengan basilus antraks berlangsung pada tahun 1876.

Periode tahun 1875-1900 lebih dikenal dengan julukan periode bakteriologis kesehatan masyarakat. Identitas sejumlah agens penyakit bakteri berhasil dipastikan, termasuk di antaranya penyebab gonorrhoea, tifus, lepra, tuberculosis, kolera, difteri, tetanus, pneumonia, pes, dan disentri.

Tahun 1856, Undang-undang pertama yang melarang susu bermutu rendah (*adulteracion*) disahkan. Pada tahun 1890, pasteurisasi pada susu mulai diperkenalkan, sementara pemeriksaan atas daging dimulai tahun 1891. Selama periode itu pula, perawat pertama kali dipekerjakan oleh industri (1895) dan sekolah (1899). Juga pada tahun 1895, septic tank diperkenalkan untuk pengolahan air kotor. Pada tahun 1900, Mayor Walter Reed dari pasukan Amerika mengumumkan bahwa yellow fever ditularkan melalui nyamuk.

6. Sejarah Kesehatan Masyarakat pada Abad ke-20

Pada saat dimulainya abad ke-20, angka harapan hidup masih kurang dari 50 tahun. Penyebab utama kematian adalah penyakit menular-influenza, pneumonia, tuberculosis, dan infeksi saluran pencernaan. Penyakit menular yang lain, misalnya, demam tifoid, malaria, dan difteri juga banyak menelan korban. Masalah kesehatan yang juga terjadi, pellagra dan rakitis. Penyakit ini sudah dikenal dan dijelaskan, namun penyebab penyakit itu masih menjadi misteri yang belum dipecahkan sampai pergantian abad. Penemuan bahwa kondisi itu disebabkan oleh defisiensi vitamin berjalan lambat karena sebagian ilmuwan mencari penyebab bakterialnya. Kesehatan gigi yang buruk, merupakan hal yang sangat umum dijumpa di daerah kumuh kota-kota Amerika dan Eropa. Tidak tersedianya layanan prenatal dan pascanatal yang memadai menyebabkan tingginya angka kematian yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran.

C. PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Perkembangan Kesehatan Masyarakat Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre-Scientific Period*)

Sejarah kebudayaan peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma (*The Pre-Cristion Period*). Pada saat itu pemerintah kota telah melakukan berbagai upaya pemberantasan penyakit. Sebagai bukti, telah ditemukan beberapa dokumen tentang peraturan tertulis tentang pembuangan air limbah (*drainase*), pengaturan air minum, pembuangan sampah, dsb. Dari hasil penemuan arkeologi, telah dibangun WC Umum (*public latrine*) dan sumber air minum sendiri namun untuk alasan 'estetika', bukan untuk alasan kesehatan.

Pada kerajaan Romawi Kuno, peraturan- peraturan yang dibuat berdasarkan alasan kesehatan. Dalam hal itu pegawai ditugaskan untuk melakukan supervisi ke lapangan, ke tempat- tempat air minum (*Public Bar*), warung makan, tempat-tempat prostitusi, dsb.

a. Perkembangan kesehatan masyarakat abad pertama sampai abad ketujuh

Pada masa ini, berbagai penyakit menyerang penduduk. Di berbagai tempat terjadi endemik atau wabah penyakit. Bahkan begitu banyaknya penyakit menular. Penyakit kolera menjaral dari Inggris ke Afrika, kemudian ke Asia (khususnya Asia Barat dan Asia Timur) dan akhirnya sampai ke Asia Selatan. Pada Abad ke 7 India menjadi pusat endemik kolera. Penyakit kolera dan lepra menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui emigran. Upaya-upaya yang dilakukan adalah perbaikan lingkungan yaitu higiene dan sanitasi, pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah menjadi bagian kehidupan masyarakat waktu itu.

b. Perkembangan kesehatan masyarakat abad ke-13 sampai abad ke-17

Pada masa ini kejadian endemik pes yang paling dasyat terjadi di China dan India, pada tahun 1340 tercatat diperkirakan 13 juta orang meninggal karena wabah pes. Catatan lain di India, Mesir dan Gaza 13 ribu orang meninggal setiap harinya atau selama wabah tersebut jumlah kematian mencapai 60 juta orang di seluruh dunia. Pertistiwa tersebut dikenal dengan 'The Black Death. Pada abad tersebut, kolera juga menjadi masalah di beberapa tempat. Tahun 1603 terjadi kematian 1 diantara 6 orang. Pada tahun 1665 meningkat menjadi 1 diantara 5 orang karena penyakit menular. Tahun 1759 tercatat 70 ribu orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu diantaranya Dipteri, Tifus, dan Disentri.

2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat Periode Ilmu Pengetahuan (*Scientific Period*)

Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke- 19, merupakan abad bangkitnya ilmu pengetahuan termasuk ilmu kesehatan (kedokteran dan

kesehatan masyarakat). Apabila sebelumnya masalah kesehatan, utamanya penyakit hanya dilihat sebagai fenomena biologis, kemudian bergeser ke fenomena sosial yang kompleks. Sebelumnya pendekatan terhadap masalah kesehatan hanya dari satu segi (sektor) saja, kemudian bergeser ke pendekatan yang multisektoral.

Deklarasi Alma Ata (Kesehatan Masyarakat Abad 20)

Pada tanggal 6-12 September 1978 di Alma Ata (dulu USSR) diadakan “joint” konferensi antara WHO dan UNICEF yang dihadiri oleh 140 negara. Konferensi tahun 1978 itu menghasilkan kesepakatan bersama yang dicatat dalam deklarasi Alma Ata tentang “*Primary Health Care*” dalam pencapaian “*Health for all by the year 2000*”. Semua negara, termasuk Indonesia menyepakati untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer (*primary health care*).

D. SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

1. Sebelum Kemerdekaan

a. Tahun 1558, ditemukannya kasus cacar

Menurut Boomgaard (2003), catatan tertua Eropa menyebutkan bahwa cacar telah menyerang Ternate di Maluku Utara pada 1558 dan Ambon di Maluku Tengah pada 1564. Pemerintah Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera.

b. Tahun 1807, pelatihan dukun bayi

Dalam upaya menurunkan angka kematian bayi, pada masa pemerintahan Jendral Daendels, diadakan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan, namun tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih.

c. Tahun 1888, berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung

Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.

d. Tahun 1910, pes masuk di pulau Jawa

Pada akhir 1910, pes masuk di pulau Jawa yakni ketika pemerintahan Hindia Belanda mengimpor beras dari Burma, untuk mengantisipasi terjadinya wabah kelaparan sebelum masuk masa panen di Jawa. Ternyata pada beras yang diimpor tersebut terdapat tikus-tikus yang terjangkit penyakit pes. Kapal yang membawa beras dari Burma ini bongkar muat dipelabuhan Surabaya, pada Oktober 1910. Dalam waktu sebulan, November 1910 kasus pes pertama, diidentifikasi terjadi di Turen, Malang. Dalam kasusnya yang pertama, mengakibatkan 17 orang meninggal dunia, dan kemudian menjadi tersebar tak terkendali.

Dalam mencegah, mengobati, dan memberantas penyakit pes, pemerintahan kolonial Hindia Belanda kemudian membentuk Dinas Pemberantasan Pes atau *Dienst der Pesbestrijding*, Upaya-upaya untuk memberantas penyakit pes ialah, 1)menghindari kontak antara manusia dengan tikus dan kontak antara manusia yang sakit dengan mereka yang sehat. 2)Menghindari bersarangnya tikus, 3)memberikan vaksinasi pes kepada para penderita.

e. Tahun 1925, perbaikan sanitasi

Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan dan perbaikan sanitasi di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.

f. Tahun 1927, terjadi wabah kolera

Penyakit kolera masuk ke Indonesia pada tahun 1927, dan pada tahun 1937 terjadi wabah kolera eltor di Indonesia. Tindakan yang dilakukan oleh pemerintah hindia belanda 1) Karantina , 2) Vaksinasi di semua desa di Jawa, 3) Ramuan herbal yakni metode penggunaan kina. 4) Memberikan larutan cairan untuk mencegah terjadinya dehidrasi 5) Pendidikan Kesehatan. Pemerintah memperkenalkan kepada masyarakat tentang kesehatan, mengenalkan tentang pola hidup sehat dan juga masalah kesehatan terkait cara mengatasi beberapa penyakit yang sering menjangkit mereka. Pencegahan secara kuratif terhadap penyakit ini tidak dapat berhasil tanpa

tindakan pencegahan yang bersamaan. Maka dibentuklah badan yang disebut *Hygiene Commissie* yang kegiatannya memberikan vaksinasi, menyediakan air minum dan menganjurkan masyarakat untuk meminum air matang.

- g. **Tahun 1927.** STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia
- h. **Tahun 1930.** Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan
- i. **Tahun 1935.** Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.
- j. **Tahun 1941.** Mulai dilakukan vaksinasi massal, terutama untuk pemberantasan penyakit kolera dan cacar. dan akhirnya pada tahun 1972 pemerintah berhasil membasmi wabah penyakit ini dan oleh WHO di nyatakan bebas cacar pada tahun 1974.

2. Kesehatan Masyarakat Pasca Kemerdekaan Indonesia

- a. **Tahun 1948-1949.** Selama periode revolusi fisik hingga tahun 1948-1949 penanganan kesehatan masyarakat di Indonesia boleh dikatakan berhenti sama sekali. Seluruh kegiatan bangsa Indonesia hanya diarahkan untuk menghadapi kembalinya invasi bangsa Belanda.
- b. **Tahun 1951** Diperkenalkannya konsep Bandung (*Bandung Plan*) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut Puskesmas.
- c. **Tahun 1952.** Pelatihan intensif dukun bayi
- d. **Tahun 1956.** Dr.Y.Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai

proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan medis.

- e. **Tahun 1957.** Dikembangkan delapan wilayah pengembangan kesehatan masyarakat, sebagai penerapan Konsep Bekasi.
- f. **Tahun 1967.** Diadakan seminar yang membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu, sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.
- g. **Tahun 1968.** Diadakan Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.
- h. **Tahun 1969 :** Sistem Puskesmas disepakati dua saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap propinsi.
- i. **Tahun 1979** Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.
- j. **Tahun 1984** Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, gizi, penanggulangan diare, imunisasi)
- k. **Awal tahun 1990-an** Puskesmas menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat serta memberdayakan peran serta masyarakat,

selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

1. Tahun 2020

Tanggal 2 Maret 2020 , presiden Joko Widodo mengumumkan kasus pertama covid-19 di Indonesia. Sampai 22 Januari 2022 ada 4.283.453 orang terkonfirmasi, 4.122.555 (96,2%) sembuh, 16.692 (0,4%) kasus aktif, 144.206 meninggal(3,4%) . Tiga kasus kematian tertinggi akibat covid- 19 adalah Jawa Tengah, Jawa Timur dan Jawa Barat. Digalakkan vaksinasi ke-1, ke-2 dan ke-3. dengan target 208.265.720 orang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Maryam. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut. Prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia Timur. <https://pascasarjana.uit.ac.id>
- Kementerian Komunikasi dan Informasi Republik Indonesia. 2022. *Situasi Covid-19 di Indonesia*. Update 22 Januari 2022. <https://covid19.go.id/>
- Lunaigh dan Carlson.2010. *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak. 2014. *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Konsep, dan Aplikasi dalam Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- McKenzie James F, Robert R.Oinger and Jerome E.Kotecki. *Kesehatan Masyarakat, Suatu pengantar Edisi 4*. EditorBahasa Indonesia: Palupi Widyastuti. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo Soekidjo. 2007 *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Naidoo Jennie and Jane Wills. *Developing Practice for Public Health and Health Promotion*. 2011.London: Elsevier
- Nasisin, W.2021. *Penyebaran Wabah Penyakit Kolera di Jawa Dan Sumatera Pada Abad 18-19*
- Terrence H. Hull. 1987. “Plague In Java”, dalam *Death and Disesease in Southeast Asia: Exploration and Demographic History*. Singapore ; ASAA Southeast Asia Publication Series.
- Suharman dan Suparyadi. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan
- Siyoto & Ratnaningtyas.2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat* . Ponorogo : Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)
- Syafrudin. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Trans Info Media
- Rosen, G.2015. *History Of Public Health*. New York: MD Publications
- Berridge ,dkk. 2011. *Public health in history*. New York : Library of Congress Cataloging-in-Publication.

PROFIL PENULIS

Nama : Yuniastini,SKM.,M.Kes
Tempat/ tanggal lahir : Tanjungkarang/23 Juni 1968
Alamat : Jl.Jati no.15 Tanjung Raya Bandar Lampung
Status : Menikah dengan dr. Wien Wiratmoko,Sp.Pa ; Ibu dari 4 orang anak (dr.Jaya Ndaru Prasetio, dr.Adi Astron Prasetio, Rizki Lazuardi Prasetio,ST, Iradah Lia Prasetio); 1 orang mantu (dr.Hein Intan Wulandari) dan eyang dari 1 orang cucu (Halwa Aurelia Prasetio).

Pengalaman Kerja : Dosen Akper Tanjungkarang, dosen PAM Keperawatan Anestesi, dosen Poltekkes Surabaya, dosen Poltekkes Tanjungkarang



BAB 3
KONSEP
KESEHATAN
MASYARAKAT

Irmawati Mathar, SKM.,M.Kes
STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun



A. PENDAHULUAN

Kesehatan Masyarakat dari sudut pandang Winslow pada tahun 1887 :

1. Ilmu dan Seni Mencegah Penyakit
2. Memperpanjang hidup
3. Meningkatkan Kesehatan

Pertama disebutkan bahwa kesehatan masyarakat merupakan “ilmu dan seni”, adalah sebuah gabungan sains dan seni (pengetahuan dan keterampilan). Yang kedua "memperpanjang hidup" Kedua bagian menggambarkan intervensi spesifik dan proses/strategi untuk mencegah penyakit dan memperpanjang hidup. Yang ketiga “Meningkatkan Kesehatan” melalui usaha/intervensi. Intervensi khusus yang disebutkan adalah

1. sanitasi lingkungan,
2. pengendalian infeksi menular,
3. pendidikan individu tentang kebersihan pribadi
4. penyelenggaraan pelayanan medis dan keperawatan sejak dini, diagnosis dan pengobatan pencegahan penyakit”.

Ketiga Bagian tersebut mencakup maksud dan tujuan disiplin kesehatan masyarakat. Pada konferensi Internasional Pelayanan Kesehatan Primer pada tahun 1978 yang diikuti oleh 140 negara, dihasilkan sebuah deklarasi yang disebut deklarasi Alma Ata. Dalam Pasal III deklarasi Alma Ata disebutkan bahwa Kesehatan masyarakat adalah ilmunya dan seni menjaga sinergi antara kesehatan masyarakat dan ekologi, lingkungan, sosial, status budaya, ekonomi, dan politik di sekitarnya dan tujuan untuk mencapai kesehatan sepenuhnya bagi semua orang untuk hidup produktif”. (Ahmed, 2011)

B. KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT OLEH ASCEPIUS DAN HIGEIA

Ilmu kesehatan masyarakat awal mulanya dibawa oleh seorang tokoh yang merupakan tenaga kesehatan yang bernama Asclepius dan Higeia. Ascepius dan Higeia mengenalkan ilmu kesehatan masyarakat dari dua sudut pandang yang berbeda. Asclepius adalah seorang dokter, dia melihat dan memberikan pandangan ilmu kesehatan masyarakat melalui pendekatan pengobatan (kuratif). dalam hal ini, asclepius menerapkan pendekatan kuratif, sasaran adalah orang yang sudah terkena penyakit dengan memberikan tindakan atau pengobatan agar penyakit tidak bertambah parah atau tidak

terjadi komplikasi. Sedangkan dari sudut pandang Higeia, menerapkan konsep kesehatan masyarakat melalui pendekatan preventif dan promotif, sasarannya adalah mereka yang sehat dengan memberikan edukasi dan melalui pemberdayaan masyarakat dan individu untuk meningkatkan derajat kesehatan individu dan masyarakat. (Triwibowo, 2015)

Tabel 3.1 Konsep Ascepius dan Higeia

Konsep	Sasaran	Tujuan	Contoh
Kuratif (Asclepius)	Orang sakit	Pembatasan penyakit, pencegahan komplikasi	Pada penderita DM (diabetes melitus) : Kepatuhan konsumsi obat, perawatan diri/kaki, monitoring luka. Penatalaksanaan DM untuk mengurangi resiko
Preventif dan Promosi Kesehatan (Higeia)	Orang sehat	Pencegahan Penyakit dan Peningkatan derajat kesehatan individu dan masyarakat agar tidak jatuh sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pengenalan Perilaku Hidup Sehat dan Bersih Pada Anak. • Edukasi dan konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) meliputi ASI dan MP-ASI untuk balita sehat (Zuriati & Melti, 2021)

C. UPAYA DALAM MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

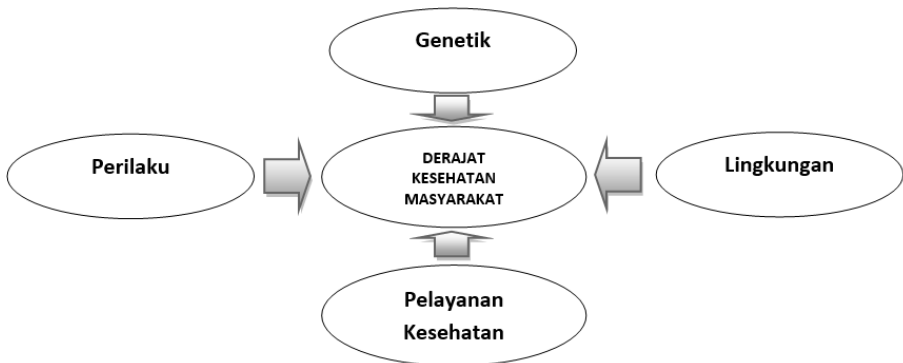
Derajat kesehatan masyarakat menurut Beaglehola, 2003 merupakan tolak ukur yang digunakan dalam pencapaian keberhasilan program dengan berbagai upaya berkesinambungan, terpadu dan lintas sektor dalam rangka pelaksanaan kebijakan pembangunan di bidang kesehatan. Derajat kesehatan masyarakat dimaksud adalah meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi, ibu dan anak, menurunnya angka kesakitan maupun angka kecacatan dan ketergantungan serta meningkatnya status gizi masyarakat. (Riska, 2016)

Dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ada beberapa upaya yang dilaksanakan meliputi:

1. Promotif (peningkatan kesehatan)
Peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
2. Preventif (pencegahan penyakit)
Pencegahan penyakit adalah usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.
3. Kuratif (pengobatan)
Pengobatan adalah usaha yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diobati secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.
4. Rehabilitatif (pemeliharaan kesehatan)
Pemeliharaan kesehatan adalah usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya. (Umma, 2018)

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menurut Hendrik L. Blum ada 4 faktor yang perlu diperhatikan. Adapun faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat tersebut disajikan dalam gambar berikut ini



Gambar 3.1 Faktor yang mempengaruhi derajat Kesehatan masyarakat

Teori **H.L. Blum** yang menyebutkan bahwa **derajat kesehatan** ditentukan oleh 40% **faktor** lingkungan, 30% **faktor** perilaku, 20% **faktor pelayanan kesehatan**, dan 10% **faktor** genetika (keturunan).

1. lingkungan,

factor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat lingkungan fisik baik natural atau buatan manusia misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Contohnya anggota keluarga di suatu desa dapat terkena penyakit jika dia berada di desa yang sulit mendapatkan ketersediaan air bersih.

2. Perilaku,

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem seseorang terhadap sakit atau penyakit adalah cara manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan, mempersepsi tentang suatu stimulus Rangsang Proses Stimulus Reaksi Tingkah laku (terbuka) Sikap (tertutup) penyakit yang ada pada (dirinya dan diluar dirinya) maupun secara aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit tersebut (Riska, 2016).

Pengertian lain berkaitan dengan Perilaku kesehatan juga dinyatakan oleh Azwar (2005) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: a) Latar belakang seseorang yang meliputi norma - norma yang ada, kebiasaan, nilai budaya dan keadaan sosial ekonomi

yang berlaku dalam masyarakat, b) Kepercayaan dalam bidang kesehatan, perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh kepercayaan orang tersebut terhadap kesehatan. Kepercayaan yang dimaksud meliputi manfaat yang akan didapat, hambatan yang ada, kerugian dan kepercayaan bahwa seseorang dapat terserang penyakit, c) Sarana tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat. d) Cetusan seseorang yang mempunyai latar belakang pengetahuan yang baik dan bertempat tinggal dekat dengan sarana kesehatan, bisa saja belum pernah memanfaatkan sarana kesehatan tersebut. Contohnya seseorang bisa terkena penyakit karena perilakunya. Kementerian Kesehatan pada tahun 2011 Salah satu perilaku beresiko yang menimbulkan dampak yang sangat merugikan bagi kesehatan individu dan masyarakat adalah perilaku merokok. Perilaku merokok merupakan faktor resiko timbulnya berbagai penyakit seperti kanker paru, kanker mulut, penyakit jantung, penyakit saluran pernafasan kronik, stroke, kelainan kehamilan dan penyakit tidak menular lainnya yang menjadi penyebab utama kematian (Saiful, 2018).

3. Pelayanan kesehatan,

Pelayanan kesehatan dalam kaitannya dengan kesehatan masyarakat meliputi upaya pelayanan kesehatan dalam melaksanakan kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. Akses masyarakat dan individu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan hendaknya tidak mengalami kesulitan karena semakin mudah individu dan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan maka semakin baik dan berpengaruh terhadap derajat kesehatan. Contohnya saat ini masyarakat miskin yang tidak memiliki biaya untuk berobat tetap dapat diterima di faskes karena adanya program jaminan kesehatan nasional oleh BPJS Kesehatan.

Tenaga kesehatan masyarakat sekarang tidak hanya dituntut untuk memimpin dalam melindungi kesehatan warga negara, tetapi juga harus memberikan dasar bukti yang diperlukan untuk menghubungkan informasi kesehatan masyarakat dengan layanan dan kegiatan klinis; menawarkan intervensi kesehatan masyarakat yang tertarget dan terukur; dan mendukung layanan klinis dengan cara yang memberdayakan masyarakat untuk dapat mencegah penyakit dan meningkatkan derajat kesehatannya. (Arbour, 2014)

4. Genetik.

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

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

Dengan demikian Derajat kesehatan masyarakat akan mudah dicapai apabila 4 faktor tersebut berada dalam kondisi yang optimal. Diantara beberapa faktor tersebut yang paling besar mempengaruhi tinggi rendahnya status kesehatan adalah faktor lingkungan dan perilaku. Oleh karenanya, perlu diupayakan lingkungan yang sehat dan perilaku hidup sehat.

E. SASARAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh suatu hal atau sebab. Maka dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental, dan sosial.

2. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya. Jadi bila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan dapat berpengaruh terhadap anggota dan keluarga yang lain.

3. Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan. Seperti : Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan

perkembangan. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan. Kelompok yang memiliki resiko terserang penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed. (2011). Defining Public Health. *Indian Journal Of Public Health* , 4-5.
- Arbour, A. (2014). Public Health in the 21st Century. *American Journal of Preventive Medicine supplement addresses critical challenges to public health* , 12.
- Darmawan, E., & Sjaaf, A. (2016). *Administrasi Kesehatan Masyarakat* . Depok: Rajawali Pers.
- Riska. (2016). pengaruh perilaku ibu terhadap personal Hygiene pada balita di Kecamatan Woyla Barat . *Repository Universitas Teuku Umar* , 2-3.
- Saiful. (2018). aktor dari determinan perilaku yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok pada siswa sekolah menengah atas di Kota Pariaman . *Repository Universitas Andalas* , 1-2.
- Triwibowo, C. (2015). *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Umma, K. (2018). PELAKSANAAN PROGRAM PROMOTIF DAN PREVENTIF DI PUSKESMAS LABUHAN BILIK KABUPATEN LABUHANBATU . *Repository Universitas Sumatera Utara* , 1-2.
- Zuriati, & Melti. (2021). EDUKASI KESEHATAN PENCEGAHAN RISIKO DIABETES MELITUS DI DESA SIJAU KECAMATAN RIMBO TENGAH BUNGO . *Jurnal Pengabdian Masyarakat Losari* , 21-22.

PROFIL PENULIS



IRMAWATI MATHAR, SKM.,M.Kes. Lahir di Kota Parepare Sulawesi Selatan. Anak ke-6 dari 7 bersaudara. Telah menempuh pendidikan S1 di Universitas Muhammadiyah Parepare dan S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administasi Kebijakan Kesehatan (AKK) di Universitas Indonesia Timur. Status sebagai Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Mulia Madiun. Tahun 2016 sampai saat ini menjabat sebagai Kepala Program

Studi DIII Perkam dan Informasi Kesehatan STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun. Jabatan Fungsional Asisten Ahli (AA). Mengajar Mata Kuliah Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sistem Manajemen Mutu, Akreditasi dan Manajemen Resiko, Statistik Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Buku yang sudah dipublikasikan : Manajemen Informasi Kesehatan Pengelolaan Rekam Medis, Kesehatan Reproduksi Wanita Lanjut Usia.

Email : irmawati.mathar88@gmail.com

Instagram : irmmathar



BAB 4

KONSEP SEHAT

DAN SAKIT

Suyanto, S.Kp, M.Kes
Poltekes Kemenkes Surakarta



A. DEFINISI SEHAT

Sehat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai keadaan seluruh badan serta bagian-bagiannya bebas dari sakit. Sedangkan menurut Undang Undang Kesehatan RI No 23 tahun 1992, sehat didefinisikan sebagai sebuah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Selain itu pada tahun 2015 WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity"*. Sehat adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial bukan hanya sekedar tidak adanya penyakit maupun cacat.

Konsep sehat menurut WHO secara garis besar adalah suatu keadaan seseorang yang terbebas dari gangguan fisik, mental, sosial, spiritual serta tidak mengalami kecacatan. Menurut pandangan para ahli sosiologi, yang disebut sehat sangatlah bersifat subyektif, bukan obyektif. Persepsi masyarakat tentang sehat/sakit ini dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu, disamping unsur sosial budaya. Jika individu merasa bahwa penyakitnya disebabkan oleh makhluk halus, maka dia akan memilih untuk berobat kepada “orang pandai” yang dianggap mampu mengusir makhluk halus tersebut dari tubuhnya sehingga penyakitnya akan hilang (Jordan, 1985; Sudarti, 1988; dalam Solita, 1997).

Merujuk kepada berbagai definisi diatas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa sehat adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang terbebas dari suatu penyakit sehingga seseorang dapat melakukan aktifitas secara optimal.

Lebih jauh para ahli mengungkapkan bahwa sehat adalah suatu situasi dan kondisi sejahtera dimana tubuh manusia, jiwa, serta sosial yang sangat memungkinkan tiap-tiap orang hidup produktif dengan cara sosial dan juga ekonomis yang mengandung 4 komponen, yaitu :

1. Sehat Jasmani
2. Sehat Mental
3. Kesejahteraan Sosial
4. Sehat Spiritual

Dengan demikian untuk melihat batasan sehat maka harus ditinjau sebagai suatu perpaduan secara utuh yang terdiri dari unsur-unsur fisik, mental, dan sosial dimana didalamnya ada kesehatan jiwa yang menjadi bagian dari integral kesehatan. Sebagai kesimpulan lain Parson dalam

Asmadi, (2008) menyatakan bahwa sehat adalah kondisi kemampuan seorang individu untuk menjalankan tugas dan perannya secara efektif dengan kondisi yang optimal.

B. DEFINISI SAKIT

Melalui pemeriksaan laboratorium medis seseorang dapat diketahui sedang terserang suatu penyakit yang mengenai salah satu organ tubuhnya. Tetapi karena orang tersebut tidak merasakan sakit maka tetap menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Lalu yang disebut sakit itu bagaimana?. Sarwono (1993) menjelaskan bahwa sakit adalah keadaan yang kurang menyenangkan yang dirasakan seseorang serta menghambat aktifitas, baik secara jasmani dan rohani sehingga seseorang tersebut tidak bisa menjalankan fungsi dan perannya secara normal dalam masyarakat.

Berikut ini dijabarkan beberapa pendapat para pakar mengenai definisi sakit (Asmadi, 2008)

1. Parson berpendapat bahwa sakit adalah kondisi dimana terjadi ketidakseimbangan dari fungsi normal tubuh manusia.
2. Borman menyatakan bahwa terdapat 3 kriteria sakit, yaitu adanya gejala, persepsi terhadap sakit yang dirasakan serta menurunnya kemampuan dalam beraktivitas sehari-hari.
3. Perkins menjelaskan bahwa, sakit adalah suatu kondisi yang kurang menyenangkan yang dialami seseorang baik jasmani maupun sosial sehingga menimbulkan gangguan pada aktivitas sehari-hari,

Pemahaman tentang konsep sehat sakit di masyarakat terus berubah tergantung pada pemahaman tentang nilai, peran, penghargaan dan pemahaman terhadap kesehatan. Konsep sehat sakit pun tidak sepenuhnya mutlak tetapi bersifat universal sebab terdapat berbagai faktor luar selain kenyataan klinis seperti faktor sosial dan budaya. Sehingga berbagai disiplin ilmu mencoba mengutarakan pendapatnya tentang sehat sakit seperti dari para ahli antropologi, filsafat, sosiologi dan kesehatan: keperawatan dan kedokteran dan ahli kesehatan masyarakat.

Berbagai pendapat dari berbagai disiplin ilmu tersebut pada dasarnya dapat dirangkum bahwa sehat dan sakit merupakan proses yang berhubungan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia menyesuaikan diri dengan lingkungannya baik secara biologis, psikologis maupun sosial budaya.

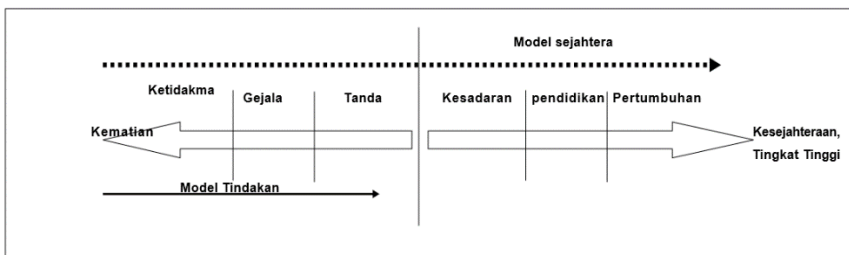
C. MODEL SEHAT SAKIT

1. Model Kontinum (Rentang Sehat Sakit)

Menurut model kontinum, sehat adalah sebuah keadaan yang dinamis dapat berubah sesuai dengan adaptasi dari individu terhadap perubahan tersebut. Perubahan tersebut meliputi perubahan pada lingkungan, perubahan fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual. Disisi lain sakit dijelaskan sebagai sebuah proses perubahan atau penurunan fungsi dari individu bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya.

Model kontinum ini dikemukakan oleh Neuman (1990) yang menjelaskan bahwa "sehat berada dalam suatu rentang tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam kondisi sejahtera yang optimal, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total. Neuman menjelaskan bahwa sehat adalah keadaan dinamis yang berubah terus menerus sesuai dengan penyesuaian seseorang terhadap perubahan lingkungan internal dan eksternal. guna mempertahankan keadaan fisik, spiritual, emosional, intelektual dan sosial.

Selanjutnya Neuman menjelaskan tentang sakit adalah kondisi dimana fungsi individu dalam satu atau lebih bagian mengalami perubahan bila dibandingkan dengan kondisi sebelumnya. Untuk memahaminya dengan lebih nyata maka akan lebih baik bila dibuatkan skema sesuai titik-titik tertentu pada skala Rentang Sehat-Sakit sebagaimana gambar 2 berikut ini:



Model ini dapat menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan rentang sehat-sakitnya. Kelemahan dari model ini yaitu sulit menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan titik tertentu diantara rentang sehat sakit. Sebagai contoh apakah seseorang yang mengalami kelumpuhan karena stroke tapi ia mampu menyesuaikan diri dalam

keterbatasan mobilitas, dianggap kurang sehat atau lebih sehat dibandingkan dengan orang yang mempunyai fisik sehat tapi mengalami gangguan jiwa setelah kematian pasangannya. Tetapi model ini akan efektif saat digunakan untuk membandingkan tingkat kesehatan saat ini dengan tingkat kesehatan sebelumnya.

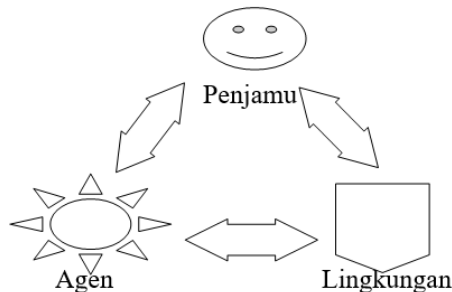
2. Model kesejahteraan tingkat tinggi (Dunn 1977)

Model ini berorientasi untuk memaksimalkan potensi sehat yang ada pada seseorang. Individu diupayakan untuk memajukan tingkat kesehatannya ke arah yang lebih tinggi, dimana individu mampu hidup dengan potensi yang paling maksimal, dan merupakan suatu proses yang dinamis, bukan suatu keadaan yang statis dan pasif.

Pada model yang dikembangkan oleh Dunn (1977) ini memusatkan masalah pada cara memaksimalkan potensi sehat pada individu melalui perubahan perilaku. Sehingga pada pendekatan model ini perlu dilakukan intervensi yang dapat membantu klien mengubah perilaku tertentu yang mengandung resiko tinggi terhadap kesehatan. Pada umumnya model ini berhasil diterapkan untuk klien lansia, keluarga dan masyarakat.

2. Model agen, penjamu dan lingkungan

Model agen-penjamu dan lingkungan merupakan model yang menjelaskan tentang tingkat sehat sakit individu atau kelompok dipengaruhi atau ditentukan oleh hubungan antara ketiga faktor yaitu agen, penjamu dan lingkungan secara dinamis. Menurut pendekatan model yang dikembangkan oleh *Gordon & Le Rich tahun 1950* tingkat sehat dan sakit individu atau kelompok ditentukan oleh hubungan dinamis antara Agen, Pejamu, dan Lingkungan seperti yang dapat dilihat pada gambar 3 berikut ini.



Sebagai penjelasan bahwa agen, pejamu dan lingkungan berinteraksi dalam menentukan kesehatan yaitu:

Agen adalah berbagai faktor internal maupun eksternal yang dengan atau tanpanya dapat menyebabkan sakit seperti agen biologis, kimia, fisik, mekanis, atau psikososial. Disisi lain agen tidak merugikan tetapi menguntungkan seperti nutrisi dan cairan yang dapat meningkatkan kesehatan. Selanjutnya adalah **pejamu** yaitu seseorang atau sekelompok orang yang rentan sakit karena perilakunya, gaya hidupnya, riwayat keluarga. Sedangkan **lingkungan** adalah seluruh faktor yang ada diluar pejamu yang terdiri dari: Lingkungan fisik: tempat tinggal, penerangan, kebisingan dan lingkungan sosial: kesulitan ekonomi dan krisis hidup.

3. Model Keyakinan-Kesehatan

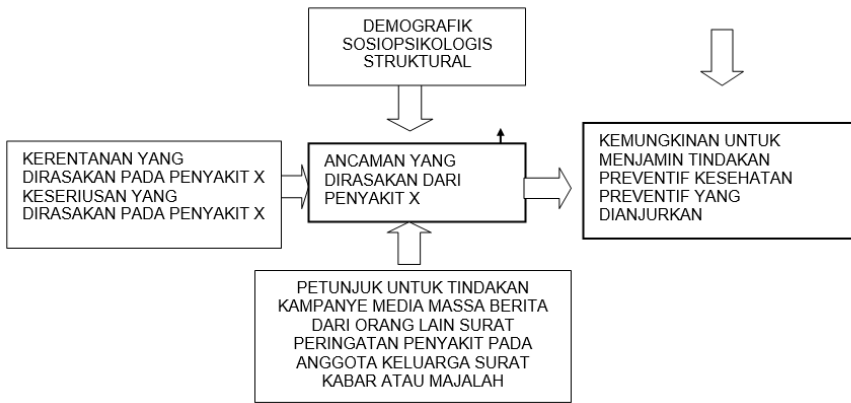
Model ini menurut Rosenstoch (1974) menjelaskan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkan. Model ini menggambarkan cara klien berperilaku sehubungan dengan kesehatan dan cara mereka mematuhi program kesehatan yang diberikan. Adapun komponen dari model Keyakinan-Kesehatan ada tiga yaitu::

- a. Persepsi seseorang terhadap **kerentanan** dirinya menghadapi suatu penyakit. Sebagai contoh seseorang harus mengenal ada resiko terkena penyakit diabetes merujuk pada riwayat kedua orang tuanya.
- b. Persepsi seseorang terhadap **keseriusan penyakit** tertentu. Hal ini dipengaruhi oleh perasaan terancam sebuah penyakit dan anjuran yang diperoleh seperti dari media massa. Sebagai contoh seseorang akan memiliki persepsi yang serius tentang cidera kepala akibat kecelakaan mengendarai sepeda motor karena tidak menggunakan helm setelah melihat dampak cidera kepala dalam sebuah penyuluhan.
- c. Persepsi seseorang tentang **manfaat yang diperoleh** dari tindakan yang dipilihnya. Seseorang memilih tindakan pencegahan terkena kanker paru dengan cara berhenti merokok.

PERSEPSI INDIVIDU

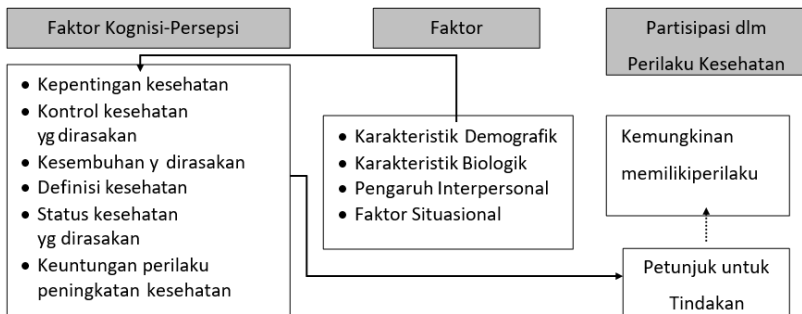
FAKTOR PEMODIFIKASI

KEMUNGKINAN TINDAKAN



4. Model Peningkatan-Kesehatan (Pender)

Model ini disampaikan oleh *Pender pada tahun 1996 sebagai sebuah* model perlindungan kesehatan. Fokus dari model ini adalah menjelaskan alasan keterlibatan klien dalam aktivitas kesehatan baik faktor kognitif-persepsi dan faktor pengubah.



Memperhatikan skema model Pender dalam gambar 5 kita dapat :

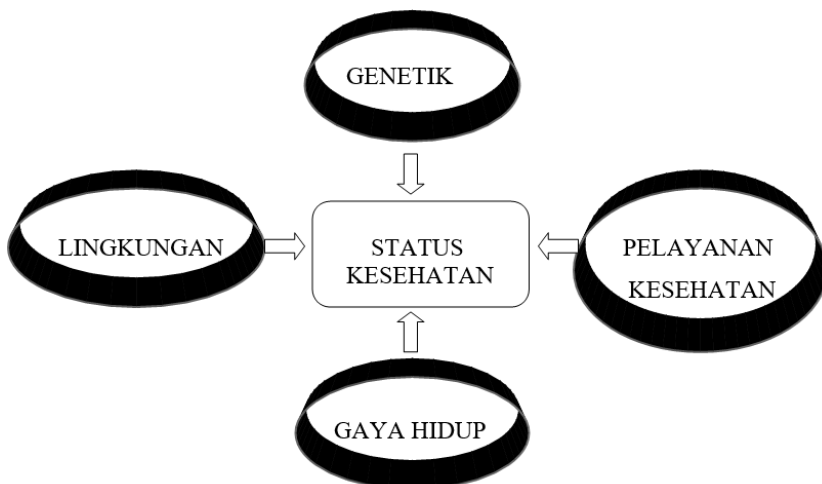
- a Mengidentifikasi berbagai faktor yang berpengaruh dalam meningkatkan atau menurunkan partisipasi saat dilakukan upaya meningkatkan kesehatan.
- b Mengatur berbagai tanda kedalam sebuah pola untuk menjelaskan kemungkinan munculnya partisipasi klien dalam perilaku peningkatan kesehatan.

D. KONSEP KESEHATAN BLUM

Saat hendak menciptakan derajat kesehatan diperlukan upaya keseimbangan berbagai faktor dari luar maupun dari dalam tubuh seseorang. Hendrick .L Bloom menerangkan bahwa terdapat empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan. Keempat faktor tersebut disebut sebagai faktor determinan terhadap kondisi derajat kesehatan.

Faktor faktor tersebut yaitu faktor gaya hidup (life style), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis pelayanan dan kualitasnya) dan faktor genetik (herediter/ keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang akan mempengaruhi derajat kesehatan perorangan maupun derajat kesehatan masyarakat.

Faktor manakah yang paling berpengaruh terhadap derajat atau status kesehatan seseorang atau masyarakat? Di suatu daerah mungkin gaya hidup merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sukar ditanggulangi kemudian disusul dengan faktor lingkungan. Hal ini akan dijumpai berbeda di daerah lain. Namun secara teori Blum menyampaikan bahwa derajat kesehatan atau status kesehatan seseorang dan masyarakat ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan, dan 10% faktor genetika (keturunan). Sebagai gambaran interaksi ke empat faktor tersebut dalam mempengaruhi derajat kesehatan, dapat dilihat pada gambar 1 berikut ini



Gambar 4.5 Konsep Kesehatan Blum

Berikut ini akan dijabarkan penjelasan keempat faktor model konsep Hendrik L Blum yang mempengaruhi derajat atau status kesehatan seseorang atau masyarakat

1. Lingkungan

Lingkungan adalah faktor yang memiliki pengaruh dan peranan yang terbesar diikuti faktor perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan. Lingkungan dapat digolongkan kedalam tiga kategori, yaitu aspek fisik, sosial dan budaya. Sebagai contoh lingkungan aspek fisik adalah sawah, gedung, sampah, air, udara, tanah dan sebagainya. Sedangkan lingkungan sosial seperti pendidikan, perkawinan dan pekerjaan. Untuk contoh lingkungan budaya yaitu yang merupakan hasil interaksi antar manusia seperti bahasa, adat istiadat, kebiasaan dan hukum.

2. Perilaku

Faktor kedua yang mempengaruhi status atau derajat kesehatan adalah perilaku. Sehat atau tidak sehatnya seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh perilakunya. Jika sikap dan perilakunya sehat maka derajat kesehatannya akan meningkat.

3. Pelayanan kesehatan

Keberadaan fasilitas kesehatan dalam pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit dan pengobatan seseorang atau masyarakat akan mempengaruhi status atau derajat kesehatan. Keterjangkauan fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan profesional seperti selalu memberi informasi dan motivasi kepada masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia ikut menentukan status kesehatan seseorang atau status kesehatan masyarakat.

4. Keturunan

Keturunan atau genetik merupakan faktor keempat yang ikut menentukan status kesehatan seseorang. Sebagai contoh penyakit keturunan seperti asma bronchial dan kencing manis menjadi salah satu faktor penentu status kesehatan seseorang

Penjelasan tentang status kesehatan seseorang lebih jauh di sampaikan Hendrik L Blum yang menyebutkan bahwa terdapat 12 indikator yang berhubungan dengan derajat atau status kesehatan, yaitu :

1. *Life span*: Usia harapan untuk hidup, atau disebut juga sebagai derajat kematian yang bukan karena mati tua.

2. *Disease or infirmity*: Sakit, lemah atau cacat secara fisiologis dan anatomis atau biologis.
3. *Discomfort or illness*: Keluhan sakit yang bersifat somatik, kejiwaan maupun sosial.
4. *Disability or incapacity*: Ketidakmampuan seseorang karena sakit sehingga tidak dapat melakukan pekerjaan dan menjalankan peranan sosialnya.
5. *Participation in health care*: Kemampuan dan kemauan untuk berpartisipasi menjaga dirinya agar selalu dalam keadaan sehat.
6. *Health behaviour*: Perilaku manusia yang nyata berkaitan dengan masalah kesehatan.
7. *Ecologic behaviour*: Perilaku terhadap lingkungan, makhluk lain, sumber daya alam, dan ekosistem.
8. *Social behaviour*: Perilaku terhadap sesama, keluarga, komunitas dan bangsanya.
9. *Interpersonal relationship*: Kualitas komunikasi terhadap sesama.
10. *Reserve or positive health*: Daya tahan terhadap penyakit atau kemampuan dalam menghadapi tekanan-tekanan somatik, kejiwaan, dan sosial.
11. *External satisfaction*: Kepuasan pada lingkungan sosial meliputi rumah, sekolah, pekerjaan, rekreasi, transportasi.
12. *Internal satisfaction*: Kepuasan pada seluruh aspek kehidupan dirinya sendiri

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi (2008), Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta. EGC Foster, G.M., & Anderson, B. G., (2006), *Antropologi Kesehatan*, (Priyanti P. S., & Meutia F. H. S, Trans), Jakarta, Penerbit Universitas Indonesia
- Notoatmodjo, Soekidjo.(1989). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Potter, Patricia (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses, dan praktek Alih Bahasa, Yasmin Asih et al. Editor edisi Bahasa indonesia, Devi Yulianti, Monica Ester. – Ed.4. – Jakarta ; EGC, 2005
- Sarwono, Solita, (1993), *Sosiologi Kesehatan, ; Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.

PROFIL PENULIS



SUYANTO, SKp, MKes

Lahir di Kota Panjang 13 Juli 1966.

Menempuh pendidikan S1 dan S2 keperawatan di FIK-UI pada tahun 1996 – 2001. Pernah menjabat sebagai direktur Akper Malahayati, Ka Prodi D4 keperawatan Poltekkes Tj Karang dan Ka Prodi S1 Ners PSIK Universitas Malahayati. Saat ini sebagai Lektor Kepala di Poltekkes Surakarta mengajar

Mata Kuliah Manajemen Keperawatan, Statistik Kesehatan dan Keperawatan Keluarga serta Keperawatan Masyarakat.

Buku yang sudah dipublikasikan: Mengenal Manajemen Keperawatan di Bangsal RS, Metodologi dan Aplikasi penelitian Keperawatan serta buku Riset Kebidanan. Juga menulis buku Patologi untuk PJJ Keperawatan, Book Chapter: Manajemen Keperawatan, Manajemen SDM dan Konsep Dasar Keperawatan

e-mail : suyanto.mkes@gmail.com

WA : 081225815591



BAB 5
DASAR - DASAR
KONSEP
PENCEGAHAN

Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)
STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun



A. DEFINISI

Penyakit atau masalah kesehatan masyarakat tidak hanya berdampak kejadian morbiditas, mortalitas, dan disabilitas pada masyarakat, melainkan dapat berdampak beban ekonomi individu atau keluarga, bahkan skala nasional. Hal ini akibat beban biaya yang dikeluarkan untuk menanggulangi penyakit atau masalah kesehatan jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan pencegahan. Peningkatan derajat kesehatan merupakan kewajiban masyarakat untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dengan semua aspek kesehatan yang mengikutinya. Upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya pencegahan, promosi, pengobatan bahkan upaya rehabilitasi untuk derajat kesehatan yang optimal. Pelayanan kesehatan pada dasarnya harus mengutamakan upaya pencegahan dan promotif, sedangkan upaya pengobatan dan rehabilitasi merupakan unsure yang juga tidak boleh diabaikan, tetapi harus diingat bahwa 'mencegah lebih baik daripada mengobati'.

Pencegahan merupakan tindakan yang dimaksudkan agar tidak terjadi sesuatu dengan kata lain adalah jangan sampai terlanjur parah (pada masalah penyakit dan kesehatan masyarakat), sebagai upaya menghindari atau mengurangi pajanan dan risiko, masalah, atau dampak buruk akibat permasalahan yang terjadi, baik pada penyakit maupun masalah kesehatan masyarakat. Pencegahan penyakit dapat diartikan sebagai peningkatan pemahaman tentang factor yang mempengaruhi perkembangan penyakit dengan tujuan mengenali, menemukan dan menunda segala kemungkinan penyakit yang mungkin muncul atau diderita. (Susan Carr, et.all, 2014) Oleh karena itu, pencegahan penyakit merupakan upaya menghindari atau mengurangi risiko dan dampak terhadap lingkungan akibat penyakit, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Aspek pencegahan penyakit merupakan salah satu cara pelayanan kesehatan yang masih dianggap kurang daripada pelayanan pengobatan (kuratif) dan rehabilitasi. Mengapa masih dianggap kurang?. Sebab, masyarakat dalam hal ini penderita masih menganggap bahwa pengobatan (kuratif) dapat langsung dirasakan oleh penderita oleh karena kesembuhan dan/atau keselamatan jiwa penderita, dan munculnya perasaan puas oleh penderita terhadap pelayanan kesehatan. Padahal pada hakekatnya kesakitan penderita dapat dihindari sejak awal melalui tindakan pencegahan, sehingga perlu adanya edukasi kesehatan untuk dapat merubah pola pikir masyarakat dan menunuhkan motivasi

bahwa "*Prevention is better than cure*", baik oleh masyarakat peduli kesehatan terlebih oleh profesi/tenaga kesehatan.

Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit adalah kegiatan mencegah penyakit dan menangani penderita agar tidak terjadi perluasan/penularan/kecacatan/kematian akibat penyakit melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, paliatif dan rehabilitasi. Hal ini dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu dengan menghentikan kontak agent/penyebab penyakit atau masalah kesehatan, dalam hal ini menitikberatkan pada faktor risiko seperti lingkungan dan perilaku. Sedangkan, faktor pelayanan kesehatan dan genetik hanya menyumbang sedikit bagi status kesehatan masyarakat, maka tindakan pencegahan lebih menitikberatkan pada faktor perilaku dan faktor lingkungan, (Widoyono, 2005). Pencegahan tersebut diatas meliputi berbagai unsur sehingga tidak adanya keparahan pada penyakit atau pada masalah kesehatan masyarakat, maka perlu adanya pelayanan kesehatan yang prima, terutama pada pelayanan klinis. Oleh karena pada dasarnya pencegahan klinis dapat dilakukan pada setiap tahapan penyakit.

B. PRINSIP PENCEGAHAN

Mencegah pada prinsipnya merupakan kegiatan yang mudah dilakukan, yang diperlukan dalam mencegah adalah komitmen dan konsisten dalam segala aktifitas kehidupan dengan pola hidup sehat. Masyarakat dapat dengan mudah untuk belajar melakukan kebiasaan-kebiasaan baik sebagai benteng pertahanan tubuh dalam melawan penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan dalam pelayanan kesehatan utamanya pelayanan klinis adalah mencegah terjadinya mencegah terjadinya "6 D" yaitu *Death* (Kematian), *Disease* (Penyakit), *Disability* (Kecacatan), *Discomfort* (Nyeri), *Dissatisfaction* (Ketidakpuasan), and *Destitution* (Penderitaan). Dimana, pada dasarnya "6D" tersebut adalah pencegahan dengan pendekatan pada faktor risiko (*risk approach*). Angka kematian pada saat ini lebih banyak terjadi karena faktor intern (dari dalam diri individu). Angka kematian saat ini berkaitan langsung dengan gaya hidup dan pola konsumsi kesehatan yang buruk, juga tidak sedikit akibat kecelakaan lalu lintas, pekerjaan, dan masa pandemic covid-19 (Simamora, 2021). Demikian halnya pada faktor risiko penyakit yang terdiri dari lingkungan, perilaku dan genetik, sehingga gaya

hidup sehat atau perilaku sehat adalah hal utama dalam upaya untuk mencegah terjadinya “6D”. Pencegahan dapat dilakukan dalam setiap tahapan penyakit mulai dari bagaimana menghindari adanya paparan sumber penyebab, melakukan deteksi dini, pola makan, menjaga imunitas, melakukan pengobatan segera, mengurangi konsumsi minuman beralkohol, berhenti merokok, dan pola hidup sehat lainnya. Kegiatan tersebut untuk mencegah penyakit, mencegah level penyakit, mencegah kecacatan dan bahkan kematian sehingga angka kesembuhan dan kesehatan meningkat.

Hal mendasar dalam pencegahan pada prinsipnya sebagai berikut : (GHL, 2022)

1. Mengutamakan tindakan preventif & promotif
Tindakan utama dalam pelayanan kesehatan adalah preventif-promotif melalui kegiatan edukasi dengan tidak mengesampingkan aspek kuratif-rehabilitatif melalui peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan.
2. Melaksanakan pencegahan pada seluruh siklus hidup manusia
Siklus hidup manusia yang dimulai sejak dalam kandungan, hingga bayi, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, dan usia lanjut sering mendapat ancaman akibat lingkungan dan perilaku,. Oleh karenanya upaya pencegahan melalui perbaikan budaya hidup bersih dan sehat disesuaikan dengan masalah yang terjadi pada kelompok usia tersebut. Misal : Pada 1000 hari pertama kelahiran (HPK), fokus pencegahan diarahkan pada pemenuhan kebutuhan dasar gizi dan kesehatan agar tidak terjadi gangguan pertumbuhan, sedangkan pada anak-anak dapat dilakukan edukasi tentang hygiene dan sanitasi, perbaikan gizi serta imunisasi, dan seterusnya sesuai dengan kebutuhan pada kelompok usianya.
3. Menerapkan Pedoman Gizi Seimbang
Upaya pemenuhan gizi pada masyarakat sebagai bagian dari peningkatan imunitas masyarakat sangat dibutuhkan dalam prinsip pencegahan. Oleh karena itu penerapannya gizi lebih difokuskan pada peningkatan konsumsi sayur dan buah, pangan hewani, dengan mengurangi lemak serta minyak dan membatasi gula dan garam. Hal ini terkait dengan pencegahan pada siklus hidup manusia, bahwa pemenuhan gizi seimbang disesuaikan dengan kebutuhan tubuh yang terkait dengan usia.

4. Menggerakkan aktifitas fisik/olah raga
Aktifitas fisik/olahraga akan mendukung daya tahan tubuh, oleh karena keberagaman manfaat yang diperoleh dari olahraga atau aktifitas fisik, mulai dari memelihara fungsi organ hingga meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh serta menjaga kesehatan mental. Selain hal tersebut, olahraga dapat membuat tubuh segar, bugar dan kesehatan tubuh terjaga. Pencegahan melalui olahraga/aktifitas fisik terutama untuk pencegahan penyakit tidak menular, tetapi dengan tubuh yang prima juga dapat mencegah masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh.
5. Mensinergikan aktifitas pencegahan bersama masyarakat dan pemerintah
Upaya mensinergikan kegiatan/aktifitas dalam mencegah penyakit dan masalah kesehatan masyarakat adalah tetap mengupayakan pelayanan preventif dan promotif secara berkesinambungan tanpa pelayanan kuratif dan rehabilitative secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai satu kesatuan yang utuh dengan fasilitasi pemerintah. Tujuan upaya sinergi antara masyarakat dan pemerintah adalah meningkatkan fungsi kehidupan masyarakat secara mandiri dalam mengupayakan kesehatannya, karena pada dasarnya kesehatan adalah tanggungjawab bersama masyarakat dan pemerintah. (Suryadi, C, 2012)

C. TINGKAT PENCEGAHAN

Berbagai upaya dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada mahluk hidup, dimana pencegahan penyakit sebagaimana disamaikan diatas adalah melakukan proses penyembuhan dan mengobati berbagai gejala yang mungkin muncul. Dalam hal penyalanan kesehatan klinis, maka tingkatan pencegahan penyakit terdiri dari : (Putri, V.K.M, 2022)

1. Pencegahan Primordial (*Primordial Prevention*)

Pencegahan premodial adalah upaya untuk memberikan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakit tidak mendapat dukungan dari kebiasaan, gaya hidup, dan faktor risiko lainnya. Tujuan dari pencegahan primordial adalah meningkatkan dan memelihara kondisi yang meminimalkan efek negative bagi kesehatan, dimana dasar utama pencegahan ini melalui kegiatan promosi kesehatan. Promosi kesehatan

umumnya berfokus pada masalah gaya hidup sehat. Pendekatan utama promosi kesehatan adalah dalam praktik dan kebijakan, serta kapasitas sosial dan komunitas yang sehat telah menjadi aspek yang utama dalam pencegahan primordial. Upaya untuk mendukung pencegahan primordial melalui pemberdayaan masyarakat dalam segala aspek kegiatannya, misalnya upaya peningkatan gizi masyarakat dan hygiene sanitasi. (Susan Carr, et.all. 2014).

2. Pencegahan primer (*Primary Prevention*)

Pencegahan primer, ialah tingkat pencegahan awal dengan cara menghindari dan/atau mengatasi faktor risiko dan/atau meminimalisir perkembangan penyakit atau kecacatan yang dapat terjadi pada individu untuk mengurangi insidensi penyakit. misalnya : melaksanakan imunisasi dan vaksinasi terhadap penyakit menular, menganjurkan masyarakat untuk menghentikan kebiasaan merokok, pemeriksaan dini penyakit, menurunkan kolestrol, menurunkan tekanan darah, rajin berolahraga, mengonsumsi makanan bergizi sesuai dengan kebutuhan serta mempertahankan berat badan yang ideal.

3. Pencegaha Sekunder (*Secondary Prevention*)

Pencegahan sekunder sebagai tingkat pencegahan dengan cara melakukan deteksi pnyakit sedini mungkin dan dapat dilakukan pengobatan pada fase awal dengan belum adanya gejala khas penyakit tertentu. Upaya lain adalah dengan menghentikan perjalanan penyakit lebih lanjut (penyakit tidak semakin parah) atau bahkan dapat menghentikan kemungkinan adanya komplikasi. Tindakan ini dimaksudkan untuk mengurangi prevalensi penyakit dan memperpendek durasi penyakit. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah dengan menumbuhkan kesadaran untuk mmelakukan pemeriksaan secara mandiri atau ke dokter dan melakukan pengobatan serta untuk memeriksa penyakit keganasan yang masih terselubung, sehingga memberikan peluang yang lebih baik untuk proses penyembuhan.

4. Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan tersier merupakan tindakan mengurangi atau meminimalisir komplikasi atau dampak negatif (meliputi ketunadayaan atau kecacatan), menurunkan risiko kematian yang mungkin terjadi dari suatu penyakit serta untuk meningkatkan kualitas hidup penderita. Pencegahan tersier

lebih pada pendekatan risiko (*risk approach*), dimana tindakan yang dilakukan menghentikan kebiasaan buruk agar terhindar dari penyakit mematikan, misalnya rajin mengonsumsi obat, menjaga kesehatan dengan rutin berolahraga serta mengonsumsi buah dan sayur.

Tingkatan pencegahan sebagaimana penjelasan di atas merujuk kepada pencegahan menyeluruh yang meliputi promosi kesehatan (*health promotion*) melalui edukasi kesehatan, upaya peningkatan gizi keluarga, meningkatkan hygiene dan sanitasi, serta kebiasaan hidup sehat. Kegiatan berikutnya untuk mencegah penyakit adalah melalui imunisasi dan vaksinasi untuk memberikan proteksi bagi tubuh (*specific protection*). Jika ada kesakitan yang terjadi, maka masyarakat melakukan pemeriksaan rutin pada jangka waktu tertentu sehingga secara dini dapat terdeteksi lebih cepat untuk melakukan pengobatan dan/atau treatment terhadap gangguan pada tubuh sebagai langkah pencegahan yaitu *early diagnosis and prompt treatment* dan dilanjutkan dengan pencegahan pada tahapan berikutnya untuk meningkatkan kesadaran dan pengertian kepada pasien guna menghindari terjadinya ketidakmampuan/kecacatan pada langkah *disability limitation*. Langkah terakhir pencegahan pada tahapan penyakit adalah *rehabilitation* dengan melakukan pelatihan fisik sebagai bentuk pemulihan penyakit untuk menyempurnakan tingkat kesembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Generally Healthy Living, “Menghindari Penyakit yang Paling Umum : Tips Khusus Keluarga (Artikel)”, <https://www.generali.co.id> diakses tanggal 24 Januari 2022)
- Simamora, Novita Sari, 2021, Cara Mencegah Kematian di Usia Muda (Artikel), <https://lifestyle.bisnis.com>, diakses tanggal 25 Januari 2022
- Suryadi,C, 2012, Kesehatan Masyarakat Pemukiman Kumuh dan Miskin Perkotaan, PUAJ, Jakarta
- Susan Carr, dkk. 2014. Kesehatan Masyarakat dan Epidemiologi, Edisi 2, EGC, Jakarta
- Vanya Karunia Mulia Putri, 2020, Pembelajaran Tentang Pencegahan Penyakit (Artikel), <https://www.kompas.com>, diakses tanggal 23 Januari 2022
- Widoyono, 2005, Penyakit Tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasanya, EMS, Semarang

PROFIL PENULIS



Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid) lahir pada 17 September 1976 di Kabupaten Cilacap, Jawa Tengah. Lulus Program Diploma III Kesehatan Lingkungan UMS, Surakarta (1998), yang kemudian bekerja sebagai peneliti bersama dengan DRD Jateng/Litbang UNDIP/HKI Indonesia (1999-2002). Meraih gelar kesarjanaan (S.KM) dari FKM Universitas Muhammadiyah Semarang (2002) dan berpindah kerja sebagai Tenaga Pengajar rumpun Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat di beberapa PTS di Bandarlampung, Lampung sebagai awal karirnya menjadi Dosen. Melanjutkan kuliah Magister Epidemiologi UNDIP sejak 2009 dan meraih gelar Magister Kesehatan Epidemiologi (M.Kes (Epid)) pada tahun 2011, dan melanjutkan sebagai Dosen di Universitas Malahayati Bandarlampung (2005-2016).

Aktif pada Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) sejak 2005 sampai sekarang dan bahkan menjadi Pengurus Daerah Lampung (2012-2016). Saat ini menjabat sebagai Ketua STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun (2016-sekarang) dan juga aktif sebagai Ketua Pengurus Cabang IAKMI Madiun dan Anggota Pengurus Daerah IAKMI Jawa Timur (2019-2022 & 2022-2024)



BAB 6

MASALAH

KESEHATAN

MASYARAKAT

Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes
Universitas Malahayati Bandar Lampung



A. MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Kesehatan adalah kebutuhan yang paling mendasar serta modal paling utama untuk dapat melakukan segalanya dalam hidup ini. Tanpa kesehatan, maka manusia tidak akan mampu melakukan aktifitas produktif. Hal inilah yang mendorong banyak orang selalu berupaya untuk hidup sehat agar panjang usia. Hanya saja, masalah kesehatan masih terus dihadapi oleh manusia dalam kehidupannya. Berbagai penyakit baru yang bermunculan, permasalahan kesehatan lama/klasik yang belum teratasi dan adanya perubahan perilaku masyarakat yang menyebabkan peningkatan faktor resiko dari suatu penyakit, diduga menjadi penyebabnya. Akibatnya, hingga saat ini, kita masih terus dihadapkan dengan berbagai masalah kesehatan yang ada di sekitar kita.

Jika kita membahas tentang masalah kesehatan masyarakat, khususnya yang terjadi di Indonesia saat ini, maka secara umum ada enam permasalahan kesehatan utama yang sedang dihadapi oleh masyarakat Indonesia, yaitu:

1. **Ada *Trends* Peningkatan Kejadian Penyakit Tidak Menular (PTM)**

Saat ini banyak negara termasuk Indonesia, sedang dihadapkan dengan adanya *trends* peningkatan penyakit tidak menular atau penyakit degenerative, seperti diabetes mellitus, hipertensi, obesitas, jantung, stroke, cancer dan lain-lain. Dulu penyakit ini sering kita temui pada orang dengan usia lanjut tapi saat ini penyakit tidak menular/PTM ini bergeser dan banyak ditemukan pada usia muda. Kondisi ini kemungkinan disebabkan adanya perubahan perilaku dari masyarakat kita, Saat ini masyarakat kita baik yang tinggal di perkotaan ataupun juga yang di perdesaan cenderung menjadi kurang bergerak serta lebih aktif di dalam ruangan.

Saat ini, masyarakat kita sedang dimanjakan oleh kemajuan teknologi yang menyebabkan kita menjadi sangat mudah dalam melakukan segala hal, hanya cukup dengan menyentuh *smartphone* kita, maka semua aktifitas seperti belanja online, belajar online, bekerja online dapat kita lakukan tanpa harus mengeluarkan banyak kalori. Akibatnya terjadi ketidak-seimbangan antara jumlah kalori yang masuk dengan kalori yang digunakan untuk menjadi energi sehingga akan menimbulkan terjadinya peningkatan berat badan berlebih atau juga terjadinya obesitas (Ma, Wang, Li, & Jia, 2021). Kondisi ini diperparah dengan adanya perubahan

pola konsumsi makan dari masyarakat kita, yang menjadi lebih sering mengonsumsi *fast food*, makanan & minuman yang tinggi kalori serta makin kurang/jarang makan makanan yang mengandung serat, seperti sayur dan buah.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa ada peningkatan prevalensi kejadian obesitas pada usia 18 tahun ke atas, dari hanya 14,8% meningkat menjadi 21,8% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Obesitas inilah yang menjadi awal bencana, jika tidak dilakukan tindakan pengendalian sedini mungkin, karena obesitas akan menjadi awalan berbagai penyakit degeneratif yang membahayakan. Obesitas inilah yang dapat menurunkan kualitas hidup seseorang serta akan meningkatkan alokasi dana untuk kesehatan di masa yang akan datang (Hermawan et al., 2020). Bisa dipastikan orang yang sejak anak-anak atau usia muda sudah mengalami obesitas, akan mengalami penurunan kualitas hidup saat di usia pertengahan atau usia tua. Hal ini karena obesitas telah menjadi faktor pemicu munculnya berbagai penyakit tidak menular/PTM yang mematikan.

Penyebab lain yang berkontribusi terhadap peningkatan kejadian penyakit tidak menular, adalah perubahan perilaku yang cenderung aktif di dalam ruangan, akibatnya tubuh sangat minim terpapar sinar ultraviolet B/UVB dari sinar matahari. Mari kita bayangkan, berapa lama dalam sehari kita terpapar matahari? Saat kita keluar rumah, biasanya kita akan cenderung menghindari dari paparan sinar matahari dengan berbagai cara, misalnya dengan menggunakan: baju panjang, payung, lotion tabir surya atau kita menggunakan kendaraan yang tertutup. Sehingga dipastikan tubuh kita sangat minim terpapar sinar matahari/UVB. Kalau kita terpapar, tentunya tidak terjadi secara teratur dan hanya terjadi dalam waktu yang sangat singkat, sehingga tidak cukup waktu untuk melakukan biosintesis pro vitamin D menjadi vitamin D.

Kondisi inilah yang menyebabkan mengapa kita yang tinggal di daerah tropis, tapi tetap mengalami kekurangan kadar vitamin D di dalam darahnya. (Mendes, Hart, Botelho, & Lanham-New, 2018). Seperti kita ketahui, ada dua jalur pembentukan vitamin D, yaitu yang bersumber dari makanan yang mengandung vitamin D dan jalur aktivasi pro vitamin D menjadi vitamin D di kulit dengan bantuan UVB (Hall, 2015). Padahal,

akhir-akhir ini, banyak penelitian yang melaporkan bahwa vitamin D berhubungan dengan peningkatan berbagai penyakit degeneratif seperti hipertensi, obesitas, penyakit jantung, cancer dan sebagainya (Hermawan, 2021; Jiang, Peng, Chen, Wu, & Zhang, 2019; Zhou et al., 2018; Zittermann et al., 2009).

Penyebab lain yang juga berperan penting dalam peningkatan kejadian penyakit tidak menular/PTM adalah prilaku tidak sehat yang masih menjadi pola kebiasaan di masyarakat kita, misalnya prilaku merokok. Hasil Riskesdas tahun 2018 melaporkan bahwa ada peningkatan prevalensi perokok usia di bawah 18 tahun yang semula hanya 7,2% meningkat menjadi 9,1% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Padahal sudah banyak sekali penelitian yang melaporkan bahaya atau dampak negatif dari prilaku merokok, tapi tetap saja prilaku merokok masih menjadi kebiasaan buruk yang sulit dihilangkan dari masyarakat kita, bahkan akhir-akhir ini banyak penelitian yang melaporkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah anak-anak yang telah memiliki kebiasaan merokok. Secara teori kita ketahui semakin muda seorang anak terbiasa merokok, maka akan semakin sulit dirinya untuk dapat melepaskan dari kecaduan rokok di masa yang akan datang.

Serta masih banyak prilaku buruk lainnya yang juga berkait dengan peningkatan kejadian PTM, misalnya: kebiasaan minum minuman keras, stress yang berlebihan, kurang olah raga, banyak makanan berkalori tinggi, kebiasaan begadang atau kurang/tidak teratur tidur dan masih banyak yang lainnya. Kesemuanya ini dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit tidak menular.

2. Penyakit Infeksi yang belum terselesaikan

Kemajuan teknologi dan perkembangan infrastruktur di negara kita yang cenderung meningkat pesat akhir-akhir ini, ternyata belum mampu mengeliminasi berbagai penyakit infeksi yang sudah sejak jaman dahulu/klasik ada di masyarakat kita. Sehingga, penyakit infeksi masih juga membayangi kualitas kesehatan masyarakat kita. Hingga saat ini penyakit-penyakit infeksi seperti malaria, cacangan, demam berdarah, tuberkolosis/TB paru, leptospirosis, hepatitis, dan masih banyak yang

lainnya, masih sangat sering kita temui hampir setiap saat, baik di masyarakat perdesaan ataupun masyarakat yang tinggal di perkotaan.

Banyak faktor yang diduga berkait dengan masih tingginya penyakit infeksi di masyarakat kita, salah satunya adalah 1) kepadatan penduduk. Indonesia dengan penduduk lebih dari 250 juta jiwa yang terdistribusi belum merata sehingga banyak terpusat di pulau jawa atau di perkotaan, hal ini menyebabkan bermunculan perumahan padat penduduk dengan sanitasi yang kurang baik. Jumlah penduduk yang banyak bisa menjadi potensi untuk mendukung pertumbuhan ekonomi, tapi juga dapat menjadi potensi menimbulkan berbagai masalah sosial serta masalah kesehatan.

Kepadatan penduduk yang tinggal di suatu wilayah sangat berpengaruh terhadap kecepatan penularan penyakit infeksi dari satu orang ke orang lainnya, karena biasanya untuk dapat menular kuman/bakteri penyakit infeksi harus dapat berpindah dari orang sakit ke orang lainnya, baik secara langsung ataupun melalui perantara. Jika orang yang sakit tinggal di daerah yang padat penduduknya, maka kemungkinan untuk dapat menular ke orang lain akan menjadi sangat mudah terjadi. Sangat berbeda bila seseorang yang tinggal di daerah yang masih jarang penduduknya, maka kuman/bakteri akan mati dulu sebelum sampai ke host baru, karena jarak antar orang menjadi relatif jauh sehingga perpindahan kuman dari orang sakit dan orang lainnya dapat di cegah.

Faktor lain yang juga terkait dengan masih tingginya penyakit infeksi adalah 2) masih rendahnya daya tahan tubuh kita. Daya tahan tubuh dapat ditingkatkan dengan meningkatkan status gizi kita, sayangnya masih banyak masyarakat kita yang mengalami gizi kurang bahkan gizi buruk. Kondisi inilah yang menyebabkan orang dengan gizi yang kurang/buruk sangat rentan untuk menderita penyakit infeksi (Walson & Berkley, 2018), atau juga sebaliknya, orang dengan penyakit infeksi akan sangat mungkin mengalami gizi kurang/buruk (Katona & Katona-Apte, 2008). Jika gizi buruk ataupun gizi kurang terjadi pada balita, maka dapat menyebabkan peningkatan kemungkinan terjadinya *stunting* atau gagal tumbuh/berkembang.

Telah banyak upaya yang dilakukan oleh Pemerintah untuk meningkatkan status gizi & kekebalan tubuh masyarakat, salah satunya dengan program pemberian makanan tambahan pada anak serta program

imunisasi untuk penyakit penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Hanya saja, selama pandemi covid-19 ini banyak laporan tentang rendahnya cakupan imunisasi dasar. Hal ini disebabkan baik dari sisi pelayanan kesehatan, seperti adanya penghentian sementara pelayanan imunisasi, kekurangan alat pelindung diri selama pandemi, adanya tenaga kesehatan yang terpapar, (Mukhi & Medise, 2021) dan juga adanya kekhawatiran pasien atau para orang tua untuk ke layanan kesehatan, karena takut tertular covid-19 (Febriani & Santi, 2021).

Faktor lain yang juga menyebabkan penyakit infeksi masih tinggi kejadiannya di Indonesia, adalah 3) adanya mobilitas manusia yang makin mudah dan sangat cepat. Saat ini, manusia dapat berpindah dari satu daerah yang jauh ke daerah lainnya dengan cepat dan mudah. Berbagai alat transportasi modern seperti pesawat terbang, kereta cepat dan lainnya menyebabkan kita dapat berpindah dengan sangat cepat. Dalam kondisi ini, tidak hanya fisik/badan yang berpindah, tapi bila di dalam tubuh orang yang berpindah tersebut mengandung kuman penyakit infeksi, maka akan sangat mungkin akan terbawa serta menyebar/menular ke tempat yang baru didatanginya. (Findlater & Bogoch, 2018) Mobilitas yang tinggi dari penduduk di dunia inilah yang menyebabkan penyakit infeksi sangat cepat sekali menyebar ke berbagai bagian, bahkan berpindah dari satu negara ke negara lainnya. Seperti yang terjadi pada penyebaran Covid-19 yang terjadi begitu cepat bahkan hingga ke seluruh negara di dunia, hal ini tentunya karena adanya pergerakan/mobitas dari orang-orang yang telah terinfeksi covid-19. Untuk itu salah satu upaya pencegahan penyebaran covid-19 adalah dengan mengurangi mobilitas fisik, dengan harapan makin sedikit orang yang berpindah tempat maka akan semakin kecil terjadinya penyebaran penyakit tersebut.

Dalam penyakit infeksi ini, juga termasuk penyakit tular vektor yang masih banyak ditemukan di sekitar kita. Adapun beberapa penyakit tular vektor yang banyak diderita masyarakat kita adalah Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Chikungunya, serta Filariasis, dan Japanese Encephalitis walaupun kasusnya tidak banyak. Bahkan penyakit tular vektor ini, memiliki potensi untuk menjadi wabah atau menjadi kejadian luar biasa/KLB jika tidak dilakukan deteksi & penanggulangan dini saat ada peningkatan kasus di suatu daerah. Karena penyakit ini berkaitan dengan

vektor, misalnya nyamuk, maka kejadiannya biasanya terkait pula dengan musim/iklim. Misalnya saat musim penghujan maka kita perlu waspada karena akan ada peningkatan jumlah nyamuk sehingga kemungkinan akan ada peningkatan kasus penyakit tularvektor yang ditemukan.

3. Munculnya Penyakit Baru

Seperti telah kita rasakan bersama, bahwa akhir-akhir ini, kita dikejutkan dengan merebaknya penyakit covid-19 yang pertama-tama dilaporkan di Wuhan China hingga melanda seluruh dunia, tidak terkecuali Indonesia. Bahkan hingga buku ini ditulis, kita belum sepenuhnya dapat lepas dari pandemi covid-19, karena virus yang terus bermutasi menyebabkan munculnya banyak varian baru yang sifatnya berbeda.

Kalau kita membahas tentang penyakit baru, sebenarnya, beberapa tahun sebelumnya kita juga telah dikejutkan dengan munculnya *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS), *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dan Flu Burung yang juga pernah mewabah dan juga mengancam kesehatan masyarakat kita.

Karena antigen/virus penyebab dari penyakit-penyakit baru ini terus mengalami perubahan atau mutasi, sehingga bisa kita prediksi atau kita ramalkan, bahwa penyakit baru akan terus ada atau bermunculan dan kemungkinan di suatu waktu di masa yang akan datang, akan ada penyakit baru lagi yang bisa mengancam kesehatan manusia. Untuk itu sikap kewaspadaan dan antisipasi harus terus dilakukan dengan tepat menjaga sistem imunitas kita serta melakukan hidup bersih dan sehat.

Satu hal yang harus menjadi perhatian pada serangan penyakit baru adalah kecemasan yang dialami oleh masyarakat. Hal ini disebabkan karena informasi terkait dengan penyakit baru tersebut masih minim, sehingga dapat menimbulkan kepanikan dari masyarakat. Dalam kondisi ini, kita dituntut untuk dapat menenangkan dan menahan diri agar kita tidak ikut cemas atau panic. Karena jika kita panic atau cemas berlebih, justru akan menurunkan sistem kekebalan tubuh, dan akan menyebabkan kita makin mudah menjadi sakit atau terinfeksi oleh penyakit baru tersebut.

4. Masih adanya Penyakit akibat Kekurangan Gizi

Walaupun bangsa kita mengalami pertumbuhan ekonomi yang cukup baik, namun kenyataan yang terjadi masalah penyakit yang diakibatkan kurang gizi masih kita jumpai. Stunting dan anemia adalah dua contoh penyakit yang disebabkan oleh kekurangan gizi. Stunting masih menjadi masalah yang menghantui masa depan generasi kita di masa yang akan datang. Angka kejadian stunting yang masih tinggi mendorong pemerintah melakukan banyak upaya untuk mengatasinya, misalnya dengan program 1000 hari pertama kehidupan. Demikian juga dengan anemia yang juga masih banyak kita temui, baik pada remaja putri ataupun pada ibu-ibu hamil. Data menunjukkan 32% remaja di Indonesia mengalami anemia dan hampir 48,9% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia % (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Jika tidak ditangani dengan baik, anemia ini akan berefek pada kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya.

5. Meningkatnya Kasus Gangguan Kejiwaan

Peningkatan kompetisi, beban hidup yang makin berat dan stress lingkungan yang makin tinggi diduga menyebabkan peningkatan angka kasus gangguan jiwa di masyarakat kita. Lingkungan yang cenderung mudah menghakimi, melakukan stigma serta melakukan perundungan walaupun hanya melalui media social/dunia maya, ternyata mampu meningkatkan stress pada korbannya. Survei Global Health Data Exchange tahun 2017 menunjukkan, ada 27,3 juta orang di Indonesia mengalami masalah kejiwaan dan prediksi akan terus mengalami peningkatan.

Kecanduan game online atau kecanduan handphone, saat ini juga mulai banyak ditemui di masyarakat dan juga dapat menimbulkan masalah kesehatan baik secara fisik ataupun kesehatan psikisnya. Anak anak yang kecanduan game akan sulit membedakan antara dunia nyata dan dunia yang ada di dalam game. Hal ini akan menyebabkan anak anak akan sulit mengontrol emosi, mengontrol perilaku serta akan mudah stress dan depresi(Wang, Sheng, & Wang, 2019).

6. Terjadinya Bencana yang Berdampak pada Kesehatan

Hampir setiap saat kita mendengar atau pun melihat pemberitaan terkait dengan bencana alam yang terjadi di sekitar kita. Mengungkapkan “ *mungkin alam sudah tidak bersahabat dengan kita*” menjadi ungkapan yang tepat. Hanya saja kalau kita renungkan lagi apa yang menyebabkan bencana itu terjadi kebanyakan karena ulang atau campur tangan keserakahan manusia.

Berbagai bencana alam yang terjadi akhir-akhir ini, baik yang murni disebabkan oleh alam ataupun yang disebabkan oleh manusia, sama-sama dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat. Semakin banyak bencana yang terjadi di suatu wilayah, tentunya akan memperberat beban kesehatan masyarakatnya. Berbagai penyakit yang sering muncul pasca bencana, seperti: penyakit kulit, diare, ISPA, leptospirosis dan lain-lain, menjadi beban tersendiri yang harus dihadapi baik oleh masyarakat terdampak bencana dan juga bagi tenaga kesehatan yang membantunya. Belum lagi beban psikologi pasca bencana yang juga sering dialami oleh para korban yang selamat (penyintas), sehingga pendampingan psikologi dengan memanfaatkan sumber daya lokal sangat diperlukan untuk memulihkan kesehatan psikis para penyintas (Jiwandono, Setiawan, Witono, & Hazmi, 2020).

B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MASYARAKAT

Secara umum, jika kita membahas masalah kesehatan masyarakat, sudah sejak lama H.L. Bloom menyampaikan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu: genetik/keturunan yang diwariskan dari keluarga, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan dan lingkungan sekitar kita. Mari kita coba bahas satu persatu:

1. Faktor Genetik/Keturunan

Salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang adalah faktor genetik. Faktor genetik adalah satu satunya faktor yang tidak dapat diubah karena merupakan bawaan dari lahir yang diturunkan dari kedua orang tua kita. Misalnya terkait dengan warna rambut, warna kulit, tinggi badan, dan berbagai penyakit yang diturunkan dari orang tua ke anak

cucunya, misalnya kecenderungan untuk alergi, menderita asma, hemofilia dan sebagainya.

Sifat-sifat yang diwariskan dari orang tua kita di turunkan melalui gen di dalam kromosom yang merupakan perpaduan antara sifat ayah dan sifat dari ibu kita. Sifat yang diturunkan tersebut dapat muncul/dominan atau tersembunyi/resesif. Demikian juga beberapa kecenderungan untuk menderita sakit, seperti riwayat hipertensi, obesitas, penyakit jantung, cancer dan sebagainya dapat diturunkan kepada anak cucunya.

2. Faktor Prilaku Kesehatan

Masih banyak prilaku tidak sehat yang dilakukan oleh masyarakat kita, misalnya prilaku merokok, minum-minuman keras, kurang olah raga dan masih banyak lainnya. Prilaku tersebut memang tidak langsung menyebabkan pelakunya menjadi sakit, namun lama-kelamaan secara berlahan, akan menimbulkan efek negatif yang terakumulasi dan dapat menyebabkan timbulnya penyakit yang dapat mengancam kehidupan pelakunya.

Prilaku kesehatan seseorang memang unik karena dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: pengetahuan dan sikap. Pengetahuan yang rendah dan sikap negatif menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi prilaku tidak sehat yang dilakukan oleh masyarakat kita. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi bagaimana seseorang berperilaku, semakin tinggi pendidikan maka akan semakin hati-hati seseorang untuk melakukan prilaku/tindakan. Kedewasaan dalam berfikir sebelum bertindak memegang peranan penting dalam pengendalian prilaku. Faktor lainnya yang juga mempengaruhi seseorang untuk berperilaku tidak sehat adalah keyakinan. Keyakinan yang salah akan sesuatu, akan menyebabkan seseorang salah dalam bertindak/berprilaku.

Kebiasaan yang berupa nilai atau norma, terkadang juga ada yang tidak atau kurang mendukung prilaku sehat. Dukungan sosial ini juga sangat berpengaruh terhadap prilaku kesehatan seseorang. Biasanya tokoh adat, tokoh masyarakat atau orang yang dituakan memegang peranan penting sebagai *role model* dalam berperilaku. Jika role modelnya menyampaikan bahwa prilaku tersebut boleh atau bahkan mereka juga melakukan, maka kemungkinan besar masyarakatnya akan ikut

melakukan pula (Abdulaev & Shomron, 2020). Inilah yang mendasari pelibatan tokoh masyarakat/adat dalam berbagai program pemerintah, agar mendapat dukungan serta diikuti oleh masyarakat di bawahnya.

3. Faktor Pelayanan Kesehatan

Membahas kualitas layanan kesehatan di Indonesia, maka kita dihadapkan dengan banyak permasalahan yang mempengaruhinya, antara lain: **1) masih bervariasinya fasilitas kesehatan yang ada.** Mungkin bagi kita yang tinggal di kota akan sangat mudah bertemu dengan layanan kesehatan yang berfasilitas lengkap, tapi coba bayangkan saudara-saudara kita yang tinggal di perdesaan dan di daerah tertinggal, akan sangat sulit untuk mendapatkan layanan kesehatan dengan fasilitas yang lengkap/canggih. Tentunya hal ini akan mempengaruhi kualitas layanan kesehatan yang diterimanya, karena saat ini banyak tindakan medis yang memerlukan peralatan penunjang untuk mempermudah tindakan serta meningkatkan kualitas layanan yang diberikan.

Faktor lainnya yang juga mempengaruhi kualitas layanan kesehatan adalah **2) masih belum meratanya tenaga kesehatan di seluruh wilayah negara kita,** khususnya belum cukup dan meratanya jumlah dokter dan dokter spesialis. Daerah di perdesaan dan di daerah terpencil masih sangat memerlukan kehadiran dokter dan dokter spesialis. Jumlah yang masih sangat kurang ini menyebabkan masih ditemukannya antrian panjang untuk mendapatkan layanan kesehatan dari dokter spesialis di rumah sakit – rumah sakit rujukan. Bahkan masih sering kita dengar banyak pasien yang harus mengantri berhari-hari untuk mendapatkan intervensi/tindakan.

Faktor lainnya yang juga mempengaruhi layanan kesehatan adalah **3) mutu tenaga kesehatan yang memberikan layanan kesehatan.** Hal ini disebabkan bervariasinya latar belakang dan kualitas pendidikan saat di bangku perkuliahan. Kondisi inilah yang mendorong diadakannya uji kompetensi pada akhir masa studi untuk semua profesi tenaga kesehatan untuk menjaga agar mutu lulusan yang dihasilkan memiliki standar luluhan secara nasional. Sehingga masyarakat sebagai konsumen yang menerima layanan kesehatan terlindungi, karena siapapun yang menolong atau memberikan layanan kepadanya, dipastikan telah memiliki standar

kompetensi yang sama. **4) Akseibilitas masyarakat ke layanan kesehatan juga harus diperhatikan karena kondisi geografis negara kita yang merupakan kumpulan pulau-pulau yang disatukan dengan lautan**, menjadi kendala jika tidakantisipasi dengan baik. Belum lagi masih adanya masyarakat kita yang belum terlindungi dengan asuransi kesehatan, karena ketidak mampuan membayar iuran. Sebenarnya pemerintah telah memberikan bantuan pembayaran iuran bagi yang tidak mampu, tapi masih saja sering kita temukan masyarakat tidak mampu yang mengeluhkan tidak bisa mengakses layanan kesehatan. **5) Kemajuan teknologi juga sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat.** Teknologi yang terus berkembang saat ini memungkinkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas, karena petugas kesehatan menggunakan alat-alat canggih/terbaru. Alat-alat kesehatan yang terus berkembang baik pada alat diagnostik ataupun pada alat alat untuk intervensi kesehatan akan membantu tenaga kesehatan melaksanakan tugasnya dengan lebih baik. Namun sayangnya tidak semua masyarakat kita dapat mengakses pelayanan kesehatan ini, tentunya karena pelayanan kesehatan dengan alat canggih ini memerlukan biaya yang lebih tinggi.

4. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang ada di sekitar kita sangat mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakatnya. Lingkungan yang sehat akan berdampak juga pada kesehatan masyarakatnya, sebaliknya lingkungan yang rusak dan tidak sehat (banyak polusi) akan menyebabkan masyarakatnya menjadi sakit. Lingkungan sekitar kita yang kotor merupakan tempat yang sangat cocok untuk perkembang-biakan kuman, seperti bakteri dan jamur serta merupakan tempat yang cocok bagi vektor penyakit, seperti lalat, nyamuk, kecoa dan tikus, sehingga jika kita hidup di lingkungan yang kotor/tidak sehat, kemungkinan untuk tertular penyakit menjadi meningkat. Sebaliknya bila kita hidup di lingkungan yang bersih dan sehat, maka kemungkinan tertular penyakit menjadi lebih kecil.

Saat ini lingkungan sekitar kita telah rusak karena ulang kita juga, sehingga baik tanah, air dan udara di sekitar kita telah terpolusi atau banyak yang tercemar. Salah satu contoh pencemaran lingkungan yang

terjadi akibat limbah plastik. Penggunaan plastik di hampir semua sektor kehidupan kita telah sangat merusak lingkungan kita, karena plastik memerlukan waktu lama untuk dapat terurai. Bahkan plastik lama kelamaan akan berubah menjadi partikel-partikel kecil yang disebut sebagai mikroplastik. Mikroplastik ini dapat mencemari air dan tanah bahkan juga mencemari udara yang kita hirup (Zhang et al., 2020), sehingga akan sangat mungkin juga mencemari tubuh kita. Kebijakan terkait dengan pembatasan penggunaan plastik sangat diperlukan untuk mampu menekan sampah plastik yang makin mengkhawatirkan. Masyarakat juga dituntut untuk lebih bijak dalam menggunakan plastik terutama dalam menggunakan kantong plastik sekali pakai.

Dan masih banyak contoh pencemaran lainnya yang ada di sekitar kita, misalnya asap buangan pabrik dan asap kendaraan bermotor yang setiap hari makin bertambah jumlahnya. Semua pencemaran tersebut dapat mengganggu kesehatan tubuh kita. Cepat atau lambat limbah/sampah beracun yang kita buang ke alam/lingkungan, akan meracuni kehidupan kita dan anak cucu kita nantinya. Untuk itu diperlukan Upaya sungguh-sungguh untuk menjaga agar lingkungan sekitar kita tetap terjaga bersih dan sehat. Untuk itu diperlukan keterlibatan semua pihak, termasuk pemerintah dan masyarakat untuk sama-sama menjaga lingkungan kita tetap bersih dan sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulaev, N., & Shomron, B. (2020). Celebrity Politicians as Health-Promoting Role Models in the Media: the Cases of Vladimir Putin, Donald Trump, and Benjamin Netanyahu. *International Journal of Politics, Culture and Society*. <https://doi.org/10.1007/s10767-020-09383-3>
- Febriani, L. F., & Santi, D. E. (2021). Kecemasan Berobat ke Pelayanan Kesehatan Selama Pandemi pada Masyarakat Randutatah Paiton Probolinggo, 3(November), 34–42.
- Findlater, A., & Bogoch, I. I. (2018). Human Mobility and the Global Spread of Infectious Diseases: A Focus on Air Travel. *Trends in Parasitology*, 34(9), 772–783. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2018.07.004>
- Hall, J. E. (2015). *Guyton and Hall review physiology* (13th ed.). Philadelphia: Saunders-Elsevier.
- Hermawan, D. (2021). *Manfaat Vitamin D pada Era Pandemi Covid-19*. Yogyakarta, Indonesia: Penerbit Buku Andi. Retrieved from https://books.google.co.id/books?id=kNA3EAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Hermawan, D., Muhani, N., Sari, N., Arisandi, S., Widodo, S., Lubis, M. Y., ... Firdaus, A. A. (2020). *Mengenal Obesitas*. Yogyakarta: Penerbit Buku Andi. Retrieved from https://books.google.co.id/books?id=mY_5DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- Jiang, X., Peng, M., Chen, S., Wu, S., & Zhang, W. (2019). Vitamin D deficiency is associated with dyslipidemia: a cross-sectional study in 3788 subjects. *Curr Med Res Opin*, 35(6), 1059–1063.
- Jiwandono, I. S., Setiawan, H., Witono, A. H., & Hazmi, H. Y. (2020). Pendampingan Rehabilitasi Psikososial Penyintas Gempa Lombok Berbasis Kearifan Lokal. *Jurnal Warta Desa (JWD)*, 1(3), 326–334. <https://doi.org/10.29303/jwd.v1i3.76>
- Katona, P., & Katona-Apte, J. (2008). The interaction between nutrition and infection. *Clinical Infectious Diseases*, 46(10), 1582–1588.

<https://doi.org/10.1086/587658>

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Riskesmas 2018*. Jakarta, Indonesia: Sekretariat Litbang Kesehatan Kemenkes.
- Ma, Z., Wang, J., Li, J., & Jia, Y. (2021). The association between obesity and problematic smartphone use among school-age children and adolescents: a cross-sectional study in Shanghai. *BMC Public Health*, *21*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12124-6>
- Mendes, M. M., Hart, K. H., Botelho, P. B., & Lanham-New, S. A. (2018). Vitamin D status in the tropics: Is sunlight exposure the main determinant? *Nutrition Bulletin*, *43*(4), 428–434. <https://doi.org/10.1111/nbu.12349>
- Mukhi, S., & Medise, B. E. (2021). Faktor yang Memengaruhi Penurunan Cakupan Imunisasi pada Masa Pandemi Covid-19 di Jakarta. *Sari Pediatri*, *22*(6), 336. <https://doi.org/10.14238/sp22.6.2021.336-42>
- Walson, J. L., & Berkley, J. A. (2018). The impact of malnutrition on childhood infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*, *31*(3), 231–236. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000448>
- Wang, J. L., Sheng, J. R., & Wang, H. Z. (2019). The association between mobile game addiction and depression, social anxiety, and loneliness. *Frontiers in Public Health*, *7*(SEP), 5–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00247>
- Zhang, Y., Kang, S., Allen, S., Allen, D., Gao, T., & Sillanpää, M. (2020). Atmospheric microplastics: A review on current status and perspectives. *Earth-Science Reviews*, *203*(December 2019), 103118. <https://doi.org/10.1016/j.earscirev.2020.103118>
- Zhou, R., Wang, M., Huang, H., Li, W., Hu, Y., & Wu, T. (2018). Lower vitamin D status is associated with an increased risk of ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, *10*(3). <https://doi.org/10.3390/nu10030277>
- Zittermann, A., Frisch, S., Berthold, H. K., Götting, C., Kuhn, J., Kleesiek, K., ... Koerfer, R. (2009). Vitamin D supplementation enhances the beneficial effects of weight loss on cardiovascular disease risk markers. *American Journal of Clinical Nutrition*, *89*(5), 1321–1327. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.27004>

PROFIL PENULIS



Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes

Penulis, lahir di Palembang, 8 April 1977. Merupakan lulusan Program Doktor (S3) Ilmu Kedokteran Dasar: Fisiologi dari Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2013. Sejak tahun 2009, penulis aktif di dalam penelitian kesehatan terutama, penelitian tentang Vitamin D dan penyakit-penyakit tidak menular/PTM. Penulis juga aktif mengajar di Prodi Keperawatan dan Prodi Kesmas FIK serta Prodi Pasca-sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati Bandar Lampung. Beberapa jabatan structural juga telah pernah penulis emban, antara lain: Direktur Akper Dharma Wacana Metro pada tahun 2001-2003, Koordinator Litbang Akper Malahayati tahun 2003-2005, Sekretaris Prodi Keperawatan FK Unimal tahun 2005-2007, Dekan FKM Unimal 2007-2011, Koordinator Penjamin Mutu Internal Unimal 2011-2014, dan dari Oktober 2014-2017 menjabat Wakil Rektor III Bidang Kemahasiswaan & Alumni Universitas Malahayati Bandar Lampung dan sejak akhir 2017 hingga saat ini menjadi Ketua Lembaga Penjamin Mutu Internal Unmal.



BAB 7
PROGRAM-PROGRAM
PELAYANAN
KESEHATAN

Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal



A. PENGERTIAN LAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen dalam sistem kesehatan nasional yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Dalam Undang-Undang Nomor 36/2009 tentang kesehatan, dijelaskan bahwa definisi dari fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (Depkes RI, 2009). UU 36/2009 juga memberikan gambaran bahwa pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bertujuan untuk menginformasikan kepada masyarakat tentang pola hidup sehat dan mencegah terjadinya permasalahan kesehatan masyarakat atau penyakit. Sedangkan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif berorientasi pada penyembuhan dan pengobatan suatu penyakit serta mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat (Megatsari dkk., 2018).

B. PROGRAM-PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN

Pelaksanaan Sistem Kesehatan Nasional ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitative. Pelaksanaan tersebut harus memperhatikan diantaranya adalah cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; serta pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat (PERPRES RI, 2012).

Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan, merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. **Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas:**

1. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan

2. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi

Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
4. Pelayanan kesehatan balita;
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus) (Permenkes RI, 2019).

Indonesia pada tahun 2017 mencanangkan Program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK). Dalam pelaksanaan Pendekatan Keluarga Sehat yang dimaksud satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga (Kemenkes RI, 2017).

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Pendekatan Keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang

Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Handono Sulistyono dkk., 2021).

Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan.

Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

1. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
3. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut.

1. **Profil Kesehatan Keluarga** (selanjutnya disebut Prokesga), berupa family folder, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan: mengidap

penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).

2. **Paket Informasi Keluarga** (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, Mbuku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya. Misalnya: Flyer tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, Flyer tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, Flyer tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut.

1. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
2. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan focus group discussion (FGD) melalui Dasa Wisma dari PKK.
3. Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
4. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.

Sedangkan keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut.

1. Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, danlain-lain.
2. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

C. TINGKAT PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan gabungan dari peningkatan (Promotive), pencegahan (preventive), pengobatan (Currative) dan pemulihan (rehabilitative) dimana paradigma pelayanan masa kini telah berubah. Awalnya lebih mengutamakan pelayanan pengobatan dan rehabilitasi, dan sekarang lebih mengutamakan peningkatan dan pencegahan dengan tidak melupakan pengobatan dan rehabilitasi.

Masyarakat Indonesia di daerah terdiri dari banyak suku, ras, agama dan golongan sehingga sangat unik, dan memerlukan keterampilan dan seni tersendiri dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan masyarakat, baik di daerah perkotaan dan pedesaan. Untuk memudahkan bagi kita baik para calon pemberi pelayanan maupun yang sudah berkecimpung dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas maupun swasta dan perorangan. (Farich, 2012).

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer, pelayanan kesehatan tingkat kedua/sekunder dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga/tersier

1. Upaya Kesehatan Primer

Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP)

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*).
- 2) Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jejaringnya, serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik.
- 3) Pelayanan kesehatan perorangan primer dapat diselenggarakan sebagai pelayanan yang bergerak (*ambulatory*) atau menetap, dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan;

atau dapat disesuaikan dengan lingkungan/kondisi tertentu (kesehatan matra, seperti:

- a) kesehatan haji,
- b) kesehatan pada penanggulangan bencana,
- c) kesehatan transmigrasi,
- d) kesehatan di bumi perkemahan,
- e) kesehatan dalam penanggulangan gangguan keamanan dan ketertiban,
- f) kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat, kesehatan kelautan dan bawah air,
- g) kesehatan kedirgantaraan/penerbangan, dan
- h) kesehatan dalam situasi khusus dan/atau serba berubah).

Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh Pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh Pemerintah. Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP)

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- 2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.
- 3) Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai dengan peraturan perundangundangan yang berlaku dan bekerja sama dengan Pemerintah/ Pemerintah Daerah.

- 4) Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah/Pemerintah Daerah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif.
- 5) Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan yang berwenang.
- 6) Pemerintah/Pemerintah Daerah dapat membentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan. Pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 7) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

2. Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk
- 2) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.
- 3) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan

sekunder baik rumah sakit setara kelas C serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, maupun swasta.

- 4) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder harus memberikan pelayanan kesehatan yang aman, sesuai, efektif, efisien dan berbasis bukti (evidence based medicine) serta didukung pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- 5) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder yang bersifat tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan berafiliasi dengan atau di rumah sakit pendidikan.
- 6) Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier
- 2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.
- 3) Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas wilayah administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.
- 4) Fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerja sama dengan unit kerja Pemerintah dan Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), dan lain-lain.

3. Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.
- 2) Pelaksana pelayanan kesehatan perorangan tersier adalah dokter subspecialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan mempunyai izin praktik dan didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.
- 3) Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik Pemerintah, Pemerintah Daerah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan subspecialistik dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.
- 4) Pemerintah mengembangkan berbagai pusat pelayanan unggulan nasional yang berstandar internasional untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dan menghadapi persaingan global dan regional. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.
- 5) Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas wilayah administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/ kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.
- 6) Fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik

swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerja sama dengan unit kerja Pemerintah dan Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, dan lain-lain.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.
- 2) Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, unit kerja terkait di tingkat provinsi, Kementerian Kesehatan, dan unit kerja terkait di tingkat nasional.
- 3) Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat tersier menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor.
- 4) Institusi pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat
- 5) Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tersier dapat didirikan melalui modal patungan dengan pihak asing sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 6) Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan

(Handono Sulistyono dkk., 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Departemen Kesehatan RI.
- Farich, A. (2012). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Gosyen Publishing.
- Handono Sulisty, D., Prawidya Putri, L., & Provinsi Riau, D. (2021). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. <http://manajemen-pelayanankesehatan.net/petunjuk-teknis-pelayanan-kesehatan-provinsi-riau/bab-iii-upaya-kesehatan/>
- Kemkes RI. (2017). *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga—PISPK*. Kementerian Kesehatan RI. <http://pispk.kemkes.go.id/id/program-pispk/pelaksanaan-pendekatan-keluarga-sehat/>
- Megatsari, H., Laksono, A. D., Ridlo, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2018). PERSPEKTIF MASYARAKAT TENTANG AKSES PELAYANAN KESEHATAN. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 247-253-247–253. <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.231>
- Permenkes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Menkes RI.
- PERPRES RI. (2012). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Pemerintah Republik Indonesia.

PROFIL PENULIS

Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid)

Lahir di Kendal, 13 Juni 1988.

Merupakan dosen tetap di Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal, Jawa Tengah. Penulis menempuh pendidikan formal di SD N 1 Tejorejo (1994 s/d 2000), SMP N 1 Weleri (2000 s/d 2003), SMA N 1 Kendal (2003 s/d 2006), S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang (2006 s/d 2010), S2 Epidemiologi Universitas Diponegoro (2012 s/d 2014).

Tahun 2016 s/d 2020 menjabat sebagai sekretaris Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal, tahun 2020 s/d 2022 menjabat sebagai ketua Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal.

Siti Musyarofah melaksanakan tridharma perguruan tinggi dengan baik, memperoleh Jabatan Fungsional Asisten Ahli pada tahun 2017 dan Lektor pada tahun 2019, memperoleh hibah riset dari Kemendikbud pada tahun 2019 dan riset keilmuan dari Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) pada tahun 2022.

Siti Musyarofah aktif di organisasi profesi maupun kemasyarakatan, sekretaris Perhimpunan Sarjana dan Profesi Kesehatan Masyarakat (PERSAKMI) Cabang Kendal (2017 s/d 2022), sekretaris Dewan Riset Daerah Kabupaten Kendal (2017 s/d 2021), Pengurus Fatayat Ranting Desa Tejorejo (2020 s/d sekarang), anggota LKP3A Fatayat Cabang Kab.Kendal (2021 s/d sekarang), ketua bidang Research and Development Komunitas KerDUS (Kerajinan Daur Ulang Sampah), Trainer GEA (Global Ecobricks Alliance).



BAB 8

METODE

PENELITIAN

KESEHATAN

MASYARAKAT

Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid)
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM), pengetahuan akan terus berkembang, sejalan dengan perkembangan masalah kesehatan yang terjadi dan upaya untuk menyelesaikannya. Masalah penyakit atau masalah kesehatan secara umum selalu ada, dan para ilmuwan ataupun praktisi terus dituntut untuk mengatasinya. Di Era revolusi industri 4.0 dan teknologi digital yang terus berkembang mendorong peneliti bidang kesehatan untuk lebih kreatif dan adaptif untuk menyelesaikan setiap persoalan. Oleh karena itu, dalam bab ini akan dijelaskan konsep metode penelitian dalam IKM.

Manusia selalu ingin tahu dan bertanya tentang alam sekitarnya termasuk masalah kesehatan, misalnya: mengapa ada Corona Virus-19, mengapa menjadi pandemi, mengapa banyak yang mati karena Corona Virus Disease-19 (COVID-19). Hal terus mendorong manusia untuk selalu berpikir dan seharusnya mencari cara untuk mencari solusinya. Perkembangan ilmu pengetahuan dimulai sejak manusia mengajukan pertanyaan, apa yang terjadi, kapan terjadinya, bagaimana terjadinya, mengapa bisa terjadi, faktor apa yang berperan, selanjutnya akan dicari solusinya. Jadi memang penelitian itu dimulai sejak adanya suatu pertanyaan terhadap fenomena yang terjadi.

Penelitian dilakukan untuk mencari kembali hal-hal yang belum diketahui, yang dilakukan dengan langkah-langkah ilmiah (masuk akal) dan bisa diikuti dengan akal pikiran. Sehingga ilmu dapat terus berkembang dengan penelitian ilmiah, dan penelitian ilmiah dapat dilakukan dengan kerangka ilmu pengetahuan. Penelitian dalam bidang kesehatan secara umum bertujuan untuk menggambarkan keadaan atau status kesehatan individu, kelompok tertentu atau masyarakat. Selain itu, penelitian juga bermaksud untuk memberikan gambaran tentang kemampuan sumber daya kesehatan, yang berguna mendukung pengembangan pelayanan Kesehatan. Penelitian juga berperan sebagai sarana diagnosis penyebab masalah kesehatan atau penyebab kegagalan dalam sistem pelayanan kesehatan. Selanjutnya hasil penelitian dapat menjadi dasar untuk menyusun kebijakan dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan.

Secara khusus, tujuan penelitian kesehatan untuk menemukan bukti-bukti ilmiah dan mengembangkan ilmu pengetahuan kesehatan, yang menjadi dasar untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada sesuai kondisi lingkungan dan budaya setempat. Berikut akan disajikan peran metode penelitian dalam IKM.

Secara umum langkah-langkah penelitian bidang kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Pemilihan bidang sesuai minat dan topik penelitian. Pada tahap ini, memang menjadi hal yang penting, karena bidang kesehatan masyarakat menyangkup materi yang luas, diantaranya tentang kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, gizi kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi, dan lainnya.
3. Setelah menentukan topik sesuai minat atau *passion*, selanjutnya mengadakan survei pendahuluan dengan data sekunder dari berbagai sumber, maupun survei data primer di lokasi rencana penelitian. Survei pendahuluan ini, dilakukan untuk memperkuat alasan dan kepentingan (urgensi) masalah yang akan diteliti.
4. Setelah menentukan topik dan mendapatkan data pendukung, dilanjutkan dengan menuliskan dalam latar belakang proposal penelitian, dilanjutkan menuliskan rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.
5. Langkah berikutnya, peneliti mengumpulkan berbagai teori dan hasil-hasil penelitian yang telah ada, untuk membangun sebuah kerangka teori dan merumuskan kerangka konsep yang akan diteliti.
6. Peneliti mulai untuk merancang metode atau desain penelitian, menentukan subjek penelitian, menentukan populasi, besar sampel dan rancangan teknik sampling.
7. Selanjutnya peneliti membuat instrument penelitian, dan persiapan alat untuk pengumpulan data.
8. Proses pengumpulan data dilakukan dengan metode atau cara yang tepat sesuai rancangan yang telah ditentukan.
9. Data yang terkumpul, diolah dan dianalisis, hingga diperoleh hasil yang didiskusikan dengan berbagai sumber referensi dan didapatkan kesimpulan.

Penelitian dapat berjalan dengan benar, jika dirancang dengan metode yang tepat sesuai dengan kondisi di lapangan. Rancangan penelitian yang baik, dapat menuntun serta menentukan arah berlangsungnya proses penelitian secara benar dan tepat sesuai tujuan. Secara garis besar rancangan atau desain penelitian dibagi menjadi dua, yaitu rancangan penelitian observasional dan eksperimental.

Penelitian observasional adalah penelitian yang dilakukan untuk mempelajari suatu fenomena yang terjadi secara alamiah (*in nature*), sedangkan perubahan pada variabel (variasinya) bukan karena tindakan yang dilakukan peneliti. Penelitian observasional terdiri dari dua metode analisis yaitu penelitian deskriptif dan penelitian analitik.

A. PENELITIAN DESKRIPTIF

Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama utk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Penelitian deskriptif tidak menguji hipotesis. Jenis-jenis penelitian deskriptif, yaitu:

1. Survei (Survey) adalah suatu penelitian deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya cukup banyak dalam jangka tertentu, sebagai contoh adalah Survei Kesehatan Rumah Tanggan, Riset Kesehatan Dasar, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia.
2. Studi atau penelaahan kasus (*case study*), metode ini bermaksud untuk meneliti suatu permasalahan kasus unit tunggal. Misalnya kasus penyakit lupus pada penghuni Lembaga Pemasarakatan
3. Studi Prediksi, adalah penelitian yang memperkirakan kemungkinan munculnya suatu gejala berdasarkan gejala lain yang telah muncul dan diketahui sebelumnya.
4. Penelitian Evaluasi (*evaluation study*), adalah penelitian untuk menilai suatu program yang sedang atau sudah dilakukan.

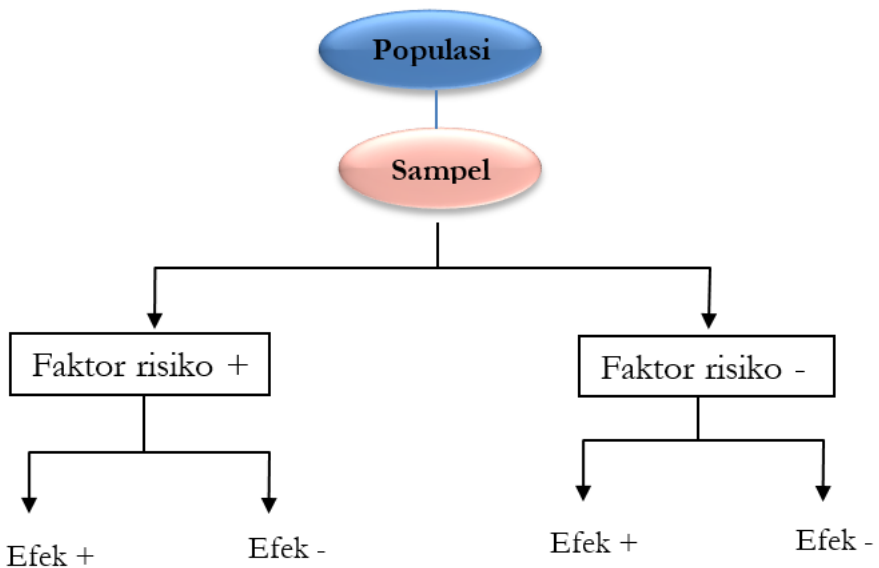
B. PENELITIAN ANALITIK

Penelitian analitik adalah metode penelitian survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Penelitian ini melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor risiko dengan faktor efek, antar faktor risiko, maupun antar efek. Survei Analitik, dibedakan menjadi 3 (tiga) pendekatan (jenis).

1. Cross Sectional

Desain penelitian ini digunakan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko sebagai variabel bebas dengan efek sebagai

variabel terikat), dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Pendekatan ini artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi/diwawancarai sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan, baik pada variabel bebas maupun variabel terikatnya. Penelitian *Cross Sectional* sering disebut dengan penelitian *transversal*, karena bersifat memotret kondisi variabel yang dipelajari hanya pada satu saat. Desain *Cross Sectional* merupakan desain epidemiologi yang paling sering digunakan, dan dianggap desain yang paling mudah & sederhana. Berikut adalah diagram desain *Cross Sectional*:



Gambar 9.1 Desain *Cross Sectional*

Langkah-langkah penelitian dengan desain *Cross Sectional* adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi variabel-variabel penelitian dan mengidentifikasi faktor risiko (Variabel bebas) dan faktor efek (variabel terikat).
2. Menetapkan subjek penelitian, selanjutnya dapat menentukan populasi dengan batasan tempat dan waktu tertentu
3. Menentukan jumlah sampel dan teknik pengambilan sampel yang sesuai dan tepat dengan kondisi data populasi, jika tersedia data anggota populasi

secara lengkap, maka diusahakan menggunakan teknik sampling random sampel.

4. Melakukan observasi atau pengukuran variabel-variabel yang diteliti pada variabel faktor risiko (variabel bebas) dan efek (variabel terikat) sekaligus secara bersamaan dalam satu waktu, berdasarkan status keadaan variabel pada saat pengumpulan data.
5. Melakukan analisis data korelasi dengan cara membandingkan proporsi antara kelompok-kelompok hasil observasi.
6. Analisis data disesuaikan dengan jenis dan skala data yang digunakan.

Untuk memudahkan pemahaman tentang desain penelitian *Cross Sectional*, berikut dipaparkan contoh penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit cacingan (*Ascariasis*) pada anak SD. Topik penelitian ini dapat diteliti dengan langkah-langkah sebagai berikut:

Langkah I: melakukan identifikasi variabel penelitian. Pada saat melakukan identifikasi variabel penelitian, harus didasarkan pada teori yang ada tentang penyebaran atau penularan penyakit *Ascariasis* dan data-data dari artikel-artikel penelitian sebelumnya, tentang faktor risiko terjadinya penyakit tersebut. Misal faktor yang diidentifikasi kemungkinan mempengaruhi diantaranya tingkat pendidikan orang tua, status ekonomi keluarga, sanitasi lingkungan rumah, perilaku cuci tangan anak, dan status gizi anak. Variabel terikat yang akan diteliti adalah penyakit cacingan.

Langkah II: peneliti melakukan identifikasi subjek penelitian. Sebenarnya, ketika peneliti mengidentifikasi subjek penelitian dan menentukan populasi, tempat penelitian didasarkan pada ada nya masalah/kejadian penyakit tersebut. Data yang memperkuat alasan dipilihnya lokasi tersebut, bisa berdasarkan data sekunder dari instansi kesehatan setempat ataupun data primer survei pendahuluan. Pada contoh topik penelitian tersebut, bisa ditentukan sekolah dasar (SD) dimana, kelas berapa sasarannya, apakah hanya kelas satu dua dan tiga, dengan alasan anak-anak kelas tersebut masih suka bermain tanah dan berada halaman sekolah. Setelah menentukan populasinya berdasarkan lokasi, maka akan ditentukan jumlah sampel yang dibutuhkan.

Langkah III: Penentuan jumlah sampel ditentukan dengan rumus yang sesuai dengan tujuan penelitian, jenis data dan jumlah kelompoknya. Rumus besar sampel yang digunakan dalam penelitian kesehatan biasa ditentukan dengan rumus Lemeshow. Kebutuhan jumlah sampel biasanya ditentukan pada saat penyusunan proposal. Setelah menentukan jumlah sampel, selanjutnya ditentukan pula teknik pengambilan sampel. Teknik sampling yang baik, diupayakan dengan teknik random, dengan syarat peneliti memiliki daftar anggota populasi (kerangka sampling), sebagai dasar untuk melakukan undian (random).

Langkah IV: Pengumpulan data dilakukan dengan instrument yang dibuat oleh peneliti atau menggunakan instrument yang telah ada dari penelitian sebelumnya yang sesuai. Untuk variable bebas berupa faktor risiko, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara pada reponden, dalam contoh ini adalah anak-anak SD yang sudah ditentukan dan terpilih sebagai sampel. Setelah dilakukan wawancara, selanjutnya dapat dilakukan observasi (pengamatan) secara langsung pada variabel kondisi sanitasi rumah, perilaku cuci tangan. Pengumpulan data pada pengukuran variabel terikat berupa efek (penyakit cacingan), maka dilakukan pemeriksaan tinja dan apusan dubur dari siswa tersebut. Tinja dan apusan dubur, dilakukan pemeriksaan secara mikroskopis di laboratorium mikrobiologi/parasitologi. Pengukuran terhadap semua variabel dilakukan dalam titik atau rentang waktu yang bersamaan (*point of time*), sehingga data variabel bebas dan terikat pada kondisi yang paling up to date.

Langkah V: setelah data terkumpul semua, selanjutnya melakukan analisis hasil. Analisis data disesuaikan dengan tujuan penelitian, jenis data dan jumlah kelompok. Intinya analisis data dilakukan minimal sesuai tujuannya, jika penelitian deskriptif, maka dilakukan analisis deskriptif untuk menggambarkan data karakteristik sampel dan variabel secara mandiri. Dalam contoh ini, karena peneliti bertujuan menguji hipotesis atau membuktikan hubungan antara variabel faktor risiko dan efek, maka dilakukan analisis analitik dengan uji bivariat. Uji statistik yang digunakan dalam uji bivariat juga disesuaikan dengan jenis datanya. Dalam contoh ini variabel faktor risiko

dan efek dalam bentuk kategori, maka uji hipotesis dengan membandingkan proporsi faktor risiko antar kelompok.

Desain penelitian *Cross Sectional* dalam pelaksanaannya memiliki beberapa kelebihan, diantaranya: Mudah dilaksanakan, Sederhana, Ekonomis dalam hal waktu pelaksanaan yang serentak, hasil dapat diperoleh dengan cepat, dalam waktu yang bersamaan dapat dikumpulkan variabel yang banyak, baik pada variabel risiko (bebas) maupun variabel efek (terikat).

Namun desain *Cross Sectional* juga memiliki beberapa kelemahan, antara lain, pada desain ini diperlukan subjek penelitian yang besar (sampel besar), tidak dapat menggambarkan perkembangan penyakit secara akurat, tidak valid utk meramalkan suatu kecenderungan dan kesimpulan korelasi faktor risiko dengan efek paling lemah, bila dibandingkan dengan dua rancangan epidemiologi yang lain.

2. *Case control*

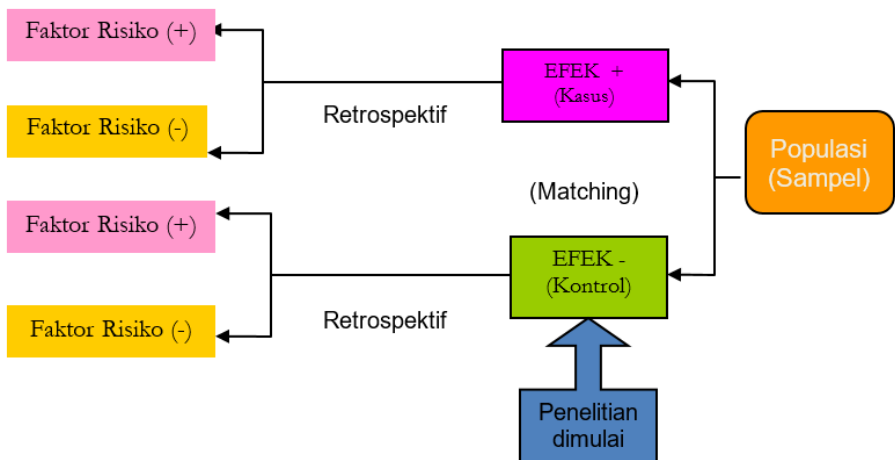
Dalam bahasa Indonesia sering disebut Kasus Kontrol. Rancangan penelitian ini kontrol dalam epidemiologi disebut juga penelitian “Penelitian Retrospektif”. Istilah ini digunakan, karena pada pengumpulan data, dimulai dari adanya efek (variabel terikat), selanjutnya faktor risiko (variabel bebas) diobservasi kearah belakang (riwayat masa lalu).

Desain *case control* lebih baik dibanding Rancangan *Cross Sectional*, karena pada desain ini digunakan kelompok pembanding (kontrol), sehingga hasil korelasi yang didapatkan bersifat lebih tajam dan kuat. Istilah *case* dan *control*, menunjukkan bahwa terhadap tiap kasus, yaitu subjek dengan efek positif, dicarikan pembandingnya (kontrol) yaitu subjek dengan efek negative (sehat).

Kasus dalam penelitian *case control* tidak selalu berupa penyakit, tetapi bisa subjek yang mengalami masalah Kesehatan, misal: BBLR, stunting, kadar kolesterol tinggi, obesitas, dan masih banyak lagi. Sedangkan kontrol adalah kondisi sebaliknya, yaitu subjek yang tidak mengalami masalah Kesehatan yang diterliti. Misalnya BBLN, non stunting, kadar kolesterol normal, IMT normal. Diagram desain penelitian

case control ditampilkan pada gambar 2. Berdasarkan gambar tersebut, dapat dijelaskan langkah-langkah penelitian *case control*, sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi variabel-variabel penelitian dan mengidentifikasi faktor risiko dan efek
2. Menetapkan subjek penelitian (populasi dan sampel)
3. Melakukan identifikasi kasus (subjek dengan efek positif/sakit)
4. Pemilihan subjek kontrol
5. Melakukan pengukuran “retrospektif” utk menemukan faktor risiko
6. Melakukan analisis hasil korelasi dengan cara membandingkan proporsi antara variabel-variabel objek penelitian dengan variabel kontrol



Gambar. Desain *Case control study*

Agar lebih mudah memahaminya, berikut ini diberikan contoh penelitian dengan menggunakan desain *case control*. Suatu penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan antara paparan rokok waktu hamil dengan Kejadian Berat Badan Lahir rendah (BBLR). Untuk membuktikan dan mengatasi masalah BBLR, maka penelitian dapat dilakukan dengan desain *case control*, sebagai berikut:

Langkah I: peneliti melakukan identifikasi variabel penelitian dengan mengumpulkan berbagai referensi jurnal penelitian sebelumnya, serta teori-teori yang mendukung tentang terjadinya BBLR. Selanjutnya paneliti dapat

menyusun kedudukan masing-masing variabel dalam urutan waktu (*time ordering*). Untuk memahami permasalahan tersebut, kelahiran dengan BBLR adalah suatu proses yang kembali selama kehamilan, yang dipengaruhi banyak faktor. Oleh karena itu BBLR merupakan suatu efek (dampak), maka menjadi variabel terikat yang akan diteliti. Selanjutnya variabel paparan asap rokok selama hamil adalah faktor risiko yang akan dipelajari atau diteliti. Selain variabel utama yang akan diteliti, banyak faktor yang berperan dalam kondisi selama kehamilan, seperti paritas, usia ibu hamil, perilaku pemeriksaan kehamilan (ANC), asupan makanan dan sebagainya. Tentunya variabel ini sudah dipelajari dari berbagai referensi penelitian sebelumnya dan teori kesehatan kehamilan. Agar variabel paparan rokok, dapat dibuktikan dalam penelitian ini, maka variabel yang lain dapat dikendalikan atau disamakan kondisinya pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.

Langkah II: Penelitian menetapkan populasi penelitian. Misalnya kelahiran di RS X pada tahun 2019-2021. Dalam menentukan populasi ini, akan dilihat di sumber data sekunder kelahiran di RS X pada tahun tersebut. Peneliti menentukan jumlah sampel yang dibutuhkan dengan rumus Lemeshow tentang perbedaan proporsi. Perhitungan sampel didasarkan pada data proporsi wilayah setempat atau berdasarkan referensi penelitian sebelumnya.

Langkah III: Setelah menetapkan populasi dan jumlah sampel, langkah penting berikutnya adalah peneliti mengidentifikasi kasus BBLR. Peneliti perlu cermat dalam menetapkan subjek kasus. Dalam contoh ini: dilakukan pencarian kasus (*case finding*) di rekam medis RS X, bayi yang lahir dengan berat badan <2500 gram. Perlu kecermatan dalam penetapan subjek kasus, terutama jika kasus berupa penyakit, maka harus didasarkan pada diagnosis dokter ahli.

Langkah IV: Ketika pemilihan sampel kasus telah memenuhi kebutuhan minimal besar sampel, dilanjutkan pemilihan kontrol (pembanding). Subjek kontrol (bayi BBLN) dipilih dari populasi atau sampel penelitian dapat secara random/acak, jika tidak ada variabel yang dikendalikan. Jika ada variabel yang diperkirakan mengganggu membuat rancu, maka variabel tersebut dapat digunakan sebagai *matching* (pencocokan), agar variabel tersebut seimbang

atau meratas pada kedua kelompok. Pada contoh diatas: Pilih kontrol kelahiran bayi dengan berat normal (≥ 2500 gram) dengan usia, paritas dan status ANC yang sama

Langkah ke V: Penelitian melakukan pengumpulan data dengan wawancara ataupun dengan observasi buku KIA, yang terkiat dengan kondisi faktor risiko kehamilan. Peneliti melakukan identifikasi faktor risiko secara retrospektif artikel, sesuatu yang berhubungan dengan kondisi kehamilan bisa dicari informasinya secara *flash back*, mencari riwayat paparannya pada masa lalu, terhadap ada tidaknya faktor risiko yang dipelajari pada kedua kelompok subjek penelitian, baik pada kasua BBLR maupun pada kelompok Kontrol (non BBLR).

Pada contoh kasus ini, peneliti mencari keterangan tentang kebiasaan merokok waktu hamil terakhir, kembali tidak. Jika merokok, seberapa banyak konsumsinya atau terpaparnya, termasuk paparan ringan, sedang, berat. Seorang peneliti dpt memperoleh informasi tentang faktor risiko di masa lalu, dengan dua jalan, yaitu:

- a. Melakukan anamnesa atau wawancara pada subjek atau keluarga dekat
- b. Dengan melihat catatan tentang subjek, misalnya catatan medis di RS atau buku KIA

Langkah VI adalah penelitian melakukan analisis data berupa, analisis deskriptif, untuk mendeskripsikan masing-masing variabel biasanya berupa proporsi faktor risiko pada masing-masing kelompok kasus dan kontrol. Berikutnya adalah analisis analitik berupa pengujian hipotesis korelasi dan estimasikan besarnya risiko. Hipotesis korelasi dengan data kategori, menggunakan uji proporsi antar kelompok dengan chy square test (Uji X^2) dan estimasi risiko dengan menentukan nilai Odd Ratio (OR). Berdasarkan hasil analisis ini, maka peneliti dapat menyimpulkan ada tidaknya hubungan antara faktor risiko dan efek, serta besarnya risiko pada faktor risiko yang diteliti.

Keunggulan desain *case control*:

- a. Tidak menghadapi kendala etik, seperti pada rancangan penelitian eksperimental, karena tidak memberikan intervensi atau perlakuan.

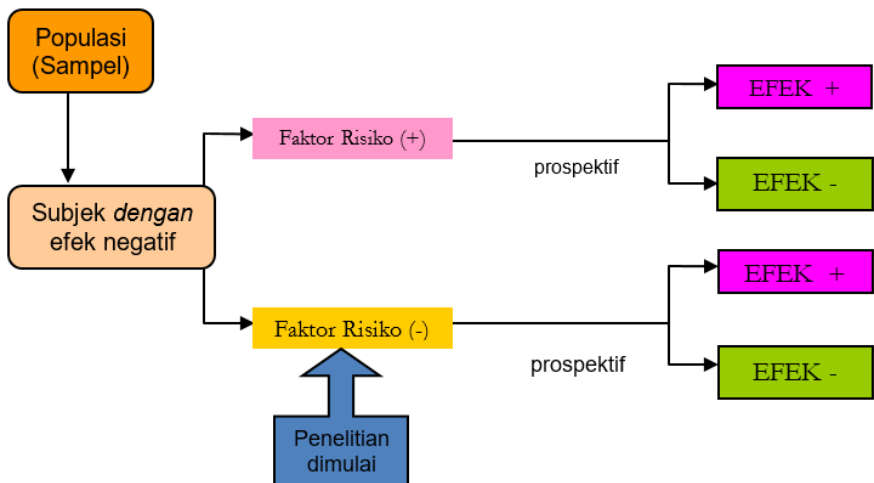
- b. Adanya kesamaan kurun waktu antara kelompok kasus dan kontrol (*case and control group*)
- c. Adanya pembatasan atau pengendalian faktor risiko, sehingga hasil penelitian lebih tajam
- d. Tidak memerlukan waktu lama, karena data variabel terikat (dampak) sudah terjadi dan variabel bebas (faktor risiko) sudah ada.
- e. Lebih ekonomis, baik dari terbatasnya subjek (tidak terlalu membutuhkan banyak sampel tergantung dari kasusnya), pengukuran/pengumpulan data lebih singkat maupun aspek teknis lain lebih mudah didapat.

Kelemahan:

- a. Tidak dapat diketahui efek variabel luar yg oleh karena keterbatasan teknis tidak ikut terkendali dengan *matching* (*pencocokan*)
- b. Pengukuran secara retrospektif (*flash back*), punya kelemahan objektivitas dan reliabilitasnya, karena subjek penelitian harus mengingat kembali faktor-faktor risikonya di masa lalu, sehingga kemungkinan dapat terjadi *recall bias*.
- c. Bias penilaian dapat terjadi, oleh karena tidak dapat dilakukan *blind measurement*
- d. Kadang-kadang sangat sulit untuk melakukan pemilihan kelompok kontrol dengan pencocokan (*matching*), baik karena banyaknya faktor risiko yang harus dikendalikan, maupun sedikitnya subjek penelitian

3. Cohort

Rancangan penelitian *cohort* disebut juga “Penelitian Prospektif. Penelitian ini merupakan rancangan penelitian epidemiologi non-eksperimen yang paling kuat (powerfull) dalam mengkaji hubungan antara faktor risiko dan efek (dampak). Pengaruh faktor risiko (sebagai variabel bebas) dengan efek (sebagai variabel terikat) dipelajari secara lebih cermat dengan pendekatan longitudinal ke depan (prospektif), mengikuti waktu proses terjadinya efek (penyakit atau status kesehatan tertentu) ke masa mendatang. Berikut diagram alur proses penelitian dengan desain *cohort*.



Gambar 9.2 Desain *Cohort study*

Berdasarkan gambar diagram tersebut dapat dijelaskan langkah-langkah penelitian *case control*, sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi variabel faktor risiko dan variabel efek, yang akan diteliti
2. Menetapkan subjek penelitian, dengan menentukan populasi dan sampel
3. Pemilihan sampel dilakukan dengan mengidentifikasi subjek dengan efek negative (semua subjek dalam kondisi sehat)
4. Memisahkan subjek sampel berdasarkan kelompok terpapar faktor risiko positif (terpapar) dan pemilihan subjek dengan faktor risiko negative (tidak terpapar)
5. Mengobservasi perkembangan subjek sampel sampai waktu tertentu secara “Prospektif” untuk mengidentifikasi terjadi atau tidaknya efek pada kedua kelompok
6. Melakukan analisis hasil data

Sebagai contoh untuk memahami desain *cohort*, berikut penelitian yang ingin membuktikan hubungan antara paparan monosodium glutamat (pemanis buatan) dengan terjadinya tonsilitis.

Langkah I : peneliti melakukan identifikasi variabel penelitian (faktor risiko dan efek). Dalam contoh ini sebagai variabel efek adalah tonsilitis (pembengkakan tonsil) yang sering terjadi pada anak-anak. Selanjutnya mengidentifikasi variabel faktor risiko yang dipelajari adalah paparan monosodium glutama (pemanis buatan) pada makanan jajanan yang sering dikonsumsi. Jika terdapat variabel yang dianggap menjadi pengganggu, maka dapat diidentifikasi untuk dilakukan pengendalian dengan cara matching atau pencocokan pada kedua kelompok, misalnya umur, jenis kelamin atau lainnya. Variabel ini bisa dianggap sebagai perancu hubungan.

Langkah II: Penetapan Subjek penelitian (populasi dan sampel). Misalnya ditetapkan populasinya adalah anak SD di Desa Y pada tahun 2020. Dengan batasan lokasi dan waktu ini, maka data jumlah populasi bisa dapat terhitung (finit). Selanjutnya, peneliti harus menentukan jumlah sampel dengan menggunakan rumus perbedaan proporsi, karena kita akan meneliti perbandingan antara anak-anak yang terpapar monosodium glutamate (pemanis buatan) yang akan mengalami tonsilitis.

Langkah III: Setelah menentukan kebutuhan sampel, selanjutnya peneliti mengidentifikasi dengan cermat subjek dengan efek negatif (tidak menderita tonsilitis), semua nya masih dalam kondisi sehat. Selanjutnya subjek yang sehat dilakukan pengamatan, dan diidentifikasi kelompok subjek anak yang sudah minum minuman dengan monosodium glutamate (kelompok terpapar), dan yang tidak suka (kelompok tidak terpapar).

Langkah IV: pengamatan terus dilakukan pada subjek mengikuti perkembangan, hingga waktu yang ditentukan pada kedua kelompok terdapat subjek yang mengalami tonsilitis (efek positif). Pemeriksaan klinik oleh medis tentang terjadinya tonsilitis mutlak dilakukan untuk mendapatkan data efek positif yang tepat. Ketidacermatan dalam mendiagnosis dapat menimbulkan hasil negatif palsu (kurang valid), atau bahkan harus melakukan pemeriksaan laboratorium klinis.

Langkah ke V: Analisis hasil Uji statistik untuk pembuktian hipotesis keterkaitan paparan dengan efek dengan menguji perbedaan proporsi subjek

yang mengalami sakit (efek positif) dengan kelompok subjek yang tidak sakit selama pengamatan tersebut. Dalam penelitian desain *cohort* ini, maka data penyakit yang dianalisis, benar-benar merupakan data kejadian baru (insiden) penyakit yang diamati. Analisis data yang digunakan adalah uji perbedaan proporsi terjadinya penyakit diantara kelompok terpapar dan kelompok tidak terpapar, yaitu menggunakan uji chi square. Besarnya risiko dianalisis dengan menggunakan nilai Risiko Relatif (RR), yaitu perbandingan antara insiden penyakit kelompok terpapar dan kelompok tidak terpapar.

Pada desain penelitian *cohort*, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Berapa lama pengamatan dilakukan? Hal ini sangat tergantung pada sifat penyakit atau masalah kesehatan yang dipelajari. Jika penyakit yang dipelajari bersifat kronik, seperti kanker, maka akan membutuhkan waktu sangat lama bisa mencapai puluhan tahun. Jika penyakit atau masalah Kesehatan yang dipelajari bersifat akut, misalnya typhus, BBLR, maka waktu yang dibutuhkan untuk pengamatan tidak terlalu lama.
2. Bagaimana kalau ada subjek penelitian yang keluar dari pengamatan atau *drop out*? Pada desain *cohort*, risiko berkurangnya sampel akibat keluarnya subjek dari pengamatan bisa terjadi. Oleh karena itu, kecukupan jumlah sampel minimal harus terpenuhi dan cadangan harus disediakan untuk menggantikan sampel yang *drop out*.
3. Bagaimana cara monitoring dilakukan? Pernyataan ini perlu diperhatikan dan dipersiapkan dengan baik. Karena desain *cohort* harus mengikuti perkembangan subjek sampai terjadinya penyakit atau masalah kesehatan yang diteliti, maka prosedur untuk observasi, pengukuran setiap tahap harus betul-betul dijaga objektivitas dan validitasnya, sehingga tidak terjadi kesalahan pengukuran.

Desain penelitian *cohort* merupakan desain paling kuat untuk jenis penelitian observasional, karena dapat membuktikan benar terjadinya penyakit/masalah kesehatan yang benar-benar baru berdasarkan adanya paparan atau tidak. Untuk memilih desain ini, harus benar-benar dipertimbangkan dengan kondisi faktor yang dipelajari. Karena desain ini juga memiliki kelebihan dan kekurangan, yang memungkinkan desain ini akan dilakukan atau tidak.

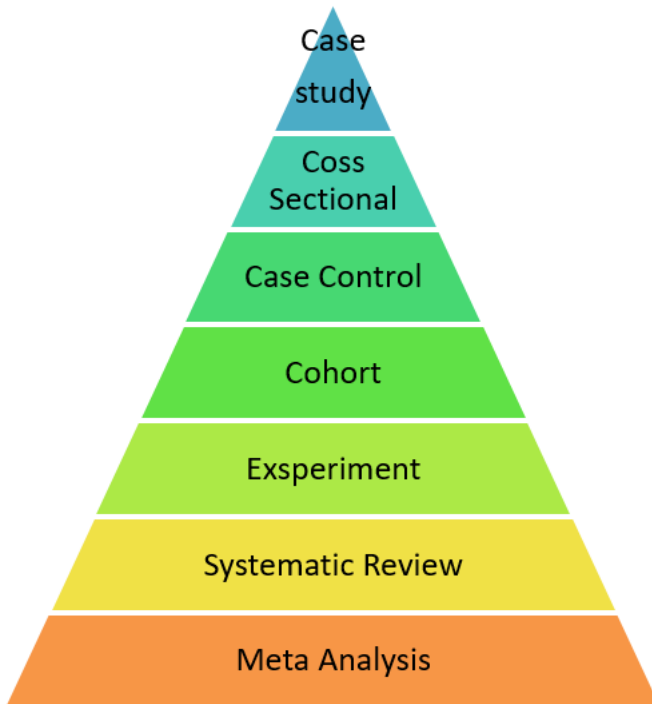
Kelebihan desain *cohort*:

1. Adanya keseragaman (uniformitas) observasi, baik terhadap faktor risiko maupun efek dari waktu ke waktu, juga dimungkinkan penggunaan pengukuran yang baku.
2. Dapat menata perbandingan yang seimbang (komparabilitas) antar dua kelompok sejak awal penelitian
3. Dapat menetapkan secara langsung besarnya angka risiko dari waktu ke waktu.
4. Memungkinkan dilakukannya peningkatan metodologi, dengan dimasukkannya waktu dalam unit analisis subjek, penelitian *cohort* retrospektif, maupun kombinasi dengan eksperimen

Kekurangan desain *cohort*:

1. Membutuhkan waktu yang cukup lama, karena bersifat longitudinal mengikuti subjek sampel muncul efek.
2. Membutuhkan sarana untuk pengamatan yang cukup banyak dan subjek penelitian yang cukup besar, untuk mengantisipasi adanya *drop out* atau *loss follow up*.
3. Membutuhkan pengelolaan yang lebih rumit, karena harus melakukan pengamatan dengan mengikuti subjek penelitian sampai terjadinya efek yang diinginkan (diteliti).
4. Secara ekonomis lebih mahal, karena proses pengamatan yang lama sampai munculnya dampak juga membutuhkan biaya, terlebih jika ada subjek yang *drop out* dan harus mencari penggantinya dengan proses dari awal.
5. Kemungkinan adanya subjek yang *drop out* atau *loss follow up* (hilang dari pengamatan), sehingga cukup mengganggu analisis.
6. Karena faktor risiko yang ada pada subjek akan diamati sampai terjadinya efek (mungkin penyakit), pada jenis penyakit atau tindakan tertentu akan menghadapi kendala etika.

Dari semua desain penelitian yang bisa digunakan dalam bidang kesehatan masyarakat, dari tingkat kesulitan dan kedalaman analisis, dapat diurutkan pada bagan berikut:



Gambar 9.3 Piramida tingkatan desain penelitian

Pada bab ini hanya dijelaskan tentang desain penelitian observasional deskripsi dan analitik sampai pada desain *cohort*. Untuk jenis penelitian eksperimen juga terdapat banyak desain yang akan lebih banyak dijelaskan pada buku desain penelitian eksperimental. Desain studi *systematic review*, merupakan penelitian yang mengompilasi seluruh penelitian yang telah dilakukan sebelumnya pada topik tertentu dari berbagai negara, sehingga dapat mengambil kesimpulan yang lebih mendalam. Selanjutnya untuk menguatkan kesimpulan dari desain *systematic review*, maka dapat

dilanjutkan dengan *meta-analysis*. Metode penelitian ini akan kita dijelaskan secara spesifik pada kesempatan yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Aschengrau, and Seage. GR. 2013. *Essential Epidemiology in Public Health third edition*. Boston MA: Jones and Bartlett Learning.
- Bowling, A., 2014, *Research methods in Health: Investigating Health and Health Services*. England: MC Graw Hill
- Lapau, B., 2013, *Metode Penelitian Kesehatan. Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi*, Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Murti, B., 2016. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi edisi keempat*, Surakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Univeritas Sebelas Maret.
- Murti, B., 2018. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi edisi kelima*, Surakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Univeritas Sebelas Maret.
- Notoatmodjo, S., 2010, *Metode Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Praktikya, AW., 2011, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Rajawali.
- Pitchforth, E., & Van Teijlingen, E., 2005. International public health research involving interpreters: A case study from Bangladesh. *BMC Public Health* 5: 1–7. doi:10.1186/1471-2458-5-71
- Tjokronegoro dan Sudarsono., 1999, *Metode penelitian bidang kedokteran*, Jakarta: FKUI

PROFIL PENULIS



Yuli Kusumawati, Dr. SKM., M.Kes(Epid), dilahirkan di Surakarta, pada 8 Juli 1974, sebagai anak pertama dari tiga bersaudara. Penulis menamatkan Pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di FKM Universitas Diponegoro tahun 1998. Pendidikan Magister ditamatkan tahun 2006 di Magister Epidemiologi Kesehatan pada Universitas yang sama. Sejak tahun 2000, penulis telah mengabdikan diri sebagai dosen di Akademi Kesehatan Lingkungan

Universitas Muhammadiyah Surakarta. Selanjutnya penulis menjadi dosen tetap di program studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Surakarta sejak tahun 2004. Penulis mendapatkan kesempatan untuk menempuh studi Doktorat di Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada dengan beasiswa LPDP dan tamat tahun 2021. Sejak menyelesaikan studi S-1, S-2 dan S-3 penulis menekuni topik-topik penelitian tentang epidemiologi dan perilaku kesehatan khususnya kesehatan wanita atau kesehatan maternal.



BAB 1 DASAR DAN LATAR BELAKANG ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes (Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar)

BAB 2 SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Yuniastini, SKM., M.Kes (Poltekkes Tanjungkarang)

BAB 3 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

Irmawati Mathar, SKM., M.Kes (STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun)

BAB 4 KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Suyanto, S.Kp, M.Kes (Poltekes Kemenkes Surakarta)

BAB 5 DASAR – DASAR KONSEP PENCEGAHAN

Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid) (STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun)

BAB 6 MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT

Dr. Dessy Hermawan, S.Kep, Ns, M.Kes (Universitas Malahayati Bandar Lampung)

BAB 7 PROGRAM – PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN

Siti Musyarofah, S.KM., M.Kes (Epid) (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal)

BAB 8 METODE PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT

Dr. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes (Epid) (Universitas Muhammadiyah Surakarta)



CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedia group
Telp/WA : +62 813 5346 4169

ISBN 978-625-5981-23-8



9 786235 981338