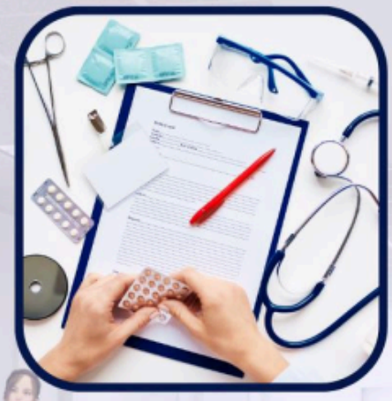
Ilmu Kesehatan Masyarakat

by Perpustakaan IIK Bhakti Wiyata

Submission date: 14-Mar-2025 10:06AM (UTC+0700)
Submission ID: 2501116722
File name: ehatan_Masyarakat_-_Arya_Ulilalbab,_S.TP.,_M.Kes._IIK_Bhakta.pdf (4.43M)
Word count: 67634
Character count: 461298

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Tim Penulis:

Arya Ulilalbab | Dwita Aryadina Rachmawati | Diyan Mutyah
Ratna Frenty Nurkhalim | Fitri Rachmillah Fadmi | Aris Handayani
Arinda Lironika Suryana | Lela Nurlela | Sondang Sidabutar
Richard Andreas Palilingan | Heni Adhianata | Eka Saudur Renaldi Sihombing
Dherlirona | Linda Widyaningsih | Tutut Pujianto | Ari Susanti
Kristian Triatmaja Raharja | Meiana Harfika | Ade Saputra Nasution
Lutfiyah Rizqulloh | Dini Setiarsih | Dwi Santy Damayati | Holif Fitriyah

Editor: Fildza Fadhila

GET IT ON Google Play

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Arya Ulilalbab
Dwita Aryadina Rachmawati
Diyan Mutyah
Ratna Frenty Nurkhalim
Fitri Rachmillah Fadmi
Aris Handayani
Arinda Lironika Suryana
Lela Nurlela
Sondang Sidabutar
Richard Andreas Palilingan
Heni Adhianata
Eka Saudur Renaldi Sihombing
Dherlirona
Linda Widyaningsih
Tutut Pujianto
Ari Susanti
Kristian Triatmaja Raharja
Meiana Harfika
Ade Saputra Nasution
Lutfiyah Rizqulloh
Dini Setiarsih
Dwi Santy Damayati
Holif Fitriyah

sada
kurnia pustaka

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Tim Penulis:
Arya Ulilalbab
Dwita Aryadina Rachmawati
Diyan Mutyah
Ratna Frenty Nurkhalim
Fitri Rachmillah Fadmi
Aris Handayani
Arinda Lironika Suryana
Lela Nurlela
Sondang Sidabutar
Richard Andreas Palilingan
Heni Adhianata
Eka Saudur Renaldi Sihombing
Dherlirona
Linda Widyaningsih
Tutut Pujianto
Ari Susanti
Kristian Triatmaja Raharja
Meiana Harfika
Ade Saputra Nasution
Lutfiyah Rizqulloh
Dini Setiarsih
Dwi Santy Damayati
Holif Fitriyah

Editor : **Fildza Fadhila, S.KM., M.Kes.**
Tata Letak : **Asep Nugraha, S.Hum.**
Desain Cover : **Septimike Yourintan Mutiara, S.Gz.**
Ukuran : **UNESCO 15,5 x 23 cm**
Halaman : **xiv, 318**
ISBN : **978-623-8385-10-2**
Terbit Pada : **September 2023**
Anggota IKAPI : **No. 073/BANTEN/2023**

Hak Cipta 2023 @ Sada Kurnia Pustaka dan Penulis
Hak cipta dilindungi undang-undang dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit dan penulis.

PENERBIT PT SADA KURNIA PUSTAKA
Jl. Warung Selikur Km.6 Sukajaya – Carenang, Kab. Serang Banten
Email : sadapenerbit@gmail.com
Website : sadapenerbit.com & repository.sadapenerbit.com
Telpon/WA : +62 838 1281 8431

KATA PENGANTAR

Selamat datang para pembaca buku ilmu kesehatan masyarakat, sebuah disiplin yang memadukan ilmu pengetahuan dan seni yang berfokus pada upaya promotif dan preventif untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Buku ini adalah panduan komprehensif yang dirancang untuk membantu Anda untuk memahami dasar dan cakupan ilmu kesehatan masyarakat, tantangan kesehatan Masyarakat ke depan, dan bagaimana konsep yang dapat diaplikasikan dalam praktik sehari-hari. Ilmu kesehatan masyarakat adalah bidang yang terus berkembang dengan dampak yang besar pada kualitas hidup. Hal tentang menciptakan masyarakat yang lebih sehat secara keseluruhan. Melalui buku ini kami berharap dapat memberikan wawasan mendalam beberapa diantaranya yaitu tentang bagaimana faktor-faktor seperti lingkungan, perilaku, sosial, dan ekonomi dapat memengaruhi kesehatan dan tindakan apa yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan yang efektif dan efisien.

Buku ini disusun oleh para ahli kesehatan masyarakat dan ahli terkait yang berpengalaman dan peneliti terkemuka, dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang jelas dan praktis tentang konsep-konsep kesehatan masyarakat. Setiap bab dirancang untuk memberikan dasar yang kuat dalam topik yang beragam, diantaranya yaitu : 1). Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2). Promosi Kesehatan, 3). Ilmu Perilaku, 4). Kependudukan, 5). Biostatistik, 6). Kesehatan Reproduksi, 7). Kesehatan Anak, 8). Kesehatan Jiwa, 9). Kesehatan Lingkungan, 10). Kesehatan dan Keselamatan Kerja, 11). Gizi Masyarakat, 12). Administrasi Rumah Sakit, 13). Manajemen Kesehatan, 14). Ekonomi Kesehatan, 15). Epidemiologi, 16). Informasi Kesehatan, 17). Kesehatan Keluarga, 18). Pengobatan Tradisional di Masyarakat, 19). Kesehatan Lansia, 20). Etika dan Hukum Kesehatan, 21). Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, 22). Pelayanan Kesehatan, 23). Dasar Biomedis untuk Kesehatan Masyarakat. Kami mengundang Anda untuk menjelajahi buku ini secara cermat, menggali pemahaman

mendalam tentang kesehatan masyarakat, dan menggunakan pengetahuan ini untuk mengatasi tantangan kesehatan masyarakat yang dihadapi di dunia saat ini.

Semoga buku ini dapat memberikan landasan yang kuat dalam perjalanan Anda untuk berkontribusi pada kesejahteraan masyarakat dan menjadikan bumi ini tempat yang lebih indah dan sehat bagi semua. Terima kasih telah memilih buku ini sebagai sumber pengetahuan Anda. Semoga Anda menemukan inspirasi dan wawasan yang berharga di dalamnya.

Salam sehat,

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **v**

DAFTAR ISI ..... **vii**

BAB 1 PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT **1**

Pendahuluan 1

Filsafat Ilmu Kesehatan Masyarakat 3

Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat 5

Peran Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan 8

Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia dan Cara Penanganannya 9

Daftar Pustaka 12

Profil Penulis 13

BAB 2 PROMOSI KESEHATAN **14**

Pendahuluan 14

Definisi Promosi Kesehatan 17

Manfaat Promosi Kesehatan 17

Prinsip Dasar dan Tujuan Promosi Kesehatan 19

Perkembangan Konsep Promosi Kesehatan 20

Strategi Promosi Kesehatan 20

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan 22

Media Promosi Kesehatan 24

Elemen Kunci Promosi Kesehatan 27

Daftar Pustaka 28

Profil Penulis 30

BAB 3 ILMU PERILAKU 31
Pengertian Perilaku 31
Perilaku Kesehatan 33
Domain Perilaku 36
Daftar Pustaka 42
Profil Penulis 43
BAB 4 KEPENDUDUKAN 44
Konsep Populasi dan Demografi 44
Kaitan Kependudukan dengan Kesehatan Masyarakat 44
Pengertian Ukuran dan Karakteristik Demografi 46
Manfaat Data Demografis untuk Kepentingan Kesehatan Masyarakat 47
Kaitan Karakteristik Demografis dengan Kualitas Hidup 49
Daftar Pustaka 56
Profil Penulis 57
BAB 5 BIOSTATISTIK 58
Definisi Biostatistik 58
Fungsi Biostatistik 59
Definisi Data 59
Jenis Data 59
Pengumpulan Data 61
Pengolahan Data 65
Analisis Data 66
Penyajian Data 69
Daftar Pustaka 72
Profil Penulis 73
BAB 6 KESEHATAN REPRODUKSI 74
Pendahuluan 74

Definisi Kesehatan Reproduksi 74
Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Lingkup Kehidupan 75
Hak-Hak Reproduksi 75
Siklus Reproduksi 76
Remaja 78
Produktif 79
Klimakterium dan Menopause 79
Faktor yang Memengaruhi Siklus Kesehatan Wanita 81
Faktor yang Memengaruhi Siklus Kesehatan Seorang Wanita 82
Daftar Pustaka 84
Profil Penulis 86
BAB 7 KESEHATAN ANAK 87
Gambaran Status Kesehatan Anak 88
Pertumbuhan dan Perkembangan Anak 90
Upaya Menjaga Kesehatan Anak 92
Masalah Kesehatan Anak 95
Daftar Pustaka 98
Profil Penulis 100
BAB 8 KESEHATAN JIWA 101
Pendahuluan 101
Kesehatan Jiwa 102
Ciri-Ciri Sehat Jiwa (Mental) 103
Kondisi Kesehatan Mental Masyarakat 105
Fenomena di Indonesia 107
Daftar Pustaka 111
Profil Penulis 112

BAB 9 KESEHATAN LINGKUNGAN 113
Latar Belakang dan Sejarah Kesehatan Lingkungan 113
Konsep Kesehatan Lingkungan 114
Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan 115
Tujuan Kesehatan Lingkungan 117
Masalah Kesehatan Lingkungan Di Indonesia 118
Pembuangan Sampah 119
Serangga Sebagai Reservoir (Habitat dan *Survival*) 119
Makanan dan Minuman 120
Pencemaran Lingkungan 120
Upaya Kesehatan Lingkungan 124
Daftar Pustaka 125
Profil Penulis 126
BAB 10 KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA 127
Pendahuluan 127
Filosofi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) 128
Sejarah Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) 129
Pengertian Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) 132
Tujuan Penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) ... 134
Fungsi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) 134
Peranan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) 134
Daftar Pustaka 136
Profil Penulis 138
BAB 11 GIZI MASYARAKAT 139
Pendahuluan 139
Permasalahan Gizi Masyarakat 140
Permasalahan Gizi yang Umum Di Indonesia 141
Penanggulangan Masalah Gizi 142

Gizi pada Balita 144
Gizi pada Anak Usia Sekolah 146
Gizi pada Ibu Hamil 148
Gizi pada Lanjut Usia 150
Daftar Pustaka 151
Profil Penulis 153
BAB 12 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT 154
Pendahuluan 154
Konsep Administrasi 155
Rumah Sakit 159
Daftar Pustaka 166
Profil Penulis 167
BAB 13 MANAJEMEN KESEHATAN 168
Sejarah Perspektif Ilmu Manajemen 168
Perencanaan (*Planning*) Manajemen Kesehatan 169
Pengorganisasian (*Organization*) Manajemen Kesehatan 171
Pelaksanaan (*Actuating*) Manajemen Kesehatan 172
Monitoring (*Controlling*) dan Evaluasi Manajemen Kesehatan 173
Daftar Pustaka 177
Profil Penulis 179
BAB 14 EKONOMI KESEHATAN 180
Pengertian Ekonomi Kesehatan 180
Tujuan Ekonomi Kesehatan 182
Hubungan Ilmu Kesehatan dan Ilmu Ekonomi 183
Aspek Ekonomi Kesehatan 184
Karakteristik Pelayanan Kesehatan 185
Konsep *Demand* pada Sektor Kesehatan 186

Pengertian *Demand* Kesehatan 186
Faktor yang Bisa Memengaruhi *Demand* (Permintaan)..... 188
Prinsip Ekonomi 188
Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan 189
Konsep Dasar Ekonomi Kesehatan 189
Ciri pada Bidang Kesehatan 190
Daftar Pustaka 193
Profil Penulis 194
BAB 15 EPIDEMIOLOGI 195
Pendahuluan 195
Pengertian Epidemiologi 196
Teori dan Aplikasi Konsep Dasar Terjadinya Penyakit di Masyarakat 197
Dinamika Penduduk, Epidemiologi, dan Kesehatan Masyarakat 203
Daftar Pustaka 205
Profil Penulis 206
BAB 16 INFORMASI KESEHATAN 207
Definisi Informasi Kesehatan 207
Klasifikasi Informasi 208
Jenis Informasi Kesehatan 209
Sumber Data dan Informasi Kesehatan 210
Pengolahan Data dan Informasi Kesehatan 212
Penyimpanan Data dan Informasi Kesehatan 216
Ancaman terhadap Keamanan Informasi Kesehatan 217
Daftar Pustaka 220
Profil Penulis 221

BAB 17 KESEHATAN KELUARGA 222
Konsep Keluarga dan Kesehatan 222
Kesehatan Ibu 223
Kesehatan Bayi dan Anak 228
Kesehatan Remaja 230
Kesehatan Usia Dewasa dan Lanjut Usia 231
Daftar Pustaka 234
Profil Penulis 237
BAB 18 PENGOBATAN TRADISIONAL DI MASYARAKAT 238
Pengertian Pengobatan Tradisional 238
Penggunaan Pengobatan Tradisional di Indonesia 240
Jenis Pengobatan Tradisional 240
Nama dan Pemanfaatan Tanaman Obat 242
Poli Pengobatan Tradisional 245
Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan Tradisional 247
Penelitian Mengenai Pengobatan Tradisional 248
Daftar Pustaka 251
Profil Penulis 253
BAB 19 KESEHATAN LANSIA 254
Proses Menua 254
Teori Proses Penuaan 256
Batasan Usia Lanjut 258
Permasalahan Kesehatan yang Terjadi Pada Usia Lansia 259
Permasalahan Nutrisi Pada Populasi Usia Lanjut (Lansia) 261
Kebutuhan Gizi Pada Lanjut Usia (Lansia) 263
Daftar Pustaka 267
Profil Penulis 269

BAB 20 ETIKA DAN HUKUM KESEHATAN..... 270
Pengertian Etika 270
Prinsip-prinsip Dasar Etika..... 271
Etika Kesehatan 274
Hukum Kesehatan 276
Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan 277
Daftar Pustaka..... 279
Profil Penulis..... 280
BAB 21 SOSIOLOGI ANTROPOLOGI KESEHATAN 281
Pendahuluan 281
Sosiologi Kesehatan 282
Antropologi Kesehatan..... 283
Konsep Budaya 285
Konsep Perilaku Kesehatan 286
Konsep Sehat..... 288
Studi-Studi dalam Sosiologi dan Antropologi Kesehatan 289
Daftar Pustaka..... 291
Profil Penulis..... 293
BAB 22 PELAYANAN KESEHATAN..... 294
Pengertian Pelayanan Kesehatan..... 294
Pembagian Pelayanan Kesehatan 294
Fasilitas Pelayanan Kesehatan 296
Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit . 297
Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja di Tingkat Daerah 299
Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Kabupaten 300

Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Kecamatan 300
Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Desa 304
Daftar Pustaka 306
Profil Penulis 307
BAB 23 DASAR BIOMEDIS UNTUK KESEHATAN MASYARAKAT 308
Pendahuluan 308
Definisi Biomedis 309
Dasar-Dasar Biomedis untuk Kesehatan Masyarakat 311
Prinsip Etika Biomedis 312
Peranan Biomedis dalam Pengendalian Antraks 314
Daftar Pustaka 316
Profil Penulis 318

BAB 1
PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Arya Ulilalbab, S.TP., M.Kes.
Program Studi S1 Gizi, Fakultas Kesehatan
Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

Pendahuluan

Kesehatan masyarakat merupakan disiplin ilmu dan praktik terkait pemahaman, pemeliharaan, pencegahan, dan meningkatkan derajat kesehatan pada masyarakat. Kajian ilmu kesehatan masyarakat yaitu pada kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada kesehatan fisik tetapi kesehatan jiwa juga. Hal ini mencakup pemahaman tentang faktor yang memengaruhi kesehatan dalam aspek ekonomi, sosial, lingkungan, budaya, dan lain sebagainya serta cara pencegahan dan penanganan permasalahan kesehatan dalam lingkup keilmuan kesehatan masyarakat.

Kesehatan masyarakat mempunyai peranan yang penting dalam pencegahan penyakit dan peningkatan kualitas hidup serta kualitas kesehatan pada masyarakat. Ilmu ini juga menjadi semakin relevan dalam menghadapi tantangan kesehatan global, seperti pandemi penyakit menular, semakin banyaknya penderita penyakit degeneratif, perubahan iklim, masalah kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, serta masalah kesehatan di lingkup tempat kerja. Dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat perlu upaya kolaboratif dengan berbagai pihak untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat melalui pendekatan multidisiplin keilmuan.

Perkembangan kesehatan masyarakat kedepan bisa dipengaruhi oleh perkembangan kondisi lingkungan, gaya hidup, politik, sosial, ekonomi, dan didukung oleh riset ilmiah yang dilakukan oleh ilmuwan. Perkiraan tentang tren masa depan kesehatan masyarakat berdasarkan arah perkembangan saat ini dan perkembangan yang sedang berlangsung di antaranya yaitu:

1. **Krisis Kesehatan Global**
   Kesehatan masyarakat akan terus berfokus pada respon terhadap pandemi seperti COVID-19 beberapa waktu yang lalu dan perlu berbagai persiapan untuk mencegah adanya potensi krisis kesehatan global di masa depan. Peran pemantauan pada penyakit tidak menular ataupun penyakit menular, sistem peringatan sejak dini, dan koordinasi dengan berbagai lembaga internasional harus dilakukan untuk mencegah terjadinya krisis kesehatan global.

2. **Kesehatan Digital**
   Komunikasi dan teknologi informasi dewasa ini makin banyak digunakan dalam pemantauan kesehatan. Saat ini banyak juga pihak yang menerapkan telemedicine dalam manajemen kesehatan. Penggunaan aplikasi dalam kesehatan kedepan akan menjadi umum dijumpai sehingga lebih memungkinkan pemantauan kesehatan secara mandiri dan melakukan perawatan jarak jauh.

3. **Kesehatan Mental dan Kesejahteraan**
   Kesehatan mental akan terus menjadi fokus utama seiring dengan adanya perubahan gaya hidup dan perkembangan teknologi. Masyarakat akan lebih memahami pentingnya kesehatan mental sehingga kedepan layanan kesehatan mental akan semakin tersedia dan lebih mudah terjangkau oleh masyarakat.

4. **Kesehatan Lingkungan dan Perubahan Iklim**
   Kesehatan masyarakat kedepan akan lebih berfokus juga terhadap dampak perubahan iklim dan lingkungan baik polusi udara, pencemaran air, tanah dan terjadinya kontaminasi pada makanan.

Upaya untuk mencegah dan mengurangi efek perubahan iklim serta kesehatan lingkungan kedepan akan menjadi prioritas.

5. **Peningkatan Akses ke Fasilitas Kesehatan**
   Upaya untuk meningkatkan akses ke fasilitas kesehatan yang berkualitas akan semakin diperhatikan, terutama di daerah-daerah yang masih memiliki tantangan dalam hal aksesibilitas dan kesenjangan kesehatan.

6. **Kesehatan pada Lanjut Usia**
   Dengan banyaknya populasi lansia di beberapa negara maka perlu perhatian khusus untuk menjaga serta mencegah kesehatan mental, penyakit degeneratif, serta perlu penanganan perawatan yang sesuai pada lansia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan prima.

Penting bagi para profesional kesehatan masyarakat, pemerintah dan masyarakat yang berkecimpung dalam bidang tersebut untuk beradaptasi dengan perkembangan dan terus meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat masa depan.

Filsafat Ilmu Kesehatan Masyarakat

Filsafat kesehatan masyarakat membahas terkait upaya mencari, mengamati, menyelidiki dan melakukan klarifikasi masalah kesehatan di masyarakat. Hal tersebut akan dilakukan secara sistematis dan mendalam untuk mengungkap kebenaran ataupun strategi pencegahannya. Filsafat juga mengajarkan bagaimana kita berpikir secara logis sehingga setiap tindakan yang dilakukan bisa terarah dan pada akhirnya bermanfaat untuk masyarakat.

Studi kasus filsafat kesehatan masyarakat, contohnya dalam bidang gizi masyarakat yaitu adanya prevalensi stunting yang tinggi pada suatu wilayah. Melihat kondisi tersebut maka kita akan menyelidiki kenapa hal tersebut bisa terjadi, apa akibatnya, dampak secara langsung ataupun tidak langsung serta upaya apa yang harus dilaksanakan untuk mengurangi sampai menghilangkan

permasalahan tersebut. Semua rangkaian kegiatan itu dapat dilakukan dengan berfilsafat.

1. **Ontologi**

   Ontologi merupakan hakikat pengetahuan yang menjadi asumsi dasar ilmu (Wibisono, 2008). Ontologi diartikan juga sebagai studi terkait konsep realitas, dijelaskan oleh suatu disiplin ilmu (Dharmawan, A.H., 2007). Ontologi kesehatan masyarakat merupakan suatu upaya memahami dan mengembangkan pengetahuan kesehatan masyarakat, dalam hal ini terkait pencegahan dan penanganan terhadap masalah kesehatan dengan pendekatan keilmuan kesehatan masyarakat.

   Pengertian ilmu kesehatan masyarakat sesuai yang disampaikan Prof. Winslow yaitu "Ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya" (Leavell and Clark, 1958).

   Secara ontologi, bidang kesehatan melihat manusia sebagai objek. Fisik manusia sebagai geometri tubuh memiliki 4 dimensi yaitu: 1) Kesinambungan ruang dengan masalah regulasi dan derajat kesehatan Masyarakat; 2) Kesinambungan waktu dengan masalah konsep sehat-sakit; 3) Kemampuan merepresentasikan kepada sesama yang merupakan persoalan eksternal tubuh; 4). Kemampuan menahan hasrat yang merupakan masalah internal tubuh (Agustina, 2008).

2. **Epistemologi**

   Epistemologi atau sejarah perkembangan keilmuan dalam menelaah asal mula dan ruang lingkup ranah pengetahuan yang menjawab "bagaimana ilmu pengetahuan didapatkan dan dibangun" (Dharmawan, A.H., 2007). Epistemologi merupakan

sumber, sarana, metode menuju ilmu pengetahuan (Wibisono, 2008). Epistemologi membahas segala bidang terkait batasan, sumber, metode memperoleh, kebenaran berdasarkan data ilmiah, dan perkembangan pengetahuan demi kesejahteraan.

Dalam menciptakan derajat kesehatan masyarakat, bidang ini akan selalu terintegrasi dengan keilmuan lainnya. Pemenuhan hak terkait kesehatan merupakan bagian hak asasi manusia yang termasuk bagian dari kewajiban yang harus dipenuhi negara untuk melaksanakan pembangunan kesehatan. Hal ini dikarenakan apabila mengabaikan hak kesehatan akan memberikan dampak munculnya masalah kesehatan sehingga pada akhirnya meluas menjadi permasalahan sosial dan masalah lainnya pada akhirnya dapat memengaruhi derajat kesehatan suatu negara (Suryanti, P.E., 2021).

3. **Aksiologi**

Aksiologi adalah tolak ukur kebenaran ilmiah yang menjadikan etik dan moral sebagai dasar normatif dalam penggalian, penelitian, dan aplikasi ilmu (Wibisono, 2008). Aksiologi juga bisa berarti pemanfaatan pengetahuan untuk meningkatkan kebutuhan hidup dan kesejahteraan manusia.

Perilaku terkait kesehatan masyarakat contohnya seperti mencuci tangan dan membuang sampah pada tempatnya merupakan hal yang pada umumnya mudah dilakukan masyarakat. Kepatuhan masyarakat berperilaku sehat akan memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat diantaranya adalah pelayanan kesehatan, gaya hidup, perilaku, lingkungan, dan genetik (Suryanti, P.E., 2021).

Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Lingkup kajian kesehatan masyarakat meliputi berbagai bidang yang berhubungan dengan pencegahan, pemeliharaan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Berikut adalah beberapa bidang keilmuan yang terdapat dalam lingkup kesehatan masyarakat :

1. **Gizi Masyarakat**

Gizi masyarakat adalah salah satu bagian dari kesehatan masyarakat, berfokus pada pemahaman, promosi, dan pengelolaan

gizi yang ditujukan untuk masyarakat serta mencakup juga kajian terkait keamanan pangan.

2. **Epidemiologi**
   Epidemiologi merupakan cabang keilmuan yang mempelajari sebaran, penyebab, dan kontrol penyakit dalam populasi. Epidemiologi membantu dalam mengidentifikasi faktor risiko kesehatan dan pola-pola penyakit.

3. **Promosi Kesehatan**
   Promosi kesehatan berfokus pada upaya untuk mendorong perilaku hidup sehat pada masyarakat. Cakupan bidang ini termasuk pendidikan, penyuluhan, dan advokasi kesehatan untuk menciptakan gaya hidup sehat pada masyarakat.

4. **Manajemen Kesehatan**
   Manajemen kesehatan mengkaji perencanaan, organisasi, dan pengelolaan sistem kesehatan untuk memastikan tersedianya fasilitas sumber daya, sarana dan prasarana kesehatan.

5. **Kebijakan Kesehatan**
   Pembuatan kebijakan kesehatan adalah aspek penting dari kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan melibatkan pembuatan aturan dan regulasi yang mendukung kesehatan masyarakat.

6. **Kesehatan Lingkungan**
   Kesehatan masyarakat juga mencakup perlindungan lingkungan dan pemahaman tentang bagaimana faktor-faktor lingkungan seperti polusi udara dan air dapat memengaruhi kesehatan manusia.

7. **Kesehatan Masyarakat Global**
   Kesehatan masyarakat tidak terbatas pada tingkat nasional. Ini juga mencakup isu-isu kesehatan global seperti pandemi, migrasi, dan kerja sama internasional dalam pengendalian penyakit.

8. **Kesehatan Reproduksi**
   Ini berkaitan dengan kesehatan ibu, kesehatan anak, perencanaan keluarga, dan isu-isu kesehatan reproduksi lainnya.

9. **Kesehatan Mental**
   Fokus pada kesehatan mental dan penyakit jiwa serta upaya untuk mencegah, mengidentifikasi, dan merawat gangguan mental pada masyarakat.

10. **Kesehatan Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan**
    Memahami perbedaan dalam tantangan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan serta merancang strategi kesehatan yang sesuai untuk setiap wilayah.

11. **Biostatistik**
    Biostatistik merupakan cabang dari ilmu statistik yang berfokus pada pengumpulan, analisis, dan interpretasi data dalam konteks ilmu biologi, kesehatan masyarakat, dan kedokteran. Biostatistik memiliki peran penting dalam memahami hubungan antara faktor lingkungan, genetik, dan kesehatan manusia serta dalam merancang eksperimen dan studi observasional dalam berbagai disiplin ilmu tersebut.

12. **Keselamatan dan Kesehatan Kerja**
    Bidang keselamatan dan kesehatan kerja (K3) berfokus pada usaha untuk menjaga keselamatan dan meningkatkan kesehatan selama di tempat kerja. Ini memiliki tujuan untuk mencegah kecelakaan, cedera, terpapar penyakit terkait pekerjaan, dan meningkatkan kualitas hidup pekerja.

Ruang lingkup kesehatan masyarakat sangat luas dan mencakup multidisiplin keilmuan. Beberapa diantaranya melibatkan berbagai disiplin ilmu seperti kedokteran, ilmu sosial, ilmu politik, manajemen, ekonomi, statistik, antropologi, agrokompleks, dan banyak lagi. Tujuan akhir dari kesehatan masyarakat adalah meningkatkan

kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan dengan mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan yang ada.

Peran Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan

Masyarakat berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan individu maupun masyarakat. Berikut merupakan beberapa upaya yang bisa dilakukan oleh masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan:

1. **Pendidikan Kesehatan**
   Masyarakat dapat aktif mengambil bagian dalam program-program pendidikan kesehatan dan menyebarkan informasi yang benar tentang praktik-praktik kesehatan yang baik. Ini termasuk penyebaran informasi tentang gizi, kebersihan, dan pentingnya aktivitas fisik.

2. **Promosi Gaya Hidup Sehat**
   Masyarakat dapat mengedukasi diri sendiri dan orang lain tentang pentingnya gaya hidup sehat. Ini termasuk berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, menjaga pola makan seimbang, dan rutin berolahraga.

3. **Kebersihan Lingkungan**
   Masyarakat dapat berperan dalam menjaga kebersihan lingkungan mereka. Ini mencakup pemilahan sampah, pengelolaan limbah yang aman, dan pembersihan lingkungan sekitar supaya tidak menjadi tempat berkembangnya vektor penyakit, salah satu contohnya yaitu nyamuk.

4. **Partisipasi dalam Program Pencegahan**
   Masyarakat dapat ikut serta dalam program-program pencegahan penyakit tertentu, seperti program skrining untuk kanker atau penyakit jantung.

5. **Pemberdayaan Masyarakat**
   Pemberdayaan masyarakat melibatkan memberikan warga akses ke pengetahuan, sumber daya, dan keputusan yang mereka butuhkan untuk mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan

kesehatan mereka sendiri. Ini mencakup memastikan layanan kesehatan dan pendidikan memiliki akses yang lebih baik.

6. **Partisipasi dalam Kegiatan Sosial**
   Bergabung dalam kegiatan sosial dan komunitas dapat memberikan dukungan sosial yang penting untuk kesehatan mental dan emosional. Hal ini dapat membantu meningkatkan kesejahteraan mental sehingga mengurangi tingkat stres.

7. **Mengikuti Pedoman Keamanan**
   Masyarakat dapat mengikuti pedoman keamanan di tempat kerja, di rumah, dan saat berkendara. Hal ini dapat membantu menghindari cedera yang dapat memengaruhi kesehatan.

8. **Pendukung Pelayanan Kesehatan**
   Masyarakat dapat menjadi pendukung penting dalam berjalannya sistem kesehatan dengan mendukung dan menghormati tenaga kesehatan.

9. **Advokasi Kesehatan Masyarakat**
   Masyarakat dapat terlibat dalam advokasi untuk perubahan kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat. Hal ini mencakup mendukung kebijakan yang membatasi paparan terhadap faktor risiko kesehatan seperti rokok, alkohol, atau makanan yang tidak sehat.

Penting untuk diingat bahwa meningkatkan derajat kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah bersama masyarakat, dan sektor kesehatan. Kolaborasi antara berbagai pihak dalam masyarakat adalah kunci untuk mencapai hasil yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan populasi.

Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia dan Cara Penanganannya

Indonesia, sebagai negara dengan populasi yang besar dan beragam, menghadapi sejumlah masalah kesehatan masyarakat yang beragam.

Berikut adalah beberapa masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di Indonesia beserta strategi untuk menangani masalah tersebut:

1. **Malnutrisi**
   Malnutrisi masih menjadi masalah serius di beberapa daerah Indonesia, terutama pada anak-anak. Malnutrisi bisa berupa gizi kurang (stunting dan kurang gizi), atau gizi lebih (obesitas). Cara penanganannya yaitu :
   a. Promosi gizi yang baik melalui pendidikan kesehatan.
   b. Program pemberian makanan tambahan pada ibu hamil dan anak.
   c. Peningkatan akses ke makanan bergizi, terutama untuk keluarga miskin.
   d. Kampanye untuk mengubah pola makan dan gaya hidup sehat.

2. **Infeksi Menular**
   Indonesia menghadapi risiko infeksi menular seperti demam berdarah, tuberkulosis, dan penyakit menular lainnya. Cara penanganannya yaitu:
   a. Peningkatan sistem pelayanan kesehatan untuk deteksi dini dan penanganan penyakit menular.
   b. Edukasi dan promosi perilaku sehat untuk mencegah penularan penyakit.

3. **Kesehatan Ibu dan Anak**
   Tingginya angka kematian ibu dan anak di beberapa wilayah Indonesia menjadi perhatian. Cara penanganannya yaitu:
   a. Perluasan akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas.
   b. Peningkatan pemantauan dan perawatan selama kehamilan dan persalinan.
   c. Promosi praktik menyusui yang baik dan perawatan bayi yang benar.

4. **Polusi Udara dan Lingkungan**
   Polusi udara dan permasalahan lingkungan lainnya berkontribusi pada masalah kesehatan masyarakat seperti gangguan pernapasan dan penyakit terkait lingkungan. Cara penanganannya yaitu:

a. Perbaikan aturan terkait lingkungan dan penegakan hukum terkait polusi.
b. Pengenalan transportasi berkelanjutan.
c. Peningkatan kesadaran masyarakat tentang dampak polusi lingkungan.

5. Kesehatan Mental

Masalah kesehatan mental seperti depresi dan gangguan kecemasan semakin meningkat di Indonesia. Cara penanganannya yaitu :

a. Peningkatan akses ke layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial.
b. Penyuluhan tentang pentingnya kesehatan mental ke remaja.
c. Pelayanan kesehatan mental terintegrasi.

6. Penyakit Tidak Menular (PTM)

Penyakit seperti diabetes, hipertensi, dan kanker semakin menjadi masalah kesehatan di Indonesia karena perubahan gaya hidup. Cara penanganannya yaitu:

a. Pengenalan pola makan sehat dan olahraga teratur.
b. Peringatan tentang bahaya merokok dan konsumsi alkohol.
c. Peningkatan akses ke layanan pencegahan PTM.

7. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan

Masih ada ketidaksetaraan dalam akses ke perawatan kesehatan, terutama antara daerah perkotaan dan pedesaan. Cara penanganannya yaitu:

a. Peningkatan jaringan fasilitas kesehatan di pedesaan.
b. Program bantuan keuangan untuk memfasilitasi akses masyarakat miskin ke pelayanan kesehatan.
c. Pelatihan tenaga medis dan paramedis untuk daerah terpencil.

Penanganan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia memerlukan kolaborasi antara pemerintah, sektor swasta, LSM, dan masyarakat umum. Pendidikan kesehatan yang baik, promosi perilaku sehat, dan perubahan kebijakan yang bijak merupakan bagian penting dari solusi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Daftar Pustaka

Agustina. (2008). Tinjauan Filsafat Kesehatan Reproduksi. *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *3*(3), 126–132.

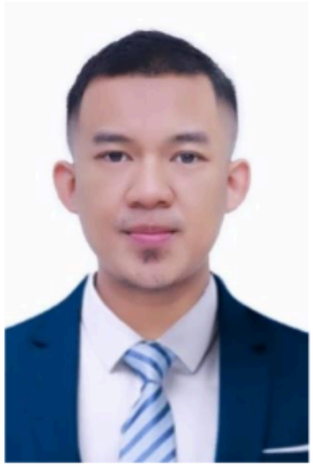
Arya Hadi Dharmawan. (2007). Dinamika Sosio-ekologi Pedesaan: Perspektif dan Pertautan Keilmuan Ekologi Manusia, Sosiologi Lingkungan dan Ekologi Politik. *Sodality: Jurnal Transdisiplin Sosiologi, Komunikasi, Dan Ekologi Manusia*, *1*(1), 1–40.

Leavell and Clark. (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill.

Putu Emy Suryanti. (2021). Konsep Sehat-Sakit: Sebuah Kajian Filsafat. *SANJIWANI: Jurnal Filsafat*, *12*(1), 88–99.

Wibisono, K. (2008). *Hand-out Kuliah S3 Filsafat Ilmu Tahun Akademik 2007/ 2008*.

PROFIL PENULIS



Arya Ulilalbab, S.TP., M.Kes.

Penulis mengambil Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Gizi di Universitas Airlangga pada tahun 2012 dan lulus tahun 2014. Sebelumnya, penulis menempuh Pendidikan Sarjana Ilmu dan Teknologi Pangan Universitas Brawijaya dengan masa studi 3 tahun 6 bulan. Sekolah tingkat atas penulis selesaikan di MAN 3 Kediri (sekarang beralih nama menjadi MAN 2 Kota Kediri). Di sekolah ini penulis pernah menjadi pengurus organisasi Pers Jurnalistik sehingga kesukaan menulis semakin terasah sejak mengikuti organisasi tersebut. Selama menempuh pendidikan sarjana, penulis aktif mengikuti organisasi IAAS (*International Association of Students in Agricultural and Related Sciences*), sebagai koordinator asisten praktikum biologi dasar dan sebagai asisten praktikum gizi dan evaluasi pangan.

Penulis memiliki kepakaran di bidang pengembangan produk, pangan fungsional, dan kesehatan masyarakat. Sebagai dosen profesional, penulis aktif melakukan tridharma (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat) dibidang tersebut. 2 judul penelitian yang telah dilakukan mendapat dana hibah dari Kemenristek DIKTI. Penulis telah mempublikasikan hasil penelitian, hasil pengabdian kepada masyarakat dan memiliki publikasi buku dengan judul "Obesitas Anak Usia Sekolah". Selain itu, sampai saat ini penulis aktif menjadi *reviewer* AcTion: *Aceh Nutrition Journal* (Sinta 2) dan Amerta Nutrition (Sinta 2). Saat ini penulis aktif sebagai anggota Perhimpunan Penggiat Pangan Fungsional dan Nutrasetikal Indonesia (P3FNI).

Email Penulis: arya.foodtechnologist@gmail.com

BAB 2
PROMOSI KESEHATAN

dr. Dwita Aryadina Rachmawati, M. Kes., FISPH, FISCM.
Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Pendahuluan

Indeks Pembangunan Manusia atau yang dikenal sebagai *Human Development Index* (HDI) merupakan salah satu ringkasan tolak ukur pencapaian atau perkembangan suatu negara dilihat dari tiga dimensi: pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Masing-masing dimensi dinilai dengan berbagai indikator. Dimensi kesehatan dinilai dari umur harapan hidup, dimensi Pendidikan dinilai dari rata-rata lamanya Pendidikan bagi individu berusia 25 tahun atau lebih, serta dimensi ekonomi dinilai dari pendapatan nasional per kapita (GNP). Untuk mencapai IPM yang tinggi dimensi kesehatan memegang peranan penting dan perlu mendapatkan perhatian penting dari pemerintah dan unsur-unsur di bawahnya (*World Health Organization*, 2016)

Menurut H.L. Blum derajat kesehatan masyarakat yang baik dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan, sehingga optimalisasi dari berbagai faktor tersebut perlu diupayakan. Perilaku manusia dengan spektrum yang luas dan bervariasi menjadi tantangan di era digitalisasi saat ini untuk bisa diarahkan menuju perilaku kesehatan yang lebih baik dan lebih sehat. Promosi kesehatan merupakan proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan kontrol atas, dan untuk meningkatkan kesehatan mereka. Untuk mencapai keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap, seorang individu atau kelompok harus dapat mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, untuk memenuhi

kebutuhan, dan untuk mengubah lingkungan. (Braveman & Gottlieb, 2014)

Perubahan ke arah kondisi kesehatan yang lebih baik, diawali dengan melakukan pencegahan. Menurut Leavel and Clark (Nurmala et al., 2018)terdapat 5 level upaya pencegahan untuk menghindari penyakit sebagai berikut:

1. ***Health Promotion*** **(Promosi Kesehatan)**
   Promosi kesehatan merupakan tahapan yang pertama dan utama dalam hal mencegah penyakit. Melalui promosi kesehatan diharapkan Masyarakat memiliki cukup informasi untuk mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

2. ***Specific Protection*** **(Perlindungan Khusus)**
   Tahapan ini berupaya memberikan perlindungan optimal kepada orang-orang atau kelompok yang memiliki risiko terkena suatu penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Perlindungan yang bersifat spesifik menurunkan kemungkinan individu tersebut terpapar dari kondisi/ bahaya/ risiko penyakit tertentu.

3. ***Early Diagnosis and Prompt Treatment*** **(Diagnosis Dini dan Pengobatan yang Cepat dan Tepat)**
   Ketika seorang individu jatuh sakit, semakin dini diagnosis dan pengobatan didapatkan, diharapkan prognosis sembuh dari penyakit yang diderita individu tersebut semakin baik. Penanganan awal yang cepat sama pentingnya dengan penanganan yang tepat. Keuntungan lain yang didapat di level ini adalah dapat mengurangi biaya pengobatan dan dapat mencegah kondisi penyakit individu yang lebih parah bila dibiarkan tanpa tindakan kuratif.

4. ***Disability Limitation*** **(Pembatasan Kecacatan)**
   Ketidakmampuan melakukan pencegahan di level sebelumnya memunculkan risiko timbul kecacatan. Oleh karena itu, bila seorang individu sudah mengalami kondisi sakit, pengobatan sebaiknya diupayakan mendekati sempurna agar kecacatan dapat dicegah.

5. ***Rehabilitation*** **(Rehabilitasi)**

   Level pencegahan yang terakhir adalah rehabilitasi yang secara sederhana bersifat sebagai pemulihan. Pada tahap ini, individu atau kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan diharapkan bisa benar-benar pulih dari penyakitnya sehingga individu tersebut dapat beraktivitas dengan normal kembali/mendekati normal. Upaya rehabilitasi pada individu tidak hanya meliputi pemulihan fisik, pemulihan mental, dan pemulihan estetis, namun juga perlu diperhatikan pemulihan status sosialnya.

Lima level pencegahan tersebut di atas yang berkaitan dengan kesehatan, berupaya menghindari penyakit sebelum dimulai. Pencegahan didefinisikan sebagai rencana dan langkah-langkah yang diambil, untuk mencegah timbulnya penyakit atau masalah kesehatan lainnya sebelum terjadinya peristiwa kesehatan yang tidak diinginkan. Kelima level tersebut bisa disederhanakan menjadi tiga tingkat pencegahan yang berbeda (Kisling, 2023):

1. **Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)**

   Tindakan pencegahan yang mencegah timbulnya penyakit atau cedera sebelum proses penyakit dimulai. Promosi kesehatan dan perlindungan khusus masuk ke dalam pencegahan primer. Contoh pencegahan primer adalah imunisasi dan berolahraga secara teratur.

2. **Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)**

   Praktisi pendidikan kesehatan bisa membantu individu mengidentifikasi maupun mendeteksi penyakit pada tahap awal berdasarkan faktor-faktor resiko yang berada di sekitarnya. Tahapan pencegahan dari Leavel and Clark yang masuk ke dalam pencegahan sekunder adalah diagnosis dini dan pengobatan yang cepat dan tepat dari suatu penyakit sebelum penyakit tersebut berkembang lebih parah. Contoh pencegahan sekunder di dalamnya termasuk skrining untuk tekanan darah dan pemeriksaan payudara sendiri.

3. **Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)**
   Tindakan pencegahan yang ditujukan untuk rehabilitasi setelah penyakit yang signifikan. Pada tingkat ini petugas layanan kesehatan dapat bekerja untuk melatih, mendidik kembali dan merehabilitasi orang-orang yang telah mengembangkan gangguan atau cacat.

Definisi Promosi Kesehatan

Piagam Ottawa menjadi dokumen kebijakan inti dan landasan dalam membangun promosi kesehatan. Menurut *The Lancet-University of Oslo*, Komisi Tata Kelola Global untuk Kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah prasyarat, hasil, dan indikator masyarakat yang berkelanjutan, dan harus diadopsi sebagai nilai universal dan tujuan sosial bersama dan tujuan politik untuk semua.(World Health Organization, 2016)

Menurut Samdal dan Wold, promosi kesehatan adalah ideologi dan strategi modern untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Ini merupakan reorientasi kesehatan masyarakat dari mengatasi faktor risiko individu kesehatan atau perilaku berisiko menuju penargetan faktor penentu kesehatan dan memberdayakan individu dan masyarakat untuk berpartisipasi dalam meningkatkan kesehatan komunitas mereka. (World Health Organization, 2016).

Promosi kesehatan itu bersifat positif dan dinamis. Ini membuka kesempatan bagi bidang kesehatan untuk menjadi sosial inklusif, bukan kegiatan profesional eksklusif. Ini mewakili perluasan perspektif dalam kaitannya dengan pendidikan kesehatan dan pencegahan secara keseluruhan. Mantan Ketua Dewan Editorial Health Promotion International Journal menyatakan isi promosi kesehatan dan bagaimana promosi kesehatan berbeda dari kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit (Haugan & Eriksson, 2021).

Manfaat Promosi Kesehatan

Seorang individu dapat memperoleh manfaat dari perawatan kesehatan, bila individu tersebut bisa melihat bagaimana perubahan gaya hidup tertentu masuk akal dan dapat terintegrasi dalam hidupnya. Individu tersebut harus diberitahu tentang setiap aspek

perawatan, tetapi sama pentingnya dia harus merasa dia mampu mengatasi masalah, mengelola penyakit dan memahami semua aspek. Untuk mempromosikan kesehatan dalam perawatan kesehatan berarti memungkinkan individu untuk bertanggung jawab atau mengendalikan peran dirinya sendiri. Individu perlu dididik, tetapi mereka juga harus diajarkan tentang kepercayaan, optimisme, harapan dan tanggung jawab (Nurmala et al., 2018).

Kata yang penting dalam perawatan kesehatan adalah pemberdayaan. Promosi kesehatan dalam perawatan kesehatan benar-benar tentang pemberdayaan. Dari fokus pada pemberdayaan, banyak nilai lain dapat dengan mudah diturunkan, nilai-nilai seperti empati, otonomi dan keterlibatan individu. Memberdayakan individu berarti memungkinkan individu tersebut untuk berpartisipasi atau melakukan praktik atau peran tertentu. Pemberdayaan membahas pentingnya hak pilihan — pentingnya menjadi individu yang sejauh mungkin menjalani hidupnya untuk dirinya sendiri dan mengatasi kesulitan hidupnya yang berkaitan dengan kesehatan. Pemberdayaan dalam promosi kesehatan adalah untuk mendukung dan memberikan pilihan yang memungkinkan individu untuk membuat pilihan yang baik, untuk menunjukkan faktor penentu utama kesehatan, dan untuk membuat individu sadar akan kesehatannya. Dalam proses selanjutnya dapat membantu individu melihat upaya mereka dan hasilnya (Haugan & Eriksson, 2021).

Seorang individu mungkin memiliki penyakit parah, tetapi kesehatannya masih bisa dianggap baik jika dia menganggap hidupnya bermakna, dia mampu mengatasi penyakit itu, dan dia memiliki perasaan sejahtera. Mempromosikan kesehatan dalam hal ini harus menjadi tujuan etis utama perawatan kesehatan, terlepas dari apakah kita berbicara tentang pengobatan kuratif, penyakit kronis, paliatif atau perawatan akhir kehidupan. Meskipun beberapa orang akan menyarankan bahwa tujuan akhir dari masyarakat adalah untuk mengurangi beban penyakit, ini tidak akan menjadi jawaban yang paling memuaskan. Juga, dalam kesehatan masyarakat, tujuan utamanya adalah menciptakan masyarakat di mana warga negara dapat berempati, mengatasi, menyadari potensi dan aspirasi mereka. Inilah yang dimaksud dengan kesehatan. Dan inilah yang harus

diperhatikan oleh promosi kesehatan, baik dalam perawatan kesehatan atau kesehatan masyarakat (Haugan & Eriksson, 2021).

Prinsip Dasar dan Tujuan Promosi Kesehatan

Kesehatan adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kapasitas fisik. Tiga prinsip dasar untuk promosi kesehatan berdasarkan Piagam Ottawa (*World Health Organization*, 2016) adalah:

1. ***Advocate***

   Faktor politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan biologis semuanya dapat mendukung kesehatan atau berbahaya baginya. Tindakan promosi kesehatan bertujuan untuk membuat kondisi ini menguntungkan melalui advokasi untuk kesehatan.

2. ***Enable***

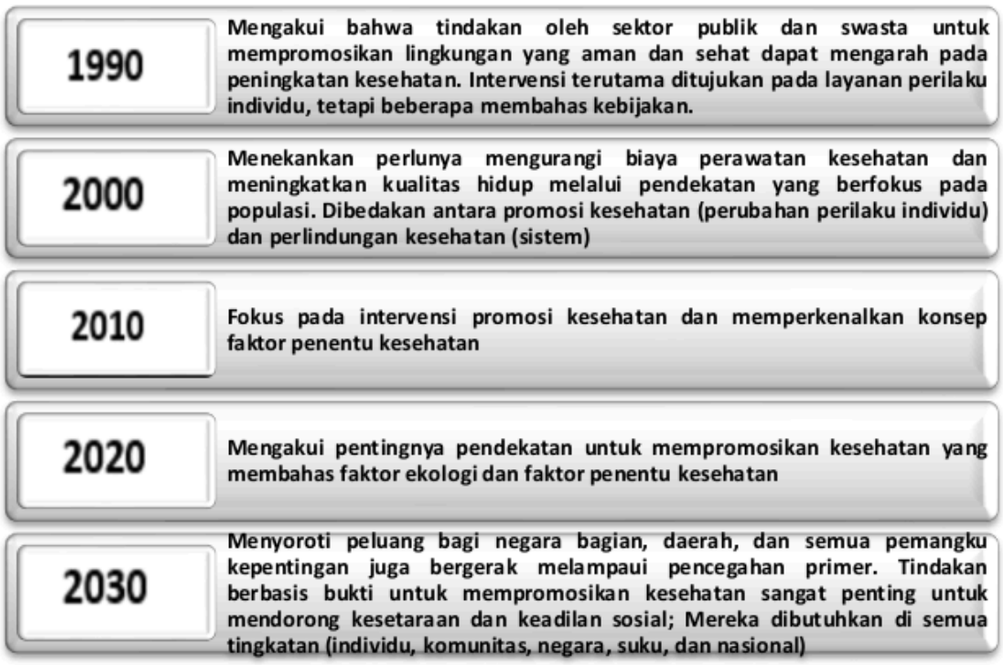
   Promosi kesehatan berfokus pada pencapaian kesetaraan dalam kesehatan. Tindakan promosi kesehatan bertujuan untuk mengurangi perbedaan status kesehatan saat ini dan memastikan kesempatan dan sumber daya yang sama untuk memungkinkan semua orang mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya. Ini termasuk pondasi yang aman dalam lingkungan yang mendukung, akses ke informasi, keterampilan hidup dan peluang untuk membuat pilihan yang sehat. Orang tidak dapat mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya kecuali mereka mampu mengendalikan hal-hal yang menentukan kesehatan mereka.

3. ***Mediate***

   Prasyarat dan prospek kesehatan tidak dapat dipastikan oleh sektor kesehatan saja. Kelompok profesional dan sosial dan tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab besar untuk menengahi antara kepentingan yang berbeda dalam masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan tertentu. Piagam Ottawa dengan jelas menyatakan bahwa tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai kesetaraan dalam kesehatan dengan memungkinkan semua orang untuk mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya.

Perkembangan Konsep Promosi Kesehatan

Konsep promosi kesehatan telah berkembang selama beberapa dekade (Gambar 2.1). Kesehatan dan kesejahteraan beroperasi pada lebih dari 1 tingkat. Kondisi yang lebih luas membentuk pengalaman individu tentang kesehatan dan kesejahteraan, dan upaya-upaya yang terstruktur dapat memengaruhi kondisi tersebut. Struktur sosial, seperti keluarga, lingkungan dan komunitas, dan kebijakan, ekonomi, dan budaya juga memainkan peran penting.



Gambar 2.1 Perkembangan Konsep Promosi Kesehatan

Sumber: Pronk et al (2021)

Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa, untuk mencapai tujuan promosi kesehatan, strategi inti untuk tindakan promosi kesehatan adalah sebagai berikut (*World Health Organization*, 2016):

1. Membangun kebijakan publik yang sehat.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung.
3. Memperkuat aksi masyarakat.
4. Mengembangkan keterampilan pribadi.
5. Reorientasi pelayanan kesehatan.

Strategi-strategi tersebut diharapkan mampu berkembang dengan baik. Menurut Piagam Ottawa reorientasi pelayanan kesehatan itu berarti bahwa tanggung jawab untuk promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan dibagi di antara individu, kelompok masyarakat, profesional kesehatan, lembaga pelayanan kesehatan dan pemerintah. Mereka harus bekerja sama menuju sistem perawatan kesehatan yang berkontribusi pada pencapaian kesehatan yang optimum.

Strategi Promosi Kesehatan berdasarkan *World Health Organization* (Pronk et al, 2021):

1. ***Advocacy* (Advokasi)**

   Advokasi merupakan upaya membuat individu lain yakin untuk mendukung sebuah tujuan tertentu. Pendekatan kepada *decision makers* (pemegang/pembuat keputusan) maupun penentu kebijakan perlu dilakukan agar program kesehatan yang akan dijalankan mendapatkan dukungan dari pejabat eksekutif maupun legislatif sehingga bisa berjalan optimal. Dukungan yang dimaksud bisa berupa kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan pemerintah, surat intruksi, surat edaran, undang-undang dan sebagainya. Advokasi bisa dieksekusi dalam bentuk formal (presentasi seminar atau penyajian program) maupun informal (kunjungan langsung ke pejabat yang berwenang/relevan) terkait masalah kesehatan yang dihadapi maupun program yang rencana diusulkan. Bisa disimpulkan bahwa sasaran dari strategi promosi kesehatan ini adalah pemangku kepentingan atau penentu kebijakan.

2. ***Social Support* (Dukungan Sosial)**

   Dukungan yang diharapkan dari masyarakat bisa didapatkan dari unsur formal maupun nonformal. Contoh unsur informal adalah seperti tokoh agama, tokoh adat setempat, sedangkan unsur formal adalah seperti pejabat pemerintah, petugas kesehatan, pegawai daerah dan sebagainya. Unsur-unsur tersebut diasumsikan memiliki pengaruh yang cukup kuat di masyarakat sehingga sosialisasi program-program kesehatan lebih mudah diterima dan masyarakat mau berpartisipasi dalam program tersebut. Tokoh-

tokoh masyarakat yang telah dipercaya, diharapkan mampu menjembatani atau menjadi penghubung antara sektor kesehatan dengan masyarakat itu sendiri. Strategi ini tidak jarang juga diistilahkan dengan 'bina suasana' karena memang merupakan upaya untuk membina suasana yang kondusif untuk kesehatan. Bisa disimpulkan bahwa sasaran dari strategi promosi kesehatan ini adalah tokoh masyarakat di berbagai tingkat.

3. ***Empowerment*** **(Pemberdayaan Masyarakat)**
   Tujuan utama dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk mewujudkan visi promosi kesehatan yaitu memampukan masyarakat dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan diri. Kegiatan yang dilakukan untuk pemberdayaan bisa berupa penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan pelatihan peningkatan pendapatan keluarga. Kemampuan ekonomi atau pendapatan keluarga yang meningkat bisa berdampak peningkatan kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan (contoh: adanya polindes, pos obat desa dan sebagainya). Kegiatan pemberdayaan ini biasanya dikenal dengan Gerakan masyarakat (germas) untuk kesehatan. Bisa disimpulkan bahwa sasaran dari strategi promosi kesehatan ini adalah masyarakat itu sendiri.

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan sebenarnya adalah keempat determinan kesehatan dari H.L Blum yang telah disebutkan sebelumnya. Keempat faktor tersebut saling memengaruhi, namun perilaku memiliki peran yang penting. Perubahan perilaku yang diharapkan meliputi perubahan sikap, pola pikir dan keterampilan terkait kesehatan. Ruang lingkup promosi kesehatan bisa dicermati dari beberapa aspek sebagai berikut (Depkes RI, 2006):

1. **Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan**
   Aspek pelayanan kesehatan meliputi 4 tingkat: Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif
   a. Promosi Kesehatan Tingkat Promotif memiliki sasaran individu yang masih sehat agar mau mempertahankan dan mengupayakan kesehatan pribadinya terjaga.

b. Promosi Kesehatan Tingkat Preventif memiliki sasaran individu yang memiliki risiko tinggi terpapar penyakit, bahaya maupun masalah kesehatan lainnya.
c. Promosi Kesehatan Tingkat Kuratif memiliki sasaran individu yang sedang sakit atau mengalami masalah kesehatan.
d. Promosi Kesehatan Tingkat Rehabilitatif memiliki sasaran individu yang telah sembuh.

2. Berdasarkan Tatanan (Tempat Pelaksanaan)

Setiap tatanan memiliki ciri khas sehingga promosi kesehatan di berbagai tatanan tersebut perlu memperhitungkan karakteristik yang spesifik sejak tahap membuat rancangan program kesehatan. Berikut adalah beberapa contoh promosi kesehatan di berbagai tatanan:

a. Promosi Kesehatan di Rumah Tangga
   Keluarga/rumah tangga sebagai unit fungsional terkecil di masyarakat, diharapkan mampu melaksanakan upaya promosi kesehatan yang dicanangkan. Variasi yang cukup luas di masyarakat membuat upaya-upaya kesehatan tersebut bisa tercapai atau tidak, tergantung ada tidaknya pengukuran perilaku spesifik yang dilakukan secara periodik. Pengukuran yang baik bisa menilai keberhasilan dan sekaligus bisa menjadi landasan rencana program selanjutnya.
b. Promosi Kesehatan di Puskesmas
   Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer dan unit pelayanan teknis di bawah Dinas Kesehatan memiliki beragam program maupun layanan kesehatan yang disediakan untuk kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan di puskesmas meliputi pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan.
c. Promosi Kesehatan di Rumah Sakit
   Konsep *Health Promoting Hospital* saat ini merupakan konsep tata kelola rumah sakit berbasis promosi kesehatan. Konsep ini diharapkan mampu mengembangkan rumah sakit dengan kualitas pelayanan yang baik dengan mengedepankan promosi kesehatan tidak hanya bagi pasien, keluarga pasien, staf medis

dan staf penunjang rumah sakit tetapi juga bersama dengan masyarakat sekitar rumah sakit.

d. Promosi Kesehatan di Sekolah

Promosi Kesehatan di komunitas sekolah diharapkan akan cukup efektif meningkatkan upaya promosi kesehatan serta menjalankan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Salah satu tujuan promosi kesehatan yang hendak dicapai adalah menciptakan lingkungan sekolah yang nyaman, bersih dan sehat. Kegiatan yang menunjang terciptanya promosi kesehatan di sekolah bisa diintegrasikan dengan kegiatan intrakurikuler (Penjas) maupun ekstrakurikuler seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).

Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan dapat didefinisikan sebagai sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga komunikan dapat menerima informasi tersebut yang mengakibatkan pengetahuan meningkat dan terjadi perubahan perilaku ke arah positif terhadap kesehatan (Stellefson et al., 2020):

1. Peran Media Promosi Kesehatan

a. Melancarkan komunikasi antara komunikator dan komunikan.
b. Memperjelas informasi kesehatan.
c. Mengurangi terjadinya persepsi yang salah.
d. Menampilkan objek dengan lebih jelas.
e. Mengurangi komunikasi verbal.

2. Jenis Media Promosi Kesehatan

a. Media Cetak

Media cetak meliputi flyer, leaflet, majalah, poster, leaflet, booklet, surat kabar, dan sebagainya. Kelebihan: 1) Mampu menyampaikan pesan visual lebih jelas; 2) Tahan lama; 3) Dapat dibawa ke manapun; 4) Tidak memerlukan listrik. Kekurangan: 1) Membutuhkan biaya cetak; 2) Tidak ada efek suara maupun gerak; 3) Mudah terlipat dan rusak.

Gambar 2.2 Poster Kesehatan

Sumber: (Kemenkes.go.id)

b. Media Elektronik

Media elektronik meliputi televisi, radio, CD, internet, film video, kaset. Kelebihan: 1) Lebih menarik; 2) Mudah dipahami; 3) Menstimulasi panca Indera; 4) Informasi bisa diulang-ulang. Kekurangan: 1) Membutuhkan biaya tinggi untuk produksi; 2) Memerlukan listrik; 3) Memerlukan keterampilan teknis.

Gambar 2.3 Berbagai Media Elektronik

Sumber: (Blogspot.com)

c. Media Luar Ruang

Media Luar Ruang meliputi spanduk, papan reklame, banner, umbul-umbul, televisi layar lebar dan sebagainya. Kelebihan: 1) Lebih menarik; 2) Menstimulasi seluruh panca Indera; 3) Jangkauan lebih luas; 4) Informasi bisa diulang-ulang. Kekurangan: 1) Membutuhkan biaya untuk produksi; 2) Memerlukan listrik; 3) Memerlukan keterampilan teknis; 4) Lebih rumit dalam membuatnya.

Gambar 2. 4. Media Luar Ruang

Sumber: (Mediamove.id)

d. Media Lain

Selain media yang telah disebutkan sebelumnya masih terdapat media-media lain yang bisa digunakan sebagai sarana promosi kesehatan. Contoh: Pameran, pembagian sampel produk gratis, kegiatan *Roadshow*, iklan di bis.

Elemen Kunci Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan di berbagai aspek pelayanan kesehatan, di berbagai tatanan, dan di berbagai tingkat membutuhkan kolaborasi, kerjasama dan persamaan persepsi. Unsur-unsur yang berperan di berbagai tingkat perlu memahami bahwa promosi kesehatan sebagai salah atau upaya pencegahan primer akan memiliki dampak terhadap derajat kesehatan individu maupun masyarakat. Penggunaan strategi, metode dan media yang tepat bisa. Menurut WHO, tiga elemen kunci yang berperan dalam pelaksanaan promkes adalah *(World Health Organization*, 2016):

1. **Tata kelola yang Baik untuk Kesehatan**

   Promosi kesehatan mengharuskan pembuat kebijakan di semua departemen pemerintah untuk menjadikan kesehatan sebagai garis sentral kebijakan pemerintah. Ini berarti mereka harus memperhitungkan implikasi kesehatan ke dalam semua keputusan yang mereka ambil, dan memprioritaskan kebijakan yang mencegah orang menjadi sakit dan melindungi mereka dari cedera.

   Kebijakan ini harus didukung oleh regulasi yang mencocokkan insentif sektor swasta dengan tujuan kesehatan masyarakat. Misalnya, dengan menyelaraskan kebijakan pajak atas produk yang tidak sehat atau berbahaya seperti alkohol, tembakau, dan produk makanan yang tinggi garam, gula, dan lemak dengan langkah-langkah untuk meningkatkan perdagangan di bidang lain. Dan melalui undang-undang yang mendukung urbanisasi yang sehat dengan menciptakan kota yang dapat dilalui dengan berjalan kaki, mengurangi polusi udara dan air, menegakkan pemakaian sabuk pengaman dan helm.

2. **Literasi Kesehatan**

   Orang perlu memperoleh pengetahuan, keterampilan dan informasi untuk membuat pilihan yang sehat, misalnya tentang makanan yang mereka makan dan layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Mereka perlu memiliki kesempatan untuk membuat pilihan-pilihan itu. Dan mereka perlu diyakinkan akan lingkungan di mana orang dapat menuntut tindakan kebijakan lebih lanjut untuk lebih meningkatkan kesehatan mereka.

3. **Kota sehat**

   Kota memiliki peran kunci dalam mempromosikan kesehatan yang baik. Kepemimpinan dan komitmen yang kuat di tingkat kota sangat penting untuk perencanaan kota yang sehat dan untuk membangun langkah-langkah pencegahan di masyarakat dan fasilitas perawatan kesehatan primer. Dari kota-kota yang sehat berkembang negara-negara yang sehat dan, pada akhirnya, dunia yang lebih sehat.

****

Daftar Pustaka

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health. *Public Health Rep*, suppl 19-31.

Depkes RI. (2006). *Panduan Integrasi Promosi Kesehatan (Dalam Program-Program Kesehatan Di Kabupaten/Kota) Jilid 1* (pp. 1–54). https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files34039panduan-integrasi-promosi-kesehatan-di-kab_kota.pdf

Haugan, G., & Eriksson, M. (2021). Health promotion in health care - Vital theories and research. In *Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Research*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2

Kisling, L. . (2023). *Prevention Strategies*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/

Nurmala, I., Rahman, F., Nugroho, A., Erlyani, N., Laily, N., & Yulia Anhar, V. (2018). *Promosi Kesehatan*. https://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku Promosi Kesehatan.pdf

Pronk, N., Kleinman, D. V., Goekler, S. F., Ochiai, E., Blakey, C., & Brewer, K. H. (2021). Promoting Health and Well-being in Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management and Practice*, *27*(2), S242–S248. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001254

Stellefson, M., Paige, S. R., Chaney, B. H., & Chaney, J. D. (2020). Evolving role of social media in health promotion: Updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(4). https://doi.org/10.3390/ijerph17041153

World Health Organization. (2016a). *Health Promotion*. August 2016. https://www.who.int/features/qa/health-promotion/en

World Health Organization. (2016b). *Human Development Index*. https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/human-development-index

World Health Organization. (2016c). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en

PROFIL PENULIS

dr. Dwita Aryadina Rachmawati, M.Kes., FISPH, FISCM.

Penulis lahir di Surabaya, 27 Oktober 1980, menyelesaikan studi S1 pada tahun 2002 dan profesi dokter pada tahun 2004 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Penulis menempuh S2 jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2012 dan lulus tahun 2014. Penulis merupakan pengajar di Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Jember sejak tahun 2008. Penulis juga mengajar dan membimbing mahasiswa Kepaniteraan Klinik Ilmu Kesehatan Masyarakat di beberapa puskesmas jejaring di wilayah Jember.

Penulis terlibat dalam Kelompok Riset *Lifestyle Medicine* melakukan berbagai penelitian di bidang kesehatan masyarakat pada umumnya dan bidang gizi lebih khususnya. Hasil penelitian yang dilakukan dipublikasikan dalam jurnal nasional maupun internasional. Dua buku dengan tema gizi kesehatan pada masyarakat telah diterbitkan dengan harapan bisa memberi pengetahuan dan kontribusi positif. Penulis juga aktif dalam organisasi tingkat lokal maupun regional seperti Perhimpunan Dokter Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat Indonesia (PDK3MI) dan Badan Kerja Sama Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Ilmu Kedokteran Pencegahan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran seIndonesia (BKKSIKMIKPIKKFKI) dan mendapatkan gelar *Fellow of the Indonesian Society of Public Health* (FISPH) dan *Fellow of the Indonesian Society of Community Medicine* (FISCM) pada tahun 2023.

Email Penulis: dwita_dr@unej.ac.id

BAB 3
ILMU PERILAKU

Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M. Kes.
STIKES Hang Tuah Surabaya

Pengertian Perilaku

Perilaku adalah bagian dari berfungsinya suatu organisme dalam melakukan aktivitas. Perilaku adalah apa yang dilakukan suatu organisme atau apa yang dirasakan oleh organisme lain. Perilaku juga merupakan bagian dari aktivitas organisme yang ikut serta dalam aktivitas tersebut. Dapat disimpulkan perilaku pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari orang tersebut yang mempunyai jangkauan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, belajar, menulis, membaca, dll.

Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap suatu stimulus (stimulus dari luar). Karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya rangsangan pada organisme dan kemudian organisme tersebut bereaksi. Jadi teorinya Skinner menyebutnya "S-O-R" atau Stimulus Organisme Respons. Skinner membedakannya ada dua respon.

1. ***Respondent Response*** **(Refleksif)**
   Yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan/stimulus tertentu. Rangsangan seperti ini disebut *elicting stimulation* karena menyebabkan reaksi yang relatif terus menerus. Misalnya: makanan enak menimbulkan keinginan makan, cahaya terang menimbulkan respon menutup mata dan dll. Jawaban responden ini juga mencakup mis. perilaku emosional mendengar berita bencana, merasa sedih atau menangis.

2. ***Operant Response* atau *Instrumental Response***

Yaitu respon yang terjadi dan berkembang diikuti oleh stimulus atau rangsangan tertentu. Stimulan ini disebut stimulus yang memperkuat atau penguat karena memperkuat respons. Misalnya jika petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap deskripsi pekerjaan atau deskripsi tugas) kemudian akan menerima penghargaan dari pimpinan (stimulus baru), maka nakes ini lebih baik lagi memenuhi kewajiban mereka.

Berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus tersebut, perilaku tersebut dapat dibedakan dalam dua:

1. ***Covert Behavior* (Perilaku Tertutup)**

Respons seseorang terhadap suatu stimulus bersifat tersembunyi atau tertutup (*Covert*). Respon terhadap stimulus ini masih sebatas perhatian dan persepsi pengetahuan/kesadaran dan sikap yang ada pada orang yang menerima stimulus dan orang lain tidak dapat melihatnya dengan jelas. Itu sebabnya disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: ibu hamil mengetahui tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan, generasi muda mengetahui bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seksual dll. Bentuk perilaku tertutup lainnya meliputi sikap, yaitu penilaian terhadap objek.

2. ***Overt Behavior* (Perilaku Terbuka)**

Respons seseorang terhadap suatu stimulus berupa tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap suatu stimulus dinyatakan secara jelas dalam bentuk suatu tindakan atau praktik yang dapat dengan mudah diamati atau dilihat oleh orang lain. Inilah sebabnya disebut tindakan terbuka (*overt behavior*), tindakan atau praktik nyata. Misalnya: Ibu-ibu memeriksakan kehamilan atau membawa anaknya ke fasilitas kesehatan untuk vaksinasi, penderita TBC minum obat secara teratur.

Seperti disebutkan di atas, sebagian besar perilaku manusia merupakan operant respons. Oleh karena itu, untuk membentuk suatu jenis reaksi atau perilaku, perlu diciptakan kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan

perilaku dalam *operant conditioning* menurut Skinner adalah sebagai berikut :

a. Melakukan identifikasi tentang hal–hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah–hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
b. Lakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen kecil yang membentuk perilaku yang diinginkan. Komponen-komponen tersebut kemudian disusun dalam urutan yang benar sehingga menghasilkan terbentuknya perilaku yang dimaksud.
c. Menggunakan urutan komponen-komponen ini sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau imbalan untuk setiap komponen.
d. Melakukan pembentukan menggunakan urutan komponen yang diurutkan. Jika bagian pertama selesai, hadiah akan diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung sering dilakukan. Jika sudah diatur maka bagian kedua (perilaku) akan dilakukan dan kemudian diberikan *reward* (bagian pertama tidak memerlukan *reward* lagi). Hal ini diulangi hingga komponen kedua terbentuk. Kemudian, lanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya hingga semua perilaku yang diharapkan telah dilatih.

   contoh kasus, anak sebaiknya mempunyai kebiasaan menyikat gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini, anak harus:

   Pergi ke toilet sebelum tidur → Ambil sikat gigi dan pasta gigi → Ambil air dan bilas mulut anda → Lakukan penyikatan gigi → Menyimpan sikat gigi dan pasta gigi → Keluar kamar tidur.

Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku Skinner, perilaku sehat adalah respon seseorang (organisme) terhadap rangsangan atau objek yang berhubungan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, dan lingkungan. Dari batasan tersebut, perilaku kesehatan dapat digolongkan menjadi tiga kelompok:

1. **Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)**
   Merupakan perilaku atau upaya seseorang untuk menjaga kesehatannya agar tidak sakit dan upaya untuk menjadi lebih baik ketika sakit. Karena itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini mencakup tiga aspek, yaitu:
   a. Perilaku yang bertujuan untuk mencegah penyakit dan menyembuhkan penyakit jika sedang sakit, serta memulihkan kesehatan jika sudah sembuh dari penyakit.
   b. Perilaku peningkatan kesehatan, jika seseorang dalam kondisi sehat. Perlu dijelaskan di sini bahwa kesehatan bersifat dinamis dan relatif, oleh karena itu orang yang sehat juga harus berusaha mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
   c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat menjaga dan meningkatkan kesehatan manusia, namun sebaliknya dapat menyebabkan kesehatan manusia menurun, bahkan menimbulkan penyakit. Hal ini sangat bergantung pada perilaku manusia terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. **Perilaku Pencarian Pengobatan (*Health Seeking Behavior*)**
   Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang yang mengalami suatu penyakit atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku tersebut mulai dari pengobatan sendiri, pengobatan alternatif, pengobatan kesehatan tradisional hingga berobat ke luar negeri.

3. **Perilaku Kesehatan Lingkungan**
   Bagaimana seseorang merespon lingkungannya, baik fisik, sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak memengaruhi kesehatannya. Dengan kata lain bagaimana seseorang dapat mengelola lingkungannya agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan merugikan kesehatan mereka sendiri, keluarga, dan masyarakat. Misalnya saja bagaimana mengelola pembuangan kotoran tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

   Pakar lain (Becker, 1979) telah mengusulkan klasifikasi berbeda mengenai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan:

a. Perilaku Hidup Sehat (*Healthy Lifestyle*)

Ini adalah perilaku yang melibatkan upaya atau aktivitas seseorang untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan atau gaya hidup sehatnya (*healthy lifestyle*). Perilaku ini contohnya:

1) Makanlah menu yang seimbang (diet yang tepat). Menu seimbang di sini artinya kualitas (mengandung nutrisi penting bagi tubuh) dan kuantitas dari segi makna jumlahnya secukupnya saja untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang tapi juga tidak lebih).
2) Olah raga teratur juga mencakup kualitas (gerakan) dan kuantitas dalam hal frekuensi dan waktu olah raga. Kedua aspek ini jelas bergantung pada usia dan kondisi kesehatan orang yang bersangkutan
3) Jangan merokok. Merokok merupakan kebiasaan buruk yang menyebabkan berbagai penyakit. Ironisnya, kebiasaan merokok seperti ini rupanya sudah menjadi sebuah budaya khususnya di Indonesia. Hampir 50% penduduk dewasa Indonesia merokok. Faktanya, menurut hasil penelitian, sekitar 15% remaja kita merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
4) Jangan minum alkohol atau menggunakan narkoba. Selain itu konsumsi alkohol dan obat-obatan (narkotika dan zat berbahaya lainnya) cenderung meningkat. Diperkirakan sekitar 1 persen penduduk dewasa Indonesia sudah memiliki kebiasaan minum minuman beralkohol.
5) Istirahat yang cukup. Ketika kebutuhan hidup semakin meningkat karena adanya tuntutan adaptasi terhadap lingkungan modern menuntut manusia untuk bekerja keras dan berlebihan sehingga memperpendek waktu istirahat. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan Anda.
6) Kelola stres. Stres memengaruhi setiap orang dan mempunyai konsekuensi kesehatan yang berbeda-beda. Terlebih akibat kerasnya tuntutan hidup yang diuraikan di atas. Kecenderungan setiap orang untuk mengalami stres semakin meningkat.Stres tidak bisa dihindari, yang terpenting adalah memastikan stres tidak menimbulkan

gangguan kesehatan. Seseorang harus mampu mengendalikan stres atau mengelolanya melalui tindakan positif.

7) Perilaku atau gaya hidup lain yang mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan. Misalnya: tidak berganti pasangan dalam hubungan seksual, beradaptasi dengan lingkungan dandan seterusnya.

b. Perilaku Sakit (*Illness Behavior*)
Perilaku sakit ini meliputi reaksi seseorang terhadap penyakit dan sakit, persepsinya terhadap penyakitnya, pengetahuannya tentang: Penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dll.

c. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behavior*)

d. Dari sudut pandang sosiologi, (peran) pasien meliputi hak-hak pasien dan kewajiban pasien, hak dan kewajiban tersebut harus diakui oleh pasien itu sendiri dan orang lain (termasuk pasien yang mengetahuinya, keluarganya) selanjutnya disebut perilaku peran pasien. Perilaku ini meliputi:
   1) Tindakan untuk mencapai kesembuhan.
   2) Mengetahui dan mengenal bahwa sarana dan fasilitas pelayanan/pengobatan medis sesuai dengan penyakitnya.
   3) Ketahui hak-hak Anda (misal hak atas pengobatan, pelayanan medis, dan lain-lain) dan kewajiban pasien (untuk memberitahukan penyakitnya kepada orang lain, khususnya dokter/staf medis, bukan menularkan penyakit kepada orang lain, dll.

Domain Perilaku

Walaupun tingkah laku merupakan suatu bentuk tanggapan atau reaksi terhadap rangsangan atau rangsangan di luar tubuh (manusia), namun pemberian suatu tanggapan sangat bergantung pada sifat atau faktor lain dari orang yang terlibat. Artinya meskipun stimulusnya sama bagi banyak orang, respon tiap orang berbeda-beda.

Faktor yang membedakan respons terhadap rangsangan yang berbeda disebut determinan perilaku. Faktor penentu perilaku ini dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. **Faktor Internal**
   Yaitu ciri-ciri subjek data yang diberikan atau dibawa sejak lahir, misalnya. tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dll.

2. **Faktor Eksternal**
   Yaitu lingkungan, fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan lain sebagainya. Faktor lingkungan inilah yang seringkali menjadi faktor dominan memengaruhi perilaku seseorang.

Dari uraian di atas, kita dapat membentuk perilaku itu secara keseluruhan penghayatan dan kaktifan seseorang, merupakan akibat yang umum atau yang resultant berbagai faktor baik internal maupun eksternal. Dengan kata lain, perilaku Manusia itu kompleks dan mencakup rentang yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908), seorang psikolog pendidikan membagi perilaku manusia menjadi tiga domain, konsisten dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya sebagai ranah atau wilayah, yaitu: kognitif (kognitif), afektif (emosional), psikomotor (psikomotor). Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk mengukur hasil pendidikan kesehatan, khususnya:

1. **Pengetahuan *(Knowledge)***
   Pengetahuan merupakan hasil pemahaman dan ini terjadi setelah penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Persepsi terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan sentuhan. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan, manusia tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terkait dengan masalah yang dihadapi. Ada berbagai jenis pengetahuan, yaitu:
   a. Pengetahuan Faktual (*Factual Knowledge*)
      Pengetahuan berbentuk potongan-potongan informasi atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan praktis umum adalah abstraksi tingkat rendah. Pengetahuan faktual ada dua jenis, yaitu pengetahuan

terminologi termasuk pengetahuan tentang tanda atau simbol-simbol tertentu, baik verbal maupun non-verbal, dan pengetahuan tentang rincian dan unsur-unsur tertentu (*knowledge of spesific detail* dan unsur-unsur) termasuk pengetahuan tentang peristiwa, orang, waktu, dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

Misalnya: Masyarakat mengetahui bahwa merokok dapat menimbulkan rasa sakit karena banyak orang disekitarnya yang merokok terkena kanker paru-paru

b. Pengetahuan Konseptual

Informasi yang menunjukkan hubungan antara elemen dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya bekerja sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model mental dan teori, baik implisit maupun eksplisit. Ada tiga jenis pengetahuan konseptual yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi dan teori, model dan struktur Contoh: Masyarakat mengetahui bahwa perilaku merokok merupakan salah satu penyebab kanker paru-paru dan mengapa perokok bisa terkena kanker.

c. Pengetahuan Prosedural

Mengetahui bagaimana melakukan sesuatu adalah hal yang rutin atau yang baru. Seringkali, informasi prosedural mencakup langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti ketika melakukan suatu hal tertentu. Contoh: Orang yang mengetahui secara pasti dan tepat tindakan yang harus dilakukan perokok untuk berhenti merokok. Masyarakat yang mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mengobati TBC dengan meminum obat anti TBC sesuai resep yang ada.

d. Pengetahuan Metakognitif

Berisi informasi tentang kognisi secara umum dan informasi tentang diri sendiri. Penelitian metakognitif menunjukkan hal ini bersama-sama seiring dengan berkembangnya audiens, audiens menjadi lebih sadar akan pemikirannya dan mengetahui lebih banyak tentang kognisi, dan jika audiens dapat mencapai hal tersebut, mereka akan melakukannya

dengan lebih baik lagi dalam belajar. Contoh: Masyarakat yang ingin memberantas penyakit demam berdarah di lingkungan rumah dan masyarakat sudah mengetahui penyebab penyakit demam berdarah, pencegahan penyakit demam berdarah dan tindakannya, metode dan langkah-langkah untuk memberantas demam berdarah dari lingkungan mereka.

Pengetahuan atau bidang kognitif adalah domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (perilaku tersembunyi). Pengetahuan yang dicakup oleh domain kognitif memiliki enam tingkatan:

1) Tahu *(Know*)

   Pengetahuan diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini melibatkan menghafal sesuatu setiap materi yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh karena itu pengetahuan ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. kata kerja mengukur bahwa orang mengetahui apa yang mereka pelajari, mereka dapat, antara lain menyebutkan, menggambarkan, mendefinisikan, mengungkapkan dll. Contoh : Seorang remaja yang dapat menyebutkan tanda-tanda pubertas melalui perubahan secara fisik, Seorang ibu yang dapat menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi.

2) Memahami (*Comprehension*)

   Pemahaman didefinisikan sebagian sebagai kemampuan untuk menjelaskan dengan benar objek-objek yang sudah dikenal dan menafsirkan materi dengan benar. seseorang yang sudah memahami topik atau materi harus mampu menjelaskan, memberi contoh, menyimpulkan, memprediksi, dan lain-lain tentang topik yang dipelajari. Contoh : Seorang remaja yang dapat menjelaskan penyebab terjadinya perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas pada remaja. Seorang ibu yang dapat menjelaskan jenis-jenis kontrasepsi dan kegunaannya.

3) Aplikasi (*Application)*

   Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari dalam situasi atau kondisi nyata

(aktual). aplikasi dapat diartikan di sini penerapan atau penggunaan hukum - hukum, rumus, metode, prinsip, dll dalam konteks atau situasi yang berbeda. Misalnya, bisa menggunakan rumus statistik dapat digunakan untuk menghitung hasil penelitian pemecahan masalah (*problem solving cycle)* dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan kasus tertentu.

4) Analisis (*Analysis*)
   Analisis adalah kemampuan menguraikan suatu materi atau objek menjadi komponen-komponen, namun tetap berada dalam dan masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini terlihat pada penggunaan kata kerja seperti mampu mendeskripsikan (merencanakan), membedakan, membedakan, pengelompokan dan sebagainya.
5) Sintesis (*Synthesis)*
   Sintesis mengacu pada kemampuan untuk mengatur atau menggabungkan bagian-bagian menjadi satu kesatuan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan membuat formulasi baru dari formulasi yang sudah ada. Misalnya kemampuan mengorganisasikan, mampu merencanakan, mampu merangkum, mampu mengadaptasi dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan – rumusan yang telah ada
6) Evaluasi (*Evaluation*)
   Evaluasi ini mengacu pada kemampuan menalar atau mengevaluasi suatu materi atau objek. Penilaian didasarkan pada kriteria sendiri atau berdasarkan kriteria yang ada. Misalnya, kita dapat membandingkan anak-anak yang diberi makan dengan baik dan memberikan respons terhadap adanya diare suatu tempat kita dapat menafsirkan alasan mengapa ibu tidak mau berpartisipasi dalam keluarga berencana dll.

2. Sikap *(Attitude*)

Sikap merupakan suatu reaksi atau tanggapan yang masih tertutup pada diri seseorang stimulus atau objek. Dari batasan diatas dapat

disimpulkan bahwa sampel sikap ini tidak dapat dilihat secara langsung, namun dapat dimaknai terlebih dahulu perilaku tertutup. Sikap tersebut jelas menunjukkan pentingnya ketepatan respon terhadap rangsangan tertentu, yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi rangsangan emosional dan sosial. Nemcomb, psikolog sosial berpendapat bahwa sikap seperti itu merupakan perwujudan motif tertentu. Sikap bukanlah suatu tindakan atau aktivitas, namun merupakan disposisi terhadap tindakan suatu perilaku. Sikap ini masih merupakan respon tertutup, bukan respon atau perilaku terbuka. Sikap adalah kesiapan dalam menanggapi objek-objek dalam lingkungan tertentu sebagai pengenalan terhadap objek tersebut.

3. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Sikap tidak serta merta terwujud dalam tindakan (*overt behavior*). Untuk mengubah suatu sikap menjadi tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau semacamnya atau kondisi yang mungkin adalah mis. Sikap positif ibu vaksinasi harus dikonfirmasi oleh istri dan pilihan vaksinasinya sederhana bagi ibu untuk memvaksinasi anaknya. Selain faktor status juga dibutuhkan faktor pendukung dari pihak lain seperti pasangan, orang lain orang tua atau mertua dll.

Perilaku dapat diukur secara tidak langsung, yaitu wawancara tentang kegiatan yang dilakukan selama beberapa jam, hari atau bulan lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan mengamati kegiatan atau kegiatan responden. pengukuran praktik dapat diukur dengan hasil dari perilaku ini. Misalnya saja perilaku kebersihan diri (personal kebersihan) dapat diukur dari kebersihan kulit, kuku, rambut dan lainnya.

****

Daftar Pustaka

B. F Skinner, Science and Human Behaviour (New York: McMillan, 1996).

Glanz, Karen, Health Behavior And Health Education (Theory, Research, and Practice) (San Francisco: Jossey-Bass)

Green, L, Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach, Second Edi (Mayfield Publishing Company, 2005)

Green, Lawrence, Health Education Planning, A Diagnostic Approach (New York: The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co, 1980)

Saifuddin Azwar, Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya, Edisi Kedu (Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar, 2012)

PROFIL PENULIS

Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Potu–Dompu Provinsi Nusa Tenggara Barat pada Tanggal 18 Desember 1989. Merupakan anak ke-2 dari pasangan Ir. Wahidin., M.Si. dan Ibu Farayah. Penulis Istri dari Sirajuddin dan ibu dari Alzena Samaira Mufia. Penulis menyelesaikan program S1 Keperawatan di Universitas AN-NUR Purwodadi Jawa Tengah lulus tahun 2011 dan program profesi Ners di Sekolah tinggi ilmu kesehatan Hang Tuah Surabaya lulus tahun 2019 serta program magister Ilmu kesehatan masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga lulus tahun 2014. Penulis saat ini menjabat sebagai koordinator mutu bidang Tridharma pusat penjaminan mutu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Penulis sehari-harinya bekerja sebagai dosen tetap di Stikes Hang Tuah Surabaya dan pengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Komunikasi Keperawatan, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis: diyanmutyah@gmail.com
diyanmutyah@stikeshangtuah-sby.ac.id

BAB 4
KEPENDUDUKAN

Ratna Frenty Nurkhalim, S.KM., M.P.H.
Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

Konsep Populasi dan Demografi

Sebelum membahas lebih jauh mengenai kependudukan, ada baiknya kita pahami dulu konsep populasi dan demografi. Populasi dan demografi merupakan 2 konsep yang saling berhubungan namun keduanya tak sama. Populasi mengacu pada jumlah total orang yang tinggal di daerah geografis tertentu, seperti kota, negara, atau dunia secara keseluruhan. Populasi ini mewakili seluruh kelompok individu yang tinggal di daerah itu, terlepas dari karakteristik mereka.

Demografi, di sisi lain, adalah seperangkat karakteristik atau atribut yang menggambarkan populasi. Karakteristik ini dapat mencakup usia, jenis kelamin, ras, etnis, tingkat pendidikan, pendapatan, status pernikahan, dan banyak lagi. Demografi memberikan cara yang terperinci dan terstruktur untuk menganalisis dan memahami komposisi populasi, memungkinkan untuk mempelajari berbagai aspek dari struktur dan perilaku populasi. Ilmu yang mempelajari dinamika kependudukan manusia disebut juga dengan kependudukan atau demografi (Bidarti, 2020).

Kaitan Kependudukan dengan Kesehatan Masyarakat

Dalam bab ini anda akan dijelaskan mengenai keterkaitan antara dinamika kependudukan dengan kondisi kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Ya, karakteristik penduduk atau populasi terkait erat dengan kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat berkaitan dengan kesejahteraan dan hasil kesehatan seluruh populasi atau

komunitas. Ukuran dan komposisi demografis populasi dapat memiliki implikasi yang signifikan bagi kesehatan masyarakat:

1. **Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**
   Ukuran populasi dapat memengaruhi penyebaran penyakit. Populasi yang lebih besar mungkin lebih rentan terhadap penyebaran penyakit menular yang cepat, yang membuat langkah-langkah kesehatan masyarakat yang efektif sangat penting untuk pengendalian.

2. **Alokasi Sumber Daya**
   Badan dan organisasi kesehatan masyarakat perlu mengalokasikan sumber daya seperti fasilitas kesehatan, personil, dan vaksin berdasarkan kebutuhan populasi. Ukuran populasi dan demografi berperan dalam menentukan alokasi sumber daya.

3. **Perbedaan Tingkat Kesehatan**
   Memahami komposisi populasi membantu mengidentifikasi perbedaan kesehatan berdasarkan faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, ras, dan status sosial ekonomi. Mengatasi perbedaan ini adalah fokus utama dari inisiatif kesehatan masyarakat.

4. **Epidemiologi**
   Studi epidemiologi sering bergantung pada data populasi untuk melacak insiden dan prevalensi penyakit. Data populasi membantu mengidentifikasi tren dan faktor risiko masalah kesehatan tertentu.

5. **Promosi Kesehatan**
   Program kesehatan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesehatan keseluruhan populasi melalui kegiatan seperti pendidikan kesehatan, kampanye vaksinasi, dan intervensi gaya hidup. Pengetahuan tentang karakteristik populasi sangat penting untuk menyesuaikan program ini secara efektif.

6. **Persiapan Kegawatdaruratan**
   Dalam kasus darurat kesehatan masyarakat, seperti pandemi atau bencana alam, data populasi sangat penting untuk perencanaan

dan menanggapi secara efektif untuk melindungi kesehatan masyarakat.

Secara singkat, populasi dan kesehatan masyarakat terkait erat. Memahami ukuran, komposisi, dan kebutuhan kesehatan dari populasi adalah dasar untuk merancang dan menerapkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif.

Pengertian Ukuran dan Karakteristik Demografi

"Ukuran" dan "karakteristik demografis" adalah istilah yang sering digunakan dalam konteks populasi dan demografi untuk menggambarkan aspek yang berbeda dari sekelompok orang atau populasi. Mari kita jelajahi istilah-istilah ini secara lebih rinci:

1. **Ukuran**

   Ukuran populasi mengacu pada jumlah total individu dalam kelompok, wilayah, atau area tertentu. Ini adalah indikator demografis fundamental yang memberikan pemahaman dasar tentang skala populasi. Misalnya, ukuran populasi kota dapat dinyatakan sebagai 500.000 orang, menunjukkan jumlah total penduduk dalam kota itu.

   Dalam penelitian dan statistik, ukuran sampel mengacu pada jumlah individu atau titik data yang dipilih dari populasi yang lebih besar untuk penelitian atau survei. Ukuran sampel sangat penting untuk memastikan hasil penelitian bersifat representatif dan signifikan secara statistik.

2. **Karakteristik Demografis**

   Demografi adalah data statistik yang menggambarkan berbagai atribut populasi. Karakteristik ini membantu peneliti dan pembuat kebijakan memahami komposisi dan keragaman sekelompok orang. Karakteristik demografis yang umum meliputi:

   a. Usia

      Distribusi individu di berbagai kelompok usia (contoh: anak-anak, dewasa, lansia).

   b. Gender

      Distribusi individu menurut gender (contoh: laki-laki, perempuan).

c. Ras dan Etnisitas
   Distribusi individu berdasarkan latar belakang ras dan etnis.
e. Pendidikan
   Tingkat pencapaian pendidikan dalam populasi (contoh: SMP, SMA, perguruan tinggi).
f. Pendapatan
   Distribusi tingkat pendapatan antara individu atau rumah tangga.
g. Pekerjaan
   Jenis pekerjaan dan profesi yang dimiliki oleh individu (contoh: PNS atau wirausaha).
h. Status Perkawinan
   Apakah individu itu menikah, tunggal, bercerai, atau janda.
i. Ukuran keluarga
   Jumlah orang dalam rumah tangga atau unit keluarga.
j. Agama
   Agama dalam hal ini adalah kepemilikan agama dari individu dalam suatu populasi.
k. Lokasi geografis
   Tempat di mana individu tinggal, termasuk perbedaan perkotaan, pedesaan, atau regional.

Manfaat Data Demografis untuk Kepentingan Kesehatan Masyarakat

Data demografis dari sebuah populasi masyarakat bisa memberikan berbagai manfaat bagi usaha kesehatan masyarakat. Manfaat data demografis diantaranya:

1. **Data untuk Kebijakan Kesehatan Masyarakat:**
   Data demografis, yang mencakup informasi tentang usia, jenis kelamin, ras, etnis, tingkat pendidikan, pendapatan, dan karakteristik lainnya dari populasi, sangat penting bagi praktisi kesehatan masyarakat dan pembuat kebijakan. Data ini membantu dalam memahami kebutuhan kesehatan dan kerentanan dari berbagai kelompok populasi.

Data demografis digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan kesehatan dalam populasi. Misalnya, dengan menganalisis informasi demografis, para profesional kesehatan masyarakat dapat menentukan apakah kelompok tertentu lebih mungkin mengalami masalah kesehatan tertentu, seperti tingkat penyakit kronis yang lebih tinggi di kalangan orang dewasa yang lebih tua atau perbedaan dalam akses ke perawatan kesehatan di antara populasi minoritas.

2. **Intervensi Target**
   Memahami demografi populasi memungkinkan para profesional kesehatan masyarakat untuk merancang intervensi dan program perawatan kesehatan yang ditargetkan. Misalnya, kampanye vaksinasi mungkin berfokus pada kelompok usia tertentu atau wilayah yang lebih rentan.

3. **Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan**
   Data demografis menginformasikan pengembangan kebijakan dan rencana kesehatan. Pemerintah dan lembaga kesehatan publik menggunakan informasi demografis untuk mendistribusikan sumber daya, merencanakan infrastruktur perawatan kesehatan, dan menetapkan prioritas berdasarkan kebutuhan kelompok demografi yang berbeda.

4. **Epidemiologi**
   Para ahli epidemiologi, yang mempelajari pola dan penyebab penyakit dalam populasi, mengandalkan data demografis untuk menilai risiko penyakit, mengidentifikasi tren, dan merumuskan strategi pencegahan.

5. **Penelitian Kesehatan**
   Faktor demografis sering dipertimbangkan ketika melakukan penelitian terkait kesehatan. Para peneliti dapat menganalisis hasil kesehatan sambil memeriksa variabel demografis untuk memahami dampak nyata dari berbagai faktor pada kesehatan.

6. **Promosi Kesehatan**
   Kampanye kesehatan masyarakat dan upaya pendidikan sering disesuaikan dengan kelompok demografis tertentu. Pesan dan intervensi dapat bervariasi berdasarkan usia, jenis kelamin, latar belakang budaya, dan faktor demografis lainnya untuk menjadi lebih efektif.

7. **Alokasi Sumber Daya**
   Data demografis memainkan peran dalam alokasi sumber daya untuk layanan kesehatan. Misalnya, rumah sakit dan klinik dapat menggunakan informasi demografis untuk menentukan kebutuhan spesialisasi medis tertentu atau fasilitas di daerah yang berbeda. Misal di daerah terpencil di atas gunung yang hanya dihuni 80 kepala keluarga, berbeda kebutuhan dan alokasinya jika harus menangani 1000 kepala keluarga di suatu RW di pusat kota meski sama-sama mengalami wabah anthrax.

Secara ringkas, demografi menyediakan data dasar untuk penelitian kesehatan masyarakat, pengembangan kebijakan, dan intervensi yang ditargetkan. Profesional kesehatan masyarakat menggunakan informasi demografis untuk mengatasi kesenjangan kesehatan, merancang program yang efektif, dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Kaitan Karakteristik Demografis dengan Kualitas Hidup

Karakteristik demografis dapat memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup sebuah populasi. Kualitas hidup adalah konsep yang kompleks dan beragam yang mencakup berbagai aspek kesejahteraan, termasuk faktor ekonomi, sosial, kesehatan, dan lingkungan. Karakteristik demografis, yang mengacu pada data statistik yang menggambarkan populasi, dapat memengaruhi kualitas hidup dalam beberapa cara.

Menurut WHO (2012) dalam (Jacob and Sandjaya, 2018), Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada dan

hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan lainnya yang terkait. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan dimana mereka berada. Berikut adalah sebuah contoh hasil penelitian mengenai kualitas hidup lansia di sebuah RW yang terletak di Kota Kediri:

Setiap manusia mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan mulai masa bayi hingga lansia. Masa lansia merupakan fase perkembangan terakhir makhluk hidup. Lansia diartikan sebagai manusia golongan orang dewasa akhir yang tenaganya kurang maksimal serta rentan terhadap penyakit. Pada tahap lansia seseorang mengalami penurunan fungsi indra baik itu pendengaran, penglihatan serta mengalami penurunan fungsi fisik dalam tubuhnya. Permasalahan yang terjadi pada lansia dapat berupa masalah psikologis, sosial, fisik dan lingkungan sehingga hal tersebut berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Hal tersebut perlu adanya dukungan dan motivasi dari lingkungan sekitar lansia untuk membantu meyakinkan diri lansia agar mencapai kualitas hidup yang baik (Maharani and Nurullya, 2017). Keberhasilan pembangunan nasional Indonesia menunjukan adanya peningkatan umur harapan hidup yaitu dari 61,3 tahun pada tahun 1992 menjadi 71,74 tahun 2020. Seiring dengan angka harapan hidup yang semakin baik, maka jumlah lanjut usia semakin meningkat. Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia terjadi dalam waktu 50 tahun terakhir. Selama periode tersebut, proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia meningkat dua kali lipat dibandingkan periode sebelumnya. Pada tahun 2021, proporsi lansia mencapai 10,82 persen atau sekitar 29,3 juta orang (Girsang, 2021).

Kota Kediri merupakan kota terbesar ketiga di Provinsi Jawa Timur setelah Surabaya dan Malang. Kota kediri mempunyai luas 63.40 km2 yang terdiri dari 3 kecamatan yaitu Kecamatan Kota, Kecamatan Pesantren, dan Kecamatan Mojoroto yang terdiri dari 46 kelurahan, salah satunya adalah kelurahan Bandar Lor yang terletak di kecamatan Mojoroto. Kelurahan Bandar lor memiliki beberapa RW salah satunya RW 9 yang memiliki 3 RT diantaranya RT 21, 38, dan 39

dengan jumlah penduduk kurang lebih 612 jiwa yang terdiri dari kelompok usia dengan persentase jumlah lansia 28,9% (189 jiwa).

Penelitian kualitas hidup lansia ini dilakukan pada bulan Mei 2023 dengan sampel berjumlah 65 kepala keluarga, di Wilayah Kelurahan Bandar Lor Kota Kediri. Kualitas hidup lansia diukur menggunakan Kuesioner WHOQOL-BREF (Gobbens and Remmen, 2019). Tujuannya, agar dapat diketahui tingkat kualitas hidup di wilayah tersebut. Jika kualitas hidupnya tidak baik, peneliti bertujuan meningkatkan kualitas hidup lansia di Kelurahan Bandar Lor RW 09. Pengukuran kualitas hidup lansia ini juga bertujuan untuk menemukan masalah kesehatan yang dialami lansia di daerah setempat. Setelahnya, peneliti dapat menyusun rencana dan mengambil tindakan tepat agar kesehatan dan kesejahteraan lansia dapat ditingkatkan. Dalam Kuesioner WHOQOL-BREF memiliki empat buah dimensi yaitu (1) kesehatan fisik; (2) keadaan psikologis; (3) hubungan sosial; dan (4) lingkungan.

Hasil survei menunjukkan bahwa kelompok umur tertentu memiliki kecenderungan untuk mengidap hipertensi lebih tinggi. Penderita hipertensi lebih banyak dijumpai pada kepala keluarga dengan usia 46 tahun ke atas.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi antara Umur dengan Riwayat Hipertensi di RW 09 Bandar Lor Kota Kediri 2023

Distribusi Frekuensi antara Umur dengan Riwayat Hipertensi				
	Tidak	**%**	**Ya**	**%**
Remaja (12-25 tahun)	3	6,2	0	0
Dewasa (26-45 tahun)	18	37,6	0	0
Lansia Awal (46-55 tahun)	13	27,1	7	36,8
Lansia Akhir (56-65 tahun)	11	22,9	10	52,6
Manula (diatas 65 tahun)	3	6,2	2	10,6
TOTAL	48	100	19	100

Sumber: Diolah Penulis

Adapun hasil distribusi skor tiap domain kualitas hidup lansia di RW 09 Bandar Lor Kota Kediri 2023 disajikan dalam tabel 4.2 berkut.

Tabel 4.2 Distribusi Skor Tiap Domain Kualitas Hidup Lansia di RW 09 Bandar Lor Kota Kediri 2023

Domain Kualitas Hidup	Skor Minimum	Skor Maksimum	Skor Rata-Rata
Fisik (7 item)	25	89,2	52,9
Psikologis (6 item)	20,8	83,3	53,6
Sosial (3 item)	16,6	100	62,3
Lingkungan (7 item)	41,6	96,8	63,1
Total Subjek	46		

Sumber: Diolah Penulis

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa domain lingkungan merupakan domain yang paling baik dalam kualitas hidup subjek, ditunjukkan dengan nilai rata-rata paling tinggi yaitu 63,1. Domain selanjutnya yaitu domain sosial dengan nilai rata-rata 62,3, dilanjutkan dengan domain psikologis yang memiliki nilai rata-rata 53,6. Sedangkan domain yang memiliki rata-rata terendah yaitu domain fisik dengan nilai 52,92. Domain ini sekaligus domain terakhir yang paling rendah nilainya dalam kualitas hidup lansia di Kelurahan Bandar Lor.

Karena domain fisik merupakan domain yang paling rendah, maka intervensi peningkatan kualitas hidup lansia difokuskan pada domain fisik. Domain fisik berfokus pada kesakitan yang dialami seseorang, dan apakah kesakitan itu memengaruhi kegiatan orang tersebut sehari-hari. Adapun rekomendasi intervensi yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan menekan keparahan penyakit hipertensi ialah dengan membuat program peningkatan kesehatan lansia.

Tabel 4.3 Rekomendasi Intervensi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia di RW 09 Bandar Lor Kota Kediri 2023

Alternatif-alternatif Pemecahan Masalah	Program	Keterangan
Melakukan Musyawarah Masyarakat Rukun Warga (MMRW) dengan bapak lurah Bandar Lor serta jajaran, ketua RW, ketua RT, dan perwakilan dari Puskesmas Sukorame serta bidan desa untuk mengubah perilaku masyarakat menjadi lebih baik serta peduli dengan para lansia yang ada di sekitarnya sehingga dapat dibentuk program pemecahan masalah.	CEKATEN (Cegah dan Kendalikan Hipertensi)	Tujuan: Untuk mengubah perilaku masyarakat menjadi lebih baik serta peduli dengan lansia. Pelaksanaan: 1. Pembentukan serta peresmian paguyuban lansia "PURBAYA" sebagai langkah awal terbentuknya wadah dalam meningkatkan derajat kesehatan bagi lansia. 2. Melakukan kegiatan senam bersama lansia 3. Sosialisasi terkait gizi pada penderita hipertensi dan aktivitas fisik pada lansia yang diikuti dengan pengisian pre-test dan post-test. 4. Demonstrasi pembuatan jus mentimun dan seledri untuk menurunkan tekanan darah.
Pelaksanaan Gebyar Cekaten dan Peresmian Paguyuban Lansia "PURBAYA"	CEKATEN (Cegah dan Kendalikan Hipertensi)	1. Pemeriksaan Fisik (Tekanan darah, Pengukuran Tinggi Badan, Berat Badan dan Lingkar Perut) 2. Konsultasi hasil pemeriksaan fisik 3. Senam sehat Bersama 4. Pengerjaan Pre Test 5. Pemberian Materi Aktifitas Fisik dan Gizi untuk pencegahaan dan pengendalian hipertensi

Alternatif-alternatif Pemecahan Masalah	Program	Keterangan
		7. Demonstrasi pembuatan jus timun dan seledri sebagai usaha pengendalian hipertensi

Sumber: Diolah Penulis

Dari contoh tersebut kita mengetahui bahwa sebuah program harus disesuaikan dengan kondisi masyarakatnya. RW ini memiliki banyak lansia dan mereka belum tersentuh program kesehatan yang signifikan. Oleh karena itu, program yang dibuat pun disesuaikan dengan jenis penyakit dan umur penduduk lansia.

Variasi karakteristik demografi berikut dapat memengaruhi kualitas hidup penduduk dalam berbagai cara yaitu:

1. **Usia**

   Populasi yang menua membuat permintaan yang lebih besar pada perawatan kesehatan dan layanan sosial, sementara populasi yang lebih muda mungkin memiliki kebutuhan yang berbeda terkait dengan pendidikan dan peluang kerja.

2. **Pendapatan dan Status Sosio ekonomi**

   Pendapatan yang lebih tinggi dan status sosio ekonomi umumnya berkorelasi dengan kualitas hidup yang lebih baik, karena individu dan keluarga dengan lebih banyak sumber daya dapat mengakses perumahan, perawatan kesehatan, pendidikan, dan kesempatan rekreasi.

3. **Pendidikan**

   Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan peluang kerja, potensi pendapatan yang lebih besar, dan akses yang lebih baik ke informasi dan sumber daya.

4. **Gender**

   Perbedaan gender dalam akses ke pendidikan, perawatan kesehatan, peluang kerja, dan hak-hak sosial dapat menyebabkan perbedaan dalam kesejahteraan antara pria dan wanita.

5. **Faktor Demografis**
   Faktor demografis yang terkait dengan kesehatan, seperti prevalensi penyakit kronis, harapan hidup, dan akses ke perawatan kesehatan, adalah penentu penting dari kualitas hidup. Populasi dengan hasil kesehatan yang lebih baik cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

6. **Struktur Keluarga**
   Misalnya, akses ke layanan perawatan anak, dukungan untuk rumah tangga orang tua tunggal, dan ketersediaan perawatan orang tua dapat memengaruhi kesejahteraan secara keseluruhan.

7. **Urban atau *Rural Residence***
   Akses ke infrastruktur, fasilitas kesehatan, lembaga pendidikan, dan peluang kerja dapat berbeda di daerah perkotaan dan pedesaan.

8. **Kepadatan Populasi**
   Kelebihan penduduk dan kemacetan di daerah perkotaan dapat menyebabkan akses yang berkurang ke sumber daya dan peningkatan tekanan, sementara daerah pedesaan dengan populasi rendah mungkin memiliki akses yang terbatas ke layanan.

9. **Migrasi dan Imigrasi**
   Demografi populasi dapat berubah karena pola migrasi dan imigrasi, yang dapat memengaruhi keragaman budaya, tenaga kerja, dan kohesi sosial dalam suatu wilayah. Ini, pada gilirannya, dapat memengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh kombinasi faktor, termasuk kebijakan, pemerintahan, infrastruktur, dan pilihan individu. Para peneliti dan pembuat kebijakan sering menggunakan data demografis sebagai salah satu dari banyak indikator untuk menilai dan meningkatkan kesejahteraan populasi.

Daftar Pustaka

Bidarti, A. (2020) *Teori kependudukan*. Penerbit Lindan Bestari. Available at: https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=YM35DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=bidarti+teori+kependudukan&ots=hNh8VIre9S&sig=ZaILcURZnXFN4hUG_FhVcT4lMBI&redir_esc=y.

Girsang, A. P. L. dkk (2021) *Statistik Penduduk Usia Lanjut, Badan Pusat Statistik*. Edited by A. S. Mustari. Jakarta: Badan Pusat Statistk. Available at: https://www.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve=YzNmZDlmMjczNzJmNmRkY2Y3NDYyMDA2&xzmn=aHR0cHM6Ly93d3cuYnBzLmdvLmlkL3B1YmxpY2F0aW9uLzIwMjEvMTIvMjEvYzNmZDlmMjczNzJmNmRkY2Y3NDYyMDA2L3N0YXRpc3Rpay1wZW5kdWR1ay1sYW5qdXQtdXNpYS0yMDIxLmh0bWw%3D&twoadfnoarfeauf=MjAyMy0wOS0xMyAxNTo1NzoyMA%3D%3D.

Gobbens, R. J. J. and Remmen, R. (2019) 'The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD', *Clinical interventions in aging*, pp. 231–239.

Jacob, D. E. and Sandjaya, S. (2018) 'Faktor faktor yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara provinsi Papua', *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan*, 1(1).

Maharani, E. and Nurullya, R. (2017) 'HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI RUMAH PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG'. Diponegoro University.

PROFIL PENULIS

Ratna Frenty Nurkhalim, S.KM., M.P.H.
TEKAT penulis untuk terus berkarya menuangkan sebuah tulisan yang dimuat dalam sebuah buku akhirnya dapat terwujud. Book chapter tentang kependudukan ini adalah buku kedua Penulis yang berhasil dituntaskan. Buku ini sekaligus sebagai bentuk kecintaan Penulis terhadap bidang keilmuan kesehatan masyarakat.

Penulis menempuh pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember pada tahun 2008. Pada tahun 2013, Penulis melanjutkan studinya di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dengan minat keilmuan kesehatan ibu dan anak. Riset yang dilakukan Penulis berkaitan dengan kependudukan pernah dilakukan Penulis pada tahun 2012 dan 2023. Isu kependudukan yang diangkat Penulis yaitu tentang kualitas hidup lansia di Kota Jember dan Kota Kediri. Sebagai mahasiswa kesehatan masyarakat, anda mungkin mencari jawaban mengapa karakteristik penduduk dapat memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Pada book chapter ini, anda dapat menemukan jawabannya. Setelah buku kedua ini, peneliti terus bertekad untuk menelurkan karya buku lain yang bisa mencerahkan dan bermanfaat bagi banyak orang.

Email Penulis: ratna.nurkhalim@iik.ac.id

BAB 5
BIOSTATISTIK

Fitri Rachmillah Fadmi, S.KM., M.Kes.
Universitas Mandala Waluya

Definisi Biostatistik

Statistik artinya sebuah data. Contohnya seperti prevalensi kejadian TBC Paru, cukupan imunisasi dasar, rata-rata berat badan balita dan lain-lain. Arti luas dari data adalah alat analisis. Menurut beberapa tokoh terdahulu, statistik adalah alat untuk analisis dan membuat keputusan yang digunakan untuk membatasi cara-cara ilmiah dalam mengumpulkan, menyusun, meringkas dan menyajikan data penyelidikan (Sulung et al., 2020). Statistik adalah rekapitulasi dari fakta yang berbentuk angka-angka yang disusun dalam bentuk tabel atau diagram untuk mendeskripsikan suatu permasalahan (Ahmad & Jaya, 2021). Statistik adalah alat analisis untuk menyatakan ukuran sebagai wakil dari kumpulan data tentang sesuatu hal berdasarkan perhitungan (Sutha & ST, 2021). Dengan demikian statistik adalah suatu alat analisis yang digunakan untuk pengumpulan, klasifikasi, pengolahan dan penyajian data serta penarikan keputusan dari permasalahan pada bidang tertentu.

Konsep statistik dapat diterapkan pada sejumlah bidang yang mencakup bisnis, psikologi dan pertanian. Jika fokusnya adalah pada ilmu biologi dan kesehatan maka istilah yang digunakan adalah Biostatistik (Riffenburgh & Gillen, 2020). Biostatistik mencakup metode yang memungkinkan seseorang memperhitungkan kesalahan sistematis, seperti pengaruh faktor lain, ketika seseorang menganalisis data, serta metode untuk mempelajari dampak interaksi faktor risiko. Biostatistik adalah metode statistik yang diterapkan

pada ilmu-ilmu terkait kesehatan seperti kedokteran, kesehatan masyarakat, keperawatan dan kesehatan lainnya untuk membantu memahami tentang karakteristik populasi, hubungan atau pengaruh variabel pada populasi.

Fungsi Biostatistik

Fungsi biostatistik dalam dunia kesehatan sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan suatu gejala atau peristiwa kesehatan.
2. Menentukan besarnya masalah kesehatan.
3. Mengestimasi dan membuktikan faktor penyebab masalah kesehatan
4. Menyajikan data kesehatan yang bersifat komunikatif.
5. Menghasilkan informasi kesehatan yang berguna dalam pengambilan keputusan.
6. Merumuskan rencana perbaikan masalah kesehatan.
7. Memprediksi masalah kesehatan di masa yang akan datang.
8. Mendokumentasikan data kesehatan untuk perbandingan data di masa yang akan datang.
9. Mengevaluasi pelaksanaan program kesehatan.

Definisi Data

Data adalah sekumpulan hasil pengukuran atau perhitungan dari suatu objek penelitian atau segala sesuatu yang ingin dicatat (Indrayan & Malhotra, 2017). Data adalah bahan mentah yang perlu melalui proses pengolahan untuk menjadi informasi. Kata "data" berasal dari bahasa latin yakni "datum" yang merupakan bentuk jamak (plural). Dengan demikian data yang dimaksud sudah mencakup sekumpulan data, sehingga tidak perlu menyatakan data-data, tetapi cukup dengan "data" saja.

Jenis Data

Jenis data secara umum dibedakan berdasarkan bentuknya yakni data kuantitatif dan data kualitatif.

1. **Data Kualitatif**

   Data yang dinyatakan dalam bentuk kata, kalimat dan gambar dari cara pandang yang menekankan "sifat" dan "mutu" dari objek (subjek) tersebut.

2. Data Kuantitatif

Data yang dinyatakan dalam bentuk angka. Contoh: Berat badan 60 Kg, 35 balita, 10 sumur gali.

Jenis data secara khusus dibedakan berdasarkan kriteria yang menyertainya seperti sumber, waktu pengumpulan, susunan dan sifatnya.

1. Jenis Data Berdasarkan Sumbernya

a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh langsung dari sumber utamanya melalui pengumpulan data menggunakan instrumen dalam bentuk wawancara, angket, observasi dan atau tes. Contoh: Data pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif.

b. Data Sekunder

Adalah data yang tidak diperoleh langsung dari sumber utama, tetapi dari instansi pemerintahan pengumpulan data seperti Badan Pusat Statistik (BPS), Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, Puskesmas dan lainnya. Contoh: Jumlah balita dan lansia yang diperoleh dari Puskesmas.

2. Jenis Data Berdasarkan Waktu Pengumpulannya

a. Data *Cross Section*

Adalah data yang dikumpulkan pada titik waktu tertentu yang menggambarkan kondisi dan kegiatan pada waktu tersebut. Contoh: Data jumlah penderita hipertensi pada tahun 2022.

b. Data Time Series

Adalah data yang dikumpulkan dari waktu ke waktu atau periode secara historis. Contoh: Data persebaran kasus Malaria di Provinsi Papua.

3. Jenis Data Berdasarkan Skala Pengukuran

Jenis data berdasarkan skala pengukurannya terdiri dari 4 yakni data nominal, ordinal, interval dan rasio. Data nominal dan ordinal merupakan tipe data kategori, yakni data yang dapat dibedakan dan diurutkan tetapi tidak dapat dikalkulasi secara matematis. Sedangkan data interval dan ratio merupakan data tipe numerik,

yakni data dalam bentuk angka-angka dan dapat dikalkulasi secara matematis.

a. Data Nominal
   Data yang memiliki kedudukan yang sama yang dibedakan berdasarkan kategori yang sifatnya dikotom atau terdiri dari dua kategori. Misalnya jenis kelamin Laki-laki (1), Perempuan (2).
b. Data Ordinal
   Data yang dapat dibedakan dalam kategori dan tersusun dalam bentuk tingkatan atau urutan. Misalnya tingkat pendidikan, SD (1), SMP (2), SMA (3), Diploma (4), Sarjana (5), dan magister (6).
c. Data Interval
   Data yang diperoleh dengan cara pengukuran dimana jarak dua titik pada skala telah diketahui dan memiliki nilai nol (0) yang absolut. Contoh: data hasil pengukuran termometer, walaupun diperoleh nilai 0^0C tetapi tetap bernilai.
d. Data Rasio
   Data yang diperoleh dengan cara pengukuran dimana jarak dua titik pada skala telah diketahui dan memiliki nilai nol (0) yang tidak absolut. Contoh: Data berat badan. Nilai 0 kg tidak bernilai karena tidak ada beratnya.

Pengumpulan Data

1. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti. Objek penelitian dapat berbentuk manusia atau makhluk hidup lainya seperti hewan atau tumbuhan, dan benda mati seperti sumur, rumah, pasar, serta benda abstrak seperti waktu, kegiatan dan lain sebagainya. Populasi terdiri dari dua yakni populasi *finite* atau terbatas dan populasi *infinite* atau tidak terbatas. Populasi *finite* adalah populasi yang tidak terbatas ruang dan waktu seperti Kepala keluarga (KK) di Kecamatan Poasia tahun 2023, sumur gali di Kelurahan Abeli tahun 2022, partikel air dari Sungai Pohara di Kecamatan Pohara Tahun 2021. Sedangkan populasi *Infinite* adalah populasi yang jumlahnya bebas dan tidak terbatas seperti jumlah partikel debu, air, pasir dan lain sebagainya.

Sampel adalah sebagian dari populasi yang diamati. Menurut (Anjani et al., 2022) sampel adalah himpunan bagian populasi yang diamati dan dikumpulkan datanya. Prosedur pengambilan sampel dibedakan menjadi sampling random dan sampling nonrandom. Jika seluruh jumlah populasi diamati, maka disebut sebagai sensus. Sampel ditentukan jika jumlah populasi yang terlalu besar, adanya risiko percobaan yang merusak dan terbatasnya sumber daya.

2. Ukuran Sampel

Ukuran sampel atau *sample size* adalah jumlah sampel yang diperlukan dalam sebuah penelitian. Ukuran sampel ditetapkan terlebih dahulu sebelum dilakukan pemilihan sampel. Menurut (Syahza & Riau, 2021), Ukuran sampel adalah banyaknya unit sampling yang ada dalam sampel. Ukuran sampel tergantung pada:

a. Ukuran dari variabel karakteristik dari unit sampling.
b. Tingkat kesalahan sampling (presisi) yang ditolerir (5%, 10%, 15% dan 20%). Nilai presis ditentukan oleh peneliti berdasarkan tujuan penelitian. Makin besar nilai presisi maka makin kecil ukuran sampel, sebaliknya makin kecil nilai presisi maka makin besar ukuran sampel.
c. Biaya penelitian.
d. Waktu penelitian.

3. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah suatu proses pemilihan sampel dari populasi yang bertujuan agar sampel dapat mewakili populasi (*representatif*). Makin besar jumlah sampel yang mendekati populasi maka akan makin kecil peluang kesalahan generalisasi, demikian sebaliknya. Teknik sampling terdiri dari dua yakni teknik sampling random (*probability*) dan nonrandom (*nonprobability*).

a. *Sampling Random (Probability)*

   Sampling random (probability) adalah teknik pemilihan sampel secara acak dan adil. Teknik sampling ini memberikan kesempatan atau peluang yang sama pada setiap objek (individu) dalam populasi untuk dipilih menjadi sampel. Dengan demikian sampel yang dipilih menggunakan teknik sampling

random (*probability*) akan dapat mewakili populasi (representatif). Generalisasi dilakukan jika sampel representatif. Syarat penggunaan teknik sampling ini adalah pembuatan *sampling frame* (kerangka sampel) yang berisi daftar anggota populasi. Jenis teknik *sampling random (probability)* sebagai berikut:

1) *Simple Random Sampling*
   Adalah proses pemilihan sampel secara acak sederhana yang memiliki asumsi bahwa karakteristik yang dimiliki oleh populasi tidak menjadi pertimbangan penelitian. Pemilihan sampel dengan teknik ini dapat dilakukan dengan cara mengundi atau dengan bilangan random pada sapling frame.
2) *Systematic Random Sampling*
   Adalah proses pemilihan sampel secara sistematis yakni dengan cara mengurutkan anggota populasi dan kemudian sampel dipilih berdasarkan urutan tertentu dari sampling frame. Pemilihan sampel dengan teknik ini dengan menentukan kelas interval (K) dengan rumus sebagai berikut:

$$Kelas\ Interval\ (K) = \frac{Jumlah\ populasi\ (N)}{Jumlah\ sample\ (n)}$$

   Contoh: Sebuah penelitian bertujuan untuk mengetahui perilaku lansia dalam menerapkan protokol kesehatan covid-19 dengan jumlah populasi berjumlah 1000 lansia dan jumlah sampel berjumlah 200 lansia. Maka diperoleh kelas interval (K) = 1000/200 = 5. Dengan demikian pemilihan sampel dilakukan dengan interval 5 sampai memenuhi jumlah sampel yang diinginkan.
3) *Stratified Random Sampling,* adalah proses pemilihan sampel dengan mempertimbangkan stratifikasi atau strata dalam populasi untuk dapat mewakili sampel. Pemilihan sampel dari setiap strata menggunakan *simple random sampling*. Terdapat dua jenis teknik stratified random sampling yakni *proportionate stratatified random sampling* dan

disproportionate stratatified random sampling. Jumlah anggota tiap strata ditentukan menggunakan rumus proporsi:

$$\boldsymbol{n}\ setiap\ strata = \frac{N\ strata}{N\ populasi}\ x\ \boldsymbol{n}$$

Jumlah sampel tiap strata proportional pada populasi diperoleh dari hasil pembagi antara jumlah sampel dengan jumlah strata, sedangkan pada strata yang tidak proportional diperoleh dari hasil perkalian jumlah sampel dengan jumlah anggota strata terhadap populasi.

4) *Cluster Random Sampling*

Adalah proses pemilihan sampel berdasarkan *cluster*. Teknik sampling ini digunakan pada populasi dengan wilayah yang luas dan terdiri dari kelompok yang menjadi cluster seperti kelurahan, rumah sakit, dan lain sebagainya. Penentuan sampel pada teknik *cluster* random sampling ini dengan cara penentuan *cluster* populasi dan pengambilan sampel dari setiap *cluster* dengan teknik *simple random sampling*. Misalnya suatu penelitian yang mengkaji balita stunting di Provinsi Sulawesi Tenggara atau yang lebih luas seperti di Indonesia. Maka, penentuan sampel ditentukan berdasarkan sampel wilayah yang menjadi cluster dan tahap penentuan balita yang ada pada wilayah atau *cluster* tersebut.

b. *Sampling Nonrandom (Nonprobability)*

Sampling nonrandom (nonprobability) adalah teknik pemilihan sampel secara tidak acak atau tidak random. Teknik sampling nonrandom ini tidak memberikan kesempatan atau peluang yang sama pada setiap objek/subjek dalam populasi untuk dipilih menjadi sampel. Dengan demikian sampel yang dipilih tidak dapat mewakili populasi tetapi hanya berlaku pada sampel tersebut.

1) *Consecutive Sampling*

Adalah proses pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh peneliti yang dipilih secara berurutan sesuai

kedatangan subjek ke lokasi penelitian hingga terpenuhi jumlah sampel yang ditentukan. Penelitian ini biasa dilaksanakan pada penelitian yang berlokasi di Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Misalnya penelitian dengan subjek lansia dengan kriteria menderita hipertensi, maka peneliti dapat menjadikan setiap lansia yang telah melakukan kunjungan pemeriksaan tekanan darah dan divonis hipertensi untuk menjadi sampel.

2) *Convenience Sampling*
   Adalah pemilihan sampel berdasarkan kemudahan peneliti untuk berkomunikasi dengan subjek penelitian. Misalnya penelitian tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan puskesmas, maka setiap pasien yang berada di puskesmas dan bersedia menjadi responden dapat dijadikan sampel oleh peneliti pada saat peneliti berada di lokasi penelitian.
3) *Purposive Sampling*
   Adalah pemilihan sampel berdasarkan maksud dan tujuan yang ditentukan oleh peneliti. Subjek yang dipilih dianggap memiliki informasi yang diperlukan oleh peneliti. Misalnya suatu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui kualitas pelayanan puskesmas, maka yang menjadi sampel adalah orang yang dianggap dapat memberikan informasi terkait penelitian tersebut.

Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan dari objek/subjek penelitian perlu diolah untuk memperoleh keterangan ringkasan dalam bentuk angka-angka ringkasan. Data yang telah diolah akan memudahkan peneliti untuk lanjut ke tahap analisis dan penyajian data sehingga akan bermanfaat dalam pengambilan keputusan. Prosedur pengumpulan data sebagai berikut:

1. ***Editing***
   Proses pemeriksaan data hasil pengumpulan di lokasi penelitian untuk meminimalisir kesalahan pengisian data seperti ketidaklengkapan data atau kekeliruan pengisian data.

2. ***Coding***
   Pengelompokkan jawaban responden menjadi kategori yang diberi kode untuk mempermudah proses pengolahan data penelitian.

3. ***Scoring***
   Penentuan skor atau nilai dari setiap item pertanyaan dari instrumen penelitian yang digunakan seperti kuesioner dan lembar observasi.

4. ***Entry Data***
   Proses penginputan data penelitian yang telah diberi kode dan skor ke dalam program komputer.

5. ***Cleaning Data***
   Proses pembersihan data yang bertujuan untuk menjamin bahwa seluruh data yang telah di *editing, coding, scoring*, dan *entry* sudah benar dan siap untuk dianalisis.

Analisis Data

Data yang telah diolah selanjutnya akan dianalisis. Analisis data dilakukan dengan memilih uji statistik yang tepat dan sesuai dengan tujuan pengolahan data. Analisis data dapat terdiri dari dua metode yakni deskriptif dan inferensial.

1. **Deskriptif**
   Biostatistik deskriptif adalah statistik dengan konsep pekerjaannya mencakup pengumpulan, penyusunan, pengolahan, penyajian dan analisis data untuk memberikan gambaran yang ringkas dan jelas mengenai suatu peristiwa tertentu. Berdasarkan definisi tersebut, maka analisis data deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan suatu data menjadi data komunikatif dan informatif. Bentuk analisis data deskriptif meliputi Ukuran pemusatan (rata-rata atau *mean*, median, dan modus), ukuran penyebaran (range, varians dan standar deviasi), nilai relatif (rasio, *rate*, dan proporsi) dan lain sebagainya.

2. Inferensial

Biostatistik inferensial adalah statistik dengan konsep pekerjaannya mencakup analisis estimasi dan hipotesis data sampel untuk men-generalisasi populasi. Dengan demikian, analisis data inferensial digunakan untuk membuktikan estimasi dan hipotesis statistik sampel. Estimasi adalah penafsiran kondisi populasi berdasarkan kesimpulan dari sampel. Sedangkan hipotesis adalah pernyataan yang masih lemah sehingga perlu dilakukan pengujian untuk membuktikan apakah pernyataan itu benar atau salah. Hipotesis terdiri dari dua yakni hipotesis nol (H_0) yang sifatnya netral dan hipotesis alternatif (H_a atau H_1) yang merupakan lawan dari H_0. Pernyataan hipotesis selalu tetap, sehingga tidak boleh dibolak balik. Misalkan pada uji komparatif dengan tujuan melihat perbedaan tekanan darah lansia sebelum dan sesudah pemberian intervensi, maka hipotesis yang ditetapkan adalah sebagai berikut:

H_0 : Tidak ada perbedaan tekanan darah lansia sebelum dan sesudah pemberian intervensi

H_a : Ada perbedaan tekanan darah lansia sebelum dan sesudah pemberian intervensi

Penulisan pernyataan hipotesis juga berlaku pada pembuktian hipotesis lainnya seperti pada uji hubungan, pengaruh dan sebagainya. Selanjutnya dalam pembuktian hipotesis, peneliti harus bisa memilih uji statistik yang sesuai dengan kebutuhan penelitian untuk menjawab rumusan masalah sehingga menghasilkan kesimpulan yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Dalam statistik inferensial terdapat banyak uji statistik yang dapat digunakan untuk analisis data. Secara umum, uji statistik inferensial terdiri dari uji statistik parametrik dan statistik non parametrik. Uji statistik parametrik adalah uji statistik dengan parameter populasi yang memilki asumsi tertentu serta menggunakan data dengan skala pengukuran minimal interval/rasio. Sedangkan uji statistik nonparametrik adalah uji statistik yang tidak menggunakan dugaan parameter populasi

tanpa adanya asumsi. Tabel pemilihan uji statistik tersaji pada tabel berikut:

Tabel 5.1 Pemilihan Uji Statistik

TUJUAN	KELOMPOK	JENIS SAMPLE	PARAMETRIK	NON PARAMETRIK	
			Interval/Rasio Berdistribusi Normal	Interval/Rasio Berdistribusi Tidak Normal/ Ordinal	Nominal
Komparatif	2	Berpasangan	Paired Sampel t Test	Wilcoxon Sign Rank Test	Mc-Nemar
		Bebas	Independen Sampel t Test	Mann-Whitney	Chi-Suare/Fisher Exact
	>2	Berpasangan	ANOVA Sama Subyek (*Repeated Meassure*)	Friedman	Cochrans'Q
		Bebas	One Way ANOVA	Kruskal-Wallis	Chi-Suare
Korelasi/regresi/ Asosiasi			Korelasi Pearson	Korelasi Spearman	Koef. Kontingensi/ Phi
			Regresi Liniear	Asosiasi Kappa	Regresi Logistik

Sumber: Wardani (2020)

Untuk memudahkan peneliti dalam menentukan uji statistik yang tepat, maka seorang peneliti harus memperhatikan 5 hal berikut:

a. Tujuan Analisis
   Data dibedakan menjadi komparatif dan asosiatif serta regresi. Komparatif jika penelitian bertujuan membedakan nilai dari dua atau lebih kelompok data. Asosiatif, jika penelitian bertujuan membuktikan ada tidaknya hubungan atau korelasi antar variabel. Sedangkan regresi bertujuan untuk mengetahui pengaruh dan memprediksi pengaruh variabel.
b. Tipe Data
   Tipe data yang dimaksud adalah data berdasarkan skala pengukurannya yakni nominal, ordinal, interval/rasio. Peneliti

harus benar-benar memahami ciri dan perbedaan dari setiap tipe data tersebut.

c. Jumlah Kelompok Data
   Jumlah kelompok data apakah terdiri dari dua atau lebih dari dua kelompok data.
d. Jenis Sampel
   Jenis sampel terdiri dari dua yakni data berpasangan dan data tidak berpasangan/bebas. Dikatakan berpasangan jika data hasil pengukuran berasal dari sampel yang sama, dan dikatakan tidak berpasangan/bebas, jika data hasil pengukuran berasal dari sampel yang berbeda.
e. Asumsi
   Asumsi uji statistik berlaku hanya pada uji statistik parametrik seperti *normalitas* dan *homogenitas* data. Jika asumsi uji statistik parametrik yang dipilih sebelumnya tidak memenuhi, maka digunakan uji statistik alternatif dari statistik non parametrik. Asumsi uji statistik terpenuhi jika nilai signifikansi (*p-value*) lebih besar dari nilai *alfa* (α).

Penyajian Data

Data penelitian yang telah diolah dan dianalisis selanjutnya disajikan dalam bentuk yang mudah untuk dibaca dan dipahami sehingga dapat bermanfaat dalam pengambilan keputusan. Metode penyajian data terdiri dari 3 yakni berupa angka-angka ringkasan, tabel, dan gambar (grafik/diagram).

1. **Angka-Angka Ringkasan**
   Data dalam bentuk kuantitatif yang merupakan hasil dari pengolahan data. Angka-angka ringkasan hanya menyajikan hasil akhir dari pengolahan data, sehingga sulit atau tidak dapat dijadikan bahan analisis.

2. **Tabel**
   Sekumpulan angka hasil analisis data yang tersusun berdasarkan kategori atau karakteristik data. Penyajian tabel harus dilengkapi dengan judul tabel, judul baris atau kolom serta catatan atau

sumber data yang dimuat dalam tabel. Penyusunan data dalam tabel berdasarkan abjad dan waktu kronologisnya. Penyajian tabel terdiri dari beberapa jenis yakni sebagai berikut:

a. Tabel Satu Arah (*One Way Table*)
   Bentuk penyajian tabel yang menujukkan satu hal saja. Misalnya jumlah balita berdasarkan kelurahan di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia tahun 2022.

Tabel 5.2 Jumlah Balita Berdasarkan Kelurahan di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Tahun 2022

Kelurahan	Jumlah
Anduonohu	15
Anggoeya	20
Kambu	45
Total	80

Sumber: Diolah Penulis

b. Tabel Dua Arah (*Two Way Table*)
   Bentuk penyajian tabel yang menunjukkan dua hal. Misalnya jumlah balita berdasarkan wilayah dan jenis kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia tahun 2022.

Tabel 5.3 Jumlah Balita Berdasarkan Kelurahan dan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Tahun 2022

Kelurahan	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Anduonohu	5	10	15
Anggoeya	12	8	20
Kambu	20	25	45
Total	37	43	80

Sumber: Diolah Penulis

c. Tabel Tiga Arah (*Three Way Table*)
   Bentuk penyajian tabel yang menunjukkan tiga hal. Misalnya jumlah balita berdasarkan kelurahan, kelompok umur dan jenis di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia tahun 2022.

Tabel 5.4 Jumlah Balita Berdasarkan Kelurahan, Kelompok Umur, dan Jenis di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Tahun 2022

Kelurahan	Umur Balita (Bulan)						Jumlah
	0 – 12		12 – 24		24 – 59		
	L	P	L	P	L	P	
Anduonohu	2	1	3	4	2	3	15
Anggoeya	0	1	5	4	2	8	20
Kambu	2	5	5	10	15	8	45
Total	4	7	13	18	19	19	80

Sumber: Diolah Penulis

3. Grafik/Diagram

Penyajian secara visual data dalam bentuk angka berdasarkan tabel yang dibuat sebelumnya. Penyajian grafik/diagram sifatnya lebih komunikatif karena dapat mengetahui suatu keadaan yang membutuhkan keputusan dalam waktu singkat. Jenis grafik atau diagram terdiri dari garis, batang, bar, lingkaran, *scatter* dan peta. Grafik/diagram garis dan batang dapat mengambarkan *trends* nilai dari waktu ke waktu. Grafik/diagram bar dan lingkaran dapat membandingkan nilai dari setiap kategori. Grafik/diagram *scatter* dapat menggambarkan hubungan sebab akibat antar variabel. Grafik/diagram peta dapat mengambarkan pola sebaran data berdasarkan wilayah.

****

Daftar Pustaka

Ahmad, A., & Jaya, I. (2021). *Biostatistik: Statistik dalam Penelitian Kesehatan*. Prenada Media.

Anjani, A. D., Aulia, D. L. N., & Suryanti, S. (2022). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.

Indrayan, A., & Malhotra, R. K. (2017). *Medical biostatistics*. CRC Press.

Riffenburgh, R. H., & Gillen, D. L. (2020). *Statistics in medicine*. Academic press.

Sulung, N., Yasril, A. I., SKM, M. K. M., & others. (2020). *Buku Pengantar Statistik Kesehatan (Biostatistik)*. Deepublish.

Sutha, D. W., & ST, S. (2021). *Biostatistika: Buku Ajar*. Media Nusa Creative (MNC Publishing).

Syahza, A., & Riau, U. (2021). *Buku Metodologi Penelitian, Edisi Revisi Tahun 2021*. Pekan Baru: Unri Press.

Wardani, D. K. (2020). *Pengujian Hipotesis (deskriptif, komparatif dan asosiatif)*. Lppm Universitas Kh. A. Wahab Hasbullah.

PROFIL PENULIS

Fitri Rachmillah Fadmi, S.KM., M.Kes.

Penulis lahir di Kecamatan Balandete Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara pada 26 Oktober 1986. Penulis memperoleh gelar Sarjana (S1) Kesehatan Masyarakat dari Universitas Haluoleo pada tahun 2008 peminatan Epidemiologi. Penulis kemudian menjadi salah satu tenaga pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan Universitas Mandala Waluya sejak tahun 2009. Tiga tahun menjadi tenaga pengajar, penulis menempuh pendidikan magister di Universitas Airlangga dengan peminatan Biostatistik dan Kependudukan dan memperoleh gelar Magister (S2) Kesehatan Masyarakat pada tahun 2014.

Penulis menjadi tenaga pengajar pada bidang Kesehatan Masyarakat dengan kepakaran Biostatistik dan Kependudukan. Dalam rangka mewujudkan karir sebagai dosen profesional sesuai kepakaran, penulis selain sebagai pengajar juga aktif sebagai peneliti dan pengabdi. Penulis telah beberapa kali menjadi penerima hibah penelitian dan pengabdian Kemenristekdikti sejak mengusul tahun 2016. Selanjutnya penulis berhasil memperoleh Beasiswa Pendidikan Indonesia (BPI) Kemendikbud Ristekdikti pada tahun 2021 dan saat ini sedang menempuh pendidikan Program Doktor (S3) Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga dengan konsentrasi disertasi pada Biostatistik dan Kependudukan. Berbekal ilmu dan pengalaman tersebut, penulis berusaha memberikan kontribusi melalui hasil karya menulis buku yang dapat bermanfaat untuk meningkatkan pembangunan bangsa dan negara.

Email Penulis: fitri.rachmillahfadmi@gmail.com

BAB 6
KESEHATAN REPRODUKSI

Aris Handayani, AMd.Keb., S.Pd., M.Kes.
Poltekkes Kemenkes Surabaya

Pendahuluan

Keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang menyeluruh adalah kesehatan reproduksi. Reproduksi yang sehat lebih dari sekedar tidak adanya kondisi yang memengaruhi sistem, proses, atau fungsi reproduksi. Remaja harus memprioritaskan menjaga kesehatan reproduksinya, khususnya dengan menjalani gaya hidup sehat dan mengkonsumsi vitamin (Organisasi Kesehatan Dunia, 2014).

Bagi wanita, masa pubertas yang berlangsung sejak masa kanak-kanak hingga dewasa dan membuat mereka mampu bereproduksi secara seksual merupakan masa yang penting. Perubahan fisik, hormonal, psikologis, dan sosial termasuk di antara perubahan tersebut. Tahapan perkembangan fisik dan seksual yang terjadi pada masa transisi ini dapat memungkinkan organ reproduksi remaja berfungsi untuk melakukan reproduksi. Jika seorang anak laki-laki mengalami mimpi basah, pertumbuhan penis, timbulnya jerawat, dan perubahan suara, maka ia dikatakan sedang menjalani masa pubertas. Wanita, sebaliknya, dikenali berdasarkan menstruasi pertama, perkembangan payudara, keputihan, dan pinggul yang membesar. Tahapan ini sangat wajar karena seiring bertambahnya usia, tubuh akan mengalami perubahan fisik (Verawati dan Liswidyawati, 2012).

Definisi Kesehatan Reproduksi

Bukan sekedar terbebas dari penyakit atau ketidakmampuan dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi beserta aktivitas

dan prosesnya, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh. Definisi kesehatan reproduksi yang diadopsi oleh Konferensi Dunia IV tentang Perempuan yang berbasis di New York pada tahun 2000 adalah kesejahteraan integritas fisik, mental, dan sosial dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan proses reproduksinya, tidak sekedar bebas dari penyakit atau cacat.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Lingkup Kehidupan

Kisaran kesehatan reproduksi dalam rentang hidup:

1. Kesehatan ibu dan bayi.
2. Pengendalian dan pencegahan HIV/AIDS dan PMS/infeksi saluran reproduksi.
3. Mengendalikan dan mencegah komplikasi akibat aborsi.
4. Kesehatan reproduksi remaja.
5. Pencegahan dan pengobatan infertilitas.
6. Berbagai permasalahan tambahan kesehatan reproduksi, seperti kanker serviks, mutilasi alat kelamin, fistula, dll.

Hak-Hak Reproduksi

Pada Konferensi Kependudukan dan Pembangunan Internasional, diputuskan bahwa isu-isu reproduksi berikut ini penting untuk mencapai kesehatan spiritual dan fisik bagi individu secara keseluruhan:

1. Hak atas pendidikan dan informasi mengenai kebugaran reproduksi.
2. Hak atas perlindungan dan bantuan kebugaran reproduksi.
3. Hak untuk menyatakan pendapat secara bebas mengenai pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Kematian terkait kehamilan dan perlindungan hak.
5. Kebebasan untuk memilih berapa banyak anak yang dimiliki dan seberapa jauh jarak umur anak mereka.
6. Hak atas keamanan dan kebebasan berkenaan dengan kemampuan bereproduksi.

6

7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan pelecehan, termasuk pembelaan terhadap pemerkosaan, kekerasan, dan penyiksaan.
8. Hak untuk memperoleh manfaat dari peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi.
9. Kebebasan untuk membentuk dan menata kembali sebuah keluarga.
10. Bebas dari diskriminasi di dalam kehidupan seluruh aspek kesehatan keluarga dan reproduksi.
11. Kebebasan berkumpul dan mengambil bagian dalam kegiatan politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Siklus Reproduksi

Kehidupan seorang wanita dapat dibagi menjadi beberapa fase setelah melahirkan, antara lain pembuahan, bayi baru lahir, anak kecil, dan remaja, fase produktif, fase klimakterik, dan menopause. Oleh karena setiap periode bersifat unik dan berbeda-beda, maka gangguan-gangguan yang terjadi pada setiap periode juga dapat dikatakan tipikal karena menyimpang dari ciri-ciri yang juga menjadi ciri khas periode yang bersangkutan.

1. Konsepsi

Penyatuan sel telur yang matang dan sperma yang sehat yang menyebabkan kehamilan disebut konsepsi. Jika kondisi tertentu terpenuhi, khususnya yang berikut ini, konsepsi ini dapat terjadi:

1. Siklus reproduksi seorang wanita harus berada pada fase yang tepat agar aktivitas seksual dapat berlangsung.
2. Ketika seorang wanita berovulasi, indung telurnya harus menghasilkan sel telur yang sehat.
3. Laki-laki harus menghasilkan sperma yang sehat dan relatif normal.
4. Sperma tidak dapat membuahi sel telur jika ada penghalang atau penghalang apa pun.

2. Bayi dan Anak

Berikut penjelasan periode fase tersebut:

a. Perubahan dan pertumbuhan yang sangat cepat
b. Belajar tentang individu selain dirinya dan ibunya;

c. Mengurangi ketergantungan anak pada ibu dan perkembangan individualitasnya;
d. Adaptasi terhadap berbagai tuntutan lingkungan (sosialisasi);
e. Rasa ingin tahu yang kuat meski kekuatan fisik dan koordinasi otot tidak sempurna.

Ketika bayi dilahirkan cukup bulan, alat kelamin bagian dalam telah berkembang sepenuhnya, dan terdapat 750.000 folikel primordial di setiap ovarium, dan tidak ada lagi pertumbuhan yang terjadi di kemudian hari. Labia mayora menutupi labia minora, saluran tuba, rahim, vagina, dan alat kelamin luar telah terbentuk, namun pada bayi prematur, vagina kurang tertutup dan labia minora lebih terlihat jelas. Bayi terus dipengaruhi oleh estrogen, yang selama kehamilan masuk ke tubuh janin melalui plasenta, pada minggu pertama dan kedua kehidupan di luar. Akibatnya, ukuran rahim bayi baru lahir lebih besar dibandingkan rahim anak kecil. Selain itu, selama 10 hari pertama kehidupan, estrogen membuat payudara bayi laki-laki dan perempuan membesar, terkadang disertai keluarnya cairan seperti susu. Selain itu, perdarahan putus obat dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama pada 10 hingga 15% bayi perempuan.

Alat kelamin bayi perempuan yang baru lahir itu dipenuhi cairan bening. Setelah dua sampai tiga minggu, epitel vagina menjadi relatif tipis dan pH vagina meningkat menjadi Epitel vagina cukup tebal dan pH vagina. Seuderosio kongenital, yang terjadi pada sepertiga bayi perempuan, disebabkan oleh Endoserviks menutupi sebagian *portio cervicis* selain ostium uterus eksternal. Sekitar satu setengah tahun kemudian, erosi ini berhenti secara alami.

Saat lahir rasio serviks terhadap korpus uterus adalah 1:1 karena hipertrofi korpus, setelah pengaruh estrogen tidak ada lama kelamaan rasio menjadi 2:1. Selama masa pubertas, di bawah pengaruh estrogen yang diproduksi oleh anak-anak, rasionya berubah sekali lagi, menjadi 1:2 pada wanita dewasa.

Remaja

Salah satu fase transisi antara masa anak-anak dan masa dewasa adalah masa pubertas. Peralihan dari masa kanak-kanak ke pubertas tidak terjadi secara tiba-tiba, namun ada yang berpendapat bahwa pubertas dimulai ketika ovarium mulai bekerja. Ketika ovarium berfungsi secara konsisten dan teratur, masa pubertas telah berakhir.

Menurut definisi klinis, pubertas dimulai ketika ciri-ciri seksual sekunder muncul dan berakhir ketika kemampuan reproduksi muncul. Pada wanita, pubertas dimulai antara usia 8 dan 14 tahun dan berlangsung sekitar 4 tahun.

Lingkungan, pola makan, dan budaya semuanya memengaruhi kapan pubertas dimulai. Karena kemajuan nutrisi dan kesehatan secara keseluruhan pada abad ini, pubertas sering kali dimulai pada usia yang lebih muda. Perkembangan fisik yang pesat, munculnya ciri-ciri seksual sekunder, menarche, dan perubahan psikologis merupakan kejadian-kejadian penting selama masa pubertas. Hormon hipofisis dan gonadotropin mengontrol kemampuan ovarium untuk berfungsi, dan hipotalamus serta faktor pelepas mengatur pelepasan hormon. Folikel di ovarium mulai tumbuh, dan meskipun belum mencapai kematangan karena atresia sebelumnya, folikel sudah mampu mensekresi estrogen. Sekitar periode yang sama, korteks kelenjar suprarenal mulai membuat androgen, yaitu hormon yang terlibat dalam pertumbuhan tubuh.

Tubuh anak-anak tumbuh lebih cepat dari biasanya, terutama pada ekstremitas, dan tubuh membutuhkan waktu lebih lama dari biasanya untuk mencapai bentuk yang sesuai gender. Meskipun hormon somatotropin mempunyai pengaruh, estrogen dianggap bertanggung jawab utama terhadap tingkat pertumbuhan wanita. Selain itu, estrogen membatasi pertumbuhan tubuh dengan menyebabkan tertutupnya garis epifisis pada tulang. Pertumbuhan alat kelamin internal dan eksternal serta ciri-ciri seksual sekunder adalah pengaruh dari estrogen. Alat kelamin luar dan dalam pada akhirnya mempunyai bentuk dan karakteristik kematangan selama masa pubertas.

Produktif

Masa yang sangat penting bagi perempuan dan berlangsung selama sekitar 33 tahun, sangatlah penting. Menstruasi paling teratur terjadi sekitar waktu ini, dan siklus vagina penting untuk memungkinkan terjadinya kehamilan. Selama waktu ini, wanita berovulasi sekitar 450 kali, dan dia juga mengalami pendarahan selama 1800 hari. Meskipun wanita di atas usia 40 tahun masih bisa hamil, namun kesuburannya menurun drastis setelah usia tersebut.

Klimakterium dan Menopause

1. Klimakterium

Istilah Yunani untuk masa reproduksi dan senium adalah klimakterium. Fase yang disebut klimakterium berlangsung selama beberapa tahun sebelum dan setelah menopause, bukanlah kondisi patologis. Awal dan akhir klimakterium sulit ditentukan. Namun berdasarkan kondisi endokrinologi (kadar estrogen mulai menurun dan kadar hormon gonadotropin mulai meningkat), dapat dikatakan bahwa klimakterium dimulai sekitar 6 tahun sebelum menopause, dan jika ada gejala klinis. Sekitar 6-7 tahun setelah menopause, klimakterium berakhir. Kadar estrogen saat ini rendah, sejalan dengan kondisi usia, dan gejala neurovegetatif telah berhenti. Masa klimakterium berlangsung hampir 13 tahun. Mengenai dasar-dasar klimakterium, dapat disebutkan bahwa, berbeda dengan pubertas, yang disebabkan oleh mulainya kelenjar pituitari memproduksi hormon gonadotropin, klimakterium disebabkan oleh kegagalan ovarium dalam merespon rangsangan hormon tersebut. Dapat dikatakan bahwa ovarium lebih tua dibandingkan organ tubuh lainnya karena hal ini disebabkan oleh penuaan mereka.

Ketika seseorang mencapai usia 40 tahun, proses penuaan dimulai. saat lahir, terdapat 750.000 folikel; selama menopause, hanya ada beberapa ribu yang masih berfungsi tetapi lebih resisten terhadap rangsangan gonadotropin. Siklus ovarium, yang mencakup perkembangan folikel, ovulasi, dan pembentukan korpus luteum, pada akhirnya berakhir dengan cara ini. 25% siklus

menstruasi pada wanita di atas 40 tahun tidak termasuk ovulasi, sehingga menjadikannya siklus anovulasi.

Kadar hormon gonadotropin meningkat dan produksi estrogen turun pada masa klimakterium. Kadar hormon terakhir ini tinggi sekitar 15 tahun setelah menopause, dan pada saat itulah kadar hormon tersebut mulai menurun. Penurunan hormon estrogen mengakibatkan tingginya kadar hormon gonadotropin sehingga mengurangi umpan balik awal terhadap gonadotropin.

Perubahan tertentu pada wanita selama klimakterium mungkin mengakibatkan masalah ringan dan terkadang serius. Klimakterium adalah masa perubahan, dan sebagian besar wanita melewatinya tanpa banyak keluhan. Hanya sebagian kecil perempuan, 25% perempuan di Eropa dan Indonesia yang merasakan keluhan yang cukup parah sehingga mendorong mereka untuk mencari pertolongan medis. Tergantung kapan klimakterium terjadi, pergeseran dan gangguan ini mempunyai bentuk yang berbeda-beda. Kesuburan menurun pada awal klimakterik, masalah pendarahan terjadi pada masa pramenopause, dan terdapat gangguan organik, psikologis, dan vegetatif pada masa pascamenopause.

Gejala khas penyakit vegetatif adalah rasa panas disertai keluarnya cairan di malam hari dan jantung berdebar kencang. Organ vagina mulai mengalami atrofi setelah menopause dan terus berlanjut hingga usia lanjut. Ovarium menyusut dan mengecil ukurannya dari 10–12 gram selama masa reproduksi menjadi 4 gram pada saat seorang wanita mencapai usia 60 tahun.

Selain itu, endometrium mengalami atrofi dan rahim secara bertahap mengecil. Karena rahim masih merespons terhadap estrogen, permulaan terapi estrogen eksternal yang diikuti dengan terapi estrogen dapat menyebabkan perdarahan putus obat. Karena estrogen masih tersedia, meskipun dalam jumlah yang lebih kecil, atrofi selaput lendir vagina belum cukup terlihat, dan apusan vagina menunjukkan gambaran bercampur (pola menyebar), meskipun epitel vagina menipis. Mama mulai melunak, dan proses ini berlangsung sepanjang durasi. Selain ovarium, kelenjar suprarenal merupakan sumber estrogen lainnya selama

klimakterium. Setelah menopause, konversi androstenedion merupakan sumber utama estrogen. Perubahan metabolisme yang terjadi sekitar menopause antara lain hiperlipemia yang menjadi salah satu penyebab meningkatnya penyakit kardiovaskular saat ini. Kemungkinan mengalami kelainan yang disebutkan lebih tinggi pada wanita yang banyak merokok, mengonsumsi estrogen, atau menderita hipertensi.

2. **Menopause**
   Menstruasi terakhir, waktu haid terakhir, atau waktu haid terakhir dikenal dengan istilah menopause. Amenorrhea bertahan setidaknya satu tahun setelah diagnosis. Siklus menstruasi yang lebih panjang dengan jumlah darah yang lebih sedikit mengantisipasi berakhirnya menstruasi. Usia menopause dipengaruhi oleh faktor keturunan, kesehatan umum, dan pilihan gaya hidup. Saat ini, menopause biasanya terjadi di kemudian hari.

   Menarche dan permulaan menopause saling berhubungan. Menopause dimulai kemudian ketika menarche terjadi lebih cepat. Menarche tampaknya terjadi lebih awal dan menopause tampaknya terjadi lebih lambat pada waktu yang tidak diinginkan ini, sehingga memperpanjang siklus reproduksi. Namun, menopause tidak terjadi pada usia yang lebih muda di negara-negara maju. Batas atas tampaknya telah tercapai.

3. **Senium**
   Tidak ada lagi penyakit vegetatif atau psikologis pada senium karena keseimbangan hormonal yang baru. Penyederhanaan organ tubuh dan kapasitas fisik pada periode ini, akibat proses penuaan, patut diperhatikan. Setiap wanita mengalami osteoporosis dengan tingkat yang berbeda-beda seiring bertambahnya usia. Penurunan osteotrofoblas berperan dalam hal ini, meskipun penyebabnya masih belum jelas.

Faktor yang Memengaruhi Siklus Kesehatan Wanita

1. Faktor keturunan yang primer atau mendasar, seperti gender, etnis, dan negara, adalah faktor genetik.

2. Aspek lingkungan organ tubuh, gizi, perawatan, kebersihan lingkungan, pendidikan, sosial budaya, tradisi, agama, adat istiadat, ekonomi, dan politik merupakan contoh komponen biologi.
3. Ciri-ciri kepribadian kondisi akan berdampak pada tumbuh kembang anak. Kebiasaan masa kecil cenderung bertahan hingga dewasa.

Faktor yang Memengaruhi Siklus Kesehatan Seorang Wanita

1. Konsepsi

Dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Genetika.
b. Kesuburan.
c. Pola makan yang cukup.
d. Kesehatan sperma dan ovum.
e. Faktor hormonal.
f. Aspek emosional.

2. Bayi

Faktor yang memengaruhi siklus kehidupan wanita pada masa bayi:

a. Faktor lingkungan.
b. Kesehatan ibu.
c. Sikap orang tua.
d. Karakteristik psikologis masa bayi.
e. Sistem reproduksi termasuk di antaranya.

3. Anak

a. Faktor Dalam
    1) Hal-hal yang diwarisi dari orang tua, termasuk tipe tubuh.
    2) Pemrosesan intelektual.
    3) Kondisi hormon manusia.
    4) Sikap dan emosi.
b. Faktor Luar
    1) Keluarga.
    2) Diet.

3) Adat istiadat daerah.
4) Praktik kebersihan pribadi di kalangan anak-anak.

6

4. Remaja

Beberapa faktor yang berdampak negatif mengenai kesehatan remaja, seperti kesehatan seksual dan reproduksi remaja:

a. Masalah Gizi
   1) Malnutrisi kronis dan anemia.
   2) Perkembangan anak perempuan pada masa remaja terhambat.

b. Masalah yang Berhubungan dengan Pendidikan
   1) Buta huruf.
   2) Pendidikan yang terbatas.

c. Masalah Lingkungan dan Pekerjaan
   1) Lingkungan dan budaya yang mengabaikan kesehatan remaja dan menyebabkan terganggunya kesejahteraan remaja.
   2) Kesehatan fisik, mental, dan emosi remaja dapat terhambat atau bahkan rusak karena lingkungan sosial yang tidak menyenangkan.

d. Masalah Seks dan Seksualitas
   1) Kurangnya pemahaman dan ketidaktahuan mengenai isu-isu terkait seksualitas, seperti anggapan yang salah.
   2) Kurangnya arahan dalam menyikapi isu-isu terkait seksualitas secara positif.
   3) Penyalahgunaan dan ketergantungan terhadap obat-obatan yang menyebabkan penyebaran HIV/AIDS.
   4) Pelecehan seksual.
   5) Kehamilan pada remaja.
   6) Kehamilan, baik menikah maupun tidak.

e. Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja
   1) Ketidakdewasaan mental dan fisik.
   2) Kemungkinan terjadinya akibat fatal yang lebih tinggi bagi ibu dan janin.
   3) Hilangnya peluang untuk pertumbuhan pribadi.
   4) Peluang lebih tinggi untuk melakukan aborsi yang kuat.

5. Produktif

Faktor yang memengaruhi siklus menstruasi wanita dewasa.

a. Perkembangan organ reproduksi.
b. Respon seks.
c. Perkembangan psikologis.
d. Menopause dan perubahan iklim.
e. Pengaruh hormonal.
f. Kondisi kejiwaan.
g. Faktor lingkungan.
h. Pola makan.
i. Latihan fisik (olahraga).

****

Daftar Pustaka

Arikunto, S. 2013. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Anurogo D. The Art of Medicine. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta; 2016.

Ardhiansyah Azril Okta. Dasar-dasar Onkologi. Surabaya: Airlangga University Press; 2017

Ade Tyas Mayasari, Hellen Febriyanti IP. Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan. Syiah Kuala University Press. Banda Aceh; 2021.

Afiyanti, Y., & Pratiwi, A. (2016). Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424.

Djuwanto, Tono., Ritonga Mulyanusa. 2010. Pemeriksaan dasar Infertilitas Wanita. Bandung : Subbagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran RSUP Dr. Hasan Sadikin.

Fatkhia N. Faktor Risiko Kejadian Kista Ovarium Pada Wanita Usia Reproduksi Di RSKIA Kasih Ibu Kota Tegal. 2019;10(1):79–83.

Kusmiran, E. 2011. Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Kumalasari, Intan dan Iwan, Andhyantoro. 2012. Kesehatan Reproduksi. Jakarta :Salemba Medika.

Kemenkes. (2015). Infodatin Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Jakarta: Pusat Data dan Informasi

Kumalasari, I., & Andhyantoro, I. (2012). Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Kusmiran, E. (2014). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta: Salemba Medika.

Nelwan JE. Epidemiologi Kesehatan Reproduksi. CV Budi Utama. Jakarta; 2019.

Pudiastuti, Ratna, Dewi. 2012. 3 Fase Penting Pada Wanita. Jakarta : PT Gramedia.

Prayitno, Sunyoto. 2014. Buku Lengkap Kesehatan Organ Reproduksi Wanita. Yogyakarta :Saufa.

Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

Taufan, N., & Utama, B. I. (2014). Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita. Yogyakarta: Nuha Medika.

PROFIL PENULIS

Aris Handayani, AMd.Keb, SPd., M.Kes.

Riwayat Pendidikan terakhir Penulis, magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2014, sebelumnya penulis menempuh Pendidikan Sarjana Pendidikan Biologi di Universitas Ronggolawe Tuban. Sampai saat ini penulis aktif mengajar di Prodi DIII Kebidanan Bojonegoro Poltekkes Kemenkes Surabaya dengan tugas mengajar Kesehatan Reproduksi Wanita dan Pelayanan KB, Komunikasi dalam kebidanan, Konsep Kebidanan, Dokumentasi Kebidanan, Promosi Kesehatan, Mutu Pelayanan Kebidanan, Etika dalam Kebidanan, Kegawatdaruratan maternal. Sebagai dosen penulis juga aktif melaksanakan tugas Tridharma Perguruan Tinggi dengan melaksanakan kegiatan penelitian dan pengabdian Masyarakat.

Email Penulis: arishandayani159@gmail.com

BAB 7
KESEHATAN ANAK

dr. Arinda Lironika Suryana, M.Kes.
Politeknik Negeri Jember

Anak merupakan investasi emas karena mereka sebagai generasi penerus akan menentukan masa depan negara. Kesehatan anak menjadi salah satu pilar esensial yang mendapat perhatian khusus dari pemerintah untuk mempersiapkan generasi masa depan yang berkualitas. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 25 Tahun 2014, setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, nutrisi, tumbuh dan berkembang yang berarti bahwa pemenuhan kesehatan setiap anak harus diprioritaskan. Hal ini menjadi tanggungjawab bersama antara pemerintah dan masyarakat terutama orang tua. Peran orang tua dalam memberikan hak kebutuhan dasar anak yaitu memastikan akses pelayanan kesehatan anak yang layak mulai dari anak masih dalam kandungan, lahir hingga menjadi dewasa. Kualitas seorang anak juga dapat dinilai dari proses pertumbuhan dan perkembangannya. Pertumbuhan fisik dan perkembangan anak akan dipengaruhi oleh kesehatan anak itu sendiri. Namun, kelangsungan hidup, kesehatan dan perkembangan anak dalam 5 tahun pertama kehidupan masih menjadi masalah kesehatan secara global. Pada bab ini akan dikaji tentang status kesehatan anak di Indonesia, pertumbuhan dan perkembangan anak, masalah kesehatan anak di masyarakat dan upaya menjaga kesehatan anak.

Gambaran Status Kesehatan Anak

Kesehatan anak adalah suatu keadaan fungsi fisik, mental dan sosial seorang anak yang sempurna, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Kesehatan yang baik saat anak-anak dapat berdampak pada kesehatan fisik dan mental yang mereka rasakan ketika beranjak dewasa (WHO, 2018). Indonesia memiliki populasi anak terbesar keempat di dunia yaitu sebanyak 80 juta anak (UNICEF, 2020). Selama tiga tahun terakhir, jumlah anak di Indonesia berkisar antara 29,15% hingga 31,56% dari seluruh penduduk (Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2022).

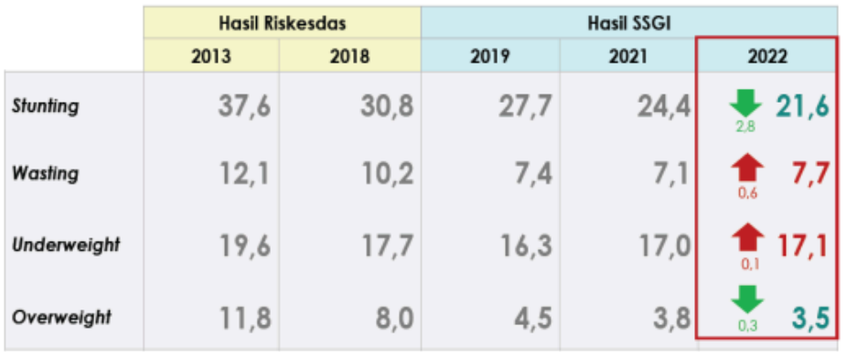
Menurut Indeks Perkembangan Anak, status kesehatan anak di Indonesia menduduki peringkat 117 dari total 180 negara yang disampling. Kesehatan dan kesejahteraan anak tersebut diukur dari beberapa faktor yang meliputi perkembangan anak, tingkat kelangsungan hidup anak, tingkat pendidikan anak, tingkat kelahiran remaja, kejadian kekerasan pada anak, pertumbuhan dan gizi (Clark *et al.*, 2020). Hampir lebih dari 200 juta anak balita di negara berkembang tidak mencapai potensi perkembangan kognitif dan sosialnya karena kemiskinan, gizi serta rendahnya perawatan dan kesehatan (UNICEF, 2020).

Kondisi kesehatan anak di Indonesia mengalami perubahan setiap tahun (KemenPPPA, 2022). Indikator yang digunakan untuk menilai status kesehatan anak yaitu status gizi, angka kematian bayi, angka kesakitan bayi dan angka harapan hidup waktu lahir (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022).

Status gizi anak berimplikasi pada status kesehatan anak. Status gizi balita di Indonesia dibagi menjadi tiga kelompok yaitu *stunted, wasted* dan *underweight.* Angka stunting, anak dengan berat badan rendah dan anak kurus (wasting) menggambarkan kondisi gizi anak usia balita di Indonesia. Indonesia menduduki peringkat kelima untuk angka wasting dan peringkat ke-empat untuk angka stunting (UNICEF, 2020).

Menurut Survey Status Gizi Indonesia (Kemenkes, 2022), prevalensi status gizi balita menunjukkan 24,4% anak mengalami stunting, 7,1% mengalami wasting dan 17% anak memiliki berat

badan kurang (*underweight)*. Pada tahun 2018 hingga tahun 2021, status gizi balita, terutama stunting dan wasting, cenderung menurun. Meskipun menurun, angka tersebut masih tinggi, mengingat target prevalensi stunting di tahun 2024 sebesar 14% dan standar WHO dibawah 20%. Sebaliknya, kasus *underweight* justru meningkat pada tahun 2021 dibandingkan tahun sebelumnya (Kemenkes, 2018).



Gambar 7.1 Status Gizi Balita di Indonesia
Sumber: Riskesdas (2018); SSGI (2022)

Kualitas kondisi gizi balita di Indonesia ini perlu ditunjang salah satunya dengan pemberian ASI yang memadai. Rata-rata nasional untuk persentase anak di bawah usia dua tahun (atau 23 bulan) yang pernah menerima ASI menunjukkan hasil yang cukup baik, yaitu 94,65%. Terlepas dari tren positif dalam kondisi kesehatan anak di Indonesia, perlu ada upaya lebih lanjut untuk meningkatkan jumlah anak berusia 12 hingga 23 bulan yang mendapat imunisasi lengkap. Saat ini, persentase anak berusia 12 hingga 23 bulan yang mendapat imunisasi lengkap baru mencapai 61,09% (KemenPPPA, 2022).

Disisi lain, tren angka kematian bayi dan balita di Indonesia mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Meskipun masih terdapat kemajuan yang cenderung lambat pada angka kematian neonatal. Angka kematian neonatal di Indonesia pada tahun 2017 sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini menurun dari 19 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012. Hampir 80% kematian neonatal terjadi dalam pekan pertama kehidupan dengan penyebab kematian paling sering yaitu infeksi dan penyakit anak lainnya seperti diare dan pneumonia (UNICEF, 2020). Di Asia Tenggara, sekitar 52% kematian

balita juga disebabkan oleh kematian pada masa neonatal. Penyebab kematian paling umum adalah komplikasi prematuritas yang diikuti pneumonia dan diare, asfiksia saat lahir dan infeksi neonatal (WHO, 2018). Hal ini bisa berkaitan dengan pentingnya memberikan imunisasi pada anak (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022).

Secara umum cakupan imunisasi di Indonesia telah meningkat, tetapi hal ini masih sangat mengkhawatirkan bagi kelompok keluarga miskin. Data pemerintah menunjukkan bahwa jumlah anak usia 1 tahun yang telah menerima imunisasi lengkap meningkat dalam beberapa tahun terakhir, naik dari 59% pada tahun 2007 ke 65% pada tahun 2017. Namun, angka imunisasi pada kelompok keluarga miskin secara khusus masih rendah (39,5%). Akibatnya, jumlah anak di Indonesia yang belum menerima vaksinasi berada di posisi keempat tertinggi di seluruh dunia. Setiap tahun, 1,5 juta anak meninggal karena penyakit menular yang seharusnya dapat dicegah dengan imunisasi (UNICEF, 2020).

Angka kesakitan bayi juga mencerminkan status kesehatan anak karena nilai kesakitan berkaitan dengan melemahnya daya tahan tubuh bayi dan anak balita (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022). Menurut Susenas 2020-2022, angka kesakitan anak di Indonesia pada tahun 2022 sebesar 13,55%, lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka kesakitan anak pada tahun 2021 yaitu sebesar 11,75% (Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2022).

Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan adalah perubahan secara kuantitatif dimana terjadi peningkatan jumlah dan ukuran sel, yaitu pertambahan ukuran atau struktur fisik tubuh, yang dapat diukur dalam satuan panjang dan berat. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh menjadi semakin kompleks dengan adanya kemampuan motorik kasar atau halus, serta integrasi dan kemandirian sosial, bicara dan Bahasa (Soetjiningsih & Ranuh, 2013). Pertumbuhan merupakan hasil interaksi antara faktor genetik, hormon, nutrisi dan energi dengan lingkungan. Sedangkan perkembangan merupakan hasil dari proses pematangan/maturitas. (Fikawati, Syafiq & Veratamala, 2017).

Perkembangan disebut sebagai perubahan kuantitatif karena perkembangan mencakup proses diferensiasi sel, jaringan, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi fungsinya. Selain itu kualitas perkembangan juga mencakup aspek perkembangan kognitif, linguistik, motorik, emosional dan perilaku yang kemudian disebut bersifat kualitatif (Soetjiningsih & Ranuh, 2013).

1. **Faktor yang Memengaruhi Tumbuh Kembang Anak**

   Ada dua faktor utama yang memengaruhi tumbuh kembang anak secara umum, yaitu faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik merupakan modal dasar pertumbuhan dan perkembangan seorang anak, misalnya faktor bawaan fisiologis maupun patologis, jenis kelamin, ras/suku bangsa. Anak yang memiliki potensi genetik baik dari kedua orang tuanya didukung dengan lingkungan yang baik juga, maka pertumbuhan dan perkembangan anak dapat mencapai optimal. Di negara yang sedang berkembang seperti Indonesia, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terjadi karena faktor genetik dan lingkungan yang tidak memadai seperti, infeksi, malnutrisi, pola asuh yang kurang dan lain-lain.

   Faktor lingkungan sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi genetik dan baik atau tidaknya kecepatan pertumbuhan dan perkembangan anak. Faktor lingkungan ini dibagi menjadi lingkungan pranatal, lingkungan prenatal dan pascanatal. Pertumbuhan anak cenderung sensitif terhadap faktor lingkungan, seiring bertambah usia dan bertransisi menjadi remaja, faktor genetik menjadi lebih dominan terhadap hasil pertumbuhan anak (Fikawati, Syafiq &Veratamala, 2017).

2. **Faktor yang Menentukan Tumbuh Kembang Anak**

   Mayoritas anak menunjukkan pola tumbuh dan berkembang yang normal, yang berasal dari interaksi berbagai faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor tersebut dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi ras, keluarga, usia, jenis kelamin, genetik dan abnormalitas kromosom. Sebagaimana dicontohkan, postur tubuh seorang anak baik tinggi, pendek, kurus

maupun gemuk akan memiliki kecenderungan yang sama dengan anggota keluarga lainnya. Usia dan jenis kelamin anak akan menentukan periode tumbuh dan berkembang sesuai dengan milestone. Pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja laju pertumbuhan terjadi dengan pesat.

Faktor eksternal adalah faktor penentu yang berasal dari luar diri seorang anak, meliputi faktor prenatal (contoh: gizi, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, kelainan imunologi, anoksia embrio dan psikologi ibu), faktor perinatal (contoh: komplikasi persalinan seperti trauma kepala, asfiksia) dan aktor pranatal (contoh: gizi, penyakit kronis, penyakit kongenital, lingkungan, psikologis, endokrin, sosial ekonomi, pola asuh, stimulasi dan obat-obatan) (Soetjiningsih & Ranuh, 2013).

Upaya Menjaga Kesehatan Anak

Upaya pemeliharaan kesehatan anak meliputi promotif (menjaga kesehatan), preventif (mencegah penyakit), kuratif (mengobati penyakit), dan rehabilitatif (memulihkan kesehatan). Tujuannya untuk menjamin kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang, kesehatan anak, pelayanan dan pendidikan kesehatan sehingga bisa mempersiapkan anak menjadi dewasa yang sehat dan produktif. Upaya kesehatan anak dilakukan mulai anak masih di dalam kandungan (janin) hingga berusia 18 tahun. Berbagai upaya pelayanan kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 25 Tahun 2014 (Kemenkes RI, 2022).

1. **Pelayanan Kesehatan Janin dalam Kandungan**

   Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan bisa dilakukan dengan cara:

   a. Memberikan penyuluhan, konseling dan edukasi pada ibu hamil tentang cara berperilaku hidup bersih dan sehat, mengonsumsi makanan bergizi seimbang, dan menghindari penyalahgunaan zat adiktif selama kehamilan.
   b. Melakukan *antenatal care* pada ibu hamil secara rutin, minimal 4 kali selama kehamilan.
   c. Menstimulasi perkembangan kognitif janin sejak usia kehamilan 5 bulan hingga bayi lahir.

2. Kesehatan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir dilaksanakan dengan cara:

a. Memberikan pelayanan kesehatan neonatal esensial yakni saat lahir sampai 6 jam dan setelah lahir (6 jam sampai 28 hari). Contohnya:
   1) Menjaga bayi tetap hangat.
   2) Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).
   3) Memotong dan merawat tali pusat .
   4) Memberikan suntikan vitamin K, terutama jika persalinan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan.
   5) Memberikan salep mata antibiotik.
   6) Memberikan imunisasi hepatitis B, terutama jika persalinan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan.
   7) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
   8) Memantau adanya tanda bahaya.
   9) Melakukan penanganan asfiksia pada bayi baru lahir yang tidak bernapas spontan atau mengalami gawat janin.
   10) Memberikan tanda identitas diri

Pelayanan kesehatan neonatal dilakukan minimal 3 kali kunjungan yaitu sekali pada usia 6-48 jam setelah lahir, sekali pada usia 3-7 hari dan sekali pada usia 8-28 hari.

a. Melakukan Skrining Bayi Baru Lahir
   Pemeriksaan skrining terhadap bayi baru lahir dilakukan oleh tenaga kesehatan, setidaknya untuk mengetahui kemungkinan terjadinya hipotiroid kongenital. Deteksi dini adanya hipotiroid kongenital dilakukan dengan mengambil sampel darah bayi berusia antara 48 hingga 72 jam. Jika hasil positif, pengobatan sebaiknya dilakukan sebelum bayi menginjak usia 1 bulan.
b. Memberikan Penyuluhan dan Edukasi
   Memberikan penyuluhan dan edukasi pada ibu dan keluarganya tentang cara merawat bayi baru lahir, pemberian ASI eksklusif, cara mengenali tanda bahaya bayi baru lahir, pelayanan kesehatan dan skrining bayi baru lahir. Hal ini dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader.

3. Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah

Pelayanan kesehatan untuk bayi, anak balita, dan prasekolah meliputi:

a. pemberian ASI eksklusif (usia 0-6 bulan), MPASI (usia 6-24 bulan), Imunisasi Dasar Lengkap, Imunisasi Lanjutan dan Vitamin A. Pemberian vitamin A yaitu sekali untuk anak usia 6-11 bulan dan setahun dua kali untuk anak usia 12-60 bulan.
b. Pemberian pola asuh yang baik. oleh orang tua atau pelayanan petugas TPA, PAUD, BKB (Bina Kesehatan Balita) dan posyandu untuk anak usia 0-72 bulan juga menunjang kesehatan anak balita.
c. pemantauan pertumbuhan anak usia 0 hingga 72 bulan dengan penimbangan BB tiap bulan, pengukuran TB setiap 3 bulan dan pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal.
d. Pemantauan perkembangan anak melalui kegiatan stimulasi, deteksi dini dengan KPSP/*Denver Development Screening Test* (DDST) dan intervensi dini.
e. MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit).

4. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Tujuan pelayanan kesehatan ini adalah agar seluruh anak mampu berperilaku hidup bersih dan sehat, serta mempunyai keterampilan sosial yang baik sehingga dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara optimal. Pelayanan kesehatan ini setidaknya dapat diberikan melalui:

a. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
   Meliputi kegiatan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.
b. Usaha Kesehatan Peduli Remaja
   Mencakup penyuluhan, konseling, edukasi kesehatan remaja, klinis medis dan rujukan, keterlibatan remaja dan keterampilan sosial. Materi yang biasa diberikan antara lain, PHBS, tumbuh kembang anak usia sekolah dan remaja, kesehatan reproduksi, imunisasi, kesehatan jiwa dan NAPZA, gizi, HIV-AIDS, dan kesehatan intelegensia

Masalah Kesehatan Anak

Gizi yang baik dapat menentukan derajat kesehatan anak. Masalah kesehatan anak yang berkaitan dengan kekurangan zat gizi termasuk stunting dan kurang berat badan sering menjadi penyebab utama mortality dan morbidity anak balita (Ntenda & Chuang, 2018).

1. **Berat Badan Kurang**

   Berat badan kurang menurut umur (*underweight*) merupakan suatu kondisi yang menggambarkan adanya masalah gizi secara umum. *Underweight* berkaitan dengan asupan makan yang kurang dan kualitas makanan yang rendah. Jika kondisi ini terjadi bersamaan dengan penyakit infeksi, maka akan menyebabkan status gizi balita menjadi lebih buruk. Menurut penelitian Pratiwi, Suyatno & Aruben (2015), usia, jenis kelamin, status kesehatan balita (ISPA, diare, TBC), kunjungan neonatal, kepemilikan KMS, imunisasi, pemberian ASI, usia pertama pemberian MP-ASI, usia orang tua terutama ibu, pekerjaan, pendapatan dan pemantauan penimbangan balita adalah faktor-faktor yang berkorelasi dengan kejadian *underweight* pada balita baik di perkotaan maupun perdesaan.

2. **Stunting**

   Stunting adalah kondisi dimana tinggi badan anak terlalu rendah dibandingkan usianya yaitu dibawah -2SD kurva pertumbuhan anak WHO. Kondisi ini menggambarkan kekurangan gizi dalam jangka waktu lama akibat buruknya kualitas gizi anak dan atau akibat infeksi/penyakit. Stunting menyebabkan anak tidak dapat mencapai potensi perkembangannya secara maksimal, memiliki kemampuan kognitif yang lebih buruk dan lebih rentan terhadap penyakit. Stunting dapat disebabkan oleh faktor keluarga dan rumah tangga, pemberian makanan tambahan yang tidak adekuat, pemberian ASI serta penyakit infeksi. Pada anak perempuan yang tumbuh menjadi wanita dewasa, stunting dapat memengaruhi perkembangan dan pertumbuhan janin selama kehamilan, menghambat proses kelahiran dan meningkatkan risiko berat badan kurang (*underweight*) dan keterlambatan tumbuh kembang pada anak yang dilahirkannya (Fikawati, Syafiq & Veratamala, 2017).

Pemberian nutrisi yang baik pada 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan intervensi spesifik penurunan stunting, penting untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak. Selain bayi yang diberi ASI dan PASI sesuai dengan kebutuhannya, gizi ibu menyusui juga perlu diperhatikan. Status gizi ibu menyusui yang baik akan menjamin kualitas dan kuantitas ASI yang diberikan pada anaknya terutama pada usia 6 bulan pertama (Fikawati, Syafiq & Veratamala, 2017).

3. *Wasting*

Wasting merupakan suatu keadaan dimana anak mengalami malnutrisi akut. Hal ini dibuktikan dengan BB anak balita yang tidak sesuai dengan dengan TB atau dapat ditandai dengan nilai Z-score lebih besar dari -2SD. Kasus *wasting* (kurus/sangat kurus), indikatornya adalah BB/TB yang mencerminkan status gizi akut atau yang berlangsung dalam jangka waktu singkat, misalnya nafsu makan berkurang akibat penyakit seperti diare, sehingga dalam hal ini BB anak turun dengan cepat dan tidak sebanding dengan TB sehingga anak tampak lebih kurus. *Wasting* dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif anak atau bahkan berdampak lebih buruk lagi yaitu menyebabkan kematian pada anak (Renyoet & Nai, 2019).

4. Anemia

Anemia adalah suatu kondisi kadar hemoglobin (Hb) yang lebih rendah dari rentang nilai normal disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin. Jika kadar Hb rendah disebabkan karena kekurangan zat gizi besi maka disebut dengan Anemia Gizi Besi. Penurunan kadar Hb terjadi karena ketidakmampuan jaringan pembentuk sel darah merah dalam proses produksinya. Kadar Hb menjadi indikator dalam menentukan status anemia. Batas nilai normal kadar Hb pada anak usia 6 bulan–6 tahun adalah 11 gr/dl dan anak usia 6-14 tahun adalah 12 gr/dl (Adriani & Wirjatmadi, 2016).

Anemia gizi besi pada anak dapat disebabkan karena asupan zat gizi kurang, penyerapan zat besi rendah, kebutuhan zat gizi

bertambah (seperti, adanya infeksi, laju pertumbuhan cepat) dan ekskresi zat besi meningkat (Adriani & Wirjatmadi, 2016).

Tabel 7.1 Penyebab Anemia Gizi Besi pada Anak

Kelompok Usia	Penyebab
< 1 tahun	Kurangnya cadangan zat besi karena berat badan lahir rendah atau gemeli
1-2 tahun	- Kurangnya asupan zat besi karena tidak memperoleh makanan tambahan selain susu - Meningkatnya kebutuhan zat besi karena infeksi atau penyakit kronis - Menurunnya penyerapan zat besi/malabsorbsi - Kehilangan banyak darah akibat investasi parasit dan diverticulum Meckeli
2-5 tahun	- Kurangnya asupan zat besi karena sumber makanan kurang mengandung Fe - Meningkatnya kebutuhan zat besi karena infeksi atau penyakit kronis - Kehilangan banyak darah akibat investasi parasit dan diverticulum Meckeli
5 tahun - remaja	Perdarahan akibat investasi parasit dan diverticulum Meckeli
Remaja - dewasa	Perdarahan karena menstruasi berlebihan

Sumber: Abdulsalam & Daniel (2002)

Bayi, balita, dan anak usia sekolah rentan mengalami anemia defisiensi besi karena meningkatnya kebutuhan zat gizi secara fisiologis (termasuk besi) untuk proses tumbuh kembang yang cepat. ASI merupakan makanan terbaik yang dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. Seorang bayi yang memperoleh ASI eksklusif selama 6 bulan pertama jarang menderita anemia gizi besi karena Fe yang terkandung di dalam ASI lebih mudah diserap daripada kandungan besi dalam susu formula. Makanan Pendamping ASI (PASI) mulai diberikan setelah bayi berusia 6 bulan untuk menunjang pemenuhan kebutuhan gizi yang tidak hanya bisa diperoleh dari ASI saja. Sekitar 40% besi dalam ASI dan 10% besi

dalam MPASI dapat diserap bayi. Semakin bertambahnya usia, anak memerlukan konsumsi sumber makanan berasal dari hewani untuk memperoleh zat gizi optimal (Nurbadriyah, 2019).

****

Daftar Pustaka

Abdulsalam, M. & Daniel, A. (2002). Diagnosis, Pengobatan dan Pencegahan Anemia Defisiensi Besi. *Sari Pediatri*, 4(2), pp. 74–77. doi: http://dx.doi.org/10.14238/sp4.2.2002.

Adriani, M. & Wirjatmadi, B. (2016). *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta : Kencana.

Clark, H. *et al.* (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*, 395(10224), pp. 605–658. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32540-1.

Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat. (2022). *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2022*. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Available at: https://www.bps.go.id/publication/2022/12/23/54f24c0520b257b3def481be/profil-kesehatan-ibu-dan-anak-2022.html.

Fikawati, S., Syafiq, A. & Veratamala, A. (2017). *Gizi Anak dan Remaja*. Jakarta : Rajawali Press.

Herlinadiyaningsih & Lucin, Y. (2022). *Ilmu Kesehatan Anak*. Banyumas : Wawasan Ilmu.

Kemenkes RI. (2022a). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta : *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.

Kemenkes RI. (2022b). *Survei Status Gizi SSGI 2022*. Jakarta : *BKPK Kemenkes RI*.

KemenPPPA. (2022). *Profil Anak Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA). Available at: https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/38/442

9/profil-anak-indonesia-2022.

Kemenkes RI. (2018). Riskesdas 2018 : *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta : Kementerian Kesehatan. Available at: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/.

Ntenda, P. A. M. and Chuang, Y. C. (2015). Analysis of individual-level and community-level effects on childhood undernutrition in Malawi. *Pediatrics and Neonatology*, 59(4), pp. 380–389. doi: 10.1016/j.pedneo.2017.11.019.

Nurbadriyah, W. D. (2019). *Anemia Defisiensi Besi*. Yogyakarta : DeePublish.

Pratiwi, R. H., Suyatno and Aruben, R. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Berat Badan Kurang (Underweight) Pada Balita Di Perkotaan dan Pedesaan Indonesia Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (JKM)*, 3(2), pp. 127–137. Available at: http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm.

Renyoet, B. S. and Nai, H. M. E. (2019). Estimasi potensi kerugian ekonomi akibat wasting pada balita di indonesia. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, 7(2), pp. 127–132. doi: 10.14710/jgi.7.2.127-132.

Soetjiningsih and Ranuh, I. G. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC Buku Kedokteran.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Situasi Anak di Indonesia*, *Unicef Indonesia*. Jakarta. Available at: https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org.indonesia/files/2020-07/Situasi-Anak-di-Indonesia-2020.pdf.

WHO. (2018). *Improving Newborn and Child Health : A Strategic Framework (2018–2022)*. Regional Office for South-East Asia. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/274311.

PROFIL PENULIS

dr. Arinda Lironika Suryana., M.Kes.

Penulis lahir di kota Mojokerto, Jawa Timur pada tanggal 17 Agustus 1985. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2000 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk menempuh pendidikan S1 Kedokteran dan Profesi Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Minat Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya dan meraih gelar Magister Kesehatan pada tahun 2014. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi D4 Gizi Klinik Politeknik Negeri Jember sebagai pengajar mata kuliah Tumbuh Kembang Anak, Asuhan Gizi dan Dietetik Penyakit Anak, Anatomi Fisiologi, Patofisiologi Penyakit dan Imunologi Gizi.

Penulis juga aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal Perguruan Tinggi dan memperoleh dana hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristek DIKTI tahun 2017, Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi Kemenristek DIKTI tahun 2021 dan Program Riset Keilmuan Terapan Dalam Negeri-Dosen PT Vokasi tahun 2021. Selain peneliti, penulis juga aktif telah menerbitkan Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi Manusia, Buku Referensi Rekam Kesehatan Elektronik dengan *Clinical Decision Support System* (CDSS) dan Buku Pengenalan Tentang Farmasi dan Kefarmasian.

Email Penulis: arinda@polije.ac.id

BAB 8
KESEHATAN JIWA

Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Pendahuluan

Manusia adalah sebagai makhluk biopsikososiospiritual yang artinya bahwa manusia merupakan makhluk yang utuh dimana didalamnya terdapat unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Sebagai makhluk biologi, manusia tersusun dari berjuta-juta sel-sel hidup yang akan membentuk satu jaringan, selanjutnya jaringan akan bersatu dan membentuk organ serta sistem organ. Sebagai makhluk psikologi, pada setiap manusia memiliki kepribadian yang unik serta memiliki struktur kepribadian yang terdiri dari id, ego, dan superego dan dilengkapi dengan daya pikir dan kecerdasan. Setiap manusia memiliki kebutuhan psikologis seperti terhindar dari ketegangan psikologis, kebutuhan akan kemesraan dan cinta, kehormatan serta kepuasan ego. Manusia sebagai makhluk sosial yaitu manusia tidak dapat hidup sendiri, manusia selalu ingin hidup dengan orang lain dan membutuhkan orang lain. Dan juga manusia juga menjalin kerja sama dengan manusia lain untuk memenuhi kebutuhan. Manusia dituntut untuk mampu bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang berlaku di lingkungan sosialnya. Manusia sebagai makhluk spiritual mempunyai keyakinan dan mengakui adanya Tuhan Yang Maha Esa, memiliki pandangan hidup, dorongan hidup yang sejalan, dengan sifat religius yang dianutnya.

Kesehatan Jiwa

Menurut WHO Kesehatan Jiwa atau Kesehatan Mental merupakan kondisi dari kesejahteraan yang disadari, seperti kemampuan pengelolaan stress agar dapat menjalani kehidupan secara wajar, untuk bekerja secara produktif dan menghasilkan serta berperan serta di komunitasnya (Kotijah, Siti et al, 2021).

Kesehatan mental adalah bagaimana cara manusia menyesuaikan diri dengan dunia dan efektif bahagia efisien puas dan memelihara amarah kecerdasan yang waspada perilaku perhatian sosial dan watak bahagia (Nick Wrycraft, 2009)

Kesehatan mental disebut juga dengan kesehatan jiwa kesehatan mental atau sehat jiwa bukan berarti seseorang tidak menderita gangguan jiwa tetapi mengandung berbagai karakter atau ciri positif bisa menggambarkan keselarasan keseimbangan jiwa seseorang dan mencerminkan kedewasaan kepribadiannya pendapat lain tentang kesehatan jiwa atau mental menurut kementerian kesehatan Australia kemampuan individu dalam suatu kelompok dan lingkungan untuk berinteraksi sebagai upaya untuk mencapai kesejahteraan perkembangan optimal dengan menggunakan kemampuan mentalnya yaitu kognisi afeksi relaksasi memiliki prestasi individu dan kelompok yang konsisten dengan hukum yang ada menurut undang-undang kesehatan jiwa nomor 18 tahun 2014 dijelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik intelektual dan emosional secara optimal dari individu dan perkembangan tersebut berjalan selaras dengan orang lain.

Sehat jiwa adalah sikap kognitif terhadap diri sendiri tumbuh berkembang dan aktualisasi diri integrasi keseimbangan keutuhan keselarasan antara apa yang diucapkan dan dilakukan otonomi persepsi realitas and powerment materi yaitu kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan kriteria sehat jiwa menurut WHO adalah kemampuan menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan memperoleh kepuasan dari usahanya merasa lebih puas memberi daripada menerima mampu mengembangkan hubungan antar manusia saling menolong dan memuaskan menerima sebuah kekecewaan sebagai pelajaran mempunyai rasa kasih sayang

mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Individu secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Dengan Demikian individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

Ciri-Ciri Sehat Jiwa (Mental)

Berikut ini akan dijelaskan ciri sehat jiwa dari menurut beberapa ahli diantaranya menurut:

1. Yahoda

Yahoda mencirikan sehat jiwa sebagai berikut:

a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri.
b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi.
c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara masa lalu dan sekarang.
d. Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun.
e. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan.
f. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi.

2. WHO (*World Health Organisation*/Organisasi Kesehatan Dunia)

Pada tahun 1959 dalam sidang di Geneva, WHO telah berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa. WHO menyatakan bahwa, seseorang dikatakan mempunyai sehat jiwa, jika memiliki kriteria sebagai berikut:

a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.

d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas, dan depresi
e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
f. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang.
g. Mempunyai rasa kasih sayang.

Pada tahun 1984, WHO menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari 4 pilar sehat jiwa yaitu: Kesehatan secara holistik yaitu sehat secara jasmani/fisik (biologik); sehat secara kejiwaan (psikiatri/psikologi); sehat secara sosial; dan sehat secara spiritual (kerohanian/agama). Berdasarkan keempat dimensi sehat tersebut, *the American Psychiatric Association* mengadopsi menjadi paradigma pendekatan *bio psycho-socio-spiritual*. Dimana dalam perkembangan kepribadian seseorang mempunyai 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologik, psiko-edukatif dan sosial budaya.

3. Maslow

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut:

a. Persepsi Realitas yang akurat.
b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
c. Spontan.
d. Sederhana dan wajar.

Maka dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan sehat jiwa jika:

1. Nyaman Terhadap Diri Sendiri

a. Mampu mengatasi berbagai perasaan: rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cinta mencintai, dll.
b. Mampu mengatasi kekecewaaan dalam kehidupan.
c. Mempunyai harga diri yang wajar.

d. Menilai diri secara nyata, tidak merendahkan dan tidak pula berlebihan.
e. Merasa puas dengan kehidupan sehari-hari.

2. Nyaman Berhubungan dengan Orang Lain

a. Mampu mencintai dan menerima cinta dari orang lain.
b. Mempunyai hubungan pribadi yang tetap.
c. Mampu mempercayai orang lain.
d. Dapat menghargai pendapat orang yang berbeda.
e. Merasa menjadi bagian dari kelompok.
f. Tidak mengakali orang lain, dan tidak memberikan dirinya diakali orang lain.

3. Mampu Memenuhi Kebutuhan Hidup

a. Menetapkan tujuan hidup yang nyata untuk dirinya.
b. Mampu mengambil kjeputusan.
c. Menerima tanggung jawab.
d. Merancang masa depan.
e. Menerima ide/pengalaman hidup.
f. Merasa puas dengan pekerjaannya.

Kondisi Kesehatan Mental Masyarakat

Kesehatan jiwa menjadi masalah yang belum dapat sepenuhnya diselesaikan, baik tingkat global maupun nasional. Hal ini terlebih lagi karena dianggap biasa oleh Masyarakat karena minimnya informasi dan pemahaman Masyarakat terdapat kesehatn jiwa. Terlebih adanya pandemi Covid-19 menyebabkan berbagai dampak negatif seperti peningkatan masalah mental dan gangguan jiwa. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi (Rokom, 2021). Data tersebut menunjukkan bahwa negara Indonesia belum dapat menyelesaikan masalah kesehatan mental dan belum mendapat memahamkan keluarga bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa,

Baik dalam hal kesiapan anggita keluarga dalam memahami tumbuh kembanga anggota keluarganya maupun merawat anggota keluarga dengan gangguan psikososial maupun gangguan jiwa klinik. serta adanya pandemi justru meningkatkan penderita gangguan jiwa, yang jika dibiarkan akan berdampak negatif. Pandemi Covid-19 membuat perekonomian masyarakat memburuk seperti banyak usaha yang tutup dan pengurangan karyawan, yang secara langsung berakibat pada perekonomian namun juga mental dalam menghadapi segala situasi di masa pandemi.

Perlu disadari kesehatan mental yang merupakan keadaan dimana setiap individu menyadari potensi yang dimilikinya dengan mampu menanggulangi tekanan hidup, bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi bagi lingkungan. Kesehatan mental harus dijaga jasmani maupun rohani, saat ini yang menjadi perhatian lebih, baik yang masyarakat dewasa bahkan remaja termasuk golongan yang mudah mengalami gangguan mental atau depresi cukup tinggi. Banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan mental seperti faktor genetik, perubahan hormon, hingga pengalaman traumatik, percintaan, pertemanan, keluarga maupun tekanan hidup. Gejala yang timbul yaitu mudah marah, merasa putus asa, rendah diri, merasa cemas dan khawatir yang berlebihan. Kesadaran akan kesehatan mental perlu disadari setiap individu untuk mencegah berbagai dampak negatif yang terjadi.

Peran orang tua ataupun masyarakat disekitarnya bahkan instansi kesehatan sangat diperlukan dalam mendukung serta mendampingi masyarakat yang memiliki gangguan kesehatan. Sosialisasi akan kesehatan mental perlu diterapkan baik di desa, sekolah dan tempat layanan publik. Pendampingan terhadap masyarakat yang membutuhkan harus dilakukan dengan maksimal untuk menekan angka penderita gangguan kesehatan. Dengan berbagai peran tersebut diharapkan masyarakat dewasa serta remaja dapat mengetahui pentingnya menjaga kesehatan mental.

Data terbaru menunjukkan, kunjungan ruang gawat darurat untuk krisis kesehatan mental melonjak di antara anak-anak, remaja, dan dewasa muda di Amerika Serikat dari 2011 hingga 2020. Tak

hanya di Amerika Serikat, tingginya masalah kesehatan mental di kalangan remaja juga terjadi secara global, termasuk di Indonesia.

Hasilnya menunjukkan tren yang sangat mirip di semua kelompok remaja dan wilayah negara bahwa kunjungan terkait kesehatan mental meningkat setiap tahun, naik dari 7,7 persen dari semua kunjungan darurat pediatrik pada tahun 2011 menjadi 13,1 persen dari semua kunjungan darurat pediatrik pada tahun 2020. Adapun proporsi kunjungan darurat kesehatan mental untuk penyebab terkait bunuh diri juga meningkat, dari kurang 1 persen menjadi lebih dari 4 persen kunjungan pediatrik.

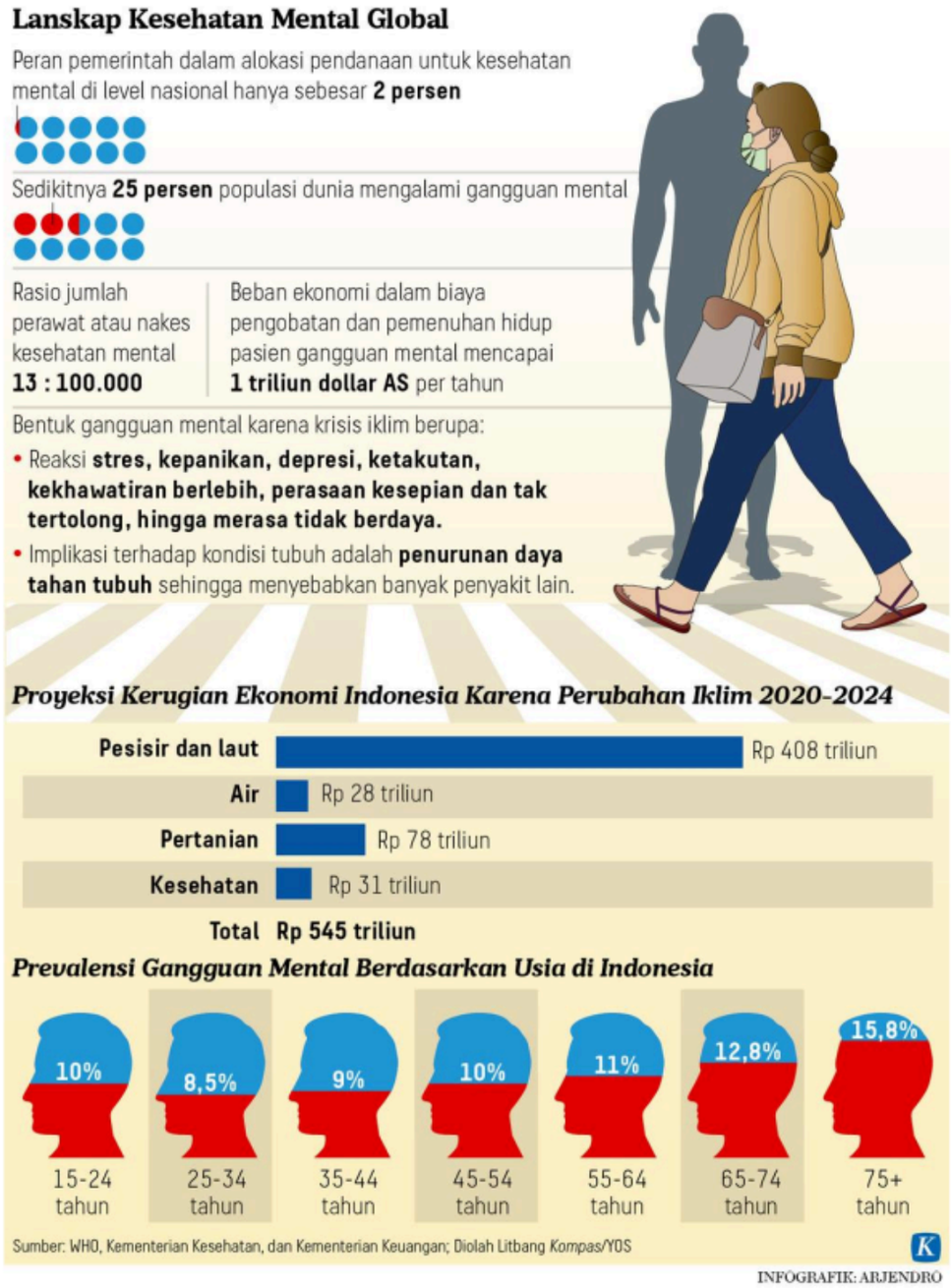
Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin banyak remaja memiliki kebutuhan kesehatan mental yang tidak terpenuhi di masyarakat. Namun, unit gawat darurat bukanlah tempat perawatan yang optimal untuk anak-anak dengan kebutuhan Kesehatan mental
Semakin banyak remaja memiliki kebutuhan kesehatan mental yang tidak terpenuhi di masyarakat. Namun, unit gawat darurat bukanlah tempat perawatan yang optimal untuk anak anak dengan kebutuhan mental

Hasil studi menunjukkan sebagian besar tren serupa di semua wilayah negara dan semua ras dan etnis. Dan, peningkatan kunjungan kesehatan mental darurat dan penyebab bunuh diri telah menyentuh anak-anak yang semakin muda dari waktu ke waktu, serta meningkat di kalangan remaja usia 12-17 tahun dan dewasa muda berusia 18-24 tahun. Sementara itu, isu terkait bunuh diri pada anak usia sekolah dasar semakin langka saat ini.

Fenomena di Indonesia

Tren peningkatan masalah mental di kalangan remaja tidak hanya terjadi di AS. Sejumlah laporan Organisasi Kesehatan Dunia juga menunjukkan, secara global satu dari tujuh anak usia 10-19 tahun mengalami gangguan jiwa, terhitung 13 persen dari beban global penyakit pada kelompok usia ini.

Depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku adalah salah satu penyebab utama penyakit dan kecacatan di kalangan remaja. Bunuh diri adalah penyebab utama kematian keempat di antara usia 15-29 tahun.



Gambar 8.1 Lanskap Kesehatan Mental Global

Sumber: *Indonesia National Adolescent Mental Health Survey* (2022)

Dengan tingginya masalah kesehatan mental di kalangan remaja juga terjadi di Indonesia. Menurut *Indonesia National Adolescent Mental Health Survey* 2022, 15,5 juta (34,9 persen) remaja mengalami

masalah mental dan 2,45 juta (5,5 persen) remaja mengalami gangguan mental. Dari jumlah itu, baru 2,6 persen yang mengakses layanan konseling, baik emosi maupun perilaku.

Survei kesehatan mental nasional pertama yang mengukur angka kejadian gangguan mental pada remaja 10-17 tahun di Indonesia ini menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja Indonesia memiliki masalah kesehatan mental. Selain itu, satu dari dua puluh remaja Indonesia juga memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Maka dari itu kita harus segera bertindak dan melakukan pencegahan masalah tersebut agar tidak semakin bertambah dan bertambah lagi karena dengan adanya ancaman pada remaja berate sudah mengancam metal dari bangsa Indonesia sendiri.

Maka dari itu masyarakat harus dapat memahami pentingnya Kesehatan jiwa dan Kesehatan jiwa bukan berarti sesuatu hal yang tabu tetapi kalau ini dibiarkan bisa menjadi masalah bencana buat negara di mana generasi penerus tidak bisa menjalankan sebagai penerus bangsa.

Untuk mengatasi hal tersebut kesehatan jiwa yaitu kesehatan jiwa yaitu kondisi seseorang dalam keadaan sehat secara kognitif afektif dan psikologis perilaku dan sosial sehingga mampu memenuhi tanggung jawab fungsi secara efektif di lingkungan dan puas dengan perannya sebagai individu dalam berhubungan secara interpersonal (Videbeck, 2010: Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Di dalam kesehatan jiwa untuk mengatasi masalah yang ada di pada remaja dan juga masalah kesehatan jiwa yang ada di komunitas perawat sebagai tenaga profesional turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun kerjasama dengan anggota kesehatan lainnya (Depkes RI 2006). Profesi keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan (Susmiatin, 2010) asuhan keperawatan diberikan untuk meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka alami peningkatan kemampuan klien dan keluarga tidak hanya untuk dilakukan dengan memberikan tindakan keperawatan generalis saja tetapi melalui tindakan keperawatan

spesialis fokus tindakan keperawatan adalah pemenuhan kebutuhan kesehatan kalian secara holistik merupakan upaya untuk mengembalikan kesehatan kognitif afektif fisiologis perilaku dan sosial.

Penatalaksanaan keperawatan kesehatan jiwa berbasis komunitas meliputi upaya promotif preventif dan kuratif dan rehabilitatif (Keliat dkk, 2016). Pelayaran kesehatan jiwa yang bersifat promotif dilakukan pada individu keluarga dan masyarakat yang sehat bertujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa upaya yang dilakukan adalah pendidikan kesehatan sesuai dengan tugas dan tahap perkembangan pada upaya promotif peningkatan kesehatan jiwa dilakukan dengan pemberian asuhan keperawatan pada individu sesuai dengan diagnosis keperawatan sehat yaitu kesiapan peningkatan perkembangan ibu hamil, bayi, kanak-kanak, prasekolah, sekolah, remaja, dewasa dan lansia asuhan keperawatan pada diagnosis sehat jiwa sehat bertujuan untuk memberikan kemampuan kepada individu untuk mengidentifikasi kemampuannya mengatasi tekanan kehidupan bekerja secara produktif dan bermanfaat bagi orang lain di komunitasnya.

****

Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Stimulasi, deteksi, Tumbuh kembang anak di tingakt pelayanan Kesehatan dasar, Jakarta: Depkes

Keliat, B.A., Akemat. 2015. keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok edisi 2 Jakarta penerbit buku kedokteran: EGC

Kotijah, Siti (2021) Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

Rokom. 2021. Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia. *Sehat Negeriku*.

Stuart G. 2016. Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart 1 Indonesia edition, by Budi anak keliat and Jessica Pasaribu Singapore: Elsevier.

Sumiatin, E.A., Keliat, B.A., & Susanti, H. 2010. pengaruh terapi kelompok terapeutik terhadap kemampuan ibu hamil dalam memberikan stimulasi perkembangan janin dan adaptasi psikologis di kelurahan Blambangan jaya Bogor Fik UI Depok tesis

PROFIL PENULIS

Lela Nurlela, S.Kep., M.Kes.
lahir pada 28 Desember 1979 di Bandung, Jawa Barat. Menyelesaikan pendidikan Program S1 keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan Program Pascasarjana Magister Kesehatan Masyarakat (S-2) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Saat ini aktif kepengurusan IPKJI Jawa Timur Periode 2018-2023 Bidang Pendidikan dan Pelatihan. Saat ini Tim dosen di STIKES Hang Tuah Surabaya di Mata kuliah Keperawatan Jiwa dan Mata Kuliah Komunikasi Keperawatan baik di prodi D3 Keperawatan, di prodi S1 Keperawatan dan prodi Profesi Ners. Penulis memiliki beberapa buku Bersama timnya yang sudah terbit baik itu buku ajar maupun buku referensi, buku pertama penulis yaitu hasil dari penelitian dan mendapatkan hibah penelitian peneliti dosen pemula dan hibah buku dari kemenristek dikti dengan Judul Rebusan Air belimbing wuluh dapat meringankan ISPa, Buku yang ke-2 adalah Buku Promosi Kesehatan, buku yang ke-3 adalah Buku Komunikasi Terapetik, buku ke-4 buku Keperawatan Keluarga, Buku yang ke-5 buku Keperawatan Jiwa dan buku Pengembangan peserta didik.

BAB 9
KESEHATAN LINGKUNGAN

Dr. Sondang Sidabutar, S.KM., M.Kes.
Universitas Efarina

Latar Belakang dan Sejarah Kesehatan Lingkungan

Sejak manusia menghuni bumi, masalah terkait kesehatan telah ada. Seringnya masalah kesehatan yang muncul diakibatkan berbagai faktor lingkungan hidup disekitar seperti makhluk hidup, benda mati, kebiasaan, adat istiadat, dan lainnya. Namun, saat itu karena terbatasnya ilmu pengetahuan, maka tiap yang terjadi selalu dikaitkan dengan mistik. Di abad 19, Inggris mengalami revolusi industri yang menjadikan timbulnya masalah baru pada masyarakatnya berupa kumuhnya permukiman, masalah sosial dan kesehatan, akumulasi buangan dan kotoran manusia, yang seluruhnya ada di kota besar. (Chandra, 2007)

Tahun 1832, banyak korban jiwa di Inggris karena wabah kolera. Saat itu, John Snow (1854) meneliti epidemiologi wabah tersebut. John Snow menyimpulkan menularnya kolera disebabkan *Vibrio cholerae* mencemari konsumsi sumber air bersih masyarakat. Setelah itu, pemikiran terhadap faktor lingkungan hidup eksternal manusia yang berpengaruh langsung ataupun tak langsung terkait masalah kesehatan terus didalami sehingga berkembanglah suatu rumpun ilmu yakni *Environmental Health* atau Ilmu Kesehatan Lingkungan. (Chandra, 2007).

Di Indonesia sendiri perkembangan kesehatan lingkungan terjadi di orde baru tahun 1882 dengan terbitnya UU *Hygiene* dalam bahasa Belanda. Tahun 1992, *Rival Hygiene Work* mendirikan Rochefeller

Foundation di Kebumen dan Banyuwangi. Tahun 1956, terdapat intregrasi antar usaha kesehatan lingkungan dan usaha pengobatan di Bekasi hingga didirikan Bekasi *Training Center*. Selanjutnya, tahun 1959 dicanangkan Program Pemberantasan Malaria (PPM) dan tiap 12 November ditetapkan Hari Kesehatan Nasional. Di tahun 1968, PPM masuk sebagai upaya Puskesmas. Tahun 1974 muncul program Sarana Air Minum dan Jamban Keluarga (Samijaga), program Perumnas, hingga kampanye keselamatan dan kesehatan kerja. Kini pengupayaan sehatnya lingkungan terus berkembang di berbagai sektor, tak hanya di puskesmas namun di berbagai sektor antara lain hotel, rumah sakit, pasar, kolam renang, rumah makan, dan sebagainya.

Kesehatan lingkungan merupakan satu dari komponen program kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuannya yakni adanya peningkatan derajat kesehatan. Pada sejarah perkembangan kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan merupakan poin penting dalam mengembangkan *public health services*.

Konsep Kesehatan Lingkungan

Masalah kesehatan lingkungan mendapatkan perhatian yang besar karena munculnya penyakit yang menjangkiti manusia akibat lingkungan yang tak sehat hingga menyebabkan kematian. Di abad 19, Inggris mengalami wabah kolera akibat tercemarnya sungai Thames hingga kuman mencemari sumber air bersih. Banyaknya korban menjadikan seorang dokter, John Snow melakukan penelitian dan menyimpulkan lingkunganlah penyebab wabah. Sejak itulah pemikiran terkait faktor eksternal lingkungan yang mempengaruhi kesehatan mulai didalami hingga berkembang jadi rumpun ilmu kesehatan lingkungan.

Konsep dasar ilmu kesehatan lingkungan mempelajari hubungan antar lingkungan hidup dengan makhluk yang ada (ekologi). WHO mendefinisikan kesehatan lingkungan sebagai keseimbangan ekologi antar manusia dan lingkungan agar terjaminnya kesehatan manusia. Defensi lain Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan terkait kesehatan lingkungan yakni kondisi penopang dinamisnya keseimbangan ekologi antar manusia dan lingkungan agar tercapai kualitas

kesehatan dan kebahagiaan hidup. (Mundiatum & Daryanto, 2015). Kesehatan lingkungan penting untuk kelancaran kehidupan. Lingkungan dikatakan sehat bila terpenuhinya syarat lingkungan sehat. Kesehatan lingkungan menjadi bagian integral dari ilmu kesehatan masyarakat, terkait hubungan manusia dengan lingkungan pada keseimbangan ekologi.

Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

WHO menguraikan 17 cakupan kesehatan lingkungan yakni:

1. Pembuangan sampah bentuk padat.
2. Penyediaan air minum.
3. Pengelolaan air buangan serta mengendalikan pencemaran, termasuk pengumpulan, pembersihan dan pembuangan.
4. Higiene makanan termasuk higiene susu.
5. Pengendalian vektor, termasuk binatang pengerat dan arthropoda.
6. Pencegahan pencemaran tanah.
7. Pengendalian radiasi.
8. Pengendalian pencemaran udara.
9. Kesehatan Kerja, utamanya dampak buruk faktor kimia, biologis serta fisik.
10. Pengendalian kebisingan.
11. Aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara.
12. Pemukiman dan Perumahan.
13. Perencanaan daerah serta perkotaan.
14. Tindakan sanitasi terkait keadaan wabah/epidemik, bencana alam serta perpindahan penduduk.
15. Pencegahan kecelakaan.
16. Rekreasi umum dan pariwisata.
17. Tindakan pencegahan yang dibutuhkan untuk menjamin kesehatan lingkungan yakni terciptanya keserasian semua faktor lingkungan fisik manusia agar kelangsungan dan kesehatan hidup manusia meningkat.

Kesehatan lingkungan merupakan satu dari unsur penentu kesejahteraan penduduk. Lingkungan sehat dibutuhkan tak cuma

untuk peningkatan level kesehatan masyarakat, tapi termasuk kenyamanan hidup, peningkatan belajar dan efisiensi kerja. Peran lingkungan yang memunculkan penyakit:

1. Lingkungan sebagai faktor predisposisi (kecenderungan).
2. Lingkungan penyebab langsung penyakit.
3. Lingkungan sebagai perantara penularan penyakit (media transmisi).
4. Lingkungan sebagai faktor pengaruh penyakit (faktor penunjang).

Kesehatan lingkungan dapat ditinjau dari berbagai segi. Kesehatan lingkungan dari "*framework*" dilihat dari pendekatan ekologis yang dikenal "*the nature of man environment relationship*". Pendekatan ini merupakan kumpulan program ataupun kegiatan manusia menciptakan kondisi kesehatan. Berkembangnya ilmu pengetahuan tentang lingkungan menjadikan pemahaman bahwa terdapat interaksi antar elemen di lingkungan tersebut. Mengacu dari model timbangan Gordon, yang kemudian dimodifikasi menjadi model lanjutannya yang menjelaskan 4 faktor, yakni:

1. Faktor *life support* (penentu kehidupan).
2. *Human's activities* (aktivitas manusia).
3. Residu dan bahan buangan dan residu (*wastes & residues*).
4. Gangguan lingkungan (*environmental hazards*).

Di Indonesia, 8 ruang lingkup kesehatan lingkungan diuraikan pada Pasal 22 Ayat 3 UU No 23 Tahun 1992, yakni:

1. Kesehatan udara dan air.
2. Keamanan limbah cair.
3. Keamanan limbah padat.
4. Keamanan limbah gas.
5. Keamanan radiasi.
6. Keamanan vektor penyakit.
7. Keamanan kebisingan.
8. Kesehatan lain, seperti keadaan setelah bencana.

Selain lingkup kesehatan, sasaran lingkungan menurut pasal 22 ayat 2 UU No 23 Tahun 1992 yakni:

1. Pemukiman: asrama/yang sejenis, rumah tinggal.
2. Tempat umum: pasar, terminal, hotel, pertokoan, serta usaha lain.
3. Lingkungan kerja: kawasan industri/yang sejenis, perkantoran.
4. Angkutan umum: kendaraan darat, udara dan laut yang dimanfaatkan oleh umum.
5. Lingkungan lain yang sifatnya khusus seperti bencana perpindahan penduduk secara massif, lingkungan yang berada dalam keadaan darurat, tempat bersifat khusus.

Tujuan Kesehatan Lingkungan

Chandar (2007) menguraikan tujuan kesehatan lingkungan yang dibagi atas tujuan umum dan khusus. Secara umum, tujuan kesehatan adalah:

1. Melakukan perbaikan terhadap semua ancaman dan bahaya kesejahteraan dan kesehatan hidup manusia.
2. Melakukan pencegahan melalui pengaturan sumber lingkungan sebagai upaya peningkatan level kesehatan hidup manusia.
3. Bekerjasama terpadu antar masyarakat, organisasi pemerintahan serta lembaga-lembaga nonpemerintah menghadapi bencana/wabah.

Secara khusus, tujuan kesehatan lingkungan mencakup upaya perbaikan serta pengendalian lingkungan hidup manusia, seperti:

1. Tersedianya air bersih yang memenuhi syarat kesehatan.
2. Minuman dan makanan yang diproduksi dalam skala besar serta dikonsumsi masyarakat luas.
3. Pencemaran udara dari sisa pembakaran BBM, kebakaran hutan, batubara, dan gas beracun yang berbahaya terhadap kesehatan makhluk hidup sehingga terjadi perubahan ekosistem.
4. Limbah padat dan cair dari peternakan, rumah sakit, rumah tangga, pertanian, industri, dan lainnya.
5. Kendali terhadap arthropoda dan rodent yang menjadi faktor penyakit serta cara memutuskan rantai penularan penyakit.
6. Perumahan layak huni dan memenuhi syarat kesehatan.
7. Radiasi, kebisingan, dan kesehatan kerja.

8. Survei sanitasi meliputi perencanaan, pemantauan, dan evaluasi program kesehatan lingkungan.

Masalah Kesehatan Lingkungan Di Indonesia

Masalah-masalah kesehatan di Indonesia terkait dengan lingkungan ada berbagai macam:

1. Air Bersih

Air bersih merupakan air berkualitas untuk keperluan sehari-hari yang memenuhi syarat kesehatan dan juga dapat diminum bila dimasak. Syarat kualitas air bersih:

a. Syarat Kimia
   Kesadahan (maksimal 500 mg/L), kadar besi maksimal 0,3 mg/L.
b. Syarat Fisik
   Tak berbau, tak berwarna dan tak berasa.
c. Syarat Mikrobiologis
   Koliform tinja (totalnya maks. 0/100 ml air).

2. Pembuangan Kotoran/Tinja

Metode pembuangan tinja yang baik menggunakan jamban dengan syarat:

a. Tidak boleh terkontaminasinya air tanah yang masuk ke mata air atau sumur.
b. Tanah permukaan tak boleh terkontaminasi.
c. Tinja tak terjangkau lalat dan/atau hewan lain.
d. Tidak terkontaminasi air permukaan.
e. Tidak ada terjadi penanganan tinja segar. Bila memang diperlukan, harus diminimalisir.
f. Metode pengoperasian dan pembuatan sederhana dan tak mahal.
g. Jamban bebas dari bau (kondisi yang tak sedap dipandang).

3. Kesehatan Pemukiman

Secara umum, rumah dikatakan sehat jika terpenuhi kriteria:

a. Terpenuhinya kebutuhan psikologis, yakni komunikasi sehat antar penghuni rumah dan *privacy* yang cukup.

b. Terpenuhinya kebutuhan fisiologis, yakni cukupnya pencahayaan, ruang gerak, serta penghawaan dan terhindar dari gangguan kebisingan.
c. Terpenuhinya persyaratan tercegahnya penularan penyakit antar penghuni rumah dengan pengelolaan limbah rumah tangga dan tinja, cukup sinar matahari pagi, penyediaan air bersih, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, bebas penyakit dan tikus.
d. Terpenuhinya syarat pencegahan kecelakaan karena kondisi dalam ataupun luar rumah seperti konstruksi yang tak mudah roboh, tak mudah terbakar, dan tak membuat penghuni mudah jatuh.

Pembuangan Sampah

Teknik mengelola sampah yang baik harus memperhatikan:

1. Timbunan sampah.
2. Penyimpanan sampah.
3. Pengumpulan, pengolahan serta pemanfaatannya lagi.
4. Pengangkutan.
5. Pembuangan

Bila diketahui teknik mengelola sampah, dapat pula diketahui urgensi dan hubungan antar teknik tersebut sehingga masalah terpecahkan secara efisien.

Serangga Sebagai Reservoir (Habitat dan *Survival*)

Bibit penyakit (*vector*), misalnya nyamuk *Anopheles sp* untuk penyakit Malaria, tikus pada penyakit sampar/pes, nyamuk *Culex sp* pada penyakit kaki gajah/Filariasis, Nyamuk *Aedes sp* pada DBD, maka dilakukan pencegahan penyakit tersebut dengan mencelupkan kelambu pada pestisida untuk mencegah gigitan Nyamuk *Anopheles sp,* menggunakan *rat proof* (rapat tikus), gerakan menguras, mengubur serta menutup (3M) penampungan air untuk pencegahan DBD, kasa di lubang angin rumah atau pestisida untuk pencegahan penyakit kaki gajah serta usaha sanitasi. Binatang lain yang juga menularkan penyakit, seperti anjing menularkan rabies, lalat dan

kecoa sebagai perantara pindahnya penyakit ke makanan yang mengakibatkan diare, tikus mengakibatkan *leptospirosis* akibat kencingnya.

Makanan dan Minuman

Sasaran *hygiene* sanitasi minuman dan makanan contohnya rumah makan, restoran, makanan jajanan (yang diolah pengrajin makanan di tempat penjualan yang disajikan sebagai makanan siap santap) dan jasa boga. Persyaratan *hygiene* sanitasi minuman dan makanan tempat pengelolaan makanan meliputi:

1. Bangunan dan lokasi.
2. Adanya sanitasi.
3. Ruang makan, gudang makanan dan dapur.
4. Bahan makanan termasuk makanan jadi.
5. Pengolahan makanan.
6. Penyimpanan bahan makanan.
7. Peralatan yang digunakan.

Pencemaran Lingkungan

Pencemaran lingkungan meliputi tercemarnya udara, air, dan tanah. Untuk pencemaran udara, terbagi atas *indoor air pollution* serta *outdoor air pollution*. Pada *indoor air pollution* berpotensi jadi masalah kesehatan karena manusia cenderung ada di ruangan daripada di jalan. Akibatnya, timbul infeksi saluran pernafasan. Beberapa penelitian menyimpulkan perbedaan dampak pencemaran. Akumulatif pencemaran penduduk kota dibanding pedesaan memiliki resiko 12,5 kali relatif lebih besar. Pembakaran hutan untuk membuat area pertanian atau sekedar mengambil kayu juga berdampak serius, misal iritasi mata, infeksi saluran pernafasan akut, terganggunya ekologi hutan hingga terganggu jadwal penerbangan.

Sumber permasalahan di Indonesia disebabkan karena adanya perubahan lingkungan akibat aktivitas alam seperti gempa bumi, letusan gunung berapi. Selain itu sumber utama perubahan lingkungan adalah aktivitas manusia yang merusak lingkungan seperti pertambahan penduduk, keanekaragaman sosial budaya dan adat istiadat, belum optimalnya fungsi manajemen, urbanisasi,

industrialisasi, pembukaan hutan untuk pertanian, berkurangnya keanekaragaman hayati, kondisi lingkungan geografis, iklim tropis dan pemanasan global. Selain itu sumber perubahan lingkungan lain yakni komponen lingkungan sebagai perantara terjadinya penyakit di masyarakat.

Indonesia merupakan negara berkembang. Besarnya jumlah penduduk menyebabkan kompleksnya masalah kesehatan lingkungan. Chandra (2007) menyebutkan beberapa penyebabnya:

1. **Urbanisasi Penduduk**

   Urbanisasi adalah perpindahan penduduk dari desa ke kota. Di Indonesia, perpindahan penduduk terjadi secara masif dari desa ke kota, berkurangnya lahan pertanian utamanya di Pulau Jawa serta terbatasnya lapangan pekerjaan sehingga penduduk desa berbondong ke kota besar untuk memperoleh pekerjaan seperti kuli bangunan, pembantu rumah tangga, pemulung bahkan pengamen jalanan dan pengemis yang secara tak langsung berdampak pada kesehatan lingkungan dan sosial.

2. **Tempat Pembuangan Sampah**

   Di tiap tempat, pembuangan sampah dilakukan secara *dumping* tanpa dikelola lebih lanjut. Pembuangan secara *dumping* adalah pembuangan sampah yang dilakukan dengan membuat lubang ditanah lalu sampah dibuang ke dalam lubang tersebut tanpa ada perlakuan apapun. Pembuangan ini harusnya di area yang luas karena menyebabkan tercemarnya udara, air, dan tanah.

3. **Penyedian Sarana Air Bersih**

   Dari hasil survei, sekitaran 60% masyarakat Indonesia memperoleh air PDAM, utamanya penduduk kota. Sisanya menggunakan sumur ataupun sumber lain. Saat kemarau, terjadi krisis air dan munculnya penyakit *gastroenteritis*.

4. **Pencemaran Udara**

   Di kota besar, level pencemaran udara diatas ambang batas normal. Selain itu, hampir tiap tahun asap tebal meliputi nusantara hingga ke negara tetangga karena dibakarnya hutan.

5. Pembuangan Limbah Rumah Tangga dan Industri

Limbah cair rumah tangga dan industri dibuang langsung ke laut ataupun badan sungai. Selain itu penduduk juga melakukan MCK di bantaran sungai. Akibatnya, turunnya kualitas air sungai dan bila dimanfaatkan untuk air baku butuh biaya yang tinggi.

6. Bencana Alam atau Pengungsian

Bencana yang sering terjadi di Indonesia seperti tanah longsor, banjir, gempa bumi, atau meletusnya gunung mengakibatkan penduduk mengungsi. Tentunya bencana ini menambah masalah kesehatan lingkungan.

7. Kebijakan Pemerintah dan Perencanaan Tata Kota

Kebijakan pemerintah dan perencanaan tata kota sering memunculkan masalah. Misal, pemberian izin permukiman, gedung atau tempat diberikan tanpa ada studi kelayakan berwawasan lingkungan yang mengakibatkan pencemaran, banjir, serta masalah sosial lain.

Gambar 9.1 Teori H.L Blum

Sumber: Diolah Penulis

H.L Blum mengemukakan 4 faktor yang mempengaruhi level kesehatan masyarakat, yakni *lifestyle* (gaya/perilaku hidup), lingkungan (politik, sosial, budaya, ekonomi), pelayanan kesehatan (kualitas dan jenis cakupan), serta genetika (keturunan). Empat faktor

ini saling interaksi mempengaruhi kesehatan individu dan level kesehatan masyarakat.

Gambar 9.2 Pencemaran Udara Di Indonesia
Sumber: Diolah Penulis

Lingkungan merupakan salah satu determinan yang sangat kuat mempunyai peran terjadinya penyakit. Peran lingkungan tersebut adalah:

1. **Lingkungan Merupakan Faktor Kecenderungan (Predisposisi)**
   Secara umum, predisposisi merupakan preferensi yang dibawa individu atau kelompok ke pengalaman belajar. Hal ini menghambat atau mendukung perilaku sehat pada tiap kasus. Cakupan predisposisi yakni keyakinan, sikap, pengetahuan, persepsi dan nilai, terkait dengan motivasi individu atau kelompok melakukan tindakan.

2. **Lingkungan Merupakan Faktor Penyebab Penyakit**
   Hippocrates mengembangkan teori munculnya penyakit akibat pengaruh lingkungan yang mencakup cuaca, tanah, air, dan lainnya. Dalam epidemiologi, penyebab penyakit berkembang berdasarkan rantai sebab akibat ke proses kejadian yaitu interaksi manusia dengan sifatnya (psikologis, fisiologis, biologis, antropologis, dan sosiologis), dengan penyebab (*agent*) serta dengan *environment* (lingkungan). *Agent* adalah faktor yang pasti ada terhadap penyakit.

3. **Lingkungan Merupakan Faktor Media Transmisi Penyakit**
   Lingkungan merupakan media terjadinya penyakit. Media transmisi tak mempunyai potensi penyakit bila tidak mengandung bibit penyakit. Medianya yakni air, manusia, udara, tumbuhan, binatang, dan lainnya.

4. **Lingkungan Merupakan Faktor Pengaruh Perjalanan Penyakit**
   Lingkungan sehat memberi dampak positif untuk kesehatan manusia, begitu juga sebaliknya (Mukono, 2000).

Upaya Kesehatan Lingkungan

Upaya kesehatan yakni tiap aktivitas peningkatan dan pemeliharaan kesehatan dari pemerintah dan/atau masyarakat. Artinya, peningkatan kesehatan (baik individu, kelompok, atau masyarakat), harus dilakukan individu, kelompok, masyarakat, lembaga, hingga swadaya masyarakat (Mudiatun dan Daryono, 2014). Upaya kesehatan lingkungan berarti upaya mengendalikan faktor-faktor lingkungan fisik yang menimbulkan kerugian perkembangan daya tahan hidup manusia, kesehatan, dan fisik. Upaya yang dilakukan di Indonesia yakni:

1. Cara pembuangan limbah padat dan cair.
2. Menyediakan air bersih.
3. Terciptanya suasana perumahan sehat.
4. Tersedianya makanan yang bersih dan sehat.
5. Personal *hygiene*.
6. Pengendalian serangga.
7. Menciptakan udara yang sehat di sekitar rumah.
8. Menciptakan ruang kerja yang sehat.

****

Daftar Pustaka

Achmasi, Umar Fahmi. 2013. Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Depok: Raja Grafindo

Budiman, Chandra. 2012. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Buku kedokteran EGC.

Effendi, Hefni. 2012. *Telaah Kualitas Air (Bagi Pengelola Sumber Daya dan Lingkungan Perairan*). Yogyakarta: Kanisius.

Hafni, ST MT. (2012) "Proses Pengolahan Air Bersih pada PDAM Padang". Fakultas Teknologi Industri Institut Teknologi Padang.Vol.13 No.2. Agustus 2012 Jurnal Momentum ISSN: 1693-752x

Kodoatie, Robert J. dan Rustam Sjarief. 2008. *Pengelolaan Sumber Daya Air terpadu*. Yogyakarta: Andi.

Michael, P. 1990. *Metode Ekologi untuk Penyelidikan Ladang dan Laboratorium*. Jakarta: UI.

Mudiatun dan Daryanto. 2015. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Penerbit Gava Media

Mukono H.J, 2000. Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan. Surabaya: Airlangga University Press.

Soeparman, 2001. *Pembuangan Tinja dan Limbah Cair Suatu Pengantar*.Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Sumantri, Arif. 2015. Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Kencana Pernada Media Grup

Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 492 Tahun 2010 Tentang Persyaratan Kualitas Air Minum*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Republik Indonesia. 1990. *Keputusan Menteri KLH Nomor 20 Tahun 1990 Tentang Pengendalian Pencemaran Air*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Sunu, Pramudya. 2001. *Melindungi Lingkungan dengan Menerapkan ISO 14001*. Jakarta: PT Grasindo.

PROFIL PENULIS

Dr. Sondang Sidabutar, S.KM., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai tahun 1991. Hal tersebut menjadikan penulis memilih study ke Diploma III Keperawatan YBS Medan dan lulus tahun 1994. Selanjutnya Penulis melanjutkan pendidikan ke Diploma III Kebidanan Griya Husada Surabaya dan lulus tahun 2007. Selanjutnya Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2005. Selanjutnya Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2013. Selanjutnya Penulis melanjutkan Pendidikan S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi). Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti pada bidang kepakaran Epidemiologi. Beberapa penelitian telah dilakukan yang didanai dari internal perguruan tinggi serta Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: sondang_sidabutar73@yahoo.com

BAB 10
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

Richard Andreas Palilingan, S.KM., M.Erg, AIFMO.
Universitas Negeri Manado

Pendahuluan

Pertumbuhan industri dan perkembangan teknologi telah membawa perubahan besar dalam tata cara kerja. Perkembangan ini memerlukan perhatian khusus terhadap aspek kesehatan dan keselamatan kerja, karena teknologi baru seringkali membawa risiko baru yang perlu dikelola.

K3 memiliki sejarah panjang yang melibatkan evolusi dari kesadaran akan bahaya dan risiko di tempat kerja. Pada awalnya, perhatian terhadap K3 terutama terkait dengan kecelakaan kerja. Namun, seiring waktu, pemahaman ini berkembang menjadi pendekatan yang lebih holistik yang juga mencakup kesehatan dan kesejahteraan karyawan.

Menurut *International Labour Organization* (ILO), Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah semua kondisi dan faktor yang dapat berdampak pada keselamatan dan kesehatan kerja bagi tenaga kerja maupun orang lain di tempat kerja (ILO, 2019).

Setiap proses/aktivitas kerja selalu menghadapi bahaya kegagalan, baik karena perencanaan yang buruk, implementasi yang tidak efektif, atau efek yang tidak diinginkan seperti kondisi cuaca, bencana alam, dan sebagainya. Kecelakaan kerja merupakan salah satu risiko kerja yang dapat terjadi. Ketika terjadi kecelakaan kerja, sekecil apapun, menimbulkan efek kerugian. Oleh karena itu,

kecelakaan/potensi kecelakaan kerja harus dihindari atau diminimalkan semaksimal mungkin dan secepat mungkin (Ismara, 2014).

Filosofi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Prinsip Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah pedoman mendasar yang membimbing pendekatan terhadap menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif. Prinsip-prinsip ini membentuk dasar untuk perumusan kebijakan, pelatihan, dan implementasi tindakan K3 di tempat kerja.

The International Association of Safety Professionals membagi filosofi K3 menjadi delapan filosofi, antara lain (Ismara, 2014):

1. **Keselamatan adalah Tanggung Jawab Etis**
   K3 adalah kewajiban moral/etis. Mari selesaikan masalah K3. Merupakan kewajiban moral untuk menjamin keselamatan sesama manusia. K3 lebih dari sekedar mematuhi aturan atau persyaratan.

2. **Keselamatan adalah Budaya, Bukan Program**
   K3 lebih dari sekedar program yang dijalankan perusahaan untuk memperoleh penghargaan dan sertifikasi. K3 harus menjadi representasi dari budaya organisasi.

3. **Manajemen Bertanggung Jawab**
   Manajemen perusahaan pada akhirnya bertanggung jawab atas K3. Beberapa tanggung jawab dapat ditugaskan ke tingkat yang lebih rendah secara bertahap.

4. **Karyawan Harus Dilatih untuk Keselamatan Kerja**
   Setiap tempat kerja, lingkungan kerja, dan jenis pekerjaan memiliki karakteristik dan persyaratan K3 yang unik. Pembinaan dan pelatihan diperlukan untuk menanamkan dan mengembangkan K3.

5. **Keselamatan adalah Syarat Kerja**
   Tempat kerja yang baik adalah tempat yang aman. Lingkungan kerja yang menyenangkan dan bahagia akan berkontribusi pada

tingkat keselamatan yang lebih tinggi. Keadaan K3 di perusahaan mencerminkan situasi ketenagakerjaan perusahaan.

6. **Semua Cedera Dapat Dicegah**
   Dasar pemikiran K3 adalah bahwa semua kecelakaan dapat dihindari karena setiap kecelakaan pasti ada penyebabnya. Probabilitas kecelakaan dapat dihindari jika penyebab kecelakaan dapat dihilangkan.

7. **Program Keselamatan Harus Spesifik Lokasi**
   Program K3 harus dikembangkan sesuai dengan kebutuhan kondisi dan kebutuhan aktual di tempat kerja, seperti potensi bahaya, sifat kegiatan, budaya, kemampuan finansial, dan sebagainya. Kurikulum K3 disesuaikan dengan masing-masing organisasi atau bisnis.

8. **Keselamatan adalah Bisnis yang Baik**
   Menerapkan K3 tidak boleh dipandang sebagai pemborosan waktu atau uang. K3 sedang dilaksanakan sebagai bagian dari proses manufaktur atau strategi perusahaan. Kinerja K3 yang baik akan membantu bottom line perusahaan.

Sejarah Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

1. **Sejarah Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Dunia**
   Kecelakaan terjadi di tempat kerja dalam bentuk cedera dan penyakit. Manusia menggunakan pikiran mereka untuk mencoba mencegah kecelakaan serupa terjadi lagi, dan mereka dapat mencegah terjadinya kecelakaan sejak awal (Rejeki, 2016).

   Dengan tumbuhnya industri tenun dan terciptanya ketel uap industri pada abad ke-18, pengetahuan ini mulai diterapkan. Pemanfaatan tenaga uap sangat menguntungkan bagi sektor industri, namun karena tekanan uapnya yang sangat tinggi, ada juga risiko ledakan. Namun saat itu belum ada aturan yang sistematis dan jelas untuk keselamatan. Lalu datanglah revolusi industri di bidang listrik, revolusi nuklir, dan terobosan-terobosan

lain di bidang teknik dan teknologi yang sangat membantu umat manusia (Samanlagi et al., 2022).

Berikut adalah uraian sejarah perkembangan keselamatan dan kesehatan kerja menurut Samanlagi et al., 2022, zaman Batu dan Gua (Paleolitik dan Neolitik), ketika orang pertama kali mulai membuat kapak dan tombak untuk berburu, adalah saat literatur paling awal tentang kesehatan dan keselamatan kerja (K3) ditemukan. Kemudian, di dinasti Summeri (Irak), orang Babilonia membuat desain pegangan dan sarung, membuat tombak yang mudah digunakan agar tidak membahayakan pemakai dan pembawanya. Selain itu, mereka telah mulai membangun saluran air dari batu untuk keperluan sanitasi. Dalam kitab Hukum, yang ditulis oleh raja Babilonia Hammurabi pada tahun 1700 SM, dia menyatakan bahwa "jika seorang pembangun membangun rumah untuk seseorang dan pembangunannya tidak dilakukan dengan benar maka rumah tersebut akan runtuh dan menimpa pemilik rumah tersebut."

Aturan serupa menyatakan bahwa pembangun bertugas memastikan keamanan pekerja dan peralatan mereka selama era Mozai, sekitar lima abad setelah Hammurabi. Saat itu, diwajibkan memasang pagar pengaman di kedua sisi atap rumah. Pliny, seorang spesialis di Roman Encyclopedia, mengamanatkan bahwa para penambang memakai sumbat lubang hidung sekitar 80 tahun setelah Masehi.

Orang Mesir memiliki pengetahuan paling awal tentang kesehatan kerja ketika Ramses II membangun Rameuseum dan kanal dari Mediterania ke Laut Merah sekitar 1500 SM. Ramses II menyediakan dokter pada saat itu untuk menjaga kesehatan karyawannya. Abad ke-16 melihat awal pemahaman Paracelsus dan Agricola tentang pentingnya kesehatan dan keselamatan kerja pada khususnya. Di zaman Renaisans, Paracelsus pertama kali menjelaskan penyakit yang menyerang para penambang.

Pendiri kesehatan dan keselamatan kerja dianggap sebagai Bernardine Ramazzini, yang belajar di Universitas Modena di Italia dari tahun 1633 hingga 1714. Dia adalah orang pertama yang menjelaskan bagaimana berbagai penyakit dan sifat pekerjaan

berhubungan satu sama lain. Ramazzini menyarankan agar seorang dokter harus menanyakan tentang pekerjaan pasien selain riwayat kesehatan pasien saat menilai pasien. Ramazzini membahas bagaimana kondisi pasien dan pekerjaannya terkait dalam tulisannya.

Di Inggris, ada beberapa kematian di tempat kerja selama revolusi industri. Pada saat itu, pemberi kerja percaya bahwa insiden yang mengakibatkan rasa sakit dan kerugian bagi karyawan merupakan bahaya bawaan dari pekerjaan yang harus diterima oleh karyawan itu sendiri. Akan mudah bagi perusahaan untuk pulih dari kehilangan pekerja karena kecelakaan dengan mempekerjakan karyawan baru. Karena kecelakaan dan pengorbanan dalam hubungan kerja yang dibiarkan terus menerus pada hakekatnya adalah perbuatan yang tidak manusiawi, maka skenario yang tidak adil ini telah menyadarkan masyarakat bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan nilai-nilai kemanusiaan.

Undang-undang Kompensasi Pekerjaan yang disahkan oleh Amerika Serikat pada tahun 1911, antara lain, mengatur bahwa jika terjadi kecelakaan kerja, terlepas dari apakah itu disebabkan oleh kesalahan tenaga kerja atau bukan, orang yang terluka harus diberi kompensasi. Undang-undang ini menandai dimulainya kampanye pencegahan kecelakaan yang lebih terkonsentrasi. Aturan serupa juga pertama kali disahkan di Inggris, meskipun perlu untuk menunjukkan bahwa kecelakaan itu bukanlah kesalahan korban.

H. W. Heinrich menulis tentang inisiatif pencegahan kecelakaan di tempat kerja dalam bukunya Industrial Accident Prevention pada tahun 1931. Pada saat itu, karya ini dipandang sebagai awal dari era baru untuk semua gerakan keselamatan kerja yang terorganisir dan terarah. Landasan inisiatif keselamatan kerja saat ini adalah gagasan panduan Heinrich.

2. Sejarah K3 di Indonesia

Ketika Belanda mulai memanfaatkan mesin uap di berbagai industri, khususnya industri gula, pada tahun 1847, perdagangan K3 di Indonesia mulai berjalan. Pemerintah Hindia Belanda mengeluarkan Staatsblad No. 20 pada tanggal 28 Februari 1852,

yang menetapkan standar keselamatan pengoperasian pesawat uap di bawah pengawasan lembaga Dienst Van Het Stoomwezen. Selain itu, seiring dengan kemajuan teknologi dan industri, penggunaan mesin juga meningkat (Rejeki, 2016).

Di Indonesia, perlindungan pekerja di bidang keselamatan kerja memiliki sejarah panjang lebih dari satu abad. Inisiatif keselamatan tempat kerja di Indonesia pertama kali dibuat sebagai tanggapan atas penggunaan mesin uap oleh Pemerintah Hindia Belanda, yang pengawasannya pertama kali dirancang untuk menghindari kebakaran. Karena ini bukan prioritas masyarakat Belanda saat itu, undang-undang yang mengatur pesawat uap pada awalnya tidak bertujuan untuk melindungi pekerja. Hukum dan peraturan pertama yang mengatur pesawat uap, Reglement Omtrent Veiligheids Maatregelen bij het Aanvoeden van Stoom Werktuigen in Nederlands Indie Stbl no. 1, tidak disahkan hingga tahun 1852 untuk melindungi pekerja di bisnis yang menggunakan pesawat uap.

Pemerintah Hindia Belanda kemudian melakukan berbagai tindakan untuk melindungi pekerja pada awal abad ke-20 sesuai dengan kemajuan di Eropa dengan mengesahkan *Veilegheids Regulation of the Safety Act* tahun 1905 Stbl. No 251, yang kemudian diperbaharui pada tahun 1910 Stbl. No. 406. Undang-undang terakhir ini berlaku lebih dari 60 tahun.

Ketika disinggung klausul baru, perlindungan pekerja terdapat pada Buku III Judul Tujuh A KUH Perdata Baru, yang menggantikan Burgerlijke Wetbook sebagai KUH Perdata Lama pada tahun 1926. Kewajiban pengusaha untuk melindungi pekerjanya pertama kali diatur dalam isinya. Beberapa undang-undang ini mewajibkan majikan untuk mengizinkan karyawan yang tinggal bersama mereka untuk istirahat dari pekerjaan tanpa dipotong gajinya sesuai dengan Pasal 1602u KUHPerdata (Rejeki, 2016).

Pengertian Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Menurut definisi filosofis, keselamatan dan kesehatan kerja mengacu pada gagasan dan inisiatif yang memastikan keunggulan moral tenaga kerja dan orang-orang pada umumnya, baik secara fisik maupun

spiritual, serta kemajuan budaya dan pekerjaan masyarakat menuju masyarakat yang adil dan sukses. (Ismara, 2014).

1. **Keselamatan (*Safety*)**

   Keselamatan kerja didefinisikan sebagai tindakan yang diambil untuk melindungi karyawan, memastikan keselamatan orang lain, menjaga ruang kerja, menjaga bahan produksi, menjaga lingkungan, dan mempercepat produksi.

   Beberapa masalah terkait keselamatan yang harus diperhatikan:

   a. Mengontrol kerugian terkait kecelakaan (*control of accident loss*).
   b. Kapasitas untuk mengenali dan menghilangkan risiko yang tidak dapat diterima.

2. **Kesehatan (*Health*)**

   Derajat/tingkat kondisi fisik dan psikis setiap orang dianggap sebagai tingkat kesehatannya. Secara umum, upaya untuk mencapai kesehatan yang sebaik-baiknya melalui pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diderita pekerja, pencegahan keletihan akibat kerja, dan penyediaan lingkungan kerja yang sehat dianggap sebagai upaya kesehatan.

Menurut Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, pengertian Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah segala upaya untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan sakit akibat pekerjaan. Tujuan dari K3 adalah untuk melindungi dan menjamin keselamatan setiap tenaga kerja dan lingkungan kerja yang sehat dan aman/ Prinsip-prinsip K3 yang harus diterapkan dalam lingkungan kerja meliputi (Setyarso, 2020 dan Pakki, 2022):

1. Keselamatan adalah tanggung jawab moral.
2. Keselamatan adalah budaya bukan sekedar program.
3. K3 adalah tanggung jawab manajemen.
4. Pekerja harus diberi pelatihan (dibina) untuk bekerja dengan aman.
5. K3 adalah cerminan kondisi ketenagakerjaan.
6. Semua kecelakaan dapat dicegah.
7. Program K3 bersifat spesifik.

8. K3 baik untuk bisnis.
9. Perbaikan terus-menerus keselamatan dan kesehatan kerja harus dipromosikan.
10. Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja harus ditetapkan.
11. Harus ada komunikasi yang baik antara mitra sosial (yaitu, pengusaha, pekerja, dan pemerintah).

Dalam penerapannya, K3 harus memperhatikan ruang lingkup dan jenis-jenis K3 yang berbeda, seperti K3 di industri, K3 di pertanian, K3 di perikanan, K3 di konstruksi, dan sebagainya. K3 juga harus diterapkan secara terus-menerus dan ditingkatkan secara berkala untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

Tujuan Penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Tujuan dari penerapan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) yakni (Widyastuti et al., 2020):

1. Hindari dan perkirakan kecelakaan kerja.
2. Mencegah kelelahan mental.
3. Hentikan, perlambat, dan hentikan penurunan kesehatan dan kekuatan tenaga kerja.
4. Mencegah terjadinya beban kerja yang berlebihan.
5. Memperoleh vitalitas fisik dan spiritual tenaga kerja.
6. Mengembangkan pekerja produktif.
7. Meningkatkan sumber daya manusia yang kompeten dan terpercaya.
8. Mendorong dan memajukan proses industrialisasi.
9. Sadar akan kesejahteraan tenaga kerja.

Fungsi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Fungsi dari keselamatan kerja adalah sebagai berikut (Rejeki, 2016):

1. Tentukan risiko kesehatan yang ada di tempat kerja dan evaluasi risiko terkait.
2. Berikan panduan dalam mengatur dan merencanakan proses kerja, termasuk desain tempat kerja.
3. Menawarkan panduan, instruksi, pelatihan, dan pengajaran tentang APD dan kesehatan kerja.

4. Melakukan survei kesehatan kerja.
5. Berpartisipasi dalam proses penyembuhan.
6. Mengontrol prosedur darurat dan pertolongan pertama.

Fungsi dari kesehatan kerja dapat diuraikan sebagai berikut (Samanlagi et al., 2022):

1. Persiapkan, kenali, dan nilai situasi dan perilaku yang berpotensi berbahaya.
2. Merancang, menerapkan, dan menerapkan proses dan program pengendalian bahaya.
3. Menerapkan, merekam, dan mendidik kolaborator lain tentang manajemen risiko dan prosedur pengendalian risiko.
4. Mengukur dan mengevaluasi kemanjuran program dan pengendalian bahaya.

Peranan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Kesehatan dan keselamatan kerja berfungsi untuk menjaga kesehatan karyawan melalui inisiatif peningkatan daya tahan dan kebugaran pekerja serta promosi, pemantauan, dan pengawasan kesehatan. Sedangkan tujuan keselamatan adalah untuk mencegah hilangnya aset perusahaan dan mengembangkan lingkungan kerja yang aman dengan kemungkinan terjadinya kecelakaan seminimal mungkin (Samanlagi et al., 2022). Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman bagi para pekerja. Berikut adalah beberapa peran K3 dalam lingkungan kerja:

1. Mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (PAK).
2. Melindungi pekerja dari bahaya yang terjadi selama proses bekerja.
3. Menjamin setiap tenaga kerja dalam mendapatkan perlindungan kesehatan dan keselamatan selama bekerja.
4. Memelihara kebersihan, kesehatan, dan ketertiban lingkungan kerja serta lingkungan di sekitarnya.
5. Memastikan bahwa kondisi alat kerja aman, nyaman, dan baik untuk digunakan.

6. Meningkatkan kesejahteraan, kesehatan, dan perlindungan terhadap para pekerja, baik selama ataupun setelah masa kerja.
7. Menciptakan sebuah sistem kerja yang aman dan nyaman.
8. Mencegah kerugian akibat terjadinya kecelakaan kerja.

Dengan memperhatikan peran K3 dalam lingkungan kerja, maka dapat dihasilkan lingkungan kerja yang aman dan nyaman bagi para pekerja. Hal ini akan berdampak pada produktivitas dan kesejahteraan pekerja serta meningkatkan kinerja perusahaan. Oleh karena itu, K3 harus diterapkan dengan baik dan terus menerus ditingkatkan agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

****

Daftar Pustaka

Aprilliani, C. (2022). *Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K) PT Global Eksekutif* (Issue March). http://www.globaleksekutifteknologi.co.id/.

ILO, 2019. Financing Small Businesses in Indonesia: Challenges and Opportunities/International Labour Office – Jakarta: ILO, iv, 64 p.

ILO, 2018. K3 di lingkungan rumah tangga. International Labour Office – Jakarta: ILO.

Ismara, K. I. (2014). Buku Ajar Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3). In *Yogyakarta : Universitas Negeri Yogyakarta*.

Rejeki, S. (2016). *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Pakki, 2022, Pengertian K3 Secara Umum, Tujuan, Prinsip, Ruang Lingkup, Jenis K3. Diakses pada: https://pakki.org/berita_detail/pengertian-k3-secara-umum-tujuan-prinsip-ruang-lingkup-jenis-k3. html

Samanlagi, A. I., Ramli, Enggar, Fitriani, T., Asgun, S., Mamade, M., Handayani, T. W., & Yusri. (2022). Buku Ajar Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3): Dunia Usaha dan Dunia Industri. In *CV Amerta Media*. CV Amerta Media.

Setyarso, Rifky, 2020, Kesehatan dan keselamatan kerja itu penting. Diakses pada URL : https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-cirebon/baca-artikel/13078/Kesehatan-dan-Keselamatan-Kerja-itu-Penting.html.

Widyastuti, N., Wibowo, S., & Wardani, I. K. (2020). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Goresan Pena. www.goresanpena.co.id

PROFIL PENULIS

Richard Andreas. Palilingan, S.KM., M.Erg, AIFMO.

Richard Andreas Palilingan, lahir di Manado pada 22 September 1988. Pada Tahun 2010 menyelesaikan pendidikan sarjana ilmu kesehatan masyarakat di Universitas Sam Ratulangi pada Tahun 2010. Kemudian melanjutkan Jenjang Studi Magister Fisiologi-Ergonomi Kerja di Universitas Udayana Pada 2011. Mulai Tahun 2014 sampai 2019 Menjadi Dosen tidak Tetap Bidang Minat Keselamatan dan kesehatan kerja di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi. Tahun 2019 Penulis diangkat menjadi Dosen Tetap Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Manado.

Saat ini Penulis fokus menekuni bidang Keselamatan dan kesehatan kerja. Berbagai macam pelatihan tentang K3 telah diikuti. Penulis juga aktif dalam kegiatan profesi seperti Perhimpunan Ergonomi Indonesia Sejak Tahun 2015 hingga saat ini sebagai Pengurus Koordinator wilayah Sulawesi, Maluku dan Papua. Tahun 2020 sampai sekarang sebagai anggota aktif Perhimpunan Ahli Kesehatan Kerja Indonesia dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Email Penulis: richardpalilingan@unima.ac.id

BAB 11
GIZI MASYARAKAT

Heni Adhianata, S.TP., M.Sc.
Akademi Kuliner dan Patiseri OTTIMMO Internasional

Pendahuluan

Gizi merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan asupan makanan dan zat yang diperlukan oleh tubuh manusia untuk menjalani kehidupan yang sehat, berkembang dan berfungsi dengan baik. Gizi yang baik dan seimbang sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan manusia. Kekurangan gizi atau ketidakseimbangan dalam asupan makanan dapat mengakibatkan masalah kesehatan, seperti kekurangan gizi, obesitas, diabetes, penyakit jantung, dan sejumlah masalah kesehatan lainnya. Gizi juga mencakup pemahaman tentang bagaimana makanan dan zat gizi memengaruhi berbagai aspek kesehatan. Gizi masyarakat merujuk pada status gizi atau keadaan gizi secara keseluruhan di suatu komunitas atau populasi. Hal tersebut juga mencakup pemahaman tentang pola makan, kebutuhan gizi, dan masalah gizi yang mungkin dihadapi oleh masyarakat. Gizi masyarakat melibatkan pemantauan, penilaian, dan intervensi untuk memastikan bahwa anggota masyarakat tersebut memperoleh asupan makanan yang cukup dan simbang untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Angkasa et al., 2020; Kadir, 2021). Pemahaman gizi dalam masyarakat juga penting untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat seperti malnutrisi dan penyakit lain terkait gizi. Gizi yang baik bukan hanya tentang apa yang kita makan, tetapi juga tentang bagaimana kita memahami dan mengelola pola makan kita agar dapat mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang optimal.

Permasalahan Gizi Masyarakat

Gizi masyarakat adalah area penting dalam upaya kesehatan masyarakat untuk memastikan bahwa masyarakat secara keseluruhan dapat mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan yang optimal melalui pola makan yang sehat dan gizi yang memadai. Beberapa aspek penting yang berpengaruh terhadap permasalahan gizi masyarakat yaitu:

1. **Pola Makan**

   Pola makan mencakup jenis makanan yang dikonsumsi oleh masyarakat, frekuensi makanan, dan bagaimana makanan itu disiapkan dan dikonsumsi. Pola makanan masyarakat dapat dipengaruhi oleh faktor budaya, ekonomi, geografis dan sosial.

2. **Kebutuhan Gizi**

   Gizi masyarakat melibatkan pemahaman tentang kebutuhan gizi berdasar usia, jenis kelamin, tingkat aktivitas dan faktor lainnya. Hal tersebut dapat membantu untuk merencanakan program-program gizi sehingga tepat sasaran.

3. **Masalah Gizi**

   Evaluasi masalah gizi yang ada di masyarakat, seperti kekurangan gizi, obesitas, defisiensi vitamin, atau gangguan makanan. Pemahaman tentang masalah gizi penting untuk merencanakan tindakan pencegahan dan intervensi.

4. **Pendidikan Gizi**

   Upaya pendidikan dan penyuluhan gizi yang ditujukan kepada masyarakat untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang pentingnya makanan sehat, pola makan yang seimbang, dan praktik gizi yang baik.

5. **Keamanan Pangan**

   Masalah keamanan pangan juga merupakan bagian dari gizi masyarakat. Hal ini melibatkan pemantauan dan pengendalian risiko terkait keamanan pangan untuk mencegah keracunan makanan dan masalah kesehatan lainnya.

6. **Kebijakan Gizi**
   Peran pemerintah dan kebijakan gizi dalam memastikan akses yang setara terhadap makanan yang sehat dan mendukung langkah-langkah untuk memperbaiki status gizi masyarakat.

Permasalahan Gizi yang Umum Di Indonesia

Masalah gizi masyarakat di Indonesia mencakup berbagai isu yang memengaruhi aspek kualitas gizi, pola makan, dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Arbie & Labatjo, 2019; Renyoet, 2021; Setyawati et al., 2023). Beberapa permasalahan gizi yang umum di Indonesia meliputi:

1. **Kekurangan Gizi**
   Kekurangan gizi masih menjadi masalah serius di beberapa daerah di Indonesia, terutama di daerah pedesaan dan daerah terpencil. Anak-anak dan ibu hamil seringkali menjadi kelompok rentan terhadap kekurangan gizi, yang dapat mengakibatkan stunting (gangguan pertumbuhan), kurangnya berat badan, dan masalah kesehatan lainnya.

2. **Obesitas dan Masalah Terkait Gizi**
   Kasus obesitas semakin meningkat di Indonesia dari tahun ke tahun. Gaya hidup yang kurang aktif, konsumsi makanan cepat saji, minuman manis, dan makanan tinggi lemak serta gula merupakan kontributor utama pada masalah obesitas dan penyakit terkait diabetes tipe 2 dan penyakit jantung.

3. **Pola Makan yang Tidak Seimbang**
   Pola makan yang tidak seimbang yang mungkin mengandung banyak makanan olahan, gula tambahan, garam, dan lemak trans, dapat menyebabkan masalah kesehatan seperti obesitas dan penyakit kronis. Kadang-kadang masyarakat Indonesia mungkin kurang mengkonsumsi sayuran, buah-buahan, dan protein nabati.

4. **Akses Terhadap Makanan Sehat**
   Di beberapa daerah terutama yang terpencil atau terisolasi, akses terhadap makanan sehat sangat terbatas. Ini dapat menjadi

masalah terutama bagi mereka yang tinggal di daerah pedesaan atau pulau-pulau terpencil.

5. **Keterbatasan Pengetahuan Gizi**
   Sebagian masyarakat mungkin memiliki pengetahuan yang terbatas tentang gizi yang baik dan praktik gizi yang sehat. Pendidikan gizi dan kesadaran tentang pentingnya makanan sehat adalah faktor penting dalam mengatasi masalah keterbatasan pengetahuan gizi ini.

6. **Peran Budaya dan Tradisi**
   Beberapa budaya dan tradisi di Indonesia mungkin memiliki pola makan tertentu yang mungkin tidak selalu seimbang dari segi gizi. Pendidikan tentang cara menggabungkan makanan tradisional dengan gizi yang baik dapat membantu mengatasi masalah ini.

Untuk dapat mengatasi permasalahan gizi di Indonesia, diperlukan upaya yang komprehensif yang melibatkan pemerintah, pendidikan, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat umum. Upaya tersebut dapat mencakup program pendidikan gizi, kampanye kesadaran kesehatan, kebijakan pangan yang mendukung, dan upaya untuk meningkatkan akses terhadap makanan sehat.

Penanggulangan Masalah Gizi

Penanggulangan masalah gizi di Indonesia merupakan tantangan yang kompleks dan memerlukan berbagai upaya lintas sektor serta kerjasama antar pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta (Angkasa et al., 2020; Kadir, 2021). Beberapa langkah yang dapat diambil untuk mengatasi masalah gizi di Indonesia antara lain sebagai berikut:

1. **Pendidikan Gizi**
   Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya gizi yang seimbang melalui kampanye pendidikan gizi di sekolah, pusat kesehatan, dan media massa (Wibowo & Adhianata, 2023).

2. **Akses Terhadap Makanan Bergizi**
   Memastikan akses yang mudah dan terjangkau terhadap makanan bergizi, terutama bagi masyarakat miskin dan rentan. Program ini dapat melibatkan kegiatan lain seperti bantuan pangan, subsidi dan promosi pertanian lokal.

3. **Pemantauan Gizi**
   Mengembangkan sistem pemantauan gizi yang efisien untuk mengidentifikasi daerah dan kelompok yang rentang mengalami kekurangan gizi. Hal ini dapat membantu dalam perencanaan intervensi yang lebih tepat sasaran.

4. **Program Suplementasi**
   Melakukan program suplementasi gizi bagi kelompok yang berisiko tinggi, seperti balita, ibu hamil, dan lansia. Suplementasi vitamin dan mineral penting untuk mencegah defisiensi gizi.

5. **Promosi Air Susu Ibu (ASI)**
   Mendorong ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama enam bulan pertama kehidupan. ASI adalah makanan terbaik untuk bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit.

6. **Pengembangan Produk Lokal**
   Mengembangkan pertanian lokal dan keanekaragaman makanan untuk meningkatkan ketersediaan makanan bergizi dan mengurangi ketergantungan pada impor produk makanan (Vidyarini et al., 2021).

7. **Regulasi Pangan**
   Memperkuat regulasi pangan untuk memastikan keamanan dan kualitas makanan yang dikonsumsi oleh masyarakat.

8. **Penanganan Masalah Sanitasi**
   Memperbaiki akses masyarakat terhadap sanitasi yang baik, karena sanitasi yang buruk dapat menyebabkan infeksi yang mengganggu penyerapan gizi dalam tubuh.

9. **Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan**
   Memastikan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di pedesaan, memiliki kapasitas untuk memberikan perawatan dan edukasi yang memadai.

10. **Pemantauan dan Evaluasi**
    Melakukan pemantauan dan evaluasi berkelanjutan terhadap program-program gizi untuk memastikan efektivitasnya dan melakukan perubahan jika diperlukan.

Penanggulangan masalah gizi memerlukan komitmen jangka panjang dan koordinasi yang kuat antara berbagi pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta dan masyarakat luas.

Gizi pada Balita

Gizi pada balita sangat penting karena periode ini adalah tahap pertumbuhan dan perkembangan yang paling kritis dalam kehidupan seseorang. Kebutuhan gizi yang cukup dan seimbang pada balita sangat memengaruhi kesehatan dan perkembangan mereka. Berikut merupakan beberapa aspek penting tentang gizi pada balita:

1. **ASI Eksklusif**
   Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi dibawah usia enam bulan. ASI mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan dengan baik serta memberikan perlindungan terhadap infeksi.

2. **Keanekaragaman Makanan**
   Setelah bayi mencapai usia enam bulan, perlahan-lahan mulai dianjurkan untuk memberikan makanan padat yang seimbang dari segi kualitas gizinya atau yang lebih dikenal dengan sebutan MP-ASI (makanan pendamping ASI). Makanan padat tersebut termasuk sereal bayi, buah-buahan, sayuran, protein (daging, ikan, telur), dan produk susu seperti keju dan yoghurt. Penting untuk memperkenalkan berbagai jenis makanan agar anak terbiasa dengan berbagai rasa dan tekstur.

3. **Perhatian Terhadap Zat Gizi Penting**
   Perlu dipastikan bahwa balita mendapatkan cukup asupan protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral penting seperti zat besi, kalsium, dan vitamin D. Zat-zat gizi tersebut penting untuk pertumbuhan tulang, sistem kekebalan tubuh, dan perkembangan otak yang baik (Wijayanti et al., 2023).

4. **Porsi yang Tepat**
   Mengukur porsi makanan sesuai dengan usia dan kebutuhan balita. Hindari memaksa anak untuk makan melebihi dari apa yang balita butuhkan, tetapi juga dipastikan balita mendapatkan jumlah makanan yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan yang sehat dan optimal di setiap siklus usianya.

5. **Hindari Makanan Tinggi Gula**
   Batasi konsumsi makanan dan minuman dengan kandungan gula yang tinggi, garam serta makanan olahan. Pencegahan ini membantu dalam mencegah perkembangan penyakit yang terkait dengan makanan seperti obesitas dan masalah kesehatan lainnya pada balita.

6. **Air Minum yang Cukup**
   Pastikan balita mendapatkan cukup cairan dengan memberikan air minum yang cukup, terutama jika balita sudah mulai mengkonsumsi makanan padat.

7. **Suplementasi Jika Diperlukan**
   Beberapa balita memungkinkan untuk membutuhkan suplemen gizi tambahan jika balita memiliki defisiensi terhadap zat gizi tertentu. Hal tersebut harus dilakukan atas dasar rekomendasi dan pengawasan dari dokter.

8. **Perhatian Terhadap Alergi Makanan**
   Jika terdapat riwayat alergi makanan pada keluarga, perlu diperhatikan dengan hati-hati dalam memperkenalkan makanan baru kepada balita serta dilakukan pengamatan terhadap reaksi

alergi yang berpotensi muncul pada balita setelah mengkonsumsi makanan tertentu.

9. **Pantau Pertumbuhan Balita**
   Perkembangan balita sangat penting dilakukan untuk dapat memastikan setiap tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak. Pemantauan dapat dilakukan dengan dokter anak maupun dilakukan di posyandu. Pemantauan tersebut penting untuk memastikan bahwa anak tumbuh dengan baik dan tidak mengalami masalah gizi maupun masalah pertumbuhan dan perkembangan.

Gizi pada Anak Usia Sekolah

Gizi pada anak usia sekolah juga sangat penting karena pada masa kanak-kanak merupakan masa dimana tahap pertumbuhan dan perkembangan terjadi dengan sangat pesat. Pola makan yang baik dapat membantu anak usia sekolah untuk tumbuh dengan sehat, menjaga konsentrasi dan kinerja akademik yang baik. Berikut beberapa poin penting bagi gizi anak usia sekolah:

1. **Makanan Seimbang**
   Pastikan anak mendapatkan makanan seimbang yang mencakup semua kelompok makanan utama, yaitu buah-buahan, sayuran, protein (nabati dan hewani), serealia, dan produk susu maupun turunannya.

2. **Sarapan yang Baik**
   Sarapan merupakan salah satu makanan yang paling penting pada anak usia sekolah. Sarapan mampu memberikan energi yang dibutuhkan untuk memulai hari dan membantu anak tetap aktif dan fokus ketika di sekolah (Wibowo & Adhianata, 2023).

3. **Kontrol Porsi**
   Pastikan anak mendapatkan porsi yang sesuai dengan usia dan tingkat aktivitasnya. Anak yang lebih aktif kemungkinan akan membutuhkan lebih banyak kalori daripada anak yang pasif.

4. **Hindari Makanan Tinggi Gula dan Garam**
   Batasi konsumsi anak dengan makanan-makanan yang mengandung kadar gula dan garam yang tinggi. Makanan tersebut seperti makanan olahan, minuman bersoda, permen, camilan tidak sehat, dan makanan cepat saji. Makanan-makanan tersebut dapat meningkatkan risiko obesitas dan masalah kesehatan lain pada anak.

5. **Perhatikan Asupan Serat**
   Pastikan anak mendapatkan cukup asupan serat yang berasal dari buah-buahan, sayuran serta biji-bijian utuh. Serat berperan penting dalam membantu menjaga kesehatan pencernaan anak.

6. **Konsumsi Air yang Cukup**
   Konsumsi air yang cukup merupakan salah satu syarat mutlak dalam menjaga kesehatan anak. Kebutuhan air yang tercukupi dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada anak serta menjaga konsentrasi dan kinerja anak ketika di sekolah.

7. **Suplemen Gizi**
   Suplemen bagi anak usia sekolah sangat banyak ditawarkan untuk dapat memenuhi kebutuhan makro dan mikro-nutrisi anak. Pemberian suplemen gizi pada anak juga disarankan dibawah pengawasan dokter.

8. **Edukasi Gizi**
   Ajarkan anak mengenai pentingnya makanan sehat serta kelompok sumber makanan dan perannya bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang terlibat aktif dalam pemilihan jenis makanannya akan lebih mudah dikontrol asupan gizinya karena anak telah memiliki bekal pengetahuan tentang pola konsumsi sehat. Edukasi gizi bagi anak dapat dilakukan dilingkungan sekolah maupun lingkungan keluarga (Wibowo & Adhianata, 2023).

9. **Peran Orang Tua**
   Orang tua memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk kebiasaan makan anak. Menjadi contoh yang baik dengan memilih

makanan sehat dan makan bersama dapat membantu anak mengembangkan preferensi makanan sehat serta penerapan pola konsumsi sehat bagi anak.

Gizi pada Ibu Hamil

Gizi pada ibu hamil sangat penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin dengan baik, serta menjaga kesehatan ibu hamil. Asupan gizi yang cukup dan seimbang selama masa kehamilan dapat membantu mengurangi risiko komplikasi dan memastikan kelahiran bayi sehat (Wijayanti et al., 2023). Kebutuhan gizi ibu hamil juga bervariatif, tergantung pada usia, berat badan awal, riwayat kesehatan dan faktor lain. Berikut merupakan beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait gizi pada ibu hamil:

1. **Asupan Kalori**

   Ibu hamil membutuhkan tambahan kalori untuk mendukung pertumbuhan janin dan perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan. Kebutuhan kalori individu dapat bervariasi, tetapi umumnya dianjurkan untuk menambah sekitar 300-500 kalori per hari selama trimester kedua dan ketiga.

2. **Protein**

   Protein sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, serta pembentukan jaringan baru pada ibu hamil. Sumber protein yang baik meliputi daging tanpa lemak, ikan, telur, kacang-kacangan dan produk susu rendah lemak.

3. **Karbohidrat**

   Karbohidrat adalah sumber energi utama. Jenis dan varian karbohidrat yang berbeda sangat dianjurkan dan disarankan untuk mengkonsumsi karbohidrat kompleks seperti beras merah, roti gandum dan jenis ubi lainnya.

4. **Lemak Sehat**

   Lemak sehat seperti lemak tak jenuh tunggal dan ganda sangat penting untuk perkembangan otak janin. Sumber lemak sehat

termasuk buah alpukat, kacang-kacangan, minyak zaitun dan ikan berlemak seperti salmon.

5. **Serat**
   Serat membantu mengatasi masalah pencernaan yang umum selama masa kehamilan. Sumber serat yang baik meliputi buah-buahan, sayuran dan biji-bijian utuh.

6. **Kalsium**
   Kalsium sangat penting untuk perkembangan tulang janin. Ibu hamil harus memastikan asupan kalsium yang cukup melalui produk susu rendah lemak, tahu, kacang-kacangan atau makanan lain yang mengandung kalsium.

7. **Asam Folat**
   Asam folat sangat penting pada awal kehamilan untuk mencegah cacat tabung saraf pada janin. Banyak makanan yang diperkaya dengan asam folat, seperti sereal. Ibu hamil juga dapat mengkonsumsi suplemen asam folat yang diresepkan oleh dokter.

8. **Zat Besi**
   Zat besi membantu mencegah anemia pada ibu hamil. Makanan kaya zat besi termasuk daging merah, ayam, ikan, sayuran hijau, dan sereal yang diperkaya zat besi.

9. **Air**
   Mengkonsumsi cukup air sangat penting bagi ibu hamil untuk menjaga tubuh tetap terhidrasi dengan baik, terutama ketika tubuh ibu hamil mengalami perubahan selama masa kehamilan.

10. **Batasan Makanan Berisiko**
    Hindari makanan mentah, kurang matang atau berisiko seperti daging mentah, telur mentah atau setengah matang, produk susu mentah, karena makanan-makanan tersebut dapat membawa risiko infeksi makanan.

Gizi pada Lanjut Usia

Gizi pada lanjut usia (lansia) adalah faktor penting dalam menjaga kesehatan dan kualitas hidup yang baik saat memasuki tahap usia lanjut. Gizi yang tepat dapat membantu mencegah atau mengurangi risiko penyakit kronis, menjaga fungsi kognitif, memperkuat sistem kekebalan tubuh, dan menjaga kekuatan fisik (Kadir, 2021). berikut adalah beberapa aspek penting terkait gizi pada lanjut usia:

1. **Protein**

   Protein penting untuk menjaga massa otot, kekuatan dan kondisi pemulihan kesehatan. Lansia perlu memastikan asupan protein yang cukup dari sumber seperti daging tanpa lemak, ikan, telur, kacang-kacangan dan produk susu rendah lemak atau produk derivatnya.

2. **Serat**

   Serat membantu menjaga kesehatan pencernaan serta mengontrol berat badan. Sayuran, buah-buahan, biji-bijian utuh dan kacang-kacangan merupakan sumber serat yang baik bagi lansia.

3. **Kalsium dan Vitamin D**

   Kalsium penting untuk menjaga kekuatan tulang, sementara vitamin D membantu tubuh menyerap kalsium. Produk susu rendah lemak, sayuran hijau, dan makanan yang diperkaya dengan vitamin D adalah pilihan yang baik.

4. **Asam Lemak Omega-3**

   Asam lemak omega-3 dapat membantu menjaga kesehatan jantung dan otak. Sumber asam lemak omega-3 yaitu ikan berlemak seperti salmon, biji chia, dan minyak ikan.

5. **Lemak Sehat**

   Lemak sehat seperti yang terkandung dalam minyak zaitun, buah alpukay dan kacang-kacangan dapat membantu menjaga kesehatan jantung lansia.

6. **Air**
   Lansia seringkali lebih rentan terhadap dehidrasi. Kecukupan konsumsi air merupakan hal penting yang harus terpenuhi untuk menghindari terjadinya dehidrasi.

7. **Batasan Garam**
   Mengurangi asupan garam dapat membantu mengontrol tekanan darah dan mengurangi risiko penyakit jantung.

8. **Batasan Gula**
   Mengurangi konsumsi gula tambahan dapat membantu menjaga berat badan yang ideal dan mencegah risiko diabetes tipe-2.

9. **Suplemen**
   Lansia membutuhkan suplemen tambahan yang berisi vitamin atau mineral tertentu apabila lansia memiliki defisiensi atau kesulitan dalam memenuhi kebutuhan gizi melalui makanan yang dikonsumsi.

****

Daftar Pustaka

Angkasa, D., Sitoayu, L., & Dewanti, L. P. (2020). Buku studi kasus program gizi masyarakat (Book of Community Nutrition Case Studies). In *Digilib.Esaunggul.Ac.Id*. http://publikasi.weblog.esaunggul.ac.id

Arbie, F. Y., & Labatjo, R. (2019). Examining the nutrition levels and stunting problem in Indonesian children. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, *4*(2), 89–98. https://doi.org/10.30867/action.v4i2.126

Kadir, S. (2021). *Gizi Masyarakat*. Absolute Media.

Renyoet, B. S. (2021). Estimation of the Economic Losses Potential Due To Underweight Toddlers in Indonesia in 2013. *Media Gizi Indonesia*, *16*(2), 111–118. https://doi.org/10.20473/mgi.v16i2.111-118

Setyawati, B., Fuada, N., Nazarina, Rachmawati, R., Salimar, & Ernita. (2023). Supplementary Biscuits for the Recovery of Malnourished Children in Indonesia. *Jurnal Gizi Dan Pangan*, *18*(1), 11–20. https://doi.org/10.25182/jgp.2023.18.1.11-20

Vidyarini, A., Martianto, D., & Syarief, H. (2021). Evaluation of Food and Nutrition Security Level at Provincial Level Based on Outcome Indicators in Indonesia. *Jurnal Gizi Dan Pangan*, *16*(1), 1–10. https://doi.org/10.25182/jgp.2021.16.1.1-10

Wibowo, M. A., & Adhianata, H. (2023). Efficacy of Balanced Nutrition Comic as a Learning Medium in Nutrition Education Intervention for Primary School-Age Children in Sampang District. *Journal of Ners and Midwifery*, *10*(2), 254–259.

Wijayanti, I., Adhianata, H., Jamal, R., Sari, N., & Widiyastuti, N. (2023). Pengantar Kesehatan Ibu dan Anak. In *Sada Kurnia Pustaka*. Sada Kurnia Pustaka.

PROFIL PENULIS

Heni Adhianata, S.TP., M.Sc.

Penulis merupakan mahasiswa program doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Ketertarikan penulis di bidang teknologi pangan dimulai pada tahun 2008 silam. Penulisan menempuh pendidikan S1 di Program Studi Teknologi Hasil Pertanian Universitas Brawijaya dan lulus pada tahun 2012. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di Program Studi Ilmu dan Teknologi Pangan Universitas Gadjah Mada serta menyelesaikan Tesisnya di Faculty of Agro-Industry Kasetsart University Thailand.

Keseharian penulis merupakan seorang dosen di Akademi Kuliner dan Patiseri OTTIMMO Internasional Surabaya serta sebagai Dosen Luar Biasa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Penulis aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang gizi, pangan dan kuliner. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kementerian. Beberapa penelitian penulis di bidang gizi yang mendapat hibah pendanaan dari Kemendikbud Ristek yaitu pengembangan media komik gizi seimbang bagi anak usia sekolah dasar, serta pengembangan model pembelajaran gizi kuliner bagi chef restoran. Selain sebagai peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif dalam bidang gizi, pangan, dan kuliner.

Email Penulis: heniadhianata@ottimmo.ac.id

BAB 12
ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

[1]
Eka Saudur Renaldi Sihombing, S.KM., M.Kes.
Universitas Efarina

Pendahuluan

Salah satu Pembangunan nasional terdiri dari pembangunan kesehatan dengan tujuan untuk menciptakan dan meningkatkan kesadaran, niat, tindakan untuk mampu hidup sehat bagi setiap orang sehingga tercipta dan meningkat derajat kesehatan masyarakat yang diharapkan. Untuk mewujudkan jaminan tercapainya tujuan pembangunan kesehatan perlu didukung oleh Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Salah satu sub sistem dalam SKN adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan rumah sakit merupakan UKP strata kedua dan ketiga dengan mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran spesialistik dan subspesialistik (RUU Rumah Sakit). Kebutuhan terhadap rumah sakit diatur juga dalam Permenkes RI tahun 2014 yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan harus memiliki strategi yaitu dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai yang salah satunya adalah rumah sakit (Permenkes RI, 2014).

Perkembangan zaman yang semakin canggih, kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan juga meningkat. Rumah Sakit merupakan kebutuhan pokok dalam bidang pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat berpengaruh terhadap pasien yang berkunjung ke rumah sakit. Pelayanan rumah sakit yang baik akan membuat masyarakat akan tertarik untuk berobat ke rumah

sakit tersebut. Untuk menciptakan pelayanan rumah sakit yang baik dan berkualitas tergantung pada administrasi rumah sakit.

Kebutuhan terhadap rumah sakit bergantung terhadap minat dan kesadaran masyarakat untuk berobat ke rumah sakit tersebut. Kesadaran masyarakat saat ini sudah semakin meningkat terhadap pelayanan rumah sakit, karena rumah sakit baik milik pemerintah maupun milik swasta sudah banyak yang memiliki fasilitas asuransi kesehatan. Bagi masyarakat yang memiliki ekonomi menengah kebawah lebih memilih asuransi yang dikeluarkan oleh pemerintah, sementara masyarakat yang memiliki ekonomi menengah ke atas memilih untuk menggunakan asuransi yang disediakan perusahaan yang bekerjasama dengan asuransi swasta. Biasanya rumah sakit yang memiliki fasilitas yang lengkap dan pelayanan yang baik bekerjasama dengan asuransi swasta. Hal ini berhubungan dengan pengaturan administrasi rumah sakit. Semakin baik administrasi pelayanan rumah sakit, semakin banyak masyarakat yakin untuk berobat ke rumah sakit tersebut.

Administrasi dalam rumah sakit sangat penting untuk keberlanjutan rumah sakit dan kesehatan pasien yang berobat ke rumah sakit tersebut. Administrasi tidak hanya berhubungan dengan surat menyurat, akan tetapi berkaitan dengan aturan yang diterapkan di rumah sakit tersebut.

Konsep Administrasi

Di atas kita sudah bahas secara singkat mengenai pengertian administrasi, bahwa administrasi bukan hanya membahas mengenai surat menyurat, akan tetapi administrasi juga berkaitan dengan kinerja.

1. **Definisi Administrasi**

   Dalam buku Kartikasari Dhian, Ismaniar (2013) menyampaikan istilah administrasi yang berasal dari bahasa Latin terdiri dari dua kata yaitu "*ad*" dan "*ministrate*" yang berarti pemberian bantuan atau jasa. Pengertian administrasi dari bahasa Belanda disebut *Administratie* yang bermakna kegiatan surat-menyurat, mengarsip surat, mencatat, membuat laporan pembukuan sederhana yang sifatnya teknis ketatausahaan dengan tujuan untuk memudahkan

untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan (Kartikasari Dhian, 2019).

Menurut Ismaniar (2013) dalam buku Kartikasari Dhian (2019) dalam bidang kesehatan pengertian administrasi adalah kumpulan kegiatan terdiri dari merencanakan (*planning*), mengorganisasikan (*organizing*), mengarahkan (*directing*), mengawasi (*controlling*), mengkoordinasikan (*coordinating*), dan menilai (*evaluating*), untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan bidang kesehatan dengan adanya penyediaan dan penyelenggaraan kesehatan untuk individu, kelompok dan masyarakat. (Kartikasari Dhian, 2019).

Sejauh ini kita cenderung masih lebih mengutip pengertian administrasi dari bahasa Belanda, akan tetapi setelah kita kaji lebih dalam bahwa pengertian administrasi adalah kegiatan yang terdiri dari proses merencanakan, mengorganisasikan, mengendalikan, sehingga tercapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dari pengertian administrasi tersebut, dapat kita lihat bahwa pengertiannya hampir sama dengan pengertian manajemen.

2. Administrasi dan Manajemen

Sudah dibahas sebelumnya secara singkat mengenai administrasi dan manajemen. Jadi pengertian administrasi adalah suatu tindakan mengelola seluruh organisasi oleh tim atau sekelompok orang, sedangkan pengertian manajemen adalah suatu cara yang sistematis untuk mengelola orang dan segala hal yang ada dalam organisasi (Tifani, 2022), Menurut Eka pengertian manajemen adalah ilmu dan seni yang menjadi suatu tatanan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Eka, 2023). Secara umum dan dari pengertian tersebut kita ketahui bahwa administrasi dan manajemen berbeda, akan tetapi saling terkait satu dengan yang lain.

Selain dari pengertian, kita juga boleh mengkaji hubungan administrasi dan manajemen dari segi fungsi. Menurut Tifani fungsi administrasi sebagai pembentukan rencana, kebijakan, aturan, prosedur, pengaturan tujuan dan objek yang baik

mempermudah dalam mendapatkan informasi yang diharapkan, sedangkan fungsi manajemen adalah suatu kegiatan untuk merencanakan, mengontrol, memimpin, mengelola dan melakukan koordinasi untuk mendapatkan keputusan (Tifani, 2022). Dari penjelasan tersebut dapat kita lihat bahwa cara kerja administrasi tidak jauh beda dengan manajemen. Adapun perbedaannya adalah administrasi cara kerjanya cakupannya lebih luas dalam tingkat organisasi sedangkan manajemen cakupannya lebih sempit, yaitu orang-orang dalam organisasi tersebut. Penggunaan kata administrasi masih sering digunakan secara bergantian.

3. **Administrasi Kesehatan**

Administrasi kesehatan adalah proses merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan, mengawasi, mengkoordinasikan, mengevaluasi sumber daya, pelaksanaan, kesediaan dalam pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pelayanan kesehatan, keperawatan, kedokteran, lingkungan sehat dengan menyediakan dan melaksanakan beberapa usaha yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Widiyastuti, 2023). Administrasi kesehatan merupakan pengadministrasian upaya kesehatan. Adanya administrasi kesehatan dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

Jadi administrasi kesehatan sangat berpengaruh penting untuk kemajuan kesehatan masyarakat khususnya di rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan lain. Selama ini berdasarkan pengamatan bahwa administrasi kesehatan di Indonesia belum begitu baik, hal ini dapat kita lihat bahwa dokter-dokter dan tenaga kesehatan lain di Indonesia itu memiliki pengetahuan yang baik akan tetapi dalam memberikan pelayanan kesehatan lumayan rendah. Terlihat bahwa masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang baik dengan kondisi kesehatan mereka, pergi ke luar negeri seperti Malaysia dan Singapura. Sementara banyak dari mereka yang menuntut ilmu bidang kedokteran ke Indonesia. Jadi

Indonesia harus berbenah diri untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan maksimal.

Adapun ruang lingkup administrasi kesehatan adalah:

a. Masukan (*Input*)

Terdiri dari: sumber tenaga misalnya dokter, perawat, bidan, pesuruh, penjaga malam dan lain-lain; sumber modal misalnya uang, giro, bangunan, tanah dan sarana kesehatan; sumber alamiah yaitu yang bersumber dari alam. Sumber tata cara yaitu suatu perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki dan mampu diterapkan dalam kegiatan administrasi. Kesanggupan yaitu kondisi fisiologis, mental dan biologis tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan (Widiyastuti, 2023).

b. Proses (*Process*)

Proses merupakan bagian dari fungsi administrasi yang meliputi: perencanaan (menyusun anggaran belanja), pengorganisasian (menyusun staf), pelaksanaan (mengarahkan, mengkoordinasi, melakukan bimbingan, menggerakkan dan melakukan pengawasan), penilaian (menyusun laporan) (Widiyastuti, 2023).

Proses ini menjadi bahan perhatian yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Jika pelayanan kesehatan memiliki anggaran yang tidak terjangkau oleh masyarakat/ pasien maka menyebabkan pasien dan keluarga pasien apalagi yang memiliki ekonomi menengah ke bawah dapat mengurungkan niat untuk menerima pelayanan kesehatan di tempat pelayanan tersebut. Di kondisi lain masyarakat mencari pelayanan kesehatan yang dalam hal ini adalah rumah sakit dimana tenaga baik tenaga kesehatan dan non kesehatan yang baik, ramah dan memberikan pelayanan yang maksimal.

c. Keluaran (*Output*)

Keluaran merupakan hasil dari administrasi kesehatan yaitu pelayanan kesehatan baik pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat (Widiyastuti, 2023).

d. Sasaran (*Target Group*)

Yang menjadi sasaran baik secara langsung maupun tidak langsung dari administrasi kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga dan masyarakat (Widiyastuti, 2023).

e. Dampak (*Impact*)
Dampak dari pelayanan kesehatan tergantung dari masukan, proses dan keluaran yang sudah dilaksanakan. Dampak yang diharapkan adalah tujuan tercapai yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat tercapai jika kebutuhan dan tuntutan individu, kelompok, keluarga, dan/atau masyarakat terhadap derajat kesehatan, pelayanan kedokteran dan lingkungan yang sehat terpenuhi (Widiyastuti, 2023).

Rumah Sakit

Rumah sakit secara sederhana adalah tempat orang yang sakit dan mendapat penanganan medis. Sebelum kita bahas mengenai rumah sakit, kita terlebih dahulu mengerti arti dari sakit.

1. Sakit

Konsep sakit merupakan pandangan seseorang terhadap penyakitnya yang berhubungan dengan pengalaman seseorang individu yang dialaminya secara langsung dan bersifat subjektif. Jika kita membahas mengenai sakit pasti tidak terpisah dengan penyakit. Penyakit adalah reaksi biologis yang ada dalam tubuh seseorang terhadap organisme asing atau luka yang bersifat objektif. Seseorang yang mengalami/mengeluh sakit belum tentu ada penyakit dalam tubuhnya secara medis, atau sebaliknya bagi orang yang tidak mengalami keluhan sakit belum tentu menderita penyakit (Pati, 2023). Hal ini tergantung pada tubuh bagaimana merespon benda asing/luka atau perilaku di sekitar. Kejadian sakit pada seseorang tergantung kepada respon tubuh dan perilaku orang tersebut terhadap benda asing/luka dan lingkungan sekitarnya. Semakin banyak respon tubuh menerima benda asing bagi tubuh atau menyerap perilaku yang negatif dari sekitar, maka kondisi sakit dalam tubuh kemungkinan besar akan terjadi. Faktor terbesar terjadinya sakit adalah orang itu sendiri dan didukung

oleh orang terdekat. Sakit tidak hanya tentang sakit secara fisik akan tetapi psikis juga.

2. Sehat

Sehat dan sakit tidak boleh dipisah satu dengan yang lain, karena orang yang kelihatan sehat secara fisik belum tentu sehat secara psikis. Ada kasus yang terjadi orang tiba-tiba meninggal, meski tidak ada keluhan selama hidup. Pada saat otopsi, bahwa orang tersebut meninggal ada masalah penyakit jantung. Jadi pengertian sehat adalah tidak ada keluhan sakit secara fisik maupun psikis dan tidak ada benda asing/luka dalam tubuh dalam kadar melebihi batas normal.

Pengertian rumah sakit menurut UU RI No. 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan bidang kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (IGD). Pengertian rumah sakit menurut Permenkes RI No. 1204 tahun 2004 rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (Kartikasari, Dhian. 2019).

Jadi dari pengertian menurut Undang-Undang dan Permenkes tersebut dapat disimpulkan bahwa pengertian rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan yang tujuannya untuk memberi kesembuhan kepada individu, kelompok dan masyarakat dengan menyediakan pelayanan berobat inap, berobat jalan dan rehabilitasi sampai pasien diharapkan sembuh.

Beberapa jenis pelayanan yang dilakukan rumah sakit adalah pelayanan medik yaitu pelayanan yang diberikan dokter dan tenaga medis lain seperti obat-obatan, suntik/infus, operasi/tindakan bedah; pelayanan penunjang medik yaitu pelayanan yang melengkapi tindakan medik seperti sarana dan prasarana seperti toilet, gantungan infus dsb; pelayanan perawatan yang diberikan oleh para suster kepada pasien rawat inap dan rawat jalan, pelayanan rehabilitasi biasanya diterima oleh

pasien rawat inap oleh perawat, pencegahan dan peningkatan kesehatan di pelayanan rumah sakit bertujuan untuk penelitian dan pendidikan kesehatan untuk mengendalikan resiko berkembangnya kasus sakit dan penyakit (Kartikasari, Dhian. 2019).

3. Sejarah Rumah Sakit di Indonesia

Di Indonesia dibentuk organisasi untuk rumah sakit di Indonesia yang disebut Perumahsakitan di Indonesia yang disingkat dengan PERSI. PERSI dimulai sejak agenda ke- I yang disebut "*Hospital Management and Administration Workshop*" yang dilaksanakan di Bandung Tahun 1968. Pada pertemuan itu, dibahas mengenai kemampuan administrasi dan manajemen rumah sakit untuk terus diupayakan. Akan tetapi kondisi rumah sakit mengalami kendala khususnya untuk pengelola rumah sakit terutama rumah sakit milik pemerintah, dimana kurangnya kemampuan manajemen dan administrasi dibandingkan perkembangan rumah sakit di negara lain (Kartikasari, Dhian. 2019).

Pemerintah DKI Jakarta pada tahun 1968 membuat kerjasama dengan rumah sakit-rumah sakit swasta di Jakarta dengan tujuan mengintensifkan pelayanan kepada masyarakat yang memiliki ekonomi yang menengah ke atas dan ekonomi menengah ke bawah. Pelayanan ini juga ditujukan untuk memenuhi sistem pembiayaan bagi masyarakat yang kurang mampu. Hal ini mendorong rumah sakit-rumah sakit tersebut membuat himpunan antar rumah sakit, baik swasta maupun pemerintah. Nama himpunan tersebut adalah Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan yang disingkat dengan IRSJAM dengan surat Keputusan Gubernur KDKI Jakarta pada tahun 1973 dan tahun 1974 terbentuk Himpunan Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (HIRSPI) dan 4 tahun berikutnya dibentuk Anggaran Rumah Tangga Himpunan tersebut. Pada tahun 1977 Indonesia juga mendapat undangan dari Internasional Hospital Federation Congress di Tokyo, akan tetapi Indonesia belum bisa berbuat banyak karena awadah internal belum ada. Dengan berjalannya waktu himpunan HIRSPI melebur dengan PERSI sehingga pada

akhirnya bersatu dengan PERSI (Kartikasari, Dhian. 2019). Adapun himpunan ini bertujuan untuk membantu rumah sakit-rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik karena adanya kerjasama antar rumah sakit.

4. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI Permenkes RI No. 340, 2010 rumah sakit diklasifikasikan menjadi beberapa kelompok, yaitu berdasarkan:

a. Jenis Pelayanan
   1) Rumah sakit Umum
      Rumah sakit yang memberi pelayanan kepada seluruh jenis penyakit.
   2) Rumah sakit khusus
      Rumah sakit yang hanya memberi pelayanan kesehatan terhadap penyakit-penyakit dan keluhan tubuh tertentu.

b. Kepemilikan
   1) Rumah sakit umum pemerintah
      Rumah sakit ini dipertanggungjawabkan sepenuhnya oleh pemerintah.
   2) Rumah sakit umum swasta (pratama, madya, utama)
      Rumah sakit yang dimiliki dan pertanggungjawaban kepada pihak swasta atau pribadi dan adapun pengelompokan berdasarkan pratama, madya dan utama adalah berdasarkan sarana dan prasarana yang disediakan rumah sakit tersebut.

c. Fasilitas Pelayanan dan Kapasitas tempat tidur
   1) Rumah sakit kelas A.
   2) Rumah sakit kelas B.
   3) Rumah sakit kelas C.
   4) Rumah sakit kelas D (Kartikasari, Dhian. 2019).

Jenis-jenis rumah sakit ini dimanfaatkan masyarakat tergantung kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kondisi kesehatan yang dialami.

5. Unit Kerja di RS

Sesuai Peraturan Presiden RI No. 77 Tahun 2015, unit dalam rumah sakit harus memiliki (Kartikasari, Dhian. 2019):

a. Kepala Rumah Sakit yang disebut direktur Rumah Sakit yang berfungsi mengkoordinasi terlaksananya tugas dan fungsi unsur organisasi; menetapkan kebijakan penyelenggaraan penetapan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya; menyelenggarakan tugas dan fungsi Rumah Sakit; melaksanakan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; mengevaluasi, mencatat dan melaporkan kegiatan pelayanan rumah sakit.
b. Unsur Pelayanan Medis, seperti rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat dan dipertanggungjawabkan kepada kepala rumah sakit/direktur.
c. Unsur keperawatan memiliki fungsi: untuk menyusun rencana pemberian pelayanan keperawatan; mengkoordinasi dan melaksanakan pelayanan keperawatan; melaksanakan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan memantau dan mengevaluasi pelayanan keperawatan.
d. Unsur penunjang medis berfungsi untuk menyusun rencana pemberian pelayanan penunjang medis; mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan penunjang medis; melaksanakan kendali mutu, kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis; mengelola rekam medis; dan memantau dan mengevaluasi pelayanan penunjang medis.
e. Unsur administrasi umum dan keuangan

   Unsur administrasi umum memiliki fungsi mengelola ketatausahaan; kerumahtanggaan; pelayanan hukum dan kemitraan; pemasaran; kehumasan; pencatatan, pelaporan, dan evaluasi; penelitian dan pengembangan; sumber daya manusia; dan pendidikan dan pelatihan dan unsur keuangan berfungsi merencanakan anggaran, menyimpan dan membagikan, akuntansi/penghitungan keuangan.

f. Komite medis memiliki tugas untuk meningkatkan profesionalisme staf dengan cara melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit, memelihara mutu profesi staf medis, menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis. Adapun fungsi komite medis adalah menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang ditetapkan, menyelenggarakan pemeriksaan dan mengkaji kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi, mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan, mewawancarai pemohon kewenangan klinis yang adekuat, melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik, melaksanakan proses kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik, rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
g. Satuan pemeriksaan internal
   Satuan pemeriksaan internal memiliki fungsi memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit, menilai sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan; melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Jika setiap unit rumah sakit ini melaksanakan tugas dan fungsi dengan baik maka pelayanan rumah sakit akan baik dan masyarakat akan puas terhadap pelayanan rumah sakit tersebut dan pasien yang keluar dari rumah sakit banyak yang pulang

dengan status sembuh, dan itu yang dihadapkan dengan adanya rumah sakit. Adapun tujuan penulis membuat tulisan ini, kiranya menambah wawasan bagi pembaca dan juga bermanfaat bagi rumah sakit. Di bawah ini diagram Alur dalam Menyelesaikan Masalah Kesehatan dengan Menerapkan Ilmu Administrasi dan Ilmu Teknologi Kedokteran.

Gambar 12.1. Menyelesaikan Masalah Kesehatan dengan Menerapkan Ilmu Administrasi dan Ilmu Teknologi Kedokteran

Sumber: Diolah Penulis

****

Daftar Pustaka

Anonim. Administrasi dan manajemen kesehatan https://pspk.fkunissula.ac.id.

Kementerian Kesehatan RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS. inan RS https://yankes.kemkes.go.id.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2014. Tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama. https://bprs.kemkes.go.id.

Kementerian Kesehatan RI. Tujuan Pembangunan di Bidang Kesehatan. http://hukor.kemkes.go.id.

Kartikasari, Dhian. (2019). Administrasi Rumah Sakit. Wineka Media: Malang.

Saputra, Fredy, Khalid, dkk. (2023). Manajemen Kesehatan. PT. Sada Kurnia Pustaka: Carenang Banten.

Tifani. (2022). Memahami 8 Perbedaan Administrasi dan Manajemen https://katadata.co.id

PROFIL PENULIS

Eka Saudur Renaldi Sihombing, S.KM., M.Kes.

Penulis tamat sekolah menengah atas tahun 2004 kemudian Penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara pada tahun 2008. Empat tahun kemudian, penulis melanjutkan studi dan dua tahun kemudian menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara pada tahun 2014.

Sejak 2014, Penulis langsung bekerja sebagai dosen memiliki kepakaran di bidang Epidemiologi di S1 dan Promosi Kesehatan Masyarakat di S2. Dengan kedua peminatan tersebut memudahkan penulis memahami dan memberi pengajaran kepada mahasiswa dalam penerapan ilmu kesehatan masyarakat. Sebagai dosen yang mengerjakan tridarma perguruan tinggi, yaitu penelitian, Penulis juga aktif melakukannya dengan didanai oleh Kemenristek DIKTI dan dana perguruan tinggi. Penulis pernah menerima penghargaan sebagai presentasi terbaik dalam mempertanggungjawabkan hasil penelitian dan memperoleh sertifikat sebagai dosen profesional. Selain itu Penulis juga aktif dalam kegiatan pengabdian masyarakat dalam bidang kesehatan masyarakat. Pada tahun 2016 sampai 2018, Penulis pernah menjabat sebagai ketua program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Efarina dan saat ini menjabat sebagai Sekretaris Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Efarina.

Email Penulis: eka_sihombing@rocketmail.com

BAB 13
MANAJEMEN KESEHATAN

Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep.
Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma Jakarta Timur

Sejarah Perspektif Ilmu Manajemen

Ilmu Manajemen, cabang bisnis, psikologi, sosiologi, dan antropologi, bertujuan untuk memahami dan meningkatkan keberhasilan organisasi dengan mengatasi tantangan dan peluang unik dalam organisasi. (Nursalam, 2009).

1. **Ilmu Manajemen**

   Frederick W. Taylor, seorang ilmuwan manajemen abad ke-19, membandingkan teori manajemen dengan mesin, menekankan produksi yang efisien dan motivasi manajemen pekerja berdasarkan kepuasan dalam kolaborasi.

   Taylor's The Principles of Scientific Management (1911) menganjurkan kerja yang ditentukan secara ilmiah untuk memaksimalkan produksi dengan pengeluaran energi minimal, memerlukan revolusi mental dan tanggung jawab moral yang tinggi untuk mencapai tujuan organisasi (Nursalam, 2009).

2. **Pengertian Manajemen**

   Manajemen berasal dari kata to manage yang berarti mengelola/mengatur/mengurus. Para ahli para manajemen mengemukakan definisi dari manajemen menurut sudut pandang yang berbeda. Pengertian dari manajemen suatu proses melakukan pekerjaan melalui orang lain (Gillies,1989).

   Menurut Hersey & Blanchard mendefinisikan manajemen sebagai Manajemen melibatkan kolaborasi dengan orang lain

untuk mencapai tujuan organisasi, sedangkan eksekusi melibatkan pelaksanaan aktivitas untuk mencapainya secara efisien.

Sedangkan Parker, Stoner & Freeman, dan Sapre mendefinisikan manajemen sebagai seni mencapai tujuan organisasi melalui penggunaan sumber daya secara efisien, sedangkan Hughes dkk. fokus pada efisiensi, perencanaan, prosedur, pelaksanaan peraturan, pengawasan, dan konsistensi. (Usman Husaini, 2014).

3. Definisi Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan adalah suatu proses yang melibatkan petugas sumber daya manusia dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan kegiatan pelayanan kesehatan dalam suatu organisasi untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraansecara keseluruhan.

a. Untuk mengatasi masalah-masalah pelayanan kesehatan secara efektif.
b. Penting untuk menyadari masalah-masalah tersebut.
c. Mendefinisikannya.
d. Mengumpulkan fakta-fakta yang relevan.
e. Mengembangkan solusi alternatif.
f. Membuat keputusan yang tepat.

Kegiatan kesehatan masyarakat memerlukan regulasi yang efektif untuk mencapai tujuan. Organisasi melibatkan penggunaan sumber daya secara efisien dan pencapaian tujuan secara rasional. (Syamsuriansyah et al., 2021).

Perencanaan (*Planning*) Manajemen Kesehatan

Perencanaan adalah proses sistematis yang dimulai dengan menentukan tujuan organisasi dan kemudian mengeksplorasi berbagai strategi untuk mencapainya. Dalam melaksanakan proses manajemen, *planning* atau yang sering disebut dengan suatu perencanaan, merupakan suatu landasan dasar yang harus dilaksanakan oleh sekelompok orang dalam mencapai tujuan yang

telah disepakati bersama, dalam pelaksanaan planning maka setiap anggota yang terdapat dalam organisasi tersebutharus memiliki visi dan misi serta tujuan yang sama. Dengan kesamaan hal tersebut maka itu akan menjadi landasan dasar yang kokoh dalam proses pembuatan suatu perencanaan, selain kesamaan visi, misi dan tujuan, maka proses pelaksanaan kegiatan harus ditetapkan serta pembuatan kebijakan-kebijakan, tujuan, dan objektivitas, harus dirumuskan, agar ke depan tidak terjadi konflik yang akan menghambat terwujudnya tujuan yang diharapkan (Dewi et al., 2022).

Sedangkan Menurut Swanburg (2000), Perencanaan melibatkan penentuan ruang lingkup, metode, dan kesiapan suatu tugas (Rosyisi MN, 2013).

1. Manfaat *Planning*

Manfaat dari perencanaan adalah sebagai berikut (Wiludjeng S, 2007):

a. Perencanaan adalah alat penting untuk memantau dan mengendalikan aktivitas sehari-hari perusahaan, memungkinkan pelaksana mengidentifikasi penyimpangan atau keselarasan denganrencana.
b. Menggunakan rencana yang dipersiapkan dengan matang sebelum suatu kegiatan dapat membantu memilih dan menentukan kegiatan mana yang perlu dan mana yang tidak.
c. Kegiatan yang terencana dengan baik menjamin pelaksanaan semua tugas secara sistematis dan teratur dalam tahapan yang ditentukan.

2. Langkah–Langkah *Planning*

Langkah–langkah dalam menyusun *Planning* sebagai berikut (Sutarno NS, 2004):

a. Menetapkan sasaran

   Kegiatan perencanaan melibatkan penetapan tujuan dan prioritas untuk mengarahkan sumber daya secara efisien dan memastikannya tepat sasaran, mencegah penyebaran sumber daya dan memastikan pengelolaan sumber daya yang efektif.
b. Merumuskan posisi organisasi

Pemimpin harus memahami posisi organisasinya saat ini, termasuksumber daya, untuk menyiapkan rencana baru dan menentukan kekuatan yang diperlukan untuk melaksanakannya.

c. Mengidentifikasi berbagai faktor
   Memahami faktor pendukung dan penghambat sangat penting untuk mengidentifikasi faktor tandingan di dalam dan di luar organisasi yang dapat membantu dan menghambat pencapaian target yang telah ditetapkan
d. Langkah terakhir dalam perencanaan meliputi pengembangan berbagai kemungkinan alternatif untuk mencapai target yang telah ditetapkan, mengevaluasi pilihan-pilihan tersebut dan memilih yang paling sesuai dan memuaskan.

Pengorganisasian (*Organization*) Manajemen Kesehatan

1. Definisi Pengorganisasian (*Organization*)

Pengorganisasian melibatkan pendefinisian kegiatan, tugas, dan wewenang, dan mendelegasikan wewenang untuk mencapai tujuan, menggabungkan personel, keuangan, bahan, dan prosedur untuk mencapaitujuan yang telah ditentukan. (Muninjaya, 1999).

Sedangkan Menurut Dewi et al, 2022 dalam struktur organisasi pemberian kekuatan dan otoritas adalah sesuatu yang mutlak dan perlu dilakukan, karena dengan demikian, akan memudahkan suatu organisasi dapat berjalan dengan kontrol yang baik, serta berjalan dengan sistem komando yang jelas dalam mencapai tujuan yang diharapkan bersama.

2. Manfaat pengorganisasian (*Organization*)

Beberapa manfaat organisasi, yaitu (Alam S, 2007):

a. Organisasi sebagai penuntun pencapaian tujuan. Pencapaian tujuanakan lebih efektif dengan adanya organisasi yang baik.
b. Organisasi dapat mengubah kehidupan masyarakat. Contoh dari manfaat ini ialah, jika organisasi bergerak di bidang kesehatan dapat membentuk masyarakat menjadi dan memiliki pola hidup sehat. Organisasi Kepramukaan, akan menciptakan generasi mudahyang tangguh dan ksatria.

c. Organisasi menawarkan karier. Karier berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan. Jika kita menginginkan karir untuk kemajuan hidup, berorganisasi dapat menjadi solusi.
d. Organisasi sebagai cagar ilmu pengetahuan. Organisasi selalu berkembang seiring dengan munculnya fenomena-fenomena organisasi tertentu. Peran penelitian dan pengembangan sangat dibutuhkan sebagai dokumentasi yang nanti akan mengukir sejarahilmu pengetahuan.

3. Langkah–langkah Pengorganisasian

Proses pengorganisasian diawali dengan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan kerja organisasi, yang umumnya meliputi langkah-langkah sebagai berikut (Umar H, 2003):

a. Dokumen tersebut menguraikan semua tugas yang harus dilakukanorganisasi sejalan dengan misi dan visinya.
b. Prosesnya melibatkan pemecahan beban kerja menjadi tugas-tugas yang dapat dikelola dan dapat dilaksanakan secara efektif oleh satuindividu atau kelompok.
c. Tujuannya adalah untuk menggabungkan pekerjaan seluruh anggota organisasi secara efisien dan logis..
d. Tujuannya adalah untuk membangun suatu sistem yang menjamin keselarasan koordinasi kerja seluruh anggota organisasi.
e. Prosesnya melibatkan pemantauan dan penyesuaian efektivitas organisasi untuk mempertahankan atau meningkatkan efektivitasnya.
f. Pelaksanaan/Penggerakan (*Actuating*)

Pelaksanaan (*Actuating*) Manajemen Kesehatan

1. Pengertian *Actuating*

Pelaksanaan, suatu fungsi manajemen, melibatkan arahan dan gerakan implementasi untuk mencapai tujuan organisasi. Ini melibatkanmemotivasi dan mempengaruhi individu untuk bekerja secara mandiri atau kolaboratif. (Disman, 2013). Sedangkan menurut buku Farthurrahman Teguh dkk, 2022 mengatakan bahwa Aktuasi adalah *direction* (Bimbingan) adalah kata lain dari

aktuasi, merupakan fungsi manajemen yang saling berhubungan erat tidak dapat dilepaskan dari fungsi lainnya.

2. Tujuan Pelaksanaan (*Actuating*)

Para ahli terkadang merinci tindakan menjadi tiga tindakan yakni:

a. Tujuannya adalah untuk menanamkan semangat, motivasi, inspirasi, atau dorongan pada diri petugas, sehingga meningkatkan kesadaran dan kemauan bekerja secara efektif.
b. Memberikan bimbingan melalui keteladanan, meliputi pengambilan keputusan, komunikasi, pemilihan kelompok, dan peningkatan sikap, pengetahuan, dan keterampilan bawahan.
c. Pengarahan melibatkan pemberian instruksi yang jelas dan tegas kepada bawahan untuk memastikan mereka melaksanakan tugas mereka secara efektif dan mencapai tujuan yang ditetapkan.

3. Tujuan Fungsi dari Aktuasi

Organisasi ini bertujuan untuk meningkatkan kerjasama, mengembangkan keterampilan staf, menumbuhkan rasa memiliki, meningkatkan motivasi dan kinerja, serta mendorong perkembangan yang dinamis. (Brantas, 2009)

Sedangkan menurut *George R Terry and Leslie W. Rue*, 2015 terdapat fungsi pelaksanaan yakni:

a. Kepemimpinan (*Leadership*).
b. Motivasi (*Motivation*).
c. Hubungan antar manusia (*Human Relationship*).
d. Komunikasi (*Communication*).

Monitoring (*Controlling*) dan Evaluasi Manajemen Kesehatan

1. Definisi Monitoring (*Controlling*)

Pengendalian meliputi pemantauan dan pengawasan kegiatan secara terus menerus sesuai dengan rencana kerja yang telah direncanakan, melakukan koreksi jika terjadi penyimpangan (Dewi et al., 2022).

Evaluasi merupakan suatu proses sistematis yang membandingkan hasil dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditentukan, menarik kesimpulan, dan menyusun rekomendasi pada setiap tahapan pelaksanaan program. (Azwar, 1996).

Sedangkan menurut Asep, 2010 Pemantauan dan evaluasi merupakan kegiatan yang menilai kinerja program, mengidentifikasi hambatan, dan memandu pelaksanaan, serta berfungsi sebagai alat pengendalian yangpenting dalam seluruh pelaksanaan program.

2. Prinsip Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan dua kata yang mempunyai aspek kegiatan yang berbeda, yaitu kata monitoring dan evaluasi. Monitoring merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat telah berjalan dengan baik sesuai rencana, apakah ada kendala yang terjadi dan bagaimana pelaksana program mengatasi hambatan tersebut. Pemantauan terhadap hasil perencanaan yang sedang berjalan merupakan alat pengendalian yang baik dalam seluruh pelaksanaan program (Suryana, 2010):

a. Pemantauan terus menerus diperlukan.
b. Pemantauan sangat penting untuk meningkatkan kegiatan programorganisasi.
c. Pemantauan harus menghasilkan manfaat bagi organisasi dan pengguna produk atau layanannya.
d. Pemantauan harus efektif dalam memotivasi staf dan sumber dayalainnya untuk berprestasi.
e. Pengawasan harus diarahkan pada peraturan yang berlaku.
f. Pengawasan harus objektif.
g. Pemantauan harus diarahkan pada tujuan program.

Adapun mengenai prinsip evaluasi, yaitu (Fattah N, 1996): Prinsip program meliputi pemanfaatan yang berkesinambungan, komprehensif, obyektif, valid, kritis, dan pemanfaatan atau manfaat, serta menjamin pelaksanaannya bebas dari kepentingan pribadi.

3. Manfaat Monitoring dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi merupakan bagian penting dalam pengelolaan program, untuk memastikan keselarasan antara rencana dan hasil. Mereka memberikan panduan dan saran untuk mengatasi penyimpangan, memastikan keberhasilan kegiatan dan program rutin, memberikan manfaat bagi pemangku kepentingan (Hariwung, 1989):

a. Mengetahui proses dan hasil terhadap penyelenggaraan program
b. Alat manajemen untuk proses belajar dari pengalaman
c. Dapat diketahui berbagai hal yang berkaitan dengan tingkat pencapaian tujuan (Keberhasilan), ketidakberhasilan, hambatan, tantangan, dan ancaman tertentu dalam mengelola program.
d. Sebagai alat untuk mengukur kemajuan dan pencapaian program.

4. Proses Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi melibatkan kegiatan perencanaan, pelaksanaannya, dan melaporkan hasilnya dalam laporan tertulis untuk evaluasi dan umpan balik terhadap program yang dilaksanakan, memastikan prosedur dan komponen konten dipersiapkan dengan baik. (Dunn, 2003).

a. Tahap Perencanaan

   Persiapan melibatkan identifikasi variabel dan indikator yang dipantau dan selaras dengan tujuan program, memastikan rincian yang jelas tentang variabel, batasan, dan definisi telah ditetapkan.

b. Tahap Pelaksanaan

   Pemantauan tersebut mengukur kemahiran tugas seseorang, memastikan definisi variabel dan indikator yang benar.

c. Tahap Pelaporan

   Langkah ketiga melibatkan evaluasi kinerja kerja berdasarkan standar yang telah ditentukan, mengukur aktivitas berdasarkan standar tersebut, dan melaporkan hasilnya untuk memastikan keberhasilan program.

5. Cara Mendapatkan Data pada Saat Monitoring dan Evaluasi

Pengumpulan data sangat penting dalam kegiatan monitoring dan evaluasi, karena dapat memberikan data empiris terkait kondisi nyata di lapangan. Hasilnya digunakan untuk menarik kesimpulan tentang kegiatan penelitian. Pemilihan metode penelitian tergantung pada masalah penelitian dan jenis data, dengan metode yang meliputi survei, observasi, dokumentasi, wawancara, dan kuesioner terbuka. (Moerdiyanto, 2011).

a. Survei

   Observasi merupakan teknik pengumpulan data dimana peneliti mengamati peristiwa atau proses di lapangan, memperoleh informasi mengenai karakteristik objek, proses interaksi, dan perilaku manusia.

b. Observasi

   Observasi merupakan teknik pengumpulan data dimana peneliti mengamati peristiwa atau proses di lapangan, memperoleh informasi mengenai karakteristik objek, proses interaksi, dan perilaku manusia.

c. Wawancara

   Wawancara merupakan suatu interaksi yang berdasarkan kajian antara seorang peneliti dan responden, berdasarkan wawasan dan pemahaman pewawancara, yang menentukan keberhasilan proses wawancara.

d. Dokumentasi

   Peneliti dapat menggunakan data sekunder, yaitu data yang sudah ada yang dikumpulkan oleh peneliti atau kegiatan lain, untuk tujuan penelitian tertentu, yang didokumentasikan dan dikumpulkan tanpa menghubungi responden secara langsung.

6. Jenis Monitoring dan Evaluasi

Adapun jenis monitoring adalah sebagai berikut (Moediyanto, 2011):

a. Proyek melibatkan berbagai aspek input seperti tenaga manusia, dana, material, peralatan, jam kerja, data, kebijakan, dan manajemen yang diperlukan untuk kegiatan proyek.
b. Aspek proses/kegiatan proyek meliputi aspek penelitian,

pelatihan,proses produksi, dan pemberian bantuan.

c. Aspek keluaran mengacu pada aspek proyek yang meliputi hasil proses, terutama yang berkaitan dengan kuantitas.

****

Daftar Pustaka

Azwar, A. 1996. *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara

Brantas. 2006. *Dasar-dasar Manajemen*. Bandung: Alfabeta.

Dewi, R. K., Sumantrie, P., Rahmasari, R., Simbolon, S., Husaeni, H., Ashari, A. E., Argaheni, N. B. 2022. *Pengantar Manajemen Kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Dunn, W. N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada UniversityPress

Disman MS. 2013. *Pengantar Manajemen*. Universitas Gunadarma.

Fattah N. 1996. *Landasan Manajemen Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Ferdiansyah Arief dkk. 2022. *Konsep Dasar Manajemen Kesehatan*. Stikes Majapahit Mojokerto. Mojokerto.

Gilles Dee Ann. 1996. *Manajemen Keperawatan*. FKUI. Jakarta

Hariwung AJ. 1989. *Supervisi Pendidikan*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.

Moerdiyanto. (2011). *Teknik Monitoring dan Evaluasi (Monev) dalam Rangka Memperoleh Informasi untuk Pengambilan Keputusan Manajemen*. Universitas negeri Yogyakarta

Nursalam. 2009. *Manajemen Keperawatan*. Aplikasi dalam Praktik

Keperawatan Profesional. Selemba Medika. Jakarta.

Rosyidi Kholid. 2013. *Manajemen Kepemimpinan dalam Keperawatan*. TIM. Jakarta

Sutarno, N. 2004. *Manajemen Perpustakaan* : Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Samitra MediaUtama.

Suryana, A. 2010. *Strategi Monitoring dan Evaluasi (Monev) Sistem Penjaminan Mutu Internal Sekolah*. Universitas Pendidikan Indonesia.

Syamsuriansyah, Ismaniar, H., Marlina, H., Widia, C., Darmin, Nanur, F. N., Renaldi, R. 2021. *Konsep Dasar Manajemen Kesehatan*. Bandung: Widina Bhakti Persada.

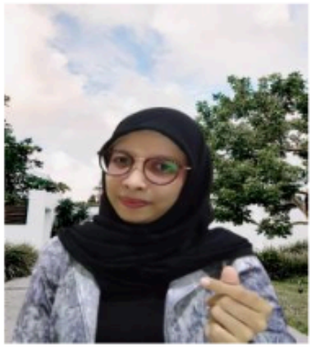
Terry, G. R., & Rue, L. W. 2015. *Dasar-dasar manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara.

Usman Husaini. 2013. *Manajemen Teori, Praktik dan Riset Pendidikan*. Bumi Aksara. Jakarta

Umar, H. 2003. *Bussiness an Introduction*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Wiludjeng, S. 2007. *Pengantar Manajemen*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

PROFIL PENULIS



Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Palembang pada tanggal 25 Maret 1986. Beliau lulus S1 Keperawatan di STIK Bina Husada Palembang pada tahun 2008, Lulus Profesi Ners dari STIK Bina Husada Palembang pada Tahun 2009, dan lulus S2 Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2016. Beliau memiliki pengalaman pekerjaan: Sebagai Perawat di RS Harum Jakarta Timur dari Bulan Januari 2010–November 2010 Sebagai Perawat Pelaksana, beliau juga perna Sebagai dosen Akademi Kesehatan Yayasan RS Jakarta Bulan November 2010–Desember 2021 Struktural Sebagai Sekretaris Prodi Keperawatan (Terakhir), perna juga kerja di Klinik Promedika *Health & Beauty Center* Bekasi Bulan November 2021–Juni 2022 Sebagai PJ Health, sekarang beliau bekerja di RS.Yadika Pondok Bambu Jakarta Bulan Juli 2022–Sekarang Sebagai Kasie Mutu & Diklat Keperawatan dan beliau juga saat ini Sebagai dosen Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma 01 Desember 2022-Sekarang.

BAB 14
EKONOMI KESEHATAN

Apt. Linda Widyaningsih, S.Farm., M.Si.
AKAFARMA Sunan Giri Ponorogo

Pengertian Ekonomi Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu aspek yang sangat fundamental sehingga menjadi prioritas mutlak yang harus diberikan guna memelihara serta meningkatkan pelayanan Kesehatan. Tetapi sumber daya Kesehatan terbatas, sehingga perlu menggunakan prinsip meminimalkan *opportunity cos*t atau biaya peluang dalam meningkatkan pelayanan Kesehatan (Idris, 2021). Dari sini bisa dilihat terdapat hubungan antara ekonomi dengan Kesehatan sehingga ekonomi Kesehatan merupakan aplikasi dari teori, teknik dan konsep yang ada pada ilmu ekonomi bidang Kesehatan atau bisa juga berasal dari penggabungan dua bidang ilmu pengetahuan, yakni ilmu ekonomi serta ilmu Kesehatan. Penerapan atau aplikasi suatu sumber daya ekonomi yang jumlahnya terbatas merupakan waktu (Tjiptoherianto dan Soesetyo, 2008). Misalnya sebuah rumah sakit sudah menetapkan berapa persen dari anggaran rumah sakit yang nantinya dialokasikan untuk pembelian sarana dan prasarana Kesehatan gigi, dengan begitu maka rumah sakit tersebut telah kehilangan kesempatan untuk memanfaatkan dana tersebut guna membeli sarana dan prasarana Kesehatan lainnya, contohnya untuk peralatan Kesehatan anak. Bermacam teori tentang konsep dasar dari bidang ilmu ekonomi Kesehatan yang disampaikan para ahli. Di bawah ini beberapa tentang teori konsep dasar atau pengertian dari ilmu ekonomi Kesehatan:

1. Ilmu ekonomi Kesehatan adalah suatu pengaplikasian dari ilmu ekonomi di dalam bidang Kesehatan (Klarman, 1964).

2. Ilmu ekonomi Kesehatan adalah aplikasi ilmu dalam bidang ekonomi untuk usaha Kesehatan serta faktor yang memengaruhi Kesehatan guna mencapai tingkat Kesehatan yang lebih optimal (PPEKI,1989).
3. Menurut *WHO*, ekonomi Kesehatan yaitu pemanfaatan ilmu dalam bidang ekonomi mengenai kuantifikasi sumber daya guna meraih tujuan pembangunan dalam bidang Kesehatan dan kuantifikasi akibat dari usaha promosi Kesehatan, pencegahan, pengobatan atau penyembuhan, dan pemulihan kesehatan pada produktivitas individu maupun produktivitas skala nasional.
4. Ilmu yang di dalamnya mempelajari tentang penawaran serta permintaan terkait *resources* pada pelayanan Kesehatan dan akibat dari *resources* pelayanan Kesehatan tersebut pada populasi (Murti, 2010).

Berdasarkan beberapa pengertian ilmu Kesehatan ekonomi di atas yang disampaikan para ahli maka dihasilkan lima kata kunci yang ada pada pengertian ilmu ekonomi Kesehatan di atas yaitu:

1. **Ilmu tentang Ekonomi**
   Meliputi positif serta normatif ekonomi.

2. **Usaha Terkait Kesehatan serta Determinan (Faktor-Faktor yang Bisa Memengaruhi Terhadap Kesehatan)**
   Usaha pada bidang Kesehatan meliputi promosi Kesehatan, pencegahan, pengobatan atau penyembuhan, dan pemulihan. Kemudian faktor yang dapat memengaruhi Kesehatan tersebut meliputi genetik, lingkungan, perilaku, serta pelayanan Kesehatan.

3. **Tingkat Kesehatan Optimal**
   Yaitu suatu kondisi yang sehat baik dari jasmani dan Rohani maupun sosial yang menjadikan seseorang bisa hidup secara lebih produktif.

4. **Penawaran Produk**
   Yaitu jumlah komoditas produk yang ingin dan bisa ditawarkan (di-*supply*) oleh pihak *supplier* di dalam periode waktu tertentu.

5. Permintaan Produk

Yaitu jumlah komoditas produk yang ingin serta dapat dikonsumsi oleh konsumen di dalam periode waktu tertentu. Komoditas tersebut bisa berupa barang ataupun jasa.

Menurut salah satu ahli bidang ekonomi Kesehatan Mills dan Gillson (1999) menjabarkan bahwa ilmu ekonomi Kesehatan merupakan aplikasi dari teori, teknik dan konsep ilmu ekonomi pada bidang ilmu Kesehatan. Ekonomi Kesehatan sangat berkaitan dengan beberapa hal diantaranya adalah:

1. Alokasi sumber daya pada berbagai macam usaha Kesehatan.
2. Banyaknya sumber daya yang digunakan dalam bidang pelayanan Kesehatan.
3. Sistem organisasi dan biaya dari bermacam-macam pelayanan Kesehatan.
4. Efisiensi dari berbagai pengalokasian sumber daya serta penggunaannya.
5. Akibat dari usaha *preventif* penyakit, *kuratif* dan *rehabilitatif* Kesehatan pada setiap individu ataupun pada masyarakat luas.

Tujuan Ekonomi Kesehatan

1. Ikut berperan dalam mewujudkan kesejahteraan Masyarakat.
2. Meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat secara luas.
3. Terpenuhinya kebutuhan Masyarakat akan pelayanan Kesehatan secara berkeadilan serta menghormati harkat dan martabat manusia.
4. Terlaksananya usaha serta sistem Kesehatan yang sesuai dengan nilai normatif ekonomi Kesehatan (Ascobat, 2002).

Pada dasarnya ekonomi Kesehatan hanya focus di sektor industri Kesehatan saja. Terdapat empat bidang yang ada pada ekonomi Kesehatan meliputi:

1. Peraturan.
2. Perencanaan.
3. Pemeliharaan Kesehatan serta organisasi.
4. Analisis *cost* dan *benefit.*

Menurut Sebagian para ahli diantaranya Schultz (1960) dan Denison (1962) bahwa bidang Kesehatan bisa memengaruhi pertumbuhan ekonomi dari beberapa cara:

1. Peningkatan kondisi Kesehatan seseorang akan berakibat pada bertambahnya partisipasi seseorang dalam bekerja.
2. Perbaikan dalam bidang Kesehatan dapat pula menyebabkan peningkatan pada bidang Pendidikan yang pada akhirnya dapat memberi kontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi nasional, selain itu dengan adanya perubahan pada bidang Kesehatan maka dapat meningkatkan jumlah penduduk sehingga meningkatkan pula peran Angkatan kerja.

Hubungan Ilmu Kesehatan dan Ilmu Ekonomi

1. **Kondisi Perekonomian Dipengaruhi oleh Kesehatan yang Baik Atau Buruk**

   Permasalahan yang sering dihadapi oleh penduduk Indonesia adalah kondisi Kesehatan yang masih rendah atau belum optimal. Kondisi Kesehatan yang masih belum optimal ini dapat menyebabkan penduduk lebih beresiko terkena penyakit. Jikalau Masyarakat telah sakit secara otomatis mereka harus menyiapkan dana untuk berobat. Keadaan seperti ini bisa menyebabkan turunnya tingkat kemampuan masyarakat dalam menikmati hidup, tidak dapat bekerja secara otomatis tingkat penghasilan juga akan menurun.

   Tetapi hal ini akan berbeda jika kondisi Kesehatan penduduk Indonesia sudah tinggi atau baik maka dimungkinkan penduduk akan tetap produktif dalam bekerja sehingga kebutuhan hidup bisa terpenuhi.

2. **Kesehatan yang Buruk Bisa Membahayakan Orang Lain**

   Kesehatan seseorang yang menurun maka hal itu tidak sekedar merugikan diri mereka sendiri melainkan juga dapat membahayakan Kesehatan orang disekitarnya. Misalnya saat kita sakit maka secara otomatis anggota keluarga lain yang akan merawat, dengan begitu berarti mereka telah kehilangan waktu yang seharusnya bisa digunakan untuk bekerja tetapi harus

merawat kita. Hal ini akan menyebabkan penghasilan mereka menjadi turun serta tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup.

3. **Meningkatnya Produktivitas Diiringi dengan Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Sehat**
   Penerapan pola hidup sehat merupakan bentuk usaha guna mendapatkan badan yang sehat. Badan sehat akan menjadi lebih tahan dari serangan penyakit. Jika gaya hidup ini diaplikasikan oleh semua masyarakat, maka Kesehatan Masyarakat pun akan terus terjaga dan dampaknya Kesehatan Masyarakat akan makin meningkat. Masyarakat yang sehat juga akan berpengaruh terhadap produktivitas sehingga menjadi ikut meningkat, sehingga pendapatan negara pun akan ikut meningkat yang pada akhirnya perekonomian negara juga ikut meningkat. Usaha pemerintah untuk menjadikan penduduk Indonesia lebih sehat melalui pelayanan Kesehatan yang lebih baik dan seoptimal mungkin. Hal ini tentu akan memberikan banyak manfaat bagi Masyarakat salah satunya kehidupan yang lebih baik.

Aspek Ekonomi Kesehatan

Aspek dalam ekonomi Kesehatan antara lain:

1. **Aspek Produksi atau *Supply***
   Merinci aspek pembiayaan Kesehatan secara menyeluruh meliputi berapa jumlah pembiayaan yang bersumber dari pemerintah dan swasta, serta bagaimana cara pembiayaan Kesehatan tersebut. Kesehatan merupakan output yang dihasilkan dari pelayanan Kesehatan dan menjadi kunci dalam pelayanan Kesehatan tersebut. Misalnya mengkaji dana dari bermacam-macam input program pelayanan Kesehatan meliputi sarana dan prasarana, contohnya bangunan, alkes, dan tenaga kesehatan. Analisis pembiayaan pelayanan Kesehatan dari bermacam-macam pilihan program pemerintah yang bisa memberikan gambaran hasil terkait *cost efficiency, cost utilization dan cost effectiveness.*

2. **Aspek Konsumsi atau *Demand***

   Mengkaji penggunaan sistem pelayanan Kesehatan berdasarkan fasilitas pelayanan kesehatan, tingkat Pendidikan, usia, pekerjaan, subsidi, seperti apa dampak dari biaya, asuransi, dan penghasilan terhadap pola konsumsi pelayanan Kesehatan. Dari sisi konsumsi atau *demand*, Masyarakat sangat ingin meningkatkan status Kesehatan mereka, oleh karena itu diperlukan pelayanan Kesehatan sebagai cara untuk bisa mencapai tingkat Kesehatan yang lebih optimal. Hal ini dipengaruhi oleh keinginan Masyarakat untuk bisa menikmati hidup yang lebih baik. Karakteristik pelayanan Kesehatan tidaklah sama dengan karakteristik pada barang dan jasa atau pelayanan ekonomi lainnya. Pelayanan Kesehatan sangatlah heterogen, meliputi banyaknya barang dan pelayanan Kesehatan dengan tujuan untuk *preventif*, *kuratif,* dan *rehabilitatif* Kesehatan fisik serta jiwa seseorang.

Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Sifat pelayanan Kesehatan yang sangat beragam, maka susah untuk dinilai secara kuantitatif. Berikut beberapa karakteristik pelayanan Kesehatan:

1. ***Intangibility***

   Yaitu Pelayanan Kesehatan tidak dapat diukur oleh panca Indra seseorang. Masyarakat yang menggunakan pelayanan Kesehatan tersebut tidak dapat melihat, mendengar, membau, dan mengecap dari pelayanan Kesehatan yang tersebut.

2. ***Inseparability***

   Yaitu proses Produksi dan konsumsi pada pelayanan Kesehatan terjadi secara bersama-bersama. Contohnya Ketika ada operasi oleh dokter bedah maka tindakan itu pula yang dipilih oleh pasien.

3. ***Inventory***

   Yaitu pelayanan Kesehatan tidak dapat disimpan untuk dimanfaatkan nanti Ketika seseorang tersebut sudah membutuhkan.

4. **Inkonsistensi**
   Yaitu kualitas dan kuantitas pelayanan Kesehatan yang didapat oleh seorang pasien dari dokter setiap kali berkunjung, ataupun pelayanan Kesehatan yang dipilih setiap orang akan berbeda.

Konsep *Demand* pada Sektor Kesehatan

Kebutuhan Masyarakat akan pelayanan Kesehatan bersifat unik dibandingkan dengan kebutuhan masyarakat yang lain seperti sandang, pangan, dan papan. Masyarakat atau konsumen Ketika mengonsumsi barang kebutuhan pokok biasanya memang ingin mengonsumsi barang itu untuk memuaskan kebutuhannya. Berbeda pada pelayanan Kesehatan, sesungguhnya konsumen tidak ingin dan tidak mau mengonsumsi pelayanan Kesehatan tersebut karena memang berbeda dengan konsumsi barang yang lain yang bisa langsung menimbulkan kepuasan. Sementara kalau Konsumsi pelayanan Kesehatan justru bisa menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi kenyataannya konsumen tetap menggunakan pelayanan Kesehatan tersebut.

Pertanyaannya mengapa masyarakat ingin mengonsumsi pelayanan Kesehatan? Jawabannya adalah dengan mengonsumsi pelayanan Kesehatan maka di balik ketidaknyamanan yang ditimbulkan tersebut, masyarakat ingin mendapatkan kesembuhan dari penyakit yang dideritanya. Jadi sebenarnya yang diinginkan oleh Masyarakat adalah Kesehatan. Tetapi Kesehatan tersebut tidak dijual di pasar, sehingga *demand* terhadap Kesehatan masyarakat tidak bisa diukur secara langsung. Salah satu cara untuk bisa mengukur *demand* Kesehatan adalah dengan cara melihat demand terhadap pelayanan Kesehatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa demand terhadap pelayanan Kesehatan merupakan derivate *demand* dari Kesehatan.

Pengertian *Demand* Kesehatan

Dalam pemikiran secara rasional tentunya setiap orang ingin mempunyai Kesehatan yang baik, hal itu dikarenakan Kesehatan adalah sebuah modal agar kita bisa menjadi lebih produktif dan mempunyai kehidupan yang lebih baik serta mengembangkan keturunan. Keinginan untuk sehat muncul dari kebutuhan hidup

masyarakat. *Demand* terhadap Kesehatan atau agar menjadi lebih sehat sangat berbeda antar individu. *Demand* terhadap Status kesehatan seseorang akan menjadi lebih tinggi, Ketika orang tersebut menggantungkan kebutuhan hidupnya dari Kesehatan. Misalnya atlet profesional jika dibandingkan dengan seorang pengangguran tentu akan berbeda dalam tingkat kepedulian terhadap Kesehatan. Seorang atlet akan lebih memperhatikan dan peduli terhadap status kesehatannya dibandingkan dengan pengangguran.

Pertanyaan selanjutnya yaitu seperti apa hubungan antara *demand* terhadap Kesehatan dan *demand* terhadap pelayanan Kesehatan. Pendekatan tersebut menggunakan prinsip ekonomi dengan fokus bahwa Kesehatan merupakan suatu kunci utama agar Masyarakat bisa produktif atau bekerja, sedangkan salah satu input dari pelayanan Kesehatan adalah rumah sakit yang berperan dalam proses menghasilkan kehidupan masyarakat yang lebih sehat tersebut.

Dengan pendekatan secara tradisional untuk *demand* Kesehatan memiliki beberapa hal yang berbeda jika dibandingkan *demand* pada sektor lain, yaitu:

1. Yang diharapkan oleh Masyarakat atau konsumen yaitu Kesehatan bukannya pelayanan Kesehatan. Pelayanan Kesehatan adalah *derivate demand* sebagai input dalam meningkatkan Kesehatan. Oleh karena itu maka demand pelayanan akan berbeda ketika diterapkan pada rumah sakit dan hotel.
2. Konsumen tidak bisa mendapatkan Kesehatan dari pasar secara pasif, tetapi konsumen mendapatkan Kesehatan tersebut dengan cara memanfaatkan waktu untuk usaha guna meningkatkan Kesehatan di samping tetap mempergunakan pelayanan Kesehatan.
3. Kesehatan bisa digunakan sebagai cara lain berinvestasi karena dapat bertahan lama dan tidak bisa terdepresiasi dengan segera.
4. Kesehatan bisa digunakan untuk bahan konsumsi sekaligus sebagai salah satu cara berinvestasi.

Ekonomi Kesehatan dikaji dari Pelayanan Kesehatan *Need, Demand,* dan *Want*:

1. ***Need* atau Kebutuhan**
   Jumlah barang atau pelayanan Kesehatan yang secara objektif dilihat paling baik untuk dapat dimanfaatkan dalam meningkatkan kondisi Kesehatan pasien. *Need* lebih sering yang menentukan adalah dokter, namun kualitas pertimbangan seorang dokter sangat dipengaruhi oleh pendidikan dan kompetensi dokter tersebut serta peralatan dalam pelayanan Kesehatan.

2. ***Demand* atau Permintaan**
   Barang atau pelayanan kesehatan yang sebenarnya diinginkan oleh pasien, sangat dipengaruhi oleh pendapat dokter. Contohnya harga obat.

3. ***Want* atau Keinginan**
   Barang atau pelayanan Kesehatan yang diminta oleh pasien karena hal itu dianggap paling baik bagi mereka. Contohnya obat yang efeknya lebih cepat.

Faktor yang Bisa Memengaruhi *Demand* (Permintaan)

1. Makin tinggi harga barang atau pelayanan, maka bisa berakibat turunnya *demand* terhadap pelayanan Kesehatan.
2. Pendapatan Masyarakat yang rendah memengaruhi terhadap penurunan *demand* pelayanan Kesehatan.
3. Harga dan ketersediaan komplemen atau substitusi, harga suatu barang substitusi atau pengganti yang menurun maka akan menurunkan pula *demand* suatu barang. Harga suatu barang *komplementer* atau pelengkap yang menurun maka akan meningkatkan *demand* terhadap suatu barang tersebut.

Prinsip Ekonomi

Prinsip ekonomi pada pasar sempurna, yaitu *demand* dan supply ditentukan secara independent. maksudnya produsen yang menentukan *supply,* sedangkan konsumen yang menentukan *demand*. Harga suatu barang akan naik atau turun Ketika banyaknya barang yang di*supply* sudah sama dengan banyaknya barang yang diminta, atau dinamakan kondisi *ekuilibrium*. Prinsip dasar ekonomi yang lain

menyebutkan bahwa, suatu *demand* akan sama dengan *supply* pada pasar sempurna. Meskipun *demand* dan *supply* pada pelayanan Kesehatan tidak mengikuti pasar sempurna, tetapi ada beberapa aspek *supply* dan *demand* tetap berlaku pada pelayanan kesehatan. Demand terhadap pelayanan Kesehatan dapat dinilai melalui:

1. *Bed occupancy.*
2. Jumlah kedatangan pasien rawat jalan.
3. Jumlah tes *diagnostic.*

Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan

Ruang lingkup ekonomi Kesehatan meliputi:

1. Konsumen
   Yaitu Masyarakat yang membeli, memperoleh dan memanfaatkan barang atau jasa tersebut untuk dikonsumsi secara pribadi.
2. Pemerintah
   Pemerintah berperan sebagai regulator dalam kegiatan perekonomian.
3. *Provider* atau *public-private*
   Provider sebagai sarana atau fasilitas pelayanan Kesehatan meliputi rumah sakit, klinik, puskesmas, dan dokter keluarga.

Konsep Dasar Ekonomi Kesehatan

1. **Mikroekonomi**
   Yaitu Menganalisis program secara lebih spesifik pada bidang Kesehatan. Contohnya *supply* berupa Analisis biaya.

2. **Makroekonomi**
   Berkaitan dengan analisis kegiatan perekonomian secara lebih menyeluruh dan fokus pada faktor apa saja yang bisa memengaruhi pendapatan nasional. Makroekonomi ini juga berkaitan dengan analisis agregat, contohnya pertumbuhan ekonomi, *inflasi*, pengangguran, dan *deflasi*. Pada bidang Kesehatan, kajian yang mempunyai hubungan dengan Pembangunan perekonomian termasuk fiskal dan moneter pada pembiayaan Kesehatan dan kebijakan Kesehatan.

Ciri pada Bidang Kesehatan

Penerapan ilmu ekonomi dalam bidang Kesehatan sangat diperlukan perhatian lebih terhadap sifat dan cirinya. Karena asumsi tertentu bisa muncul dari sifat dan ciri khusus tersebut. Pada ilmu ekonomi sifat dan ciri khusus tersebut tidak digunakan atau tidak semuanya digunakan jika diterapkan pada bidang Kesehatan. Ciri khusus tersebut adalah:

1. ***Uncertainty* atau Terjadinya Penyakit Tidak Disangka**
   Masyarakat tidak bisa menduga, penyakit apa yang akan datang atau dialaminya pada masa yang akan datang. Mereka tidak bisa mengetahui juga dengan pasti terkait pelayanan Kesehatan apa yang mereka butuhkan nantinya. Ketidakpastian atau *uncertainty* ini dapat diartikan bahwa setiap orang akan berhadapan dengan suatu risiko terkena penyakit atau sakit serta risiko mengeluarkan dana yang lebih besar untuk berobat.

2. ***Consumer Ignorance***
   Yaitu suatu keadaan di mana Masyarakat atau konsumen sangat bergantung pada penyedia atau *provider* pelayanan Kesehatan. Hal ini dikarenakan Masyarakat atau konsumen secara umum tidak mengetahui mengenai jenis penyakit, macam pemeriksaan, serta macam pengobatan yang dibutuhkan oleh mereka. Oleh karena itu penyedialah yang akan menentukan macam dan banyaknya pelayanan yang harus digunakan oleh konsumen tersebut.

3. **Sehat dan Pelayanan Kesehatan sebagai Hak**
   Sandang, pangan, dan papan serta hidup yang sehat merupakan kebutuhan dasar manusia yang wajib setiap saat agar bisa terpenuhi, terlepas dari tingkat pendapatan dan seberapa mampu orang tersebut untuk membayar. Inilah yang menjadikan distribusi pelayanan Kesehatan seringkali dilaksanakan berdasarkan kebutuhan atau *need* dan tidak berdasarkan tingkat kemampuan dalam membayar dan *demand*.

4. Eksternalitas

Yaitu akibat positif atau negatif yang diterima masyarakat sebagai akibat dari penggunaan pelayanan Kesehatan. Misalnya imunisasi untuk mencegah terjadinya penyakit menular, di mana jika ada sekelompok orang yang sudah diimunisasi, maka manfaatnya yang didapat bukan hanya kepada kelompok orang tersebut saja melainkan juga kepada Masyarakat secara keseluruhan. Imunisasi ini disebut sebagai sosial marginal *benefit* yang nilainya jauh lebih besar dibandingkan *private* marginal *benefit* bagi seseorang tersebut. Oleh sebab itu pemerintah wajib menjamin kalau semua program imunisasi telah semuanya terlaksana dengan baik. Pelayanan Kesehatan yang termasuk *preventif* umumnya memiliki eksternalitas yang lebih besar sehingga dikategorikan menjadi salah satu komoditas Masyarakat atau *public good* serta seyogianya memperoleh subsidi atau mungkin diberikan oleh pemerintah secara gratis. Untuk pelayanan Kesehatan yang tergolong pengobatan atau penyembuhan, eksternalitasnya umumnya kecil dan lebih sering disebut sebagai *private goods* dan hendaknya dibayar secara mandiri oleh konsumennya atau dibayar oleh pihak swasta.

5. Motif Nonprofit

Idealnya sebuah usaha dalam kegiatan ekonomi adalah mendapatkan keuntungan yang maksimal atau profit *maximization*, tetapi hal tersebut tidak bisa berlaku pada sektor Kesehatan. Pendapat yang masih dipegang yaitu "seseorang tidak boleh mendapatkan keuntungan dari sakitnya seseorang".

6. Padat Karya

Kecenderungan spesialisasi dan super spesialisasi pada pelayanan Kesehatan mengakibatkan bagian tenaga medis di pelayanan Kesehatan makin besar. Bagian tenaga medis itu sekitar 40% sampai 60% dari seluruh biaya dalam pelayanan Kesehatan.

7. ***Mix Output***

   Dalam pelayanan Kesehatan yang dikonsumsi pasien yaitu sejumlah paket pelayanan yang terdiri dari pemeriksaan kesehatan, diagnosis penyakit, terapi serta edukasi Kesehatan. Paket pelayanan Kesehatan itu berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya, dan sangat bergantung dari jenis penyakitnya.

8. **Usaha Kesehatan sebagai Konsumsi dan Sekaligus Intervensi**

   Dalam jangka waktu pendek, usaha bidang Kesehatan terlihat sebagai sektor yang konsumtif. Hal ini dikarenakan usaha tersebut tidak menghasilkan *return on investment* yang jelas. Oleh karenanya seringkali bidang Kesehatan dalam Pembangunan nasional tidak pernah masuk dalam skala prioritas atas, terutama jika titik berat Pembangunan nasional yaitu pada Pembangunan ekonomi. Namun jika orientasi Pembangunan nasional terletak pada Pembangunan sumber daya atau manusianya, maka Pembangunan di bidang Kesehatan sejatinya dalam jangka Panjang akan menjadi nilai investasi.

9. **Restriksi Berkompetisi**

   Ada pembatasan dalam praktik kompetisi. Hal ini bisa menjadikan mekanisme pasar di pelayanan Kesehatan tidak dapat sempurna seperti halnya mekanisme pasar untuk komoditas lain. Di dalam mekanisme pasar, wujud kompetisi yaitu kegiatan pemasaran meliputi promosi atau iklan sedangkan pada bidang Kesehatan tidak ada namanya promosi, dan diskon atau bonus di pelayanan Kesehatan.

****

Daftar Pustaka

Anne Mills., Lucy Gilson. (1990). *Ekonomi Kesehatan di Negara-negara Sedang Berkembang*. Penerbit Dian Rakyat

David Wonderling, Reinhold Gruen, dan Nick Black. (2005). *Introduction to Health Economics*, Open University Press, England.

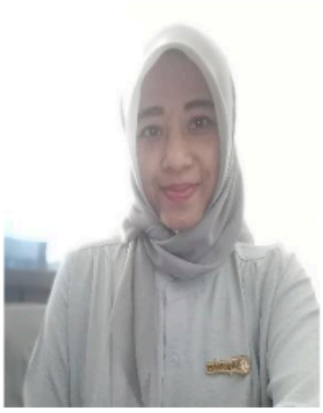
Idris, Haerawati. (2021). *Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan*. Unsri Press, Palembang.

Murti, B. (2010). *Strategi Untuk Mencapai Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Surakarta

Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia (PPEKI). (1989). *Proceedings Lokakarya Ekonomi Kesehatan: Perumusan dan Aplikasi Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia*. cimacan.

Tjiptoherijanto P dan Soesetyo B. (2008). *Ekonomi Kesehatan*. Cetakan Kedua, Rineka Cipta Jakarta.

PROFIL PENULIS



Apt. Linda Widyaningsih, S.Farm., M.Si.
Ketertarikan dalam ilmu kesehatan dimulai penulis Ketika masuk Sekolah Menengah Atas atau SMA dengan memilih jurusan IPA di SMA Negeri 2 Ponorogo. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan memilih mendalami ilmu farmasi di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan lulus pada tahun 2008. Selanjutnya penulis mengambil program Profesi Apoteker di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2008 dan lulus pada tahun 20010. Penulis melanjutkan studi magister di Universitas Setia Budi Surakarta dan lulus pada tahun 2012. Setelah lulus dari S2, penulis menjadi dosen di prodi Kebidanan dan prodi Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Ponorogo sampai tahun 2014.

Dimulai pada tahun 2014, penulis menjadi staff pengajar Prodi Anafarma di AKAFARMA Sunan Giri Ponorogo sampai tahun 2019. Setelah itu menjadi staff pengajar prodi Farmasi di AKAFARMA Sunan Giri Ponorogo dari tahun 2019 hingga sekarang. Pengalaman penulis dalam mengajar teori dan praktikum di kampus mendorong untuk menulis buku yang harapannya nanti dapat menjadi referensi atau membimbing mahasiswa belajar tentang Kesehatan Masyarakat.

Email Penulis: linda.akafarma@gmail.com

BAB 15
EPIDEMIOLOGI

Tutut Pujianto, S.T., M.Kes.
Akademi Gizi Karya Husada Kediri

Pendahuluan

Permasalahan stunting telah menjadi perhatian dunia internasional, keadaan pendek menurut umur yang ditandai dengan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U), merupakan akibat dari kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang-ulang selama 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). (WHO,2014). Stunting dapat berdampak pada kemampuan intelektualitas, keadaan ini akan beresiko terhadap kualitas sumber daya manusia. Penyebab stunting sangat kompleks baik faktor sosial, lingkungan maupun biologi (WHO, 2012).

Pandemi covid-19 dimulai dari sebaran virus corona yang terjadi di Wuhan China, akhirnya menjadi permasalahan global yang menyita perhatian seluruh penjuru dunia, termasuk pemerintah Indonesia. Kasus positif covid pertama di Indonesia yang terjadi pada 2 Maret 2020, telah membuka mata dan pikiran masyarakat Indonesia bahwa covid memang benar adanya. Covid di Indonesia berkembang sangat cepat, 11 hari setelah pengumuman kasus pertama terdapat 69 orang positif corona, dengan 4 orang meninggal dan 5 kasus sembuh (Ditjen P3M, 2021).

Dua kasus di atas merupakan contoh dari penyakit tak menular dan menular yang telah terjadi di Indonesia. Dua kasus tersebut dapat menjadi bahan renungan tentang 2 hal penting yang perlu dipelajari terhadap terjadinya suatu penyakit. Dua hal tersebut adalah apa yang menjadi penyebab utama (*determinant factor*) terjadinya stunting dan covid-19, serta bagaimana penyebaran kedua penyakit itu

(*distribution*). Jawaban atas 2 pertanya tersebut akan dapat digunakan sebagai dasar untuk merencanakan cara pencegahan yang dapat dilakukan, agar penyakit tersebut tidak terjadi/berkembang di tempat atau waktu lainnya.

Pencegahan terhadap terjadinya ataupun berkembangnya permasalahan yang sering terjadi di masyarakat (penyakit/kecacatan/kematian) harus didasarkan pada penemuan penyebab utama. Penemuan penyebab utama dapat dilakukan melalui proses penelitian dengan metode yang benar. Di dalam penelitian terdapat empat kegiatan utama yang harus dilakukan, yaitu pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan penyajian data. Analisis data untuk mengurai penyebab terjadinya penyakit dapat menggunakan alat bantu statistik. *Root map* di atas memberikan sebuah gambaran bahwa kegiatan epidemiologi merupakan kegiatan yang ilmiah yang juga terkait dengan bidang ilmu yang lain.

Pengertian Epidemiologi

Sebelum mempelajari lebih jauh tentang epidemiologi, maka perlu mengetahui bagaimana definisi dan manfaat epidemiologi.

1. **Definisi**

   Epidemiologi menurut *World Health Organization* (WHO) didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari determinan (penyebab) dan distribusi (sebaran) keadaan dan peristiwa terkait kesehatan pada populasi dan penerapanya untuk mengendalikan masalah kesehatan.

2. **Manfaat**

   Dari definisi epidemiologi menurut WHO, maka dapat diuraikan bahwa manfaat epidemiologi adalah:

   a. Mempermudah dalam mengidentifikasi masalah kesehatan utama yang sedang dihadapi oleh masyarakat.
   b. Membantu dalam menentukan faktor-faktor yang berperan terhadap terjadinya masalah Kesehatan atau penyakit di Masyarakat.

c. Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan program kesehatan, serta dalam pengambilan keputusan.
d. Membantu melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program kesehatan, baik yang sedang berjalan maupun yang telah selesai dikerjakan.
e. Membantu mengembangkan metode untuk menganalisis keadaan suatu penyakit.
f. Mengarahkan dalam memilih intervensi yang tepat dalam memecahkan masalah kesehatan.

Teori dan Aplikasi Konsep Dasar Terjadinya Penyakit di Masyarakat

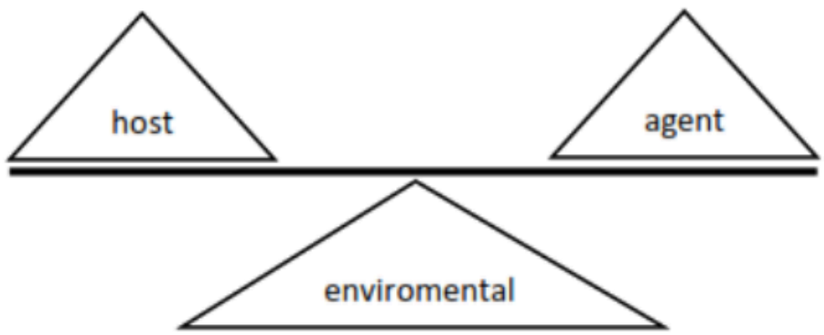
Penyakit berasal dari kata sakit, sakit adalah keadaan yang menyimpang dari kondisi yang seharusnya (optimal). Manusia dikatakan sakit jika kondisinya tidak dalam keadaan yang seharusnya. Sebagai contoh dalam keseharian leher dapat digerakan tanpa ada kendala, namun suatu hari tiba-tiba leher terasa kaku jika digerakan. Kondisi yang tidak seharusnya semacam ini telah dikategorikan sakit. Mengapa manusia bisa menjadi sakit, atau mengapa manusia tidak sakit/sehat?

Dalam perkembangan epidemiologi telah banyak para ahli yang mengemukakan tentang teori penyakit. Teori Contagion menyatakan bahwa terjadinya sakit karena adanya saling kontak antara orang satu dengan yang lainya. Teori Miasma menyatakan bahwa terjadinya penyakit karena adanya sisa makhluk hidup yang telah membusuk. Teori ekologi lingkungan menyatakan bahwa penyakit dapat terjadi karena adanya interaksi antara manusia dengan lingkunganya. Teori-teori ini pada akhirnya menjadi dasar berkembangnya teori penyakit yang lebih modern dan lebih banyak mempertimbangkan banyak faktor penyebab. Teori penyakit yang lebih modern adalah *Epidemiologic Triangle*, *Wheel of Causation*, dan *Web Of Causation*.

1. ***Epidemiologic Triangle***

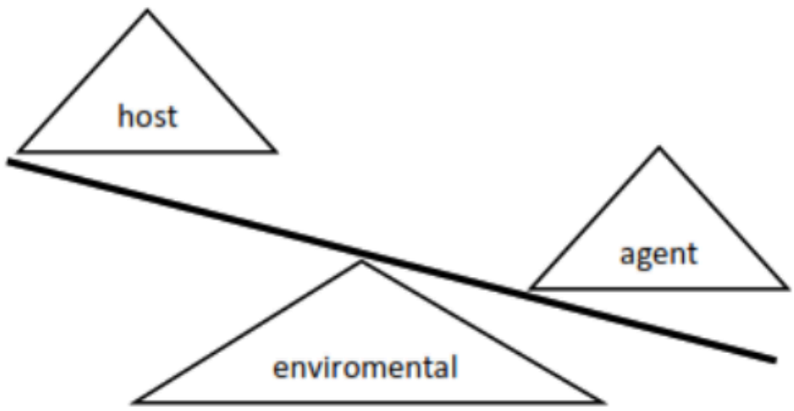
   Epidemiologic Triangle yang sering disebut dengan teori keseimbangan epidemiologi atau teori kesetimbangan John Gordon. Teori ini menyatakan bahwa terjadinya sebuah penyakit ditentukan oleh 3 faktor, yaitu *agent* (penyebab sakit), *host*

(pejamu/tuan rumah), dan *environmental* (lingkungan). Keadaan sakit dapat terjadi karena *agent* tidak seimbang dengan *host*. Keseimbangan antara *agent* dan *host* sangat ditentukan oleh posisi *environmental*. *Epidemiologic Triangle* dideskripsikan pada gambar 15.1 dan 15.2



Gambar 15.1. *Epidemiologic Triangle Agent* dan *Host* dalam Keadaan Seimbang (Sehat)

Sumber: Fos, Petter J (2011)



Gambar 15.2. *Epidemiologic Triangle*

Sumber: Fos, Petter J (2011)

Agent dan *host* dalam keadaan tidak seimbang (sakit)

a. *Agent* (penyebab sakit)

   Agent merupakan unsur/sesuatu yang menjadi penyebab timbulnya penyakit. *Agent* berdasarkan sifatnya ada beberapa jenis, yaitu:

1) *Agent* fisik
   Contoh: suhu, kelembaban, getaran.
2) *Agent* kimia
   Contoh: debu, CO, O_3, H_2S.
3) *Agent* biologi
   Contoh: virus, bakteri, cacing.
4) *Agent* biokimia/unsur gizi
   Contoh: energi, mineral, vitamin.

b. *Host*
   Host dapat bertahan sehat ataupun akan mengalami sakit sangat ditentukan oleh beberapa hal seperti resistensi dan imunitas. Beberapa hal yang mempengaruhi perbedaan resistesni host adalah genetic, jenis kelamin, umur, etnik, gaya hidup (*lifestyle*). Dalam perkembangannya, gaya hidup menjadi faktor yang sangat kuat dalam mempengaruhi timbulnya penyakit tidak menular/degeneratif.

c. *Environmental*
   Keadaan sekitar dimana *host* berada akan sangat berpengaruh terhadap terjadinya sakit atau sehat. Kondisi lingkungan dapat mendukung perkembangan *agent*, dapat juga menghambat perkembangan *agent*, misal keberadaan sampah. Adanya sampah dapat meningkatkan perkembangan mikroorganisme merugikan, sebaliknya lingkungan yang bersih dari sampah dapat menghalangi perkembangan mikroorganisme. Lingkungan dapat dikelompokan menjadi lingkungan fisik, biologi, sosial ekonomi.
   1) Contoh lingkungan fisik: tanah, air, udara
   2) Contoh lingkungan biologi: manusia, tumbuhan, binatang
   3) Contoh lingkungan sosial: kepadatan penduduk, pendapatan keluarga, daya beli pangan, akses layanan Kesehatan.

   [*Contoh kasus 1. Penyakit Corona (Covid)*]
   Penyakit ini terjadi karena adanya virus Corona (*agent*) yang berada pada lingkungan dan siap menginfeksi manusia (*host*). Manusia dengan keadaan imunitas yang tidak baik akan beresiko terinfeksi virus corona dan mengalami sakit. Kondisi

host yang tidak memiliki imunitas yang baik menjadi gambaran bahwa *agent* dan *host* tidak dalam keadaan seimbang (*agent* lebih berat dari pada *host*). *Host* dapat menyeimbangkan dengan *agent* dengan cara meningkatkan imunitasnya, seperti memperbaiki asupan makan, berolah raga, dan lain sebagainya. Jika imunitas manusia dalam keadaan baik, maka infeksi corona tidak akan menimbulkan sakit bagi *host*.

[Contoh kasus 2. Penyakit Anemia Gizi]
Anemia gizi merupakan penyakit akibat defisiensi zat besi (Fe). Manusia dengan asupan makanan rendah Fe mengakibatkan darah kurang Fe. Dalam kondisi ini *agent* lebih ringan dari pada *host*, maka *host* menjadi sakit. Lingkungan dapat menjadi penyeimbang antara *host* dan *agent* dengan cara menanami tanah/lahan pekarangan dengan sayuran tinggi Fe seperti bayam.

2. *Wheel of Causation*

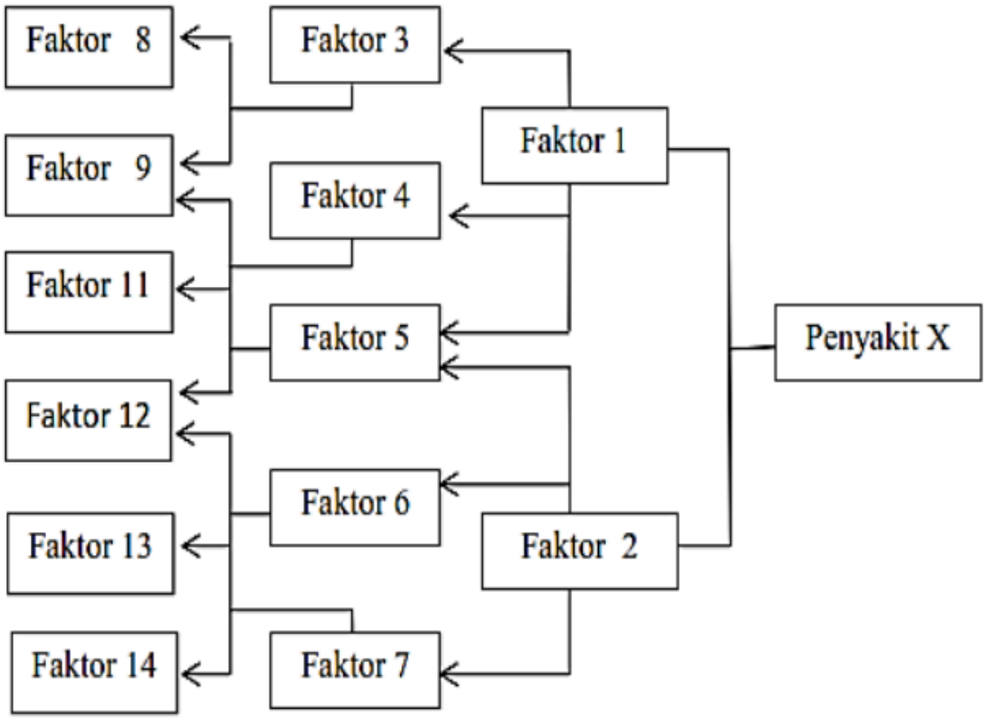
Wheel of Causation atau model roda memandang bahwa penyebab timbulnya penyakit adalah *genetic*, *host*, dan *environmental*. Pada model ini *genetic* (keturunan) menjadi fokus utama yang akan mempengaruhi terjadinya penyakit. Model roda tidak memandang *agent* sebagai unsur penyebab terjadinya penyakit. Dari faktor *genetic*, *host*, dan *environmental*, proporsi lingkung menjadi proporsi terbesar yang berpengaruh terhadap terjadinya sebuah penyakit. Konsep dasar *wheel model* diperlihatkan pada gambar 15.3.

Gambar 15.3 *Wheel of Causation*
Sumber: Fos, Petter J (2011)

[*Contoh kasus 3. Diabetes Mellitus*]
Penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit yang ditunjukkan oleh tingginya kadar gula dalam darah. Faktor yang berpotensi menjadi penyebab terjadinya Diabetes Mellitus adalah *genetic* (keturunan), kondisi *host* (tuan rumah) dan *environmental* (lingkungan). Lingkungan menjadi faktor terbesar yang akan menjadi penyebab terjadinya penyakit ini. Diabetes Mellitus yang mulai banyak terjadi pada usia remaja disebabkan oleh kebiasaan mengkonsumsi makanan dengan tinggi glukosa yang ada di dalam keluarga, maupun di lingkungan teman sebaya. Kebiasaan keluarga yang tidak menyukai aktifitas fisik/olah raga juga menjadi faktor yang akan mempengaruhi terjadinya diabetes mellitus.

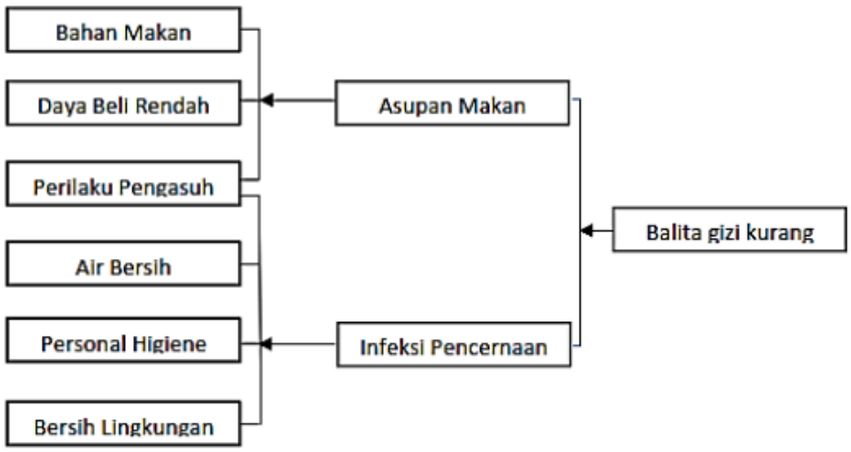
3. ***Web of Causation***

Web of Causation (model jaring sebab akibat) atau model jaring laba-laba, menganut prinsip bahwa terjadinya penyakit tidak disebabkan oleh satu faktor saja. Seperti halnya pada jaring laba-laba yang sebenarnya, terjadinya penyakit akibat adanya keterkaitan antara faktor satu dengan faktor lainnya, dan keterkaitan tersebut menunjukkan hubungan sebab akibat. Munculnya akibat selalu didahului oleh penyebab. *Web of Causation Model* akan menguraikan semua faktor penyebab baik langsung ataupun tidak langsung yang dapat mengakibatkan terjadinya penyakit. Untuk mengurai penyebab terjadinya penyakit dimulai dengan jenis penyakitnya. Dengan mengurai semua penyebab secara berurutan, maka akan ditemukan penyebab utama terjadinya penyakit. Dengan ditemukanya penyebab utama terjadinya penyakit, maka akan dengan mudah dilakukan pemutusan rantai sebab akibatnya jika akan mencegah terjadinya penyakit. Konsep *Web of Causation* dapat dilihat pada gambar 15.4.



Gambar 15.4 Konsep *Web of Causation*
Sumber: Modifikasi dari Fos, Petter J (2011)

[*Contoh kasus 4. Gizi Kurang Balita*]
Kejadian gizi kurang pada balita (X) merupakan akibat dari asupan makan yang kurang (faktor 1) dan infeksi pencernaan makan yang dialami oleh balita (faktor 2). Asupan makan yang kurang disebabkan oleh tidak tersedianya bahan makan (faktor 3), daya beli masyarakat rendah (faktor 4) dan perilaku pengasuh dalam memberikan asupan (faktor 5). Penyebab terjadinya infeksi saluran pencernaan pada balita adalah air bersih yang digunakan terkontaminasi *Escherichia coli* (penyebab 6), dan kebersihan diri (*personal hygiene*) yang tidak baik (penyebab 7), serta kebersihan lingkungan tempat tinggal (penyebab 8). *Web of Causation* dari contoh kasus ini dapat dilihat pada gambar 15.5



Gambar 15.5 *Web of Causation* Gizi Kurang
Sumber: Modifikasi dari Fos, Petter J (2011)

Dinamika Penduduk, Epidemiologi, dan Kesehatan Masyarakat

Pembangunan merupakan indikator kemajuan suatu wilayah. Wilayah dengan pembangunan yang pesat menunjukkan kemajuan tingkat ekonomi wilayah tersebut. Kemajuan ekonomi menjadi tanda bahwa wilayah tersebut menyediakan banyak peluang kesempatan kerja. Kesempatan kerja di suatu wilayah akan menjadi penarik penduduk untuk bergerak bahkan berpindah tempat. Sehingga pembangunan sebuah wilayah akan menjadi barometer dinamika penduduk. Dinamika penduduk ditentukan oleh angka kelahiran (natalitas), angka kematian (mortalitas) dan angka perpindahan penduduk (migrasi).

Pengembangan kawasan industri merupakan penggerak perekonomian penduduk, namun sekaligus dapat menjadi sumber permasalahan kependudukan jika tidak direncanakan dengan matang. Pembangunan yang tidak merata akan mengakibatkan sebaran penduduk yang tidak merata pula. Kepadatan penduduk yang selalu bertambah akan menjadi penyebab munculnya berbagai permasalahan kesehatan, dan kriminalitas.

Kepadatan penduduk yang tinggi dalam suatu wilayah, identik dengan bangunan yang berdiri rapat pada suatu lahan. Bangunan yang

padat dan sedikitnya tumbuhan, akan mengakibatkan sirkulasi udara menjadi tidak sehat, sehingga akan berpotensi terjadinya penyakit saluran pernapasan, maupun gangguan kenyamanan karena bising. Kurangnya jarak antar rumah mengakibatkan privasi keluarga menjadi terancam. Tidak adanya privasi akan mengakibatkan hubungan antar keluarga di masyarakat menjadi tidak harmonis. Permasalahan lain akibat dari padatnya penduduk adalah pada penyediaan air bersih untuk keperluan rumah tangga, pembuangan air limbah rumah tangga, dan pembuangan sampah sebagai hasil samping kegiatan sehari-hari.

Modernisasi di segala bidang membawa pengaruh terhadap *lifestyle* (gaya hidup) masyarakat. Makanan cepat saji dan model pemesanan makanan *online*, telah mulai membudaya di lingkungan masyarakat kota. Makanan cepat saji dengan kandungan gizi yang rendah, dan cara pemesanan *online* mengakibatkan manusia kurang melakukan aktivitas fisik. Jika keadaan ini tidak dapat disikapi, maka akan menjadi ancaman terjadinya peningkatan prevalensi penyakit degeneratif di usia remaja.

Kondisi saat ini Indonesia sedang berada pada "*The age of triple health burden*" (tiga beban kesehatan). Beban pertama adalah masih tingginya prevalensi penyakit menular, seperti Tuberculosis, Malaria, Demam Berdarah, Diare. Beban kedua adalah tingginya angka kesakitan dan kematian penyakit degeneratif seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, Kardiovaskular, dan Kanker. Beban ketiga adalah munculnya penyakit baru (*New Emerging Infectious Disease*) seperti SARS, Avian Influenza, dan Covid (Wiyono, 2015). Kondisi tersebut masih ditambah dengan meningkatnya prevalensi *malnutrition*, seperti stunting, gizi kurang dan obesitas. Bahkan stunting telah menjadi isu kesehatan di dunia internasional. Stunting telah menjadi *side effect* bonus demografi yang didapatkan oleh suatu negara.

****

Daftar Pustaka

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (2021), Penguatan Sistem Kesehatan dalam Pengendalian Covid-19. http://p2p.kemkes.go.id/penguatan-sistem-kesehatan-dalam-pengendalian-covid-19/.

Fos, Petter J. (2011). Epidemiology Foundations: The Science of Public Health, Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Murti, Bhisma (2018), Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Edisi 5, Bintang Fajar Offset, jawa Tengah.

Wiyono, Sugeng (2015), Buku Ajar Epidemiologi Gizi Konsep dan Aplikasi, Sagung Seto Jakarta.

WHO (2014). Global Nutrition Targets 2025 Stunting Policy Brief. http://apps.who.int/WHO_NMH_NHD_14.3_eng.pdf.

WHO (2012). Global Nutrition target 2025: Stunting PolicyBrief.WHO/NMH/NHD/14.3.

PROFIL PENULIS

Tutut Pujianto, S.T., M.Kes.

Lahir di Desa Kedungombo Kecamatan Tanjunganom Kabupaten Nganjuk Propinsi Jawa Timur. Penulis merupakan alumni SMAN 2 Nganjuk, melanjutkan Pendidikan diploma 3 di Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APK-TS) Karya Husada Kediri, lulus tahun 1996. Masa kuliah ini menjadi awal kenal penulis dengan upaya-upaya pencegahan penyebaran penyakit menular. Pendidikan S1 dilakukan di Teknik Lingkungan Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) Surabaya dengan tugas akhir penyakit akibat kerja. Selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Biostatistik di Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya. Pemodelan *time series* untuk memprediksi kejadian demam berdarah (DBD) menjadi tesis yang diangkat oleh penulis. Pengalaman mengajar di Akademi Kesehatan Lingkungan, Stikes Karya Husada dan Akademi Gizi menambah ketajaman dalam menganalisis sebaran penyakit menular dan tidak menular.

Penulis memiliki kepakaran dibidang analisis data dengan statistik. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: noanpujianto@gmail.com

BAB 16
INFORMASI KESEHATAN

Ari Susanti, S.KM., M.Kes.
STIKES Hang Tuah Surabaya

Definisi Informasi Kesehatan

Informasi menurut KBBI adalah suatu pemberitahuan, kabar atau berita mengenai sesuatu hal (*Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*, n.d.) Informasi adalah keterangan, suatu pernyataan, gagasan atau ide, dan tanda-tanda yang mengandung nilai, makna, dan pesan, baik berupa data, fakta, ataupun penjelasannya yang dapat kita lihat, dengar, dan kita baca yang disajikan dalam berbagai media dan format sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi secara elektronik atau non-elektronik (Persetujuan Bersama, n.d.).

Informasi Kesehatan adalah data kesehatan yang telah diolah atau diproses menjadi suatu bentuk yang mengandung nilai dan makna yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dalam mendukung pembangunan kesehatan (Peraturan pemerintah, n.d.).

Pemerintah berupaya untuk menyelenggarakan kesehatan yang efektif dan efesien, oleh karena itu diperlukan adanya informasi kesehatan. Informasi kesehatan berguna sebagai masukan atau sumber dalam pengambilan keputusan pada setiap proses manajemen kesehatan baik dalam upaya kesehatan perseorangan maupun upaya kesehatana masyarakat. Informasi kesehatan sebaiknya mudah diakses oleh masyarakat umum agar derajat kesehatan Masyarakat bisa tercapai secara maksimal.

Kemudahan akases informasi Kesehatan antara perangkat medis dapat memberikan efek positif dalam hal mengoptimalkan layanan kesehatan. Informasi tersebut harus memenuhi kebutuhan pelayanan

kesehatan dan fungsi kesehatan Masyarakat. Informasi Kesehatan juga harus komprehensif, terintegrasi dan berkualitas.

Informasi kesehatan pasien seharusnya dapat dipertukarkan antar fasilitas pelayanan kesehatan, lembaga resmi, stakeholder dan harus tersedia juga untuk orang yang tepat, pada waktu dan tempat yang tepat. Untuk tercapainya pertukaran informasi kesehatan, sistem informasi kesehatan yang berbeda, baik di dalam maupun di luar organisasi harus interoperabel. Interoperabilitas penting untuk perawatan pasien karena data pasien dapat dibagikan diantara pemangku kepentingan, yang akan mengurangi kesalahan medis, tes yang tidak perlu dan berulang, dan pengambilan keputusan yang lebih tepat. Interoperabilitas adalah kemampuan sistem teknologi informasi dan aplikasi perangkat lunak yang berbeda untuk berkomunikasi, bertukar data secara akurat, efektif, dan konsisten, dan menggunakan informasi yang telah dipertukarkan.

Klasifikasi Informasi

1. **Sangat Rahasia**

   Apabila informasi ini disebarluaskan maka akan berdampak sangat parah terhadap institusi pemilik informasi tersebut. Misalnya: informasi infeksi nosokomial di suatu rumah sakit.

2. **Konfidensial**

   Apabila informasi ini disebarluaskan maka akan merugikan privasi seseorang. Misalnya: besaran gaji pegawai di rumah sakit, *resume* medis pasien.

3. ***Restricted***

   Informasi yang hanya diberikan kepada orang-orang tertentu untuk menopang keberlangsungan suatu organisasi. Misalnya: survey kepuasan layanan suatu rumah sakit.

4. ***Internal Use***

   Informasi yang hanya boleh digunakan untuk kalangan internal suatu organisasi untuk melaksanakan tugasnya. Misalnya: SPO penggunaan alat medis, pengumuman, dll.

5. **Publik**
   Informasi yang disebarluaskan untuk masyarakat umum melalui jalur yang resmi. Misalnya: informasi kesehatan di web (Hidayat, 2019).

Jenis Informasi Kesehatan

Jenis informasi kesehatan berdasarkan Permenkes RI No.46 tahun 2014 tentang sistem informasi Kesehatan terdiri dari:

1. **Informasi Upaya Kesehatan**
   Informasi upaya kesehatan minimal memuat informasi tentang penyelenggaraan pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan; serta informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan.

2. **Informasi Penelitian dan Pengembangan Kesehatan**
   Informasi penelitian dan pengembangan kesehatan paling sedikit memuat informasi tentang hasil penelitian dan pengembangan kesehatan serta hak kekayaan intelektual bidang kesehatan.

3. **Informasi Pembiayaan Kesehatan**
   Informasi pembiayaan Kesehatan minimal memuat informasi tentang sumber dana, pengalokasian dana dan pembelanjaan.

4. **Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan**
   Informasi sumber daya manusia Kesehatan paling sedikit memuat informasi tentang jenis, jumlah, kompetensi, kewenangan, dan pemerataan sumber daya manusia Kesehatan; sumber daya untuk pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

5. **Informasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan**
   Informasi ketersediaan farmasi/obat-obatan, alat-alat kesehatan, dan makanan. Informasi ketersediaan farmasi berisi tentang jenis dan bentuk obat, bahan-bahan yang terkandung pada obat tersebut. Begitu juga dengan informasi makanan sebaiknya

mencakup informasi tentang kandungan apa saja yang terdapat pada makanan tersebut.

6. **Informasi Manajemen dan Regulasi Kesehatan**
   Informasi terkait manajemen dan regulasi kesehatan paling sedikit terdapat informasi tentang perencanaan program kesehatan; pembinaan dan pengawasan upaya-upaya kesehatan, penelitian-penelitian terkini seputar kesehatan dan pengembangan kesehatan, program pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia khusus bidang kesehatan (tenaga medis dan modis), program - program yang berkaitan dengan Upaya pemberdayaan masyarakat; serta aturan-aturan hukum tentang kesehatan, seperti undang-undang tentang kesehatan atau peraturan pemerintah.

7. **informasi pemberdayaan Masyarakat**
   Informasi pemberdayaan Masyarakat paling sedikit memuat informasi tentang jenis organisasi yang ada di Masyarakat terutama yang aktif bergerak di bidang kesehatan; dan hasil kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, termasuk program yang menggerakkan Masyarakat secara aktif.

Sumber Data dan Informasi Kesehatan

Data dan informasi kesehatan berasal dari dua (2) sumber, yaitu : data dan informasi kesehatan yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit, klinik) dan yang berasal dari masyarakat umum baik di kota maupun di desa. Data dan Informasi Kesehatan yang bersumber dari fasilitas pelayanan Kesehatan diperoleh dari rekam medis elektronik dan non-elektronik/ manual. Data dan Informasi Kesehatan yang bersumber dari masyarakat yang diperoleh melalui kegiatan sensus penduduk dan survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), penelitian-penelitian yang dilakukan para ahli bidang kesehatan yang dipublikasikan, pelaporan kesehatan yang dilakukan secara rutin oleh fasyankes.

Data dan informasi Kesehatan diperoleh mulai dari input (sumber data), pengumpulan, pengolahan, analisis, penyajian dan publikasi baik di tingkat puskesmas, kabupaten sampai tingkat pusat (Setiyadi

& Hakam, 2020). Pengumpulan Data dan Informasi Kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan:

1. Pelayanan kesehatan rutin atau berkala oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
2. Penyelenggaraan rekam medis pasien, meliputi rekam medis elektronik dan rekam medik non-elektronik/*paper base*.
3. Surveilans Kesehatan.
4. Sensus dan survei kesehatan dengan menggunakan metode dan instrumentasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan dipublikasikan dalam jurnal ilmiah.
5. Penelitian dan pengembangan kesehatan.
6. Pemanfaatan teknologi dan sumber lain yang sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipertanggungjawabkan.

Puskesmas dan Dinas Kesehatan wajib menerbitkan Profil Kesehatan yang berisi Informasi kesehatan minimal satu kali dalam setahun. Profil kesehatan berisi informasi tentang demografi, sumber daya kesehatan, kesehatan ibu dan anak, imunisasi, pengendalian penyakit, status gizi, dan Kesehatan lingkungan. Profil Kesehatan puskesmas disusun berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan kegiatan puskesmas dan jejaringnya, survei kesehatan di lapangan, dan laporan lintas sektor yang terkait dengan kesehatan (Dinas Kesehatan Provinsi Jatim, n.d.).

Tabel 16.1 Informasi Kesehatan yang Ada Pada Profil Kesehatan Tahunan di Indonesia

No.	Bidang	Indikator
1.	Demografi	1. Kondisi geografis dan Administrasi kegiatan Kependudukan
2.	Sarana Kesehatan	1. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) 2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) 3. Rumah Sakit 4. Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan
3.	Tenaga Kesehatan	1. SDM Kesehatan

		2. Tenaga Kesehatan Di Puskesmas 3. Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit
4.	Pembiayaan Kesehatan	1. Alokasi dan Realisasi Anggaran Kesehatan Tahun Anggaran 2020 2. Jaminan Kesehatan Nasional 3. Pemanfaatan Dana Desa Untuk Kesehatan
5.	Kesehatan keluarga	1. kesehatan ibu 2. kesehatan anak 3. imunisasi 4. status gizi balita
6.	Pengendalian penyakit	1. penyakit menular langsung 2. Perkembangan Kasus COVID-19 di Provinsi Jawa Timur 3. Kasus Konfirmasi COVID-19 Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Usia, 4. Pemeriksaan Laboratorium (*Testing*) COVID-19 5. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat 6. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas 7. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak SD dan Setingkat
7	Kesehatan Lingkungan	1. Pelayanan Kesehatan Lingkungan dan Sanitasi Dasar Penyelenggaraan Air Minum 2. Akses Sanitasi Layak 3. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) 4. Tempat Fasilitas Umum (TFU) Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)

Pengolahan Data dan Informasi Kesehatan

Tahapan pengolahan data dan informasi Kesehatan terdiri dari pemrosesan, analisis dan penyajian.

1. Pemrosesan Data

Pemrosesan dilakukan dengan cara: validasi, pengkodean, alih bentuk (*transform*), dan pengelompokan. Validasi artinya adalah suatu tindakan pembuktian yang mana dilakukan dengan cara yang

sesuai dengan bahan, prosedur, proses, kegiatan, sistem, perlengkapan. Validasi dilakukan dengan memeriksa apakah data yang diinput sudah sesuai dengan ketentuan format yang ada, memastikan bahwa data yang wajib diisi tidak ada yang kosong, memeriksa tipe data yang dimasukkan apakah sudah sesuai atau belum. Manfaat dari validasi data adalah untuk meningkatkan tingkat akurasi data karena mengurangi risiko kesalahan data atau informasi.

2. **Analisis Data**

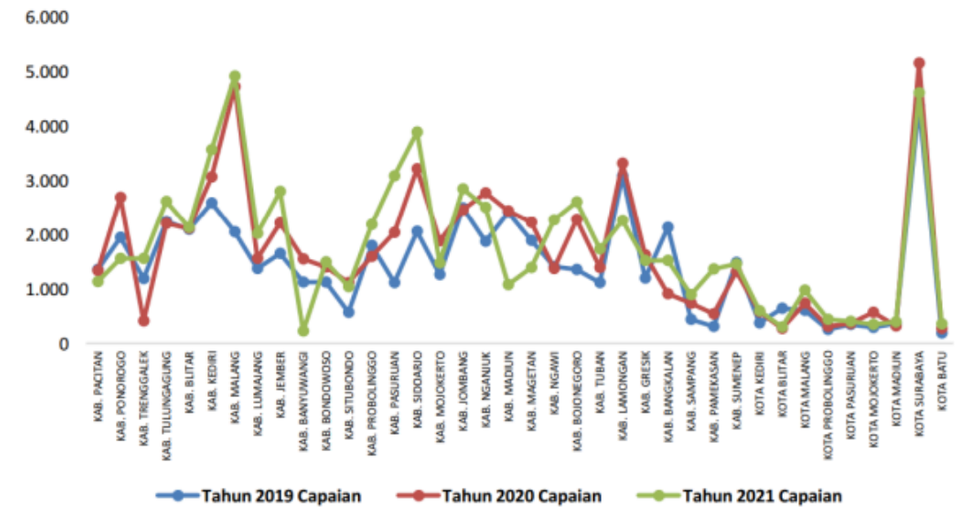
   Analisis data dilakukan dengan penggalian data (*data mining*). Data mining bertujuan untuk mendapatkan hubungan atau pola yang mungkin dapat memberikan informasi yang bermanfaat (Nofriansyah, 2015).

3. **Penyajian Data**

   Penyajian data dan informasi dilakukan dalam bentuk tekstual dan angka / numerik dan atau model lain sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Bentuk tekstual merupakan teknik penyajian data dengan menggunakan kalimat. Penyajian tekstual digunakan untuk sebuah pengantar hasil pengolahan data. Penyajian data dan informasi dalam bentuk numerik biasanya digunakan untuk penyajian data hasil penelitian kuantitatif.

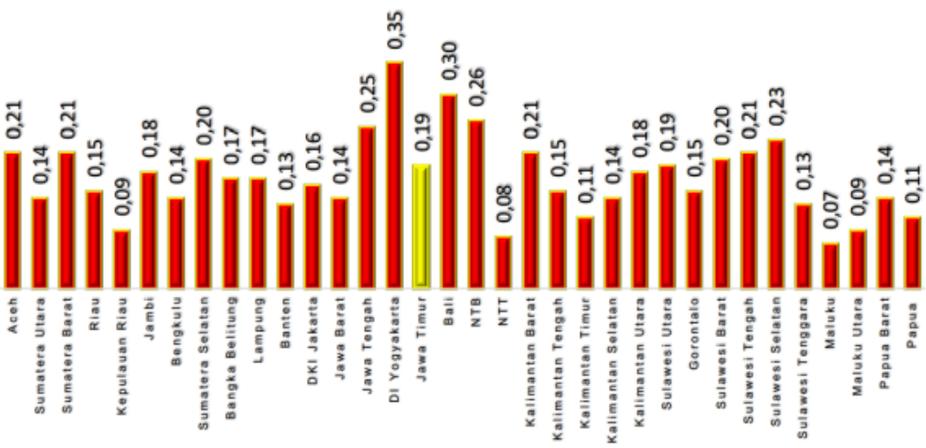
   Contoh penyajian data dalam bentuk tekstual: Madura merupakan salah satu pulau terbesar di Indonesia yang saat ini sudah terhubung dengan wilayah daratan Jawa Timur melalui jembatan Suramadu.

   Gambar di bawah ini merupakan contoh penyajian informasi Kesehatan dengan menggunakan berbagai macam diagram yang rutin dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan dalam periode satu kali setahun yang dimuat dalam profil Kesehatan tahunan.



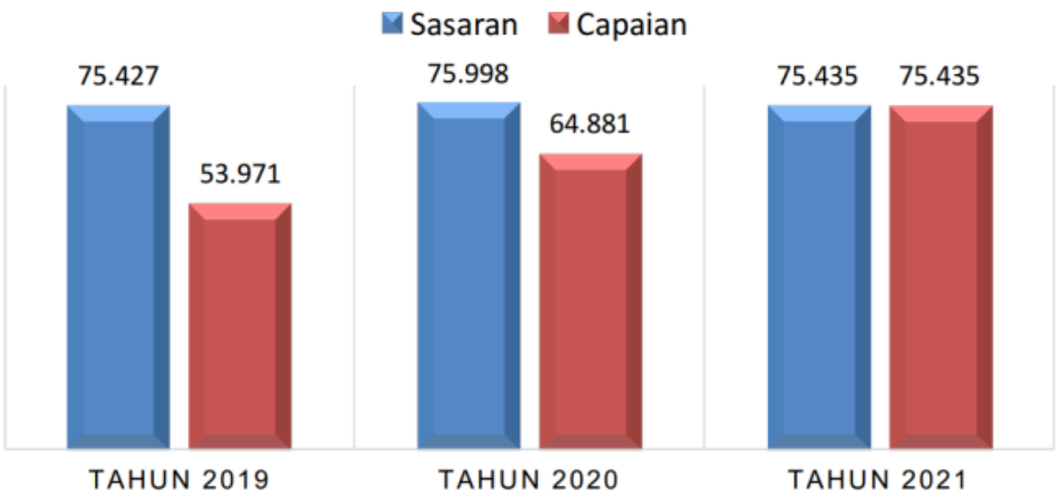
Gambar 16.1 Tren Capaian Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat Per Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2019–2021

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)



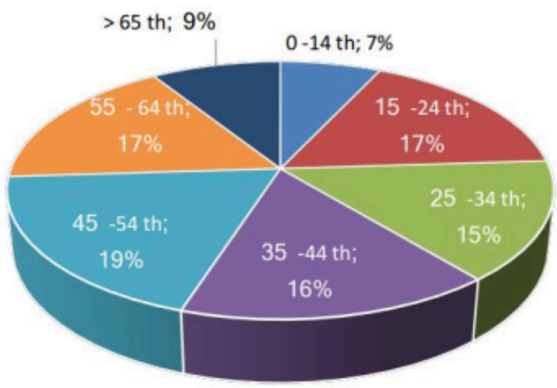
Gambar 16.2 Prevalensi ODGJ Berat (Skizofrenia/Psikosis) pada Penduduk Indonesia Berdasarkan Provinsi

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)



Gambar 16.3 Capaian Pelayanan Kesehatan (ODGJ) Berat Provinsi Jawa Timur Tahun 2019–2021

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)



Gambar 16.4 Kasus TBC Berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur Tahun 2021

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)

Gambar 16.5 Peta Sebaran Puskesmas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2021

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)

Penyimpanan Data dan Informasi Kesehatan

Penyimpanan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan dilakukan dalam pangkalan data pada tempat yang aman dan tidak rusak atau mudah hilang dengan menggunakan media penyimpanan elektronik dan/atau nonelektronik. Penyimpanan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan dilakukan minimal 10 (sepuluh) tahun, untuk Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan non-elektronik dan minimal 25 (dua puluh lima) tahun untuk Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan elektronik (Kementerian Kesehatan RI, n.d.). Ketentuan penyimpanan data Kesehatan:

1. Produsen Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang menyimpan harus bertanggung jawab atas kerahasiaan informasi.
2. Produsen Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan wajib menyampaikan laporan penyimpanan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan tersebut kepada Menteri.
3. Penyedia jasa dan/atau fasilitas penyimpanan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan memiliki pusat data di dalam negeri dan memiliki sertifikasi keamanan informasi.
4. Kemudahan akses arsip data Kesehatan harus dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang terkait (Kementrian Kesehatan RI, n.d.).

Pengguna informasi kesehatan di rumah sakit dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Pengguna lingkup internal direktur, wakil direktur, kepala bagian, kepala instansi, kepala urusan (medis, para medis, non medis).
2. Pengguna lingkup Eksternal: kementerian Kesehatan, dinas Kesehatan, pelayanan Kesehatan dan dasar, stakeholder (bupati, wali kota, ketua Yayasan), pemasok obat dan alat Kesehatan

Informasi Kesehatan yang dihasilkan dapat digunakan untuk:

1. Menilai mutu pelayanan dengan cara mencocokkan kesesuaian dengan standar, mengevaluasi kepuasan pelanggan dan proses pelayanan berkesinambungan.
2. Mengevaluasi akuntabilitas, misal *cost effective, cost benefit* dan *cost utility.*
3. Mengevaluasi kelangsungan pengembangan organisasi, pemasaran, *cost leader,* dll.
4. Mengevaluasi kinerja rumah sakit meliputi produktivitasnya, proses pelayanan, mutu pelayanan, probabilitas, likuiditas, solvabilitas dan kepuasan pelanggan internal maupun eksternal (Amelia & Rusydi, 2021).

Ancaman terhadap Keamanan Informasi Kesehatan

1. ***Human Error*/Kesalahan Manusia**
   Data terhapus karena kurang teliti, kerusakan data yang tidak disengaja, data tidak sengaja terhapus.

2. ***Nature*/Alam**
   Data terkena air, api, petir, gempa, dll.

3. **Teknis**
   Gagal melakukan *backup* data, sistem informasi yang digunakan terjadi kesalahan atau error, komputer terkena virus, dan terjadi listrik mati.

4. **Tindakan yang Disengaja**
   Seseorang yang berupaya mencari informasi di luar kewenangannya, mengubah data di luar kewenangan (Amelia & Rusydi, 2021).

Upaya untuk meminimalkan ancaman:

1. **Autentikasi**
   Upaya memastikan bahwa seorang pengguna informasi adalah pengguna yang sah atau terdaftar di sistem.

2. **Otorisasi**
   Berkaitan dengan pengesahan hak akses pengguna baik tingkat operator maupun tingkat manajemen sebagai pengambil keputusan. Otorisasi digunakan untuk mengatur batas-batas hak akses seseorang terhadap suatu informasi kesehatan.

3. **Integritas**
   Informasi yang tersedia hanya diolah untuk kebutuhan tertentu dan oleh pengguna tertentu yang berhak. Integrasi data berkaitan dengan akurasi data, konsistensi data dan kelengkapan data.

4. **Penelusuran Jejak**
   Penelusuran jejak yang bagus harus mampu mencatat secara kronologis setiap aktivitas dari sistem. Fitur ini dapat digunakan untuk mendeteksi adanya penyalahgunaan dan pelanggaran keamanan data, menentukan apakah upaya yang telah dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku.

5. **Pemulihan Pasca Bencana**
   Suatu proses atau kegiatan untuk memulihkan kembali data-data yang hilang atau rusak akibat bencana, seperti: bencana alam ataupun kegagalan sistem.

6. **Penyimpanan dan Proses Pemindahan Data yang Aman**
   Penyimpanan data berkaitan dengan media fisik dan tempat dimana data tersebut disimpan dan dikelola. Aktivitas pertukaran data diawasi baik antara pengguna dan program maupun antara program dan program (Amelia & Rusydi, 2021).

Upaya meminimalkan kerusakan komputer:

1. Menggunakan *software* yang terpercaya.
2. Memasang antivirus.

3. Melakukan *backup* data atau sistem komputer.
4. Bekerja sesuai dengan prosedur (SPO) (Hidayat, 2019).

Penyebarluasan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan dilakukan melalui: portal Satu Data Bidang Kesehatan; portal satu data indonesia; dan atau media lainnya, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Keamanan Data dan Informasi Kesehatan dilakukan untuk menjamin agar data tersedia dan terjaga keutuhannya; dan terjaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan. Kegiatan keamanan Data dan Informasi Kesehatan harus dilakukan sesuai standar keamanan dengan langkah sebagai berikut:

1. Pemeliharaan, penyimpanan, dan menyiapkan cadangan data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang dilakukan secara teratur.
2. Membuat sistem pencegahan kerusakan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan agar Ketika ada kejadian yang tidak diinginkan data bisa tetap aman tersimpan.
3. Menetapkan kriteria dan batasan hak akses Pengguna Data terhadap Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku agar kerahasiaan data tetap terjamin (Kementerian Kesehatan RI, n.d.).

****

Daftar Pustaka

Amelia, A. R., & Rusydi, A. R. (2021). *Sistem Informasi Kesehatan*. Deepublish.

Dinas Kesehatan Provinsi Jatim. (n.d.). *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2021*.

Hidayat, F. (2019). *Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan*. Deepublish.

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (n.d.). Retrieved September 20, 2023, from https://kbbi.web.id/informasi.

Kementerian Kesehatan RI. (n.d.). *Permenkes RI No.18 Tahun 2022 tentang Satu Data Kesehatan*.

Nofriansyah, D. (2015). *Konsep Data Mining VS Sistem Pendukung Keputusan* . Deepublish.

Peraturan pemerintah. (n.d.). *PP Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan*.

Persetujuan Bersama, D. (n.d.). *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 27 TAHUN 2022 TENTANG PERLINDUNGAN DATA PRIBADI*.

Setiyadi, N. A., & Hakam, F. (2020). *Sistem Informasi Kesehatan (Konsep, Strategi, Implementasi)*. Gosyen Publishing.

PROFIL PENULIS

Ari Susanti, S.KM., M.Kes.

Lahir di Jombang 5 April 1988. Dari ayah bernama Musliman (Alm) dan Ibu bernama Sri Umiyati. Penulis bertempat tinggal di Desa Mojotrisno Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang. Telah menyelesaikan studi strata satu di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember (2006-2010). Lulus strata dua di Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya (2011-2013). Karirnya dimulai sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya (2015-Sekarang). Bidang kajian yang menjadi tanggungjawab penulis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya adalah Epidemiologi, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Metodologi Penelitian Kesehatan.

Email Penulis: susanti.ari88@gmail.com

BAB 17
KESEHATAN KELUARGA

Kristian Triatmaja Raharja, M.Kes.
Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Madura

Konsep Keluarga dan Kesehatan

Keluarga merupakan unit dukungan sosial yang mendasar tempat anak dilahirkan dan dibesarkan, tempat dipenuhinya kebutuhan dasar fisiologis, psikologis, dan juga ekonomi. Keluarga merupakan lingkungan utama untuk menunjang seluruh individu dalam keluarga mendapat pengasuhan yang layak, guna memenuhi kebutuhan dasar tersebut. Secara sederhana keluarga dapat didefinisikan sebagai sebuah unit yang mencakup dua orang atau lebih yang dihubungkan melalui perkawinan, hubungan darah, atau adopsi yang tinggal bersama dalam satu tempat tinggal, yang terdiri dari satu, atau lebih generasi (Friedman et al., 2002). Keluarga tempat anak dilahirkan dan dibesarkan, melalui berbagai tahap perkembangan sebelum mereka mencapai usia dewasa dan dapat hidup mandiri. Unit keluarga mencakup orang-orang yang tinggal bersama, termasuk keluarga dengan orang tua tunggal, tinggal bersama dengan kerabat lainnya.

Keluarga inti terdiri dari pasangan laki-laki dan perempuan yang mempunyai hubungan perkawinan, dengan atau tanpa anak dari hubungan saat ini, atau sebelumnya. Definisi keluarga dapat diperluas dengan semakin banyak unit keluarga yang mencakup ibu/ayah tunggal (bercerai) yang tinggal bersama anak-anaknya, atau dengan orang tua, atau orang lain yang mempunyai hubungan darah, atau orang lain yang tidak mempunyai hubungan darah. Keluarga besar bersifat multigenerasi, yang terdiri dari keluarga inti dan kerabat

kedua belah pihak. Keluarga besar termasuk mereka yang tinggal dalam jarak geografis yang dekat atau tidak, keluarga besar memberikan dasar yang lebih luas untuk saling mendukung antar anggota keluarga (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Struktur keluarga memberikan landasan yang penting bagi kesehatan individu, maupun masyarakat. Status perkawinan, keluarga, dan juga interaksi antar anggota keluarga berpengaruh terhadap kesehatan fisik, mental dan juga sosial. Peran keluarga dalam mendukung kesehatan individu terjadi baik dalam konteks budaya, ekonomi, hukum, dan juga sosial. Namun setiap anggota keluarga adalah individu yang unik, sehingga individu akan melewati tahapan kehidupan dengan perubahan kebutuhan kesehatan dan sistem dukungan tidak hanya dari keluarga, melainkan juga dari kelompok teman sebaya, dan masyarakat yang lebih luas (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Kesehatan keluarga meliputi permasalahan dengan tahapan status perkawinan, kesuburan dan kehamilan, masa bayi, masa kanak-kanak, masa remaja, dewasa, lansia (lanjut usia). Layanan kesehatan dan pencegahan risiko kesehatan memegang peranan yang penting dalam setiap tahapan kesehatan keluarga. Pada bab ini akan dibahas kebutuhan kesehatan keluarga pada berbagai tahap kehidupan. Sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus peka terhadap kebutuhan khusus keluarga sehingga dapat menyediakan program kesehatan promotif, preventif, dan kuratif yang tepat untuk setiap anggota individu dalam keluarga, dan juga keluarga secara keseluruhan.

Kesehatan Ibu

Permasalahan kesehatan perempuan berkaitan dengan berbagai peran mereka sebagai pengasuh keluarga, pekerja, istri, nenek, ibu, dan juga anak perempuan. Peran-peran ini menuntut tanggung jawab seumur hidup yang berkaitan dengan pengetahuan, perawatan diri, dan pengasuhan keluarga dalam isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan, seperti nutrisi, kebersihan, pendidikan, olahraga, kesuburan, perawatan anak, dan perawatan orang lanjut usia.

Perubahan peran sosial perempuan menimbulkan tuntutan dan risiko tambahan terhadap Kesehatan.

1. **Tantangan Kesehatan Masyarakat mengenai Kesuburan**

   Kesuburan atau fertilitas merupakan potensi/kemampuan alamiah untuk hamil dan mempunyai anak melalui aktivitas seksual yang normal. Sedangkan, ketidakmampuan untuk hamil setelah satu tahun melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa menggunakan alat kontrasepsi disebut dengan Infertilitas. Persalinan dan perawatan bayi telah menjadi perhatian dalam kesehatan masyarakat, hal ini karena kerentanan terkait kematian ibu saat melahirkan.

   Pola kesuburan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah ekonomi, sosial, budaya, agama, dan termasuk teknologi yang tersedia untuk pengendalian kelahiran. Dengan adanya langkah-langkah pengendalian kelahiran yang aman dan efektif serta meningkatnya pendidikan dan kesempatan kerja, pola kesuburan telah berubah di negara-negara maju. Pada negara-negara maju tingkat kesuburan telah menurun drastis sejak puncak periode *"baby boom"* yang terjadi pada beberapa tahun setelah perang dunia II. Negara-negara berkembang mempunyai masalah sebaliknya, yaitu angka kelahiran yang tinggi dan angka kesakitan yang menurun memberikan beban ekonomi, sosial, dan kesehatan yang berat pada masyarakat, sementara etos budaya dan agama tidak memberikan banyak dukungan terhadap keluarga berencana.

   Secara global, meskipun tingkat kelahiran menurun, populasi dunia bertambah dari 1 miliar pada tahun 1804, 2 miliar pada tahun 1927, 3 miliar pada tahun 1960, dan menjadi 7,1 miliar pada tahun 2011 (Clapp & Peter Dauvergne, 2011). Keluarga berencana merupakan isu penting di negara-negara berkembang dimana beban kemiskinan sangat besar dan kehamilan berisiko sering berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu dan bayi. Perbaikan kondisi sosio-ekonomi, melalui pendidikan perempuan, kelangsungan hidup bayi dan anak, serta penguatan layanan keluarga berencana, memberikan dorongan yang diperlukan untuk peningkatan penggunaan kontrasepsi dan penurunan kesuburan di negara-negara berkembang.

Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kemiskinan, gizi buruk, dan kondisi tidak sehat, serta kurangnya layanan kesehatan yang memadai. Hal tersebut juga semakin diperparah dengan rendahnya tingkat pendidikan perempuan, usia subur, jumlah kelahiran sebelumnya, jarak atau waktu antar kehamilan, anemia dan status gizi buruk, serta kurangnya fasilitas dan standar kesehatan yang memadai(Prata et al., 2010). Peningkatan gizi, perawatan selama kehamilan dan melahirkan, telah berkontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu secara global. Kelangsungan hidup dan kesehatan ibu dan anak termasuk di antara Millenium Development Goals (MDGs) yang dipilih oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 2001 sebagai target kesehatan global untuk tahun 2015. Penurunan angka kematian anak telah bergerak menuju target yang telah ditentukan.

Pada negara-negara berkembang, remaja perempuan dengan tingkat pendidikan yang rendah, dan kesehatan yang buruk sebelum kehamilan adalah kondisi yang banyak ditemui (Prata et al., 2010). Dengan sedikit atau tidak adanya layanan prenatal dan kurangnya layanan profesional selama persalinan, kehamilan merupakan hal yang berbahaya, terutama bagi penduduk pedesaan dan masyarakat miskin perkotaan.

Untuk memastikan bahwa perempuan siap secara fisik dan intelektual guna melahirkan dan membesarkan anak maka perlu dilakukan beberapa upaya antara lain adalah pendidikan bagi perempuan, penundaan pernikahan hingga usia dewasa, perbaikan dan kecukupan gizi, serta pengendalian penyakit menular (World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development., 2003). Melek huruf bagi perempuan berkontribusi paling besar terhadap peningkatan tingkat kelangsungan hidup bayi. Ibu yang melek huruf mempunyai kemampuan yang lebih besar dalam mengatasi masalah kesehatan. Pendidikan yang lebih tinggi juga berpotensi dalam menghasilkan peluang kerja yang lebih baik dan pendapatan keluarga yang lebih besar (Kateja, 2007).

Praktik perawatan prenatal dan persalinan yang aman, serta gizi yang lebih baik dan status kesehatan umum perempuan, telah menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu secara signifikan. Tingkat kesuburan telah menurun di sebagian besar wilayah dunia seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan individu. Pada daerah pedesaan kecenderungan untuk punya lebih banyak anak, digantikan untuk lebih sedikit anak, seiring dengan terjadinya urbanisasi yang didorong oleh pencarian standar kesehatan dan kondisi kehidupan yang lebih baik. Ketika teknologi pengendalian kelahiran tersedia secara luas, perempuan yang berpendidikan lebih tinggi mempunyai kekuatan untuk mengendalikan kesuburan mereka sendiri (World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development., 2003).

2. Keluarga Berencana

Keluarga berencana memungkinkan seorang wanita untuk menentukan waktu, jarak, dan frekuensi kehamilan dengan berbagai metode untuk mencegah kehamilan sambil tetap mempertahankan kehidupan seksual yang normal. Teknologi penjarangan kelahiran telah mengalami revolusi, sehingga kini terdapat metode kontrasepsi yang aman dan efektif yang tersedia secara luas dengan biaya yang wajar. Pengendalian kelahiran adalah masalah dan tanggung jawab kesehatan Masyarakat (Frieden et al., 2014).

Rendahnya tingkat kesadaran atau tidak dapat diaksesnya alat kontrasepsi berkontribusi terhadap tingginya angka kelahiran dan tingginya angka kematian ibu. Hal ini juga mengarah pada penggunaan aborsi untuk pengendalian kelahiran, yang dapat mempersulit kehamilan berikutnya. Tingkat kesuburan yang tinggi atau kehamilan di usia lanjut menimbulkan bahaya tambahan bagi ibu dan bayi yang baru lahir, dan memberikan beban pada unit keluarga (Prata et al., 2010).

Metode pengendalian kelahiran modern mencakup pencegahan konsepsi secara farmakologis dan kimia (pil hormon, implan atau suntikan hormonal, spermisida) dan metode fisik (kondom pria dan wanita serta alat kontrasepsi dalam rahim/IUD).

Metode pencegahan tradisional, seperti menyusui, *metode coitus interruptus* tidak dapat diandalkan dibandingkan metode yang ada saat ini, terutama pil, ligasi tuba, kondom wanita, dan IUD. Alat kontrasepsi yang digunakan oleh laki-laki termasuk kondom atau vasektomi (Frieden et al., 2014).

3. Kematian dan Morbiditas Ibu

Menurut *World Health Organization* (WHO) kematian ibu adalah kematian seorang perempuan pada saat hamil atau dalam waktu 42 hari setelah terminasi kehamilan yang disebabkan oleh sebab apapun yang berhubungan dengan atau diperparah oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, namun bukan karena sebab-sebab yang disengaja maupun tidak. Selanjutnya kematian ibu mencakup kematian dalam kurun waktu 42 hari hingga 1 tahun setelah terminasi kehamilan (AbouZahr, 2003). Kematian ibu dapat dibagi menjadi penyebab langsung, yaitu kematian akibat komplikasi obstetrik pada keadaan hamil; dan penyebab tidak langsung, yaitu kematian akibat penyakit yang sudah ada sebelumnya atau kondisi yang tidak disebabkan langsung oleh penyebab obstetri.

Secara global, diperkirakan 287.000 perempuan meninggal pada tahun 2010 akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, 99 % diantaranya berada di negara berkembang, angka kematian ibu diperkirakan sebesar 210 dari 100.000 kelahiran hidup (Oyston et al., 2014). Pada tahun 2010 di Afrika dan Asia Selatan memiliki tingkat kematian ibu tertinggi, yaitu sebesar 85 %. Meskipun *angka Maternal Mortality Rate* (MMR) global menurun dari 400 menjadi 210 per 100.000 pada tahun 1990 hingga 2010, kemajuan yang dicapai belum cukup untuk memenuhi target penurunan sebesar 75 % pada tahun 2015. Strategi Global PBB untuk Perempuan tahun 2010 dan Kesehatan Anak menyerukan tindakan baru di semua negara untuk mencapai MDG 5 dan meningkatkan kesehatan ibu (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., 2011).

Penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, diikuti oleh eklampsia, sepsis, dan aborsi yang tidak aman. Bank Dunia dan WHO memperkirakan bahwa perluasan layanan prenatal,

persalinan, dan pasca persalinan kepada 80 % populasi dunia akan mengurangi sebesar 40 % beban penyakit yang terkait dengan persalinan yang tidak aman (UNICEF, 2008). Mereka menyarankan bahwa program intervensi yang tepat harus mencakup informasi, pendidikan, komunikasi, transportasi, obstetrik berbasis komunitas, dan fasilitas rumah sakit daerah. MMR yang tinggi berhubungan dengan tingginya angka kelahiran dan persalinan oleh tenaga yang tidak terlatih.

Kajian tentang kematian ibu merupakan metode umum untuk menyelidiki kematian ibu guna memastikan penyebab yang dapat dicegah. Tinjauan tersebut dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kematian ibu dan memberikan pembelajaran penting bagi staf medis, obstetrik, dan kesehatan masyarakat. Menurunkan angka kematian ibu memerlukan pencegahan kehamilan remaja melalui pendidikan dan akses terhadap alat kontrasepsi, akses universal terhadap kesehatan reproduksi, perubahan budaya dan politik, dengan investasi dalam pelatihan dan infrastruktur untuk persalinan yang aman dan perawatan pasca neonatal.

Kesehatan Bayi dan Anak

Kesehatan masyarakat telah lama memainkan peran kepemimpinan utama dalam meningkatkan kesehatan anak-anak melalui penyediaan perawatan dan pengaturan kondisi untuk mencegah penyakit, memberikan perawatan penyakit secara dini dan memadai, dan meningkatkan kesehatan. Pediatri muncul sebagai spesialisasi yang terpisah dari pengobatan umum dengan penekanan pada pengobatan penyakit anak dan kelainan kelahiran, pencegahan penyakit menular, dan gizi bayi. Dalam konteks kesehatan yang lebih luas secara, kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu prioritas utama, dengan fokus khusus pada pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer yang dipromosikan harus memberikan penekanan pada imunisasi bayi, pengendalian penyakit diare, pemberian ASI dan praktik gizi, serta pencegahan gangguan defisiensi (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Bayi yang baru lahir bergantung pada ibu yang sehat dan penuh perhatian dengan dukungan keluarga dan penyedia layanan kesehatan. Kehangatan fisik dan emosional, kebersihan, dan ikatan dengan ibu penting dalam perawatan dan pemberian makan. Pemberian makanan sehat pada masa bayi merupakan isu penting dalam perawatan bayi dan pelayanan kesehatan primer, dan sama pentingnya dengan pengendalian penyakit menular dan imunisasi bagi kelangsungan hidup dan kesejahteraan bayi.

Vitamin K harus diberikan melalui suntikan dalam waktu 6 jam setelah lahir untuk semua bayi (Lane & Hathaway, 1985). Pemberian ASI harus dimulai sejak dini dan dianjurkan sebagai satu-satunya asupan bayi selama 4-6 bulan, karena komposisi ASI merupakan nutrisi ideal dan untuk perlindungan imunologi bayi. Pemberian ASI idealnya dilanjutkan hingga minimal 1 tahun dengan makanan pendamping ASI yang kaya zat besi dan zinc dimulai pada usia 6 bulan.

Suplementasi tetes oral zat besi sebaiknya diberikan mulai usia 4 bulan, dan mulai usia 2 bulan untuk bayi BBLR, untuk mendukung simpanan zat besi. Bayi prematur harus menerima multivitamin dan suplemen zat besi oral dan ini harus dilanjutkan hingga tahun kedua (Rao & Georgieff, 2009).

Pencegahan anemia defisiensi besi penting karena dampaknya terhadap bayi antara usia 6-24 bulan, ketika pertumbuhan otak dan perkembangan psikomotorik berada pada puncaknya. Suplementasi zat besi diberikan dalam bentuk susu formula yang diperkaya zat besi, suplemen zat besi, dan makanan yang diperkaya zat besi. Jika anak tidak menerima susu formula yang diperkaya zat besi, sebaiknya yang mengandung vitamin C, diberikan setiap hari selama 4 hingga 12 bulan dengan dosis 7–15mg/hari sesuai berat badan. Pencegahan sekunder adalah dengan melakukan skrining pada seluruh bayi pada usia 9-12 bulan untuk mengetahui apakah hemoglobin normal atau diperlukan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Kasih sayang fisik dan emosional dari ibu, ayah, dan keluarga memberikan rasa aman dan rangsangan yang dibutuhkan bayi untuk berkembang secara fisik, intelektual, dan emosional. Aktivitas

stimulus seperti bermain dan berbicara dengan bayi membantu mendorong perkembangan normal bayi.

Kesehatan Remaja

Lingkungan rumah sangat penting dalam pengembangan perilaku sehat pada remaja, namun remaja secara bertahap memikul tanggung jawab atas perilaku mereka sendiri. Banyak lingkungan masyarakat, termasuk sekolah, harus dimanfaatkan untuk mendorong promosi kesehatan dan menggabungkan pemeriksaan dan konseling. Layanan berbasis sekolah diperlukan, dengan tim multidisiplin yang menyediakan serangkaian layanan yang mudah diakses oleh remaja (Porter et al., 2000).

Kekerasan yang terjadi di antara remaja usia sekolah semakin diakui sebagai hal yang lazim terjadi di sekolah dan menjadi isu yang penting. Bahaya yang dihadapi remaja mencakup banyak masalah kesehatan masyarakat. Upaya untuk meningkatkan praktik kesehatan dan menghindari perilaku berisiko menjadi tujuan utama pendekatan kesehatan masyarakat bagi remaja. Upaya kesehatan masyarakat untuk mengurangi jumlah kematian dini pada remaja harus dilakukan bersama-sama dengan pemangku kepentingan pendidikan, sosial, dan kepolisian.

Upaya untuk menyampaikan pesan kepada kelompok remaja harus melibatkan tokoh populer seperti pada bidang olahraga atau musik yang direkrut untuk memberikan edukasi gambaran positif penyesuaian remaja dan transisi menuju masa dewasa. Penelitian diperlukan untuk mengembangkan pendekatan pendidikan bagi remaja yang berisiko tinggi. Pencegahan penindasan, kekerasan, perilaku berbahaya dan berisiko yang terkait dengan alkohol, merokok, narkoba, seksualitas, dan faktor-faktor yang menyebabkan masalah ini di masyarakat merupakan tanggung jawab utama pemerintah dan kesehatan masyarakat, yang tidak mudah dipenuhi, namun tidak dapat dihindari.

Program kesehatan sekolah harus menjamin lingkungan yang aman dan sehat bagi remaja, termasuk sanitasi, keamanan dari kekerasan, dan fasilitas fisik untuk belajar dan rekreasi. Remaja usia sekolah memerlukan aktivitas fisik untuk perkembangan kesehatan

mereka sebagai bagian integral dari program pendidikan kesehatan sekolah yang komprehensif. Layanan makanan di sekolah berkontribusi terhadap gizi, pembelajaran, dan prestasi remaja.

Potensi pembelajaran kesehatan di lingkungan sekolah harus dimanfaatkan oleh sistem kesehatan masyarakat dengan mendorong otoritas pendidikan untuk memasukkan kesehatan sebagai bagian dari kurikulum. Materi pembelajaran dapat mencakup keselamatan (kebakaran, keamanan lalu lintas), kesehatan mulut, kebiasaan makan yang sehat, kebersihan, bagaimana fungsi tubuh, dan hidup sehat (tidur dan olahraga). Topik yang juga dapat dikembangkan mencakup penilaian pelecehan anak, kecenderungan bunuh diri atau kekerasan, status gizi, gangguan mood, dan penyalahgunaan narkoba. Pencegahan kekerasan telah menjadi topik penting dalam sistem pendidikan di tingkat dasar dan menengah (Cameron et al., 2007).

Kesehatan Usia Dewasa dan Lanjut Usia

1. Kesehatan Usia Dewasa

Kesehatan usia dewasa antara 26-59 tahun penting bagi kesejahteraan keluarga dan juga masyarakat. Tingginya angka kematian laki-laki pada kelompok usia ini menimbulkan ketimpangan sosial dengan dominasi perempuan pada kelompok usia lanjut. Kematian dini atau kecacatan pada laki-laki seringkali mengakibatkan hilangnya sebagian besar pendapatan keluarga, serta produktivitas dalam Masyarakat (Corso et al., 2007). Sebagian besar kematian pria dapat dicegah dengan pengetahuan dan teknik yang tersedia saat ini di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat, seperti yang telah terlihat dalam penurunan angka kematian akibat penyakit jantung dan stroke. Laki-laki dewasa harus menjadi sasaran upaya terkoordinasi baik dari layanan preventif maupun kuratif untuk mengurangi risiko dan meningkatkan kesehatan (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Faktor risiko yang berkontribusi terhadap penyakit dan kematian bersifat intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi usia, jenis kelamin, dan genetika, sedangkan faktor ekstrinsik meliputi gaya hidup pribadi dan lingkungan. Peningkatan

kesehatan bagi populasi orang dewasa memerlukan serangkaian program pencegahan primer dan sekunder yang berfokus pada faktor ekstrinsik yang dapat mengurangi risiko dan angka kematian akibat penyakit kronis. Program untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit kronis mencakup kegiatan pencegahan perlu didukung oleh sistem kesehatan yang baik, sesuai dengan pedoman yang direkomendasikan berdasarkan usia dan gender.

2. Kesehatan lanjut usia

Menurut WHO, lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. BPS mengelompokkan lansia menjadi tiga kelompok umur yaitu lansia muda (kelompok umur 60-69 tahun), lansia madya (70-79 tahun), dan lansia tua (80 tahun ke atas). Jumlah lansia (60 tahun ke atas) pada tahun 2019 sebesar 14,91 %, meningkat menjadi 19,25 % pada tahun 2021. Meningkatnya jumlah lansia menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Semakin sehatnya penduduk lansia sebanding dengan menurunnya jumlah kematian dan semakin panjangnya harapan hidup (Badan Pusat Statistik, 2020).

Kesehatan masyarakat berupaya untuk meningkatkan kesejahteraan dengan mendorong gaya hidup sehat dan tersedianya akses terhadap pelayanan kesehatan lansia. Gizi yang sesuai kebutuhan, kebugaran jasmani, rekreasi, aktivitas sehat, kehidupan keluarga yang harmonis, partisipasi dalam kehidupan sosial dan agama, yang dilakukan sesuai dengan kemampuan fisik dan emosional individu. Upaya preventif yang penting dalam rangka persiapan memasuki usia lanjut adalah dengan menjaga kebugaran jasmani. Aktivitas fisik yang teratur baik secara individu atau kelompok, sangat membantu dalam meningkatkan nafsu makan, kualitas tidur, dan kebugaran fisik lansia.

Jaringan sosial dan dukungan keluarga penting bagi lansia dan berkontribusi terhadap rasa penerimaan dan kesejahteraan. Hubungan keluarga dan dukungan sosial mempunyai manfaat kesehatan secara langsung pada lansia. Kesehatan mental sangat dipengaruhi oleh persepsi diri lansia terhadap perannya dalam keluarga dan masyarakat (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Pendekatan pemeliharaan kesehatan untuk menjaga kesejahteraan melibatkan persiapan menuju usia tua yang sehat, dan memerlukan perawatan diri serta pendekatan preventif yang dimulai pada tahun sebelum memasuki usia lanjut. Hal ini melibatkan penemuan kasus penyakit kronis secara dini dan perawatan penyakit yang sudah ada untuk mencegah komplikasi. Dukungan terhadap lansia oleh penyedia layanan kesehatan dapat mencegah atau mengurangi komplikasi akibat kesalahan pengobatan, kesalahpahaman tentang kebutuhan kesehatan, gizi yang tidak memadai, dan isolasi sosial.

Komunikasi sangat penting untuk kehidupan dan kesehatan lansia. Ketersediaan sistem komunikasi darurat dapat menyelamatkan nyawa, serta memberikan kemandirian dan kepercayaan diri bagi lansia yang terbatas dalam beraktivitas. Telepon dapat digunakan untuk memberikan dukungan sosial serta untuk keadaan darurat dengan kontak tenaga medis, keluarga dan orang lain di luar rumah memberikan rasa aman bagi lansia (Schulz & Martire, 2004).

Aspek keuangan di masa tua mungkin bisa menjadi beban berat bagi generasi muda. Anak-anak mungkin perlu memberikan bantuan keuangan kepada anggota keluarga yang lebih tua yang mungkin memiliki alokasi pensiun yang tidak memadai. Hal ini dapat mempengaruhi hubungan keluarga, kondisi kehidupan, nutrisi, perawatan medis, kontak sosial dan banyak aspek kehidupan lainnya. Populasi lanjut usia yang sehat hendaknya tidak dilihat sebagai beban, melainkan sebagai bagian yang memberikan kontribusi besar bagi keluarga dan masyarakat secara umum. Kesehatan Masyarakat harus berupaya untuk meningkatkan status kesehatan orang lanjut usia dan memastikan penyediaan dukungan dan layanan kesehatan yang memadai untuk membantu mereka berfungsi secara mandiri, di rumah mereka sendiri. Kesehatan Masyarakat perlu mendorong jaringan sukarelawan dan swadaya di kalangan lansia untuk memberikan dukungan selama masa-masa kritis seperti sakit atau cedera setelah dirawat di rumah sakit, atau periode stres emosional dan depresi (Friedman et al., 2002).

Daftar Pustaka

AbouZahr, C. (2003). Global burden of maternal death and disability. In *British Medical Bulletin* (Vol. 67, pp. 1–11). https://doi.org/10.1093/bmb/ldg015

Badan Pusat Statistik. (2020). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020*.

Cameron, R., Manske, S., Brown, K. S., Jolin, M. A., Murnaghan, D., & Lovato, C. (2007). Integrating Public Health Policy, Practice, Evaluation, Surveillance, and Research: The School Health Action Planning and Evaluation System. *American Journal of Public Health*, *97*(4), 648–654. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.079665

Clapp, J., & Peter Dauvergne. (2011). *Paths to a green world: The political economy of the global environment.* MIT press.

Corso, P. S., Mercy, J. A., Simon, T. R., Finkelstein, E. A., & Miller, T. R. (2007). Medical Costs and Productivity Losses Due to Interpersonal and Self-Directed Violence in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(6). https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.010

Frieden, T. R., Harold Jaffe, D. W., Moran, J. S., Leahy, M. A., Martinroe, J. C., Spriggs, S. R., Starr, T. M., Doan, Q. M., King, P. H., Roper, W. L., Hill, C., Matthew Boulton, C. L., Arbor, A., Virginia Caine, M. A., Barbara Ellis, I. A., Jonathan Fielding, G. E., Jones, T. F., Rima Khabbaz, T. F., Dennis Maki, G. G., … William Schaffner, W. (2014). *Providing Quality Family Planning Services Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs Morbidity and Mortality Weekly Report Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board*. http://www.cdc.gov/mmwr/cme/conted.html.

Friedman, M. R., Bowden, V. R., & Jones, E. (2002). *Family nursing, research, theory, & practice* (5th Edition). Prentice Hall.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Countdown to zero : global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015.* UNAIDS.

Kateja, A. (2007). Role of female literacy in maternal and infant mortality decline. In *Social Change* (Vol. 37, Issue 2).

Lane, P. A., & Hathaway, W. E. (1985). *THE JOURNAL OF PEDIATRIC S Vitamin K in infancy*.

Oyston, C., Rueda-Clausen, C. F., & Baker, P. N. (2014). Current challenges in pregnancy-related mortality. In *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* (Vol. 24, Issue 6, pp. 162–169). Churchill Livingstone. https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.04.007

Porter, G., Epp, L. R., & Bryant, S. W. (2000). Collaboration among School Mental Health Professionals: A Necessity, Not a Luxury. *Professional School Counseling*, *3*, 315–322. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:142393482

Prata, N., Passano, P., Sreenivas, A., & Gerdts, C. E. (2010). Maternal mortality in developing countries: Challenges in scaling-up priority interventions. In *Women's Health* (Vol. 6, Issue 2, pp. 311–327). https://doi.org/10.2217/whe.10.8

Rao, R., & Georgieff, M. K. (2009). Iron Therapy for Preterm Infants. In *Clinics in Perinatology* (Vol. 36, Issue 1, pp. 27–42). https://doi.org/10.1016/j.clp.2008.09.013

Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. In *American Journal of Geriatric Psychiatry* (Vol. 12, Issue 3, pp. 240–249). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002

Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Family Health. In *The New Public Health* (pp. 311–379). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00006-9

UNICEF. (2008). *The state of the world's children 2009: maternal and newborn health.: Vol. Vol. 9*. Unicef.

World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. (2003). *Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents.* Dept. of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.

PROFIL PENULIS

Kristian Triatmaja Raharja, M.Kes

Kristian Triatmaja Raharja, lahir di Sidoarjo pada 15 Juli 1988, berprofesi sebagai dosen pada Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Madura. Menyelesaikan pendidikan sarjana di Jurusan Pendidikan Kesejahteran Keluarga, dengan Program Studi Pendidikan Tata Boga Universitas Negeri Surabaya pada tahun 2011. Melanjutkan program pendidikan magister pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, konsentrasi Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2014. Pengalaman profesional sebagai pendidik dan peneliti sudah penulis lakukan sejak tahun 2015 hingga sampai sekarang.

Penulis memilih bidang konsentrasi keilmuan adalah gizi dan kesehatan, yang telah ditekuni sejak kuliah dan berlanjut hingga berkarir sebagai dosen. Beberapa penelitian terkait dengan bidang makanan, gizi, dan kesehatan telah berhasil dilakukan dengan pendanaan internal kampus, maupun dana hibah bersaing KEMENDIKBUD RISTEK. Penulis juga aktif menulis jurnal ilmiah dan buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangan dan kemajuan bangsa dan negara.

Email Penulis: kristian.triatmaja@poltera.ac.id

BAB 18
PENGOBATAN TRADISIONAL DI MASYARAKAT

Meiana Harfika, S.KM., M.Kes.
Universitas Respati Indonesia

Pengertian Pengobatan Tradisional

Kesehatan merupakan hal yang penting yang harus diperhatikan dimana suatu organisasi kesehatan dunia WHO mendefinisikan bahwa sehat bukan hanya terbebas dari kecacatan dan keterbatasan tetapi keadaan yang paripurna antara fisik, mental dan sosial. Setiap orang pasti menginginkan keadaan dan kondisi yang sehat tetapi terkadang sakit tidak dapat dihindari. Perilaku seseorang dalam menjaga kesehatan beragam termasuk perilaku sakit pada individu. Setiap individu yang sakit biasanya akan mencari pengobatan baik itu pengobatan modern, pengobatan tradisional dan atau keduanya.

Pengobatan tradisional adalah suatu proses mencari penyembuhan, mengurangi gejala, dan meminimalisir kekambuhan dari penyakit tersebut dengan menggunakan bahan dari alami. Pengobatan tradisional dapat juga berupa terapi atau praktik dari orang yang dianggap bisa menyembuhkan. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2000 dikatakan bahwa *traditional medicine* sebagai rangkaian pengetahuan, keterampilan juga praktik-praktik yang secara teori, dan pengalaman masyarakat diyakini memiliki budaya yang berbeda dalam pemeliharaan kesehatan serta pencegahan, meminimalisir gejala dan memberi pengobatan penyakit baik fisik maupun mental. Menurut badan kesehatan tersebut terdapat 2 jenis *traditional medicine* yaitu pemberian tindakan

pengobatan dengan cara yang bersifat spiritual. Hal tersebut berhubungan dengan sesuatu yang bersifat ghaib; dan pemberian tindakan pengobatan menggunakan obat ramuan alami, seperti jamu atau jenis obat herbal yang berasal dari alam(Walcott, 2004) Hampir sama dengan Djoyosugito berpendapat bahwa pengobatan tradisional ada dua hal juga yaitu: obat yang berasal dari alam atau ramuan/racikan tradisional serta bagaimana caranya dalam pengobatan tradisional. Pendapat yang kedua melibatkan unsur ghaib tetapi sedikit karena masih banyak cara pengobatan yang berasal dari budaya Indonesia. Definisi pengobatan tradisional adalah pengobatan yang didapatkan atau dipraktekan secara turun temurun dan digunakan oleh masyarakat untuk mengobati berbagai macam penyakit tertentu dan dapat diperoleh secara bebas dan alami (Djoyosugito, 1984)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 61 tahun 2016 (KepmenRI, 2016) mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional empiris menyebutkan bahwa pada dasarnya obat tradisional adalah bahan atau ramuan yang berasal dari tanaman/tumbuhan, hewan, mineral, galenik/sarian juga percampuran dari bahan tersebut yang digunakan secara turun temurun bertujuan untuk pengobatan, berdasarkan norma yang berlaku di masyarakat. Pendapat lain mengatakan pengobatan tradisional merupakan Upaya memberikan pengobatan dengan cara/metode selain ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan dan sudah banyak dimanfaatkan oleh masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan dan membantu mengatasi berbagai masalah kesehatan yang ringan.

Sejalan dengan PermenRI diatas pendapat Asmino (Asmino, 1993) pengobatan tradisional terbagi menjadi 2. Pertama, metode penyembuhan tradisional (*traditional healing*) yang terdiri dari berbagai terapi seperti akupuntur, pijat refleksi, kompres, bekam dan lain-lain. Kedua adalah dengan obat/ramuan tradisional (*traditional drugs*) dengan menggunakan bahan yang tersedia dari alam seperti halnya tumbuhan atau tanaman, hewan-hewan, sumber mineral atau garam-garam serta mata air yang keluar dari tanah.

Penggunaan Pengobatan Tradisional di Indonesia

Pengobatan di Indonesia semakin mengalami perkembangan yang pesat baik pengobatan modern dan juga pengobatan tradisional. Pengobatan modern yaitu pengobatan penyakit dengan menggunakan alat teknologi canggih dan obat-obatan kimia sintesis. Sementara pengobatan tradisional merupakan pengobatan dengan bahan-bahan dari alam sebagai alternatif pengobatan. Pengobatan tradisional didapatkan dari turun temurun dalam masyarakat seperti penggunaan kunyit untuk menurunkan panas demam pada anak bayi dan balita.

Masyarakat Indonesia sudah sangat lama menggunakan bahan alami yang diolah menjadi ramuan racik menjadi obat maupun jamu sebagai penyehat badan. Banyak masyarakat yang merasa cocok dengan pengobatan tradisional atau biasa disebut obat herbal. Hal tersebut menjadikan pilihan pengobatan tradisional dalam keluarga masyarakat Indonesia masih cukup tinggi. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018 masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 31,4% dan melakukan upaya sendiri sebesar 12,9%. Kemudian data mengenai jenis pemanfaatan ramuan jadi 48%, ramuan buatan sendiri 31,8 dan upaya kesehatan keterampilan manual 65,3% (Kemenkes RI, 2018)

Pengobatan tradisional berpotensi dikembangkan di Indonesia karena Indonesia kaya akan berbagai tanaman yang mengandung anti atau penawar penyakit. Sehingga Indonesia disebut dengan negara dengan kekayaan sumber daya hayati (*biodiversity*) yang melimpah ruah serta mempunyai pengetahuan tradisional yang kaya di bidang obat - obatan yang sangat beragam. Masyarakat Indonesia pada zaman dahulu sudah menggunakan pengobatan dari bahan-bahan tumbuhan atau hewan sehingga perlu dilestarikan dan dikembangkan pada saat ini. Begitu juga minat masyarakat pada pengobatan tradisional masih tinggi.

Jenis Pengobatan Tradisional

Seorang yang sakit dapat memilih pengobatan secara modern atau alternatif. Pengobatan alternatif termasuk dalam pengobatan tradisional yang sering dipilih masyarakat apabila hasil pengobatan

modern/konvensional tidak memberikan hasil atau tidak memuaskan individu yang sakit. Ada banyak jenis pengobatan alternatif di Indonesia dalam proses pemberian layanan kesehatan pengobatan seperti dibawah ini :

1. *Herbal-agency.* Biasa disebut dengan obat herbal yaitu sebuah pengobatan dengan menggunakan tanaman/tumbuhan, bisa berupa bahan asli seperti daun-daunan maupun racikan (ramuan) sebagai bahan pengobatan.
2. *Animal-agency*. Pengobatan alternatif dengan menggunakan bahan dari hewan, baik bahan dasar hewan maupun dalam proses layanan pengobatan.
3. *Material-agency*. Pengobatan Alternatif yang menggunakan bahan material sebagai bahan layanan pengobatan alternatif. Misalnya kop untuk bekam, tusuk jarum pada akupuntur, air yang dianggap suci berkhasiat dan terapi kristal.
4. *Mind-agency*. Pada metode ini kekuatan jiwa sebagai bahan layanan pengobatan alternatifnya. Dapat diberi contohnya yaitu energi chi, prana, spiritual serta *hypnotherapy*.
5. *Exen-agency*. Metode ini memperkaya jenis pengobatan alternatif yang menggunakan gejala, sifat, fenomena, sebagai layanan pengobatan alternatif. Misalnya dengan cara mengaji atau mendengarkan ayat suci, mendengarkan suara musik, mewarnai gambar, lewat gelombang elektromagnetik, panas, aliran listrik lembut juga dengan aromaterapi (Sudarma, 2008)

Di Indonesia, pengobatan tradisional makin berkembang selama bertahun-tahun sebagai warisan turun-temurun dari nenek moyang yang biasanya menggunakan kekuatan alam dan daya manusia dalam menyembuhkan suatu penyakit. Dimana pada masa tersebut sangat memungkinkan belum banyak menggunakan metode kedokteran dan sumber daya manusia dokter masih terbatas sementara penduduk Indonesia tersebar di berbagai wilayah Indonesia. Pengetahuan mengenai obat-obat alami itu juga didapat dari pengaruh negara Cina dan India. Dengan demikian pengobatan tradisional menjadi kebutuhan hampir setiap lapisan masyarakat Indonesia tergantung jenis penyakitnya.

Nama dan Pemanfaatan Tanaman Obat

Tabel 18.1 Jenis dan Pemanfaatan Tanaman Obat

No	Nama Tanaman	Nama Latin	Dapat Mengobati	Bagian Yang Dimanfaatkan	Cara Pemanfaatan
1	Tanaman Lidah buaya	Aloe vera	Jerawat, penyubur rambut, rambut rontok, maag	Gel didalam daun	Diseduh, dioles langsung 1-2x sehari
2	Sambiloto	Andrographis paniculata	hipertensi, flu, radang,demam, Penurun Kadar Gula darah,	Daun	Direbus , dihaluskan /ditumbuk 2x sehari
3	Sirsak	Annona muricata	Meminimalkan kanker, kista, penambah tenaga	Daun muda	Dihaluskan/ ditumbuk, direbus kemudian airnya diminum Segelas 2x sehari
4	Tanaman Srikaya	Annona squamosa	Obat Luka Borok	Daun	Dihaluskan kemudian di balurkan pada luka 3x sehari
5	Tanaman pinang	Areca catechu	Penambah nafsu makan, Obat luka bagian dalam,	Buah , akar	Dihaluskan/ ditumbuk dan direbus 3x sehari
6	Jeruk nipis	Citrus aurantifolia	Sakit maag, batuk	Air dalam buah	Diperas airnya 3 sdm 2x sehari
7	Kelapa gading	Cocos nucifera var. eburnean	Sakit Batuk, paru-paru, panas dalam, Penambah nafsu makan,	Buah	Dipanggang ,atau diminum secara langsung Segelas 2x sehari
8	Kunyit	Curcuma domestica	Bekas luka, demam, radang, Penambah tenaga,	Rimpang kunyit	Diparut halus 3 sdm 2x sehari
9	Kunyit putih	Curcuma zedoaria	Sakit Maag, Hepatitis,	Rimpang	Diparut

					3 sdm 1x sehari Segelas 1x sehari
10	Temulawak	Curcuma xanthorrhiza	Maag, Sakit pinggang	Rimpang	Direbus Segelas 1x sehari
11	Serai	*Cymbopogon citrates*	Sakit gigi	Daun serai	Dibersihkan dan rebus ½ gelas 2x sehari
12	Serai wangi	*Cymbopogon nardus*	Gigitan serangga, rematik	Batang	Digoreng Secukupnya a setiap kali dibutuhkan
13	Manggis	*Garcinia mangostana*	Diet menurunkan berat badan	Buah	Direbus Segelas 1x sehari
14	Kulit manggis	*Garcinia mangostana*	Penurun Kadar kolesterol, penghambat sel kanker, mengontrol gula darah	Kulit	Direbus Segelas 1x sehari
15	Kaca piring	*Gardenia augusta*	Memperlancar melahirkan, Panas dalam	Daun	Dihaluskan 3 sdm 2x sehari Segelas 1 x sehari
16	Kencur	*Kaempferia galanga*	Penurun panas dan Meringankan batuk pada bayi	Rimpang	Dihaluskan, dikunyah Secukupnya 1-2x sehari
17	Cocor bebek	*Kalanchoe pinnata*	Meringankan Salah urat, Panas dalam, Rematik	Daun	Dihaluskan Secukupnya 2x sehari
18	Singkong	*Manihot esculenta*	Maag	Umbi	Direbus ½ gelas 3x sehari
19	Paria	*Momordica charantia*	Meringankan Malaria dan Panas dalam	Daun	Diremas 3 sdm 2x sehari
20	Mengkudu	*Morinda citrifolia*	Hipertensi Lumpuh	Buah	Dihaluskan, dijemur Segelas 1x sehari

					3 sdm 1x sehari
21	Kelor	*Moringa oleifera*	Meringankan Rematik, Sakit seluruh badan	Batang , Daun	Ditumbuk Secukupnya 1x sehari
22	Kumis kucing	*Orthosiphon spicatus*	Penurun kadar gula/ Diabetes, kencing batu	Akar, batang dan daun	Direbus Segelas 2x Sehari
23	Mahkota dewa	*Phaleria macrocarpa*	Lemah jantung, kurang darah	Buah	Direbus Segelas 3x sehari
24	Sirih	*Piper betle*	Penyakit dalam, Keputihan Pelancar Haid, menghilangkan bau badan	Daun	Direbus, Dikunyah Segelas 2x sehari
25	Jambu biji	*Psidium guajava*	Diare	Daun, buah	Direbus/ dihaluskan daunnya, buah dijus serta biji, dikunyah daun Segelas 2x sehari
26	Katuk	*Sauropus androgynus*	Meringankan Panas dalam, penambah ASI dan tenaga	Daun	Direbus dengan bawang 3x sehari
27	Brotowali	*Tinospora crispa*	Malaria	Batang	Direbus, Diteteskan Segelas 2x sehari 3 tetes 1x sehari
28	Jahe merah	*Zingiber officinale* var *rubrum rhizoma*	Penambah nafsu makan, Batuk, Minyak urut	Rimpang	Dihaluskan, Digoreng 3 sdm 2x sehari
29	Kembang bulan	*Tithonia diversifolia*	Menurunkan kadar glukosa darah, meringankan perut kembung dan anti radang	Daun, akar, batang, buah, biji	Direbus 2 gelas 3x sehari

30	Bangle	*Zingiber purpureum*	Meringankan Salah urat, Sakit pinggang, rematik	Rimpang	Dihaluskan Secukupnya 2x sehari

Sumber : (Lestaridewi, Jamhari and Isnainar, 2017)

Poli Pengobatan Tradisional

Seiring dengan kemajuan teknologi pengobatan tradisional ikut terus berkembang oleh sebab itu terjadi peningkatan dalam pemanfaatannya. Terkadang walaupun sudah menjalani pengobatan modern masyarakat tetap memilih obat-obatan herbal atau terapi tradisional yang sudah lama diterapkan oleh masa terdahulu. Pengobatan tradisional zaman dahulu dengan cara trial dan error dengan pengetahuan seadanya, tetapi sekarang sudah banyak dilakukan penelitian terkait hal tersebut dan penggunaan teknologi juga. Misalnya penelitian mengenai obat-obatan yang berasal dari alam dan menggunakan teknologi mengeringkan bahan alam tanaman tersebut.

Dewasa ini pengobatan tradisional dimanfaatkan dalam upaya kesehatan baik itu dalam hal upaya preventif, promotif, kuratif dan yang terakhir upaya rehabilitatif. Dan masih akan terus berkembang sampai saat ini seiring dengan perkembangan masa. Hal tersebut menjadi tanda yang baik bagi masyarakat untuk menggunakan hal-hal yang bersifat alamiah.

Pelayanan kesehatan tradisional juga telah dapat perhatian dari berbagai negara termasuk badan kesehatan dunia dan hasil dari pertemuan *Congress on Traditional Medicine* di Beijing pada bulan november 2008 (WHO, 2008) disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional yang aman dan bermanfaat dapat diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Selanjutnya WHO mendorong negara-negara anggotanya agar mengembangkan Pelayanan Kesehatan Tradisional di negaranya sesuai kondisi setempat.

Indonesia memiliki tugas untuk menjalankan program pembinaan tersebut melalui kementerian kesehatan yang

bertanggung jawab melaksanakan agar pelayanan tradisional dapat diwujudkan dengan tanggung jawab terhadap keamanan obat dan terapi tradisional beserta manfaat yang dirasakan dan juga mutu pelayanan kepada masyarakat sehingga masyarakat merasa aman terlindungi dalam pemilihan jenis pelayanan kesehatan tradisional yang sesuai dengan kebutuhannya.

Poli pengobatan tradisional sudah merambah ke Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Hampir seluruh Puskesmas di Surabaya Jawa Timur telah menambahkan klinik Batra dimana ada petugas kesehatan yang ditugaskan di poli tersebut dan pada tahun 2015 bulan Oktober poli batra pertama di Rumah sakit (RS) yaitu RS Universitas Airlangga dengan pelayanan pengobatan tradisional dan komplementer. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengobatan tradisional sudah diterima oleh tenaga kesehatan dan masyarakat. Salah satu surat kabar mengatakan bahwa masyarakat antusias mendatangi poli batra tersebut untuk meringankan gejala penyakit. Pasien tetap harus ke poli umum dahulu untuk mendapatkan rujukan baru dapat mengunjungi poli batra. Terapi komplementer yang diminati di poli batra adalah akupuntur sehingga dalam satu hari kurang lebih pasien yang datang mencapai 20 orang. Setiap 1 pasien membayar 20.000 rupiah untuk mendapatkan tindakan tersebut. Terapi akupuntur juga akan disesuaikan dengan berbagai gejala menyesuaikan kondisi pasien. Poli batra tersebut juga melayani pasien yang ingin menurunkan berat badan dengan ramuan yang sesuai dan diet makanan lain. Poli batra memfasilitasi obat herbal yang berasal dari alam dan dikaitkan dengan teori ilmu pengetahuan, hasil penelitian dan budaya lokal setempat terutama dengan pengobatan tradisional.

Poli batra dirasa sangat positif dalam meringankan gejala penyakit dan menyehatkan badan sehingga dinas kesehatan menargetkan pemerataan poli tersebut di seluruh Indonesia. Keberadaan poli batra pun akan sangat membantu meningkatkan pelayanan kesehatan serta mengurangi ketergantungan obat kimia pada pasien.

Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan Tradisional

Dalam UU RI Nomor 36 tahun 2009 (Undang-undang RI, 2009) mengenai kesehatan ada beberapa pasal yang mengatur tentang Pelayanan Kesehatan tradisional yaitu pada pasal 1, 48, 59, 60 dan 61. Pada pasal satu butir enam belas yang dijelaskan bahwa "pelayanan kesehatan tradisional ialah metode cara pengobatan dan atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggung jawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat". Dalam pasal empat delapan dikatakan bahwa "pelayanan kesehatan tradisional adalah suatu penyelenggaraan upaya Kesehatan".

Dalam pasal lima sembilan mengatakan perihal "pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi dua jenis, yakni Yankes Tradisional Keterampilan dan Tradisional Ramuan. Dalam pasal ini juga dikatakan bahwa "seluruh jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah, agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama.

Dalam pasal enam puluh dan enam satu menyebutkan bahwa "orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional harus mengikuti aturan yang telah ditetapkan, dan masyarakat diberikan kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya".

Jenis pelayanan kesehatan tradisional dengan Ramuan bahan alam/herbal, antara lain: Jamu, Gurah, terapi aroma, terapi SPA, *Homeopathy* dan metode lain yang memakai metode racikan. Sedangkan yang termasuk dalam Yankes tradisional tentang keterampilan diantaranya: berbagai macam jenis pijat seperti pijat urut, *shiatsu*, pijat capek, pijat bayi, pijat refleksi, kemudian terapi lainnya seperti akupunktur, akupresur, tenaga dalam, *reiki, qigong*, kebatinan, dan metode lainnya yang menggunakan keterampilan tradisional turun temurun (Kemenkes RI, 2011)

Sumber daya alam di negara Indonesia sangat mempunyai potensi untuk digunakan dan dikembangkan begitu juga dengan

potensi sumber daya manusia. Sehingga sangat memungkinkan untuk dimanfaatkan dalam mendukung meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tidak kalah dengan negara lain yaitu Cina, Jepang, Korea, Vietnam yang pengobatan tradisionalnya berkembang pesat.

Kemudian mewujudkan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggung jawabkan atas penggunaan, manfaat dan keamanan terhadap kesehatan serta tidak bertentangan dengan norma agama dan budaya yang ada di Indonesia.

Dalam Undang-undang di atas tertera bahwa masyarakat Indonesia mendapat perlindungan dari pemerintah dalam menggunakan pengobatan tradisional dan pelayanan kesehatannya termasuk pelaku usaha obat-obatan tradisional. Dalam laporan tahunan Direktorat Pengawasan Obat Tradisional dan Suplemen Kesehatan pada tahun 2022 bahwa ada pembinaan berkelanjutan bagi sarana produksi yang memenuhi ketentuan dan apabila belum memenuhi ketentuan akan diberikan peringatan, terhadap temuan tanpa izin edar dilakukan pembinaan teknis untuk langkah-langkah proses mendaftar produk (KepmenRI, 2016)

Penelitian Mengenai Pengobatan Tradisional

Penelitian Ervina tahun 2014 pada penderita hipertensi di kota Bengkulu menunjukkan bahwa provinsi Bengkulu berada di posisi 10 besar yang paling banyak penderita rawat jalan pada pengobatan tradisional setahun terakhir termasuk penderita hipertensi. Kejadian hipertensi di kota bengkulu membuat masyarakat memanfaatkan obat-obatan tradisional untuk menurunkan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu dengan sampel 190 penderita hipertensi memilih penggunaan pengobatan tradisional sebesar 127 responden 66.8 %. Responden yang percaya bahwa hipertensi sembuh dengan cara pengobatan tradisional sebesar 106 (55.8%) dengan responden pengguna pengobatan tradisional pendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi) sebesar 84 responden (61%) (Ervina and Ayubi, 2018)

Penelitian Siew-Mooi Ching et al. mengatakan bahwa 62,6% pada penderita tekanan darah tinggi/hipertensi di Negara Malaysia memanfaatkan obat-obatan alternatif dan komplementer dalam

menurunkan tekanan darah penderita hipertensi. Kemudian penelitian yang sama hasilnya yaitu di Uganda didapatkan bahwa terdapat 56,2% penderita hipertensi pernah menggunakan pengobatan alternatif. Dan penelitian lainnya di Turki, sebanyak 51,3% penderita hipertensi menggunakan pengobatan tradisional jenis terapi bahan alam atau herbal untuk menurunkan tekanan darah dan sebagai usaha mengobati hipertensi. (Siew-Mooi1* *et al.*, 2013)

Untuk penelitian bahan -bahan herbal dari alam sudah sering dilakukan oleh para peneliti antara lain :

Penelitian Nurlela & Harfika tahun 2019 menunjukkan bahwa efektivitas air rebusan buah belimbing wuluh untuk meringankan gejala Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Memproses belimbing wuluh untuk meringankan ISPA adalah dengan merebus sebanyak 30 gram buahnya dengan 3 gelas air bersih atau sekitar 600 ml sampai mendidih setelah mendidih diamkan sebentar sampai dingin dan air rebusan belimbing wuluh bisa ditempatkan di botol kaca dan siap diminum. Hasil air rebusan buah belimbing wuluh bisa bertahan selama 1 minggu apabila diletakkan didalam kulkas. Hasil penelitian didapatkan bahwa sebelum dilakukan percobaan pada 21 responden terdapat sejumlah 8 orang dengan gejala batuk berat 38,1% sedang 13 responden 61,9% setelah dilakukan percobaan dengan air rebusan belimbing wuluh para responden diukur kembali dan hasilnya terdapat 6 responden atau 28.6% gejala batuk menjadi sedang dan 15 responden (71,4%) gejala batuk menjadi ringan. Hal ini dapat disebabkan bahwa dalam buah belimbing wuluh mempunyai kandungan saponin, tanin, glikosida, kalsium, dan zat anti bakteri (Nurlela and Harfika, 2019)

Pada penelitian Affif dan Amilah menunjukkan bahwa ekstrak daun mengkudu (*Morinda Citrifolia L*) dan daun sirih merah (*piper crocatum Ruiz & Pav*) dapat menghambat pertumbuhan bakteri *staphylococcus aureus*. Bakteri tersebut ditemukan pada permukaan kulit dan merupakan agen penyakit akibat infeksi pada manusia. Dari hasil penelitian pada 4 jenis perlakuan ekstrak daun mengkudu dan ekstrak daun sirih merah yaitu 0%, 40%, 60%, dan 80% dapat mempengaruhi pertumbuhan besar zona hambat bakteri *Staphylococcus aureus* dan konsentrasi daun mengkudu yang paling

efektif untuk menghambat pertumbuhan bakteri *Staphylococcus aureus* adalah pada 80%. Hal tersebut menunjukkan bahwa ekstrak daun mengkudu dan daun sirih merah efektif sebagai antibakteri *Staphylococcus aureus* (Afiff and Amilah, 2017)

Penelitian buah mengkudu lainnya menunjukkan bahwa teh buah mengkudu efektif dalam menurunkan tekanan darah penderita lanjut usia yang mengalami hipertensi cara pembuatan teh buah mengkudu dengan tingkat kematangan sedang adalah dengan berbagai proses yaitu mencuci bersih buah mengkudu kemudian memotongnya dan menjemur dibawah sinar matahari sebagai proses pengeringan buah mengkudu selama 2 sampai 3 hari. Setelah kering teh mengkudu potong yang telah kering sebesar 5 gram dapat diseduh dengan air hangat suhu 70-90°C sebanyak 200cc selama 5 menit ditambah potongan kecil kayu manis sekitar 2 cm yang telah disangrai dan ditambahkan 1 gram gula batu. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat pengaruh teh daun mengkudu dengan penurunan tekanan darah pada penderita lanjut usia di UPTD Griya Werdha Kota Surabaya pada tahun 2008 (Safitri and Ismawati, 2018)

****

Daftar Pustaka

Afiff, F. . and Amilah, S. (2017) 'EFEKTIVITAS EKSTRAK DAUN MENGKUDU (Morinda citrifolia L.) DAN DAUN SIRIH MERAH (Piper crocatum Ruiz & Pav) TERHADAP ZONA HAMBAT PERTUMBUHAN Staphylococcus aureus', *STIGMA: Jurnal Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Unipa*, 10(01), pp. 12–16. doi: 10.36456/stigma.vol10.no1.a635.

Asmino (1993) *Pengalaman pribadi dengan pengobatan alternatif*. Panitia Kongres Nasional II Perhimpunan Onkologi Indonesia, 1993. Available at: https://books.google.co.id/books/about/Pengalaman_pribadi_dengan_pengobatan_alt.html?id=_ExmGwAACAAJ&redir_esc=y.

Djoyosugito, A. M. (1984) *Pengetahuan Obat-obatan Jawa Tradisional*. Proyek Javanologi.

Ervina, L. and Ayubi, D. (2018) 'Peran Kepercayaan Terhadap Penggunaan Pengobatan Tradisional Pada Penderita Hipertensi Di Kota Bengkulu', *Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*, 1(1), p. 1. doi: 10.47034/ppk.v1i1.2101.

Kemenkes RI (2018) 'Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018', *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), pp. 1689–1699.

KepmenRI (2016) 'Laporan Tahunan Direktorat Pengawasan Obat Tradisional dan Suplemen Kesehatan'.

Lestaridewi, ni ketut, Jamhari, M. and Isnainar (2017) 'kajian pemanfaatan tanaman sebagai obat tradisional di Desa Tolai Kecamatan Torue Kabupaten Parigi Moutong', *journal of BIODIDAKTIS*, 5 (2)(2), pp. 92–108.

Nurlela, L. and Harfika, M. (2019) 'Air Rebusan Belimbing Wuluh Sebagai Antitussive dan Expectorant pada ISPA', *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 14(2), pp. 50–60. Available at: https://journal.stikeshangtuah-sby.ac.id/index.php/JIKSHT/article/view/57/51.

RI, K. (2011) 'Mengenal Pelayanan Kesehatan Tradisional di Indonesia'. Jakarta: Kemenkes RI. Available at: https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/110114-mengenal-pelayanan-kesehatan-tradisional-di-indonesia.

Safitri, A. R. and Ismawati, R. (2018) 'Efektifitas Teh Buah Mengkudu Dalam Menurunkan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi (Studi di UPTD . Griya Werdha Kota Surabaya Tahun 2018) Effectiveness Noni fruit tea In Lowering Blood Pressure Elderly With Hypertension', *Amerta Nutr*, pp. 163–171. doi: 10.20473/amnt.v2.i2.2018.163-171.

Siew-Mooi1*, C. *et al.* (2013) 'Frequency of Complementary and Alternative Medicine usage among Malaysian Hypertensive Subjects', 18(1), pp. 18–21. Available at: https://www.lifesciencesite.com/lsj/life1004/337_21180life1004_2526_2531.pdf.

Sudarma, M. (2008) *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika. Available at: http://118.97.240.83:5758/inlislite3/opac/detail-opac?id=45228.

Undang-undang RI (2009) 'Undang-Undang RI tentang Kesehatan', 源遠護理, pp. 1–8.

Walcott, E. (2004) 'Seni Pengobatan ALternatif Pengetahuan Dan Persepsi', pp. 1–57.

WHO (2008) 'Congress on Traditional Medicine WHO', in. Beijing: WHO. Available at: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/address-at-the-who-congress-on-traditional-medicine.

PROFIL PENULIS

Meiana Harfika, S.KM., M.Kes.

Lahir di Palembang, 30 Mei 1981 penulis menyelesaikan program S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2004 peminatan pendidikan kesehatan dan Ilmu Perilaku. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Airlangga Program studi Kesehatan Masyarakat peminatan Biostatistik pada tahun 2014. Saat ini penulis adalah Dosen Fakultas Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat. Mata kuliah yang diampu adalah Biostatistik Deskriptif dan Inferensial, Manajemen Data, Dasar Psikologi, Komunikasi Kesehatan, dan pernah mengampu mata kuliah Sosiologi Kesehatan. Untuk itu penulis tertarik menulis mengenai pengobatan tradisional karena erat kaitannya dengan budaya Indonesia terutama yang berhubungan dengan budaya kesehatan. Selain mengajar penulis aktif meneliti dan pengabdian kepada masyarakat serta membuat artikel jurnal untuk publikasi. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Hibah Kemenristek DIKTI. Beberapa penelitian penulis dengan tema pengobatan tradisional yang sudah dipublikasikan dan buku ajar. Penulis berusaha untuk tetap menulis dengan harapan memberikan kontribusi yang positif bagi pembaca.

Email Penulis: meianaharfika3005@gmail.com

BAB 19
KESEHATAN LANSIA

Ade Saputra Nasution, S.KM., M.Kes.
Universitas Ibn Khaldun

Proses Menua

Proses penuaan adalah proses sedikit demi sedikit berkurangnya kemampuan fungsi tubuh untuk menggantikan sel-sel yang rusak dan menjaga struktur serta fungsi normalnya, akibatnya tubuh menjadi lebih rentan terhadap berbagai rangsangan seperti penyakit, juga tidak mampu untuk memulihkan kerusakan yang dialaminya (Chen et al., 2020). Proses penuaan, atau *aging,* adalah tahap perkembangan yang menunjukkan perubahan yang terjadi pada seseorang seiring berjalannya waktu. Proses penuaan adalah proses yang kompleks, mencakup aspek psikologis, fisik, dan sosial (Garrett, 1987).

Proses penuaan merupakan komponen alami dalam rangkaian kehidupan manusia. Ia mengindikasikan transformasi yang termanifestasi pada tubuh, mentalitas, dan perasaan individu seiring berlalunya waktu (Morrissey et al., 2019). Pengaruh dalam proses ini dapat dipengaruhi oleh sejumlah variabel yang melibatkan genetik, pola hidup, lingkungan, dan faktor-faktor lainnya. Berikut adalah beberapa dimensi yang sering kali terkait dengan proses penuaan (Kusumo, 2020):

1. **Perubahan Fisik**
   a. Kulit cenderung menjadi lebih tipis, kering, dan lebih rentan terhadap keriput.
   b. Massa otot biasanya menurun, mengakibatkan penurunan kekuatan fisik.

c. Kepadatan tulang dapat berkurang, meningkatkan risiko patah tulang.
d. Kemampuan pendengaran dan penglihatan seringkali mengalami penurunan sejalan dengan bertambahnya usia.
e. Proses pencernaan dapat melambat, dan masalah pencernaan seperti sembelit dapat lebih sering terjadi.

2. Perubahan Mental dan Kognitif

a. Kemampuan kognitif seperti memori, perhatian, dan kemampuan pemecahan masalah dapat mengalami penurunan seiring bertambahnya usia.
b. Risiko gangguan mental seperti depresi dan kecemasan bisa meningkat pada usia tertentu (Isaacs & Evers, 2022).

3. Perubahan Emosional

Proses penuaan juga dapat memengaruhi perubahan dalam suasana hati dan perasaan individu, dengan beberapa orang mungkin mengalami perubahan suasana hati atau perasaan kesepian.

4. Faktor Gaya Hidup

Mempraktikkan gaya hidup sehat, termasuk pola makan bergizi, olahraga teratur, tidur yang cukup, dan menghindari kebiasaan berbahaya seperti merokok dan konsumsi alkohol berlebihan, dapat membantu menjaga kesehatan fisik dan mental saat penuaan (Chen et al., 2020).

5. Genetika

Faktor genetika juga memiliki peran penting dalam proses penuaan, yang dapat memengaruhi sejauh mana perubahan terkait usia terjadi pada seseorang.

6. Perawatan Kesehatan

Mengakses perawatan medis yang sesuai dan menjaga kesehatan secara keseluruhan dapat membantu mengatasi beberapa dampak negatif dari penuaan.

Meskipun penuaan adalah bagian alami dari kehidupan, ada banyak tindakan yang dapat diambil individu untuk menjaga kesehatan fisik dan mental mereka sepanjang hayat. Ini melibatkan menjalani gaya hidup sehat, mengikuti pedoman perawatan medis, menjaga hubungan sosial, dan terlibat dalam aktivitas fisik dan mental yang merangsang. Selain itu, sikap positif dan keterbukaan terhadap perubahan dapat membantu seseorang mengatasi tantangan yang mungkin timbul selama proses penuaan (Aldwin et al., 2007).

Teori Proses Penuaan

Ada beberapa teori yang menjelaskan terkait proses penuaan yang terjadi pada manusia dapat diuraikan sebagai berikut (Rahayu et al., 2017):

1. **Teori Telomere**

   Teori ini mencatat peran penting telomere, yang merupakan bagian ujung DNA, dalam proses penuaan. Telomere memungkinkan penggandaan DNA selama pembelahan sel, dan pemendekan telomer seiring waktu dihubungkan dengan penuaan. Ini mengisyaratkan bahwa telomere memiliki peran dalam membatasi umur seseorang.

2. **Teori Siklus Sel Reproduksi**

   Konsep ini mengklaim bahwa suatu proses penuaan dipengaruhi oleh hormon reproduksi yang memainkan peran penting dalam perkembangan dan pertumbuhan pada awal kehidupan. Teori ini juga menyatakan bahwa hormon ini dapat mempengaruhi fungsi reproduksi di masa tua. Gangguan hormonal seperti menopause pada wanita dan andropause pada pria dapat memengaruhi sinyal siklus sel, yang pada gilirannya dapat menyebabkan disfungsi sel, disfungsi jaringan, dan penyakit yang berhubungan dengan penuaan.

3. **Teori Kerusakan DNA**

   Teori ini berfokus pada kerusakan DNA sebagai penyebab penuaan. Kerusakan DNA dapat mengakibatkan sel untuk berhenti menginduksi kematian sel yang terprogram (apoptosis) atau

membelah. Kerusakan DNA juga dapat memicu perkembangan kanker dan menyebabkan proses penuaan.

4. **Teori Autoimun**
   Teori ini menyatakan bahwa proses penuaan terjadi karena peningkatan antibodi yang menyerang jaringan tubuh sendiri. Ini menunjukkan bahwa seiring bertambahnya usia, sistem kekebalan tubuh mungkin menjadi terlalu aktif dan dapat merusak jaringan tubuh.

5. **Teori mTOR**
   mTOR merupakan protein yang mengatur proses degradasi sel. Teori ini mengklaim bahwa ketika organisme membatasi asupan makanannya, aktivitas mTOR menurun, yang kemudian mengakibatkan peningkatan dalam degradasi sel. Ini menyoroti pentingnya diet dan nutrisi dalam memengaruhi proses penuaan.

6. **Teori Genetik Clock**
   Konsep ini mengemukakan bahwa penuaan telah diprogram secara genetik dalam tubuh manusia. Setiap spesies memiliki "jam genetik" yang mengukur tingkat replikasi sel. Jam ini akan berhenti jika tidak diaktifkan, yang akhirnya dapat menyebabkan kematian tanpa adanya faktor eksternal seperti kecelakaan atau penyakit. Konsep ini menjelaskan mengapa harapan hidup berbeda antara berbagai spesies.

7. **Teori Radikal Bebas**
   Teori ini menyatakan bahwa radikal bebas menyebabkan terjadinya kerusakan pada sel yang kemudian dapat memicu timbulnya tanda-tanda proses penuaan.

8. **Teori Sosial**
   Konsep ini menjelaskan bahwa seiring bertambahnya usia, individu secara perlahan mulai mengurangi keterlibatannya dalam kehidupan sosial mereka. Hal ini mengakibatkan penurunan interaksi sosial pada lansia, baik dalam hal kualitas maupun

jumlah, seringkali menghasilkan kehilangan ganda yang mencakup:

a. Kehilangan peran,
b. Pembatasan dalam kontak sosial dan hubungan,
c. Berkurangnya komitmen terhadap norma dan nilai-nilai sosial (sebagaimana dijelaskan dalam teori ini).

9. Teori Tugas Perkembangan (Teori Psikologi)

Setiap individu wajib memahami tugas perkembangan khusus pada setiap tahap kehidupannya yang dapat menciptakan rasa kebahagiaan dan kesuksesan. Tugas perkembangan secara khusus ini bergantung pada faktor seperti perkembangan fisik, pengakuan dari masyarakat, serta nilai-nilai dan aspirasi individu. Pada tahap dewasa tua, tugas perkembangan termasuk menerima penurunan Kesehatan dan fisik, penurunan pendapatan dan menerima masa pensiun, serta menerima kematian pasangan dan orang yang penting dalam hidup mereka. Hal ini juga melibatkan menjaga hubungan dengan teman sebaya, mengadopsi dan menyesuaikan diri dengan peran sosial yang dapat disesuaikan secara fleksibel, serta menjalani kehidupan yang memuaskan.

Semua teori ini memberikan sudut pandang yang berbeda tentang mekanisme penuaan, dan setiap teori mungkin memiliki elemen kebenaran. Namun, proses penuaan adalah fenomena kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, termasuk genetika, lingkungan, gaya hidup, dan sistem biologis yang rumit. Oleh karena itu, penjelasan penuaan kemungkinan melibatkan kombinasi dari berbagai mekanisme yang diusulkan oleh teori-teori tersebut (Rahayu et al., 2017).

Batasan Usia Lanjut

Pengelompokan usia lanjut dapat diuraikan sebagai berikut berdasarkan berbagai sumber, Departemen Kesehatan RI dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (Matahari & Ayu, 2017):

1. Menurut Departemen Kesehatan RI

a. Masa Virilitas atau menuju usia lanjut: 45-54 tahun
b. Masa Presenium atau lansia dini: 55-64 tahun

c. Masa Senium atau usia lanjut: >65 tahun
d. Lansia berisiko tinggi: 70 tahun

2. **Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)**
   a. Usia Lanjut ini: 60-74 tahun
   b. Usia Tua: 75-89 tahun
   c. Usia Sangat Lanjut: >90 tahun

Penting untuk diingat bahwa pembagian kelompok usia lanjut dapat bervariasi tergantung pada sumber dan tujuan penggunaannya. Berbagai lembaga dan penelitian mungkin menggunakan definisi yang berbeda sesuai dengan tujuan dan konteksnya.

Permasalahan Kesehatan yang Terjadi Pada Usia Lansia

Tantangan yang sering dialami saat seseorang memasuki tahap lanjut usia termasuk (Dieny et al., 2019) :

1. Panca indera: Produksi saliva menurun, yang dapat mengakibatkan mulut menjadi kering. Papil-papil yang berada di permukaan lidah terjadinya penyusutan, yang mengakibatkan penurunan respon terhadap rasa yang terjadi, utamanya rasa asin dan manis. Hal ini dapat berdampak pada nafsu makan, oleh karena itu, konsumsi gizi juga dapat terpengaruh. Selain itu, indera penglihatan, pendengaran dan penciuman juga dapat mengalami terjadinya penurunan fungsi (Aldwin et al., 2007).
2. Esophagus: Otot polos di dinding esofagus mulai melemah, sehingga dapat mengakibatkan gangguan dalam refleks spontan dan kontraksi, yang kemudian menyebabkan kesulitan dalam menelan dan membuat makanan menjadi rasa yang tidak nyaman.
3. Lambung: Proses mengosongkan lambung menjadi lebih lambat, yang dapat mengakibatkan orang merasa kenyang lebih cepat, yang pada akhirnya dapat menyebabkan anoreksia. Absorpsi zat gizi menurun, serta pembuatan asam lambung juga berkurang, menghambat pencernaan makanan. Di atas berusia 60 tahun, sekresi pepsin dan HCl berkurang, yang mengakibatkan penurunan penyerapan protein, zat besi dan vitamin. Terjadi pertumbuhan

bakteri berlebihan yang dapat mengakibatkan penurunan pada faktor intrinsik, sehingga juga dapat membatasi penyerapan vitamin B12. Penurunan fungsi dari asam empedu, yang menghambat proses pencernaan protein dan lemak, serta dapat menyebabkan malabsorbsi lemak serta terjadinya diare.

4. Tulang: Penurunan kepadatan tulang, yang membuatnya lebih rentan terhadap kerapuhan dan patah tulang.
5. Otot: Berat badan yang menurun terjadi karena hilangnya lemak tubuh dan massa otot. Distribusi lemak tubuh juga mengalami perubahan, dengan peningkatan yang berusia 40 tahun serta penurunan setelah berusia 70 tahun. Kapasitas otot menurun, yang dapat menyebabkan kelelahan dan kelemahan, serta penurunan imunitas tubuh karena terjadinya atrofi otot. Pengurangan protein tubuh dapat menyebabkan peningkatan lemak tubuh. Transformasi metabolisme lemak dapat diamati melalui peningkatan kadar trigliserida dan kolesterol total.
6. Ginjal: Terjadi penurunan sebesar 55% dalam fungsi ginjal antara berusia 35 hingga 80 tahun.
7. Pembuluh Darah dan Jantung: Terjadi peningkatan jumlah dari jaringan ikat yang berada pada jantung, termasuk katup dan ventrikel, yang mengakibatkan berkurangnya efisiensi fungsi pada pompa jantung. Pembuluh darah utama, terutama pembuluh aorta, mengalami fibrosis dan penebalan. Selain meningkatkan beban kerja pada ventrikel kiri dan mengurangi aliran darah, perubahan ini juga menyebabkan kekurangan efisiensi baroreseptor yang terdapat pada dinding pembuluh aorta, sinus karotis dan arteri pulmonalis. Ini mengurangi kemampuan tubuh guna mengendalikan tekanan darah.
8. Paru-paru: Elastisitas dari jaringan paru-paru serta dinding dada mengalami penurunan, sementara kekuatan dari kontraksi otot pernapasan terjadinya penurunan, yang mengakibatkan penurunan dalam konsumsi oksigen.
9. Sistem Endokrin: Ada perubahan pada kecepatan dan volume sekresi, struktur kelenjar endokrin dan respons terhadap stimulasi yang memengaruhi hormon seperti estrogen, progesteron dan testosteron.

10. Rambut dan Kulit: Kulit mengalami perubahan menjadi lebih tipis, keriput, kering, dan kehilangan elastisitas. Rambut berubah warna menjadi putih dan menjadi rontok dan juga menjadi kehilangan kilau dan lebih kering.
11. Sistem Kekebalan Tubuh: Fungsi sistem kekebalan tubuh menurun, yang meningkatkan risiko infeksi dan penyakit ganas.

Permasalahan Nutrisi Pada Populasi Usia Lanjut (Lansia)

Dengan bertambahnya usia, terjadi penurunan fungsi tubuh yang dapat menyebabkan munculnya permasalahan gizi dan kesehatan pada lansia. Di bawah ini adalah masalah-masalah gizi dan kesehatan yang sering dialami oleh lansia (Kemenkes, 2019;):

1. **Kurang Gizi**

   Lansia sering menghadapi kekurangan gizi karena adanya perubahan proses fisiologis yang terkait dengan usia, adanya suatu penyakit kronis yang berkembang, pemakaian obat-obatan, serta penurunan pergerakan (mobilitas). Kekurangan gizi pada lanjut usia memiliki dampak yang mempercepat kemunduran kesehatan mereka. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh, yang membuat mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Selain itu, pilihan makanan yang tidak optimal dan penurunan kemampuan saluran pencernaan dapat memicu kekurangan gizi.

   Status gizi biasanya diukur dengan menggunakan IMT (Indeks Massa Tubuh), yang dihitung dengan membagi berat badan (dalam kilogram) oleh tinggi badan (dalam sentimeter) yang dikuadratkan (pangkat dua). Kriteria untuk mengklasifikasikan status gizi yang berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat ditemukan dalam gambar yang tersedia di bawah ini sebagai berikut.

Gambar 19.1. Indeks Massa Tubuh (IMT)
Sumber: Kemenkes RI

2. Hipertensi

Tekanan darah sistolik umumnya cenderung meningkat seiring bertambahnya usia seseorang, yang menyebabkan peningkatan risiko terjadinya hipertensi pada berusia lanjut. Biasanya, tekanan darah sistolik akan meningkat hingga mencapai puncaknya pada lansia yang berusia 70-80 tahun, sementara tekanan darah diastolik akan meningkat hingga mencapai puncaknya pada lansia yang berusia 50-60 tahun (Chen et al., 2020).

3. Obesitas

Proses penuaan dapat mengakibatkan peningkatan massa lemak dan penurunan massa otot pada tubuh. Selain itu, pengurangan aktivitas fisik juga bisa menjadi faktor yang memicu terjadinya obesitas. Kelebihan berat badan atau obesitas dapat mengganggu fungsi tubuh, meningkatkan tekanan pada sistem pernapasan, serta dapat memicu munculnya penyakit tidak menular contohnya diabetes, gangguan kadar lemak dalam dara, hipertensi, peradangan pada sendi dan masalah jantung,

4. **Hiperurisemia (Asam Urat)**
   Kadar asam urat yang tinggi (Hiperurisemia) lebih umum menyerang pada pria, sementara pada wanita, terjadinya hiperurisemia cenderung meningkat setelah mengalami menopause.

5. **Osteoporosis**
   Wanita memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami osteoporosis. Hal ini terjadi karena saat mencapai masa menopause, produksi hormon estrogen menurun, yang mengakibatkan penurunan jumlah jaringan tulang dan perubahan dalam siklus pembentukan tulang. Disamping itu, kepadatan tulang pada wanita secara alami lebih rendah dibandingkan dengan pria.

6. **Diabetes Melitus**
   Individu yang mengidap diabetes mellitus tidak dapat menghasilkan insulin atau meresponsnya dengan baik. Risiko terkena diabetes meningkat seiring bertambahnya usia seseorang.

Kebutuhan Gizi Pada Lanjut Usia (Lansia)

Kebutuhan nutrisi pada lansia sangat khusus karena melibatkan perubahan dalam proses psikososial dan fisiologis sebagai akibat dari penuaan (Kemenkes RI, 2019). Berikut ini adalah beberapa aspek kebutuhan nutrisi yang harus diperhatikan oleh lansia (Dieny et al., 2019).

1. **Energi**
   Lansia memerlukan energi untuk menjaga fungsi organ dan sel dalam tubuh supaya tetap beroperasi dengan baik. Kebutuhan energi pada lansia sangat berbeda dengan kebutuhan orang dewasa dikarenakan perbedaan dalam aktivitas fisik sehari-hari yang mereka lakukan serta penurunan tingkat metabolisme tubuh. Kebutuhan gizi yang direkomendasikan untuk lansia yang berusia lebih dari 60 tahun adalah sekitar 2200 kkal per hari untuk laki-laki dan 1850 kkal per hari untuk wanita.

2. Protein

Transformasi yang terjadi pada protein menjadi asam amino yang ada dalam tubuh, dan ini berperan dalam pembentukan serta pemeliharaan sel-sel tubuh. Selain fungsinya yang vital ini, protein juga sebagai produksi sumber energi yang memberikan sekitar 4 kalori energi per gramnya. Kebutuhan akan protein lansia adalah sebanyak 0,8 gram per kilogram berat badan per hari. Jadi, lansia yang memiliki berat badan 50 kilogram memerlukan asupan protein sekitar 40 gram per hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini, mereka dapat mengonsumsi 2 porsi sumber protein hewani, yang setara dengan 2 potong ikan yang berukuran sedang, dan 2 porsi sumber protein nabati, yang setara dengan 2 biji tahu berukuran besar atau 4 potong tempe berukuran sedang.

3. Lemak

Lemak adalah komponen gizi yang diperlukan oleh tubuh. Lemak berperan sebagai salah satu yang menghasilkan energi, dengan 1 gram lemak dapat menghasilkan sekitar 9 kalori energi. Selain itu, lemak memiliki fungsi penting sebagai pelarut vitamin A, D, E, dan K dalam tubuh. Penting untuk memperhatikan konsumsi lemak jenuh secara berlebihan, karena hal ini dapat terkait dengan peningkatan kadar kolesterol dalam darah.

4. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan salah satu jenis zat gizi, karbohidrat memiliki fungsi utama sebagai penyedia energi dalam tubuh. Setiap gram karbohidrat dapat memproduksi sekitar 4 kalori energi. Direkomendasikan untuk mengonsumsi karbohidrat sebanyak 55-60% dari total kebutuhan energi harian. Karbohidrat dapat dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

a. Karbohidrat sederhana: Contoh dari karbohidrat sederhana adalah gula yang ditemukan dalam buah-buahan, gula pasir dan madu.
b. Karbohidrat kompleks: Karbohidrat kompleks adalah jenis karbohidrat yang lebih disarankan untuk dikonsumsi, yakni sekitar 3-4 porsi per hari. Contoh karbohidrat kompleks

meliputi kentang, nasi, jagung, ubi, singkong, pasta, gandum, sagu, roti, dan sebagainya.

5. Cairan

Kebutuhan cairan seseorang dapat bervariasi tergantung pada berbagai faktor seperti usia, kondisi tubuh, suhu lingkungan, jenis kelamin, tingkat aktivitas dan jenis makanan yang dikonsumsi. Selain itu, individu yang mengalami gangguan ginjal perlu membatasi asupan cairan mereka dibandingkan dengan orang yang ginjalnya berfungsi dengan baik. Rekomendasi jumlah cairan yang disarankan untuk lansia adalah sekitar 1-1,5 liter sehari atau setara dengan 6 gelas air sehari. Penting untuk diingat bahwa kelebihan asupan cairan sebaiknya dihindari, mengingat bahwa fungsi ginjal lansia cenderung menurun, dan ini bisa meningkatkan risiko hiponatremia, yaitu suatu kondisi di mana kadar natrium di dalam darah menjadi rendah.

6. Kolesterol

Kolestrol merupakan salah satu jenis lemak yang dapat ditemukan dalam makanan dan juga diproduksi oleh tubuh kita. Kolesterol memiliki peran penting dalam berbagai fungsi tubuh , seperti produksi hormon dan empedu, ketika berada dalam jumlah yang cukup. Kadar kolesterol darah yang tinggi dapat mengakibatkan penyumbatan dan penyempitan pembuluh darah, yang pada gilirannya dapat meningkatkan risiko penyakit jantung. Oleh karena itu, disarankan untuk mengonsumsi kurang dari 300 mg kolesterol per hari. Bahan makanan yang mengandung kolesterol tinggi antara lain udang, susu, mentega, keju, daging, jeroan dan kuning telur.

7. Serat

Penting untuk lansia untuk memasukkan serat dalam diet mereka. Kekurangan serat dapat menyebabkan masalah seperti sembelit, ambeien, kanker usus besar, diabetes, penyakit jantung, dan obesitas. Direkomendasikan agar lansia mengonsumsi sekitar 20-30 gram serat setiap hari. Sumber yang baik untuk serat ini

termasuk buah-buahan, sayuran, serealia seperti beras, kacang-kacangan, jagung dan gandum.

8. **Vitamin (A, B6, B12, Asam Folat, C, D, E)**
   Vitamin A memiliki peran krusial dalam meningkatkan sistem kekebalan tubuh, menjaga kesehatan kulit, bertindak sebagai antioksidan, mendukung fungsi penglihatan, dan mencegah munculnya penyakit jantung koroner dan kanker. **Vitamin B6** memiliki peran dalam memperbaiki fungsi otak, menjaga kesehatan pembuluh darah, dan meningkatkan respons sistem kekebalan tubuh pada lansia. **Vitamin B12** memiliki peran dalam meningkatkan kemampuan daya ingat serta mengurangi risiko terjadinya penyakit degeneratif pada lansia. **Asam folat** memiliki peran penting dalam sintesis asam amino, produksi sel darah merah, mendukung fungsi sistem saraf dan otak, serta menjaga sistem kekebalan tubuh. **Vitamin C** memiliki peran penting dalam meningkatkan penyerapan zat besi, berfungsi sebagai antioksidan, dan mendukung peningkatan kekebalan tubuh. **Vitamin D** berfungsi sebagai hormon dan memiliki peran yang penting dalam menjaga kesehatan tulang serta fungsi otot. **Vitamin E** memiliki fungsi untuk membentuk sistem pada kekebalan tubuh dan antioksidan

9. **Mineral (Kalsium, Zat Besi, Selenium, Zinc, Magnesium)**
   Kalsium memainkan peran penting dalam tubuh sebagai komponen utama dalam struktur tulang dan gigi, serta berperan dalam mengatur relaksasi otot dan kontraksi, fungsi sistem saraf, proses pembekuan darah, dukungan menjaga tekanan darah tetap stabil dan sistem kekebalan tubuh.

   Zat besi adalah suatu kebutuhan bagi tubuh untuk menghasilkan hemoglobin, yang diperlukan dalam proses metabolisme tubuh.

   Selenium memiliki peran krusial sebagai zat antioksidan yang signifikan. Seng/Zinc memainkan peran yang sangat penting dalam menjaga fungsi sistem kekebalan, berperan sebagai antioksidan, dan mendukung fungsi kognitif. Magnesium memiliki peran dalam

mendukung relaksasi otot, menurunkan tekanan darah, memperkuat struktur tulang, serta melawan radikal bebas dalam tubuh.

****

Daftar Pustaka

Aldwin, C. M., Park, C. L., & Spiro, A. (2007). Handbook of health psychology and aging. In *The Guilford Press*. The Guilford Press. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00406.x

Chen, L., Han, L., Yuan, L., Sun, Y., & Tang, X. (2020). Elderly health services and remote health monitoring. In *Springer*. Springer Nature Singapore Pte Ltd. https://doi.org/10.1007/978-981-15-7154-1

Dieny, F. F., Rahadiyanti, A., & Widyastuti, N. (2019). Modul Gizi dan Kesehatan Lansia. In *K-Media*. K-Media.

Garrett, G. (1987). Health Needs Of The Elderly. In *MACMILLAN EDUCATION LTD* (2nd ed., Issue 2). MACMILLAN EDUCATION LTD.

Isaacs, B., & Evers, H. (2022). Innovations in the care of the elderly. In *Machinery* (15th ed., Vol. 15). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003284376

Kemenkes. (2019). Materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Pedoman Untuk Puskesmas Dalam Pemberdayaan Lanjut Usia. In *Direktorat Kesehatan Keluarga* (pp. 1–28). Kementerian Kesehatan.

Kemenkes RI. (2019). Pedoman Untuk Puskesmas Dalam Pemberdayaan Lanjut Usia. In *Direktorat Kesehatan Keluarga*. https://eprints.triatmamulya.ac.id/1459/1/114. Pedoman untuk Puskesmas dalam Pemberdayaan Lanjut Usia.pdf

Kusumo, M. P. (2020). Buku Lansia. In *Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) UMY*. Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) UMY.

https://id1lib.org/book/17513624/1d56ea

Matahari, R., & Ayu, S. M. (2017). *KESEHATAN REPRODUKSI LANJUT USIA (Mata Kuliah Peminatan Kesehatan Reproduksi)*. Universitas Ahmad Dahlan.

Morrissey, M. B. Q., Lang, M., & Newman, B. (2019). A PUBLIC HEALTH STRATEGY FOR LIVING, AGING, AND DYING IN SOLIDARITY DESIGNING ELDER-CENTERED AND PALLIATIVE SYSTEMS OF CARE, ENVIRONMENTS, SERVICES, AND SUPPORTS. In *Routledge*. Routledge.

Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasari, F., Rahman, F., & Putri, A. O. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia. In *Airlangga University Press*. Airlangga University Press.

PROFIL PENULIS

Ade Saputra Nasution, S.KM., M.Kes.

Ade Saputra Nasution, dilahirkan di Sumatera Barat pada tanggal 7 Februari 1987, saat ini tinggal di Bogor. Ia menyelesaikan gelar Sarjana (S1) dalam bidang Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara, Medan, pada tahun 2009, dan meraih gelar Magister (S2) dalam bidang yang sama di Universitas Airlangga, Surabaya, pada tahun 2014. Kedua gelar pendidikan tersebut diambil dengan spesialisasi dalam bidang Gizi Masyarakat.

Saat ini, ia sedang menjalani karier sebagai seorang Dosen di Universitas Ibn Khaldun, Bogor, sejak tahun 2019. Ade Saputra Nasution juga memiliki pengalaman dalam publikasi buku, salah satunya berjudul "Antosianin, Malondialdehid & Pengaruhnya pada Paru-Paru: Potensi Antosianin dari Kulit Buah Naga Super Merah (Hylocereus costaricensis) dalam Memperbaiki Kerusakan Akibat Paparan Rokok" dan juga buku yang berjudul “Keamanan Pangan”. Selain sebagai seorang penulis buku, ia juga aktif sebagai peneliti dan seorang peninjau dalam berbagai jurnal nasional yang telah diakui. Penulisan buku ini dilakukan dengan tujuan memberikan kontribusi positif bagi negara yang sangat dicintai ini. Setiap kata yang Anda baca dan setiap pengetahuan yang Anda peroleh adalah investasi untuk masa depan Anda. Karena investasi terbaik adalah investasi dalam pengembangan diri dan pengetahuan.

Email Penulis: adenasutioners@gmail.com

BAB 20
ETIKA DAN HUKUM KESEHATAN

Lutfiyah Rizqulloh, M.KM.
Politeknik Bina Trada Semarang

Pengertian Etika

Etika merupakan ilmu yang memperlakukan manusia satu sama yang lain bersama lingkungan alam. Hal tersebut berkaitan terhadap sikap dan perilaku manusia. Etika adalah tentang mempelajari dengan saksama nilai-nilai yang benar-benar memandu sikap dan perilaku kita dalam konteks tertentu, dan tentang mengeksplorasi nilai-nilai apa yang seharusnya memandu sikap dan perilaku kita (Holland, 2023). Tidak peduli dengan latar belakang sosial, budaya, ekonomi, atau profesional kita, kita semua menerapkan etika dalam kehidupan sehari-hari. Setiap individu memiliki nilai-nilai yang mereka anut, yang merupakan hal-hal yang dianggap penting untuk kepentingan mereka sendiri, serta keyakinan pribadi tentang sifat keberadaan dan cara kita memahami dunia ini. Sebagai contoh, banyak di antara kita meyakini bahwa seseorang tidak seharusnya dihukum karena kesalahan yang tidak dilakukannya sendiri. Ini menggambarkan pentingnya keadilan bagi kita. Banyak juga yang merasa bahwa kita memiliki tanggung jawab untuk membantu mereka yang kurang beruntung dalam masyarakat. Ini bisa mencerminkan keyakinan bahwa manusia saling berhubungan dan bahwa kita menghargai nilai-nilai seperti kebaikan dan kepedulian.

Etika adalah istilah yang luas yang mencakup studi tentang sifat moral dan pilihan moral tertentu yang harus diambil. Etika normatif mencoba menjawab pertanyaan, "Norma moral umum mana yang menjadi panduan dan evaluasi perilaku yang harus kita terima, dan mengapa?"(Tom L. Beauchamp & James F. Childress, 2013).

Beberapa norma moral untuk perilaku yang benar adalah hal yang umum bagi umat manusia karena norma-norma tersebut melampaui budaya, wilayah, agama, dan identitas kelompok lainnya dan merupakan moralitas umum (misalnya, tidak membunuh, atau menyakiti, atau menyebabkan penderitaan bagi orang lain, tidak mencuri, tidak menghukum orang yang tidak bersalah, bersikap jujur, menaati hukum, mengayomi anak kecil dan orang yang bergantung, membantu orang yang menderita, dan menolong orang yang berada dalam bahaya).

Moralitas khusus mengacu pada norma-norma yang mengikat kelompok karena budaya, agama, profesi, dan termasuk tanggung jawab, cita-cita, standar profesional, dan sebagainya. Contoh moralitas khusus yang relevan adalah "peran yang diterima" dokter untuk memberikan layanan yang kompeten dan dapat dipercaya kepada pasien mereka. Perbedaan antara moral dan etika istilah tersebut sering digunakan secara bergantian untuk merujuk pada apa yang dianggap benar atau salah. Namun, keduanya tidaklah persis sama. Moral mengacu pada kebiasaan atau praktik yang diterima secara umum yang didasarkan pada nilai-nilai dan kepercayaan masyarakat umum, sedangkan etika berfokus pada pertimbangan dan argumen eksplisit untuk membenarkan mengapa suatu tindakan itu benar atau salah (Harahap, 2022).

Prinsip-prinsip Dasar Etika

Empat prinsip etika utama, yaitu *beneficence* (manfaat), *nonmaleficence* (tidak merugikan), otonomi, dan keadilan, didefinisikan dan dijelaskan sebagai berikut (Varkey, 2021):

1. **Manfaat (*beneficence)***

   Prinsip *beneficence* adalah kewajiban tenaga kesehatan untuk bertindak demi kesejahteraan pasien dan mendukung prinsip-prinsip moral yang mengedepankan perlindungan dan pembelaan

terhadap hak-hak individu lainnya, mencegah bahaya, menghilangkan kondisi yang akan menyebabkan bahaya, membantu orang disabilitas, dan menyelamatkan orang yang berada dalam bahaya. Perlu ditekankan bahwa, berbeda dengan *nonmaleficence* (tidak merugikan).

Tantangan dari prinsip ini adalah mengidentifikasi apa yang bermanfaat bagi setiap pasien. Sebelum bertindak, praktisi kesehatan harus mempelajari dan mempertimbangkan tujuan, kebutuhan, dan pengalaman masing-masing pasien. Mengetahui latar belakang pasien, keyakinan agama, dan pengalaman hidup dapat membantu dalam menentukan apa yang terbaik bagi mereka. Bahkan pertimbangan kecil pun dapat berdampak besar pada tingkat kenyamanan pasien dan keberhasilan pengobatan.

2. Tidak Merugikan (*Nonmaleficence)*

Prinsip *non malefisien* mewajibkan dokter untuk tidak menyebabkan kerusakan atau bahaya pada pasien. Konsep ini yang dijelaskan dengan cara yang sederhana mendukung beberapa aturan moral seperti larangan membunuh, menghindari menyebabkan rasa sakit atau penderitaan, tidak melakukan tindakan yang dapat merugikan fisik atau mental seseorang, menghormati hak-hak individu, dan melindungi kehidupan orang lain. Penerapan praktis dari *non maleficence* adalah agar dokter menimbang manfaat dan kerugian dari semua intervensi dan pengobatan, menghindari intervensi dan pengobatan yang membebani pasien, dan memilih tindakan yang terbaik bagi pasien.

Prinsip ini menetapkan bahwa setiap tenaga kesehatan harus menyadari konsekuensi dari tindakan mereka dan menahan diri dari keputusan yang dapat membahayakan orang lain. Sebagai contoh, seorang dokter mungkin meresepkan obat kepada pasien untuk membantu mereka mengatasi masalah kesehatan tertentu, tetapi karena efek samping yang berasal dari kondisi kronis pasien yang tidak terkait, keputusan dokter untuk meresepkan obat tersebut secara tidak sengaja menyebabkan bahaya. Prinsip ini tidak boleh disalah artikan sebagai menghindari kejadian yang menyebabkan rasa sakit. Pasien mungkin mengalami rasa sakit

akibat operasi penyelamatan nyawa atau bahkan akibat suntikan sederhana, tetapi tindakan ini sering kali diperlukan untuk melakukan tugas medis yang diperlukan.

Nonmaleficence adalah prinsip panduan, dan tindakan dapat dilakukan jika kemungkinan besar manfaatnya bagi pasien lebih besar daripada rasa sakit atau ketidaknyamanan yang mungkin mereka alami. Inilah sebabnya mengapa masalah etika dalam perawatan kesehatan dapat menjadi rumit dan memerlukan panduan administratif.

3. Otonomi (*Autonomy)*

Otonomi merupakan kewajiban untuk menghormati hak pasien untuk membuat keputusan sendiri dan menentukan nasibnya sendiri. Dalam etika pelayanan kesehatan, otonomi adalah praktik yang mengakui bahwa pasien memiliki hak untuk melakukan kontrol atas apa yang terjadi pada mereka terkait perawatan. Memberikan otonomi kepada pasien memungkinkan para profesional kesehatan untuk memberikan informasi kepada mereka tetapi tidak memberi mereka kekuasaan untuk mengambil keputusan atas nama pasien. Bahkan ketika tenaga profesional meyakini bahwa perawatan tertentu adalah untuk kepentingan terbaik pasien, otonomi memungkinkan pasien untuk memiliki keputusan akhir dalam proses pengambilan keputusan.

Otonomi juga membutuhkan persetujuan yang diinformasikan, yang melibatkan komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan yang mengarah pada kesepakatan atau otorisasi untuk perawatan, pengobatan, atau layanan. Hal ini memastikan bahwa para praktisi memberikan informasi kepada pasien mengenai masalah medis dan semua alternatif pengujian dan pengobatan yang mungkin dilakukan. Jika pasien mampu membuat pilihan sendiri, perawatan medis tidak dapat dimulai hingga pasien memberikan izin. Sebagai contoh, seorang profesional medis mungkin dapat menghidupkan kembali jantung seseorang untuk menyelamatkan nyawanya, tetapi menghormati keinginan pasien untuk tidak disadarkan dan menahan diri untuk tidak mengambil tindakan untuk melakukannya. Meskipun

skenario ini mungkin tampak bertentangan dengan dekrit lain untuk selalu berusaha menolong pasien, pada akhirnya, keinginan pasien lah yang diprioritaskan.

4. Keadilan

Keadilan adalah prinsip yang berarti memperlakukan semua pasien secara adil. Prinsip keadilan tidak selalu berarti perawatan yang sama, melainkan perawatan yang adil. Kesetaraan perawatan kesehatan berarti bahwa pasien tidak boleh ditolak untuk mendapatkan perawatan, dibatasi aksesnya terhadap perawatan, atau diberikan perawatan berkualitas rendah berdasarkan kelas ekonomi, etnis, identitas dan ekspresi gender, atau karakteristik lainnya. Keadilan juga dapat dianggap sebagai berbagi sumber daya medis dengan komunitas yang lebih besar yang mungkin tidak memiliki akses ke sumber daya tersebut atau membantu fasilitas lain jika mereka menjadi terlalu penuh dengan menerima pasien mereka.

Keadilan juga berlaku untuk situasi darurat. Sebagai contoh, jika seorang pasien membutuhkan perawatan untuk cedera yang relatif ringan dan tiba sebelum pasien lain yang membutuhkan perawatan intensif, maka pasien yang terakhir ini harus mendapatkan perawatan terlebih dahulu karena mereka lebih membutuhkannya. Petugas kesehatan harus mengukur tingkat keparahan kondisi pasien untuk menentukan urutan perawatan. Pasien juga harus diperlakukan sama dan tidak boleh diberi perlakuan khusus berdasarkan pertimbangan atau hubungan pribadi.

Etika Kesehatan

Kata etika berasal dari bahasa Yunani ethos, yang berarti adat atau budaya, cara bertindak atau cara berperilaku yang tetap. Dengan demikian, etika kesehatan dapat didefinisikan sebagai kode perilaku yang diterima secara sukarela, dalam profesi, yang berlawanan dengan hukum, peraturan, dan arahan yang dikeluarkan oleh badan-badan resmi atau studi ilmiah tentang moralitas (Jira, 2004). Etika

kesehatan mengajarkan kita bagaimana menilai secara akurat kebaikan atau keburukan moral dari tindakan manusia.

Etika kesehatan mendorong pertimbangan nilai-nilai dalam penentuan prioritas dan pembenaran tindakan oleh para profesional kesehatan, peneliti, dan pembuat kebijakan yang dapat berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan pasien, keluarga, dan masyarakat. Ini adalah bidang interdisipliner yang mencakup berbagai domain: kesehatan masyarakat, penelitian kesehatan, dan perawatan klinis. Dengan adanya kepentingan yang saling bersaing dengan sumber daya yang terbatas, kerangka kerja etika kesehatan menyediakan analisis sistematis dan penyelesaian konflik melalui penerapan prinsip-prinsip etika umum yang berbasis bukti, seperti penghormatan terhadap otonomi pribadi, kebaikan, keadilan, kegunaan, dan solidaritas.

Etika kesehatan masyarakat dapat dibagi lagi menjadi bidang studi dan bidang praktik. Sebagai bidang studi, etika kesehatan masyarakat berusaha untuk memahami dan memperjelas prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang memandu tindakan-tindakan kesehatan masyarakat. Prinsip dan nilai memberikan kerangka kerja untuk pengambilan keputusan dan sarana untuk membenarkan keputusan. Karena tindakan kesehatan masyarakat sering kali dilakukan oleh pemerintah dan diarahkan pada tingkat populasi, prinsip dan nilai yang memandu kesehatan masyarakat dapat berbeda dengan prinsip dan nilai yang memandu tindakan dalam biologi dan kedokteran klinis (bioetika dan etika kedokteran) yang lebih berpusat pada pasien atau individu.

Pentingnya etika kesehatan dengan tujuan sebagai berikut:

1. Membantu para profesional kesehatan mengidentifikasi isu-isu moral dan etika.
2. Mengetahui apa yang benar dan salah tentang apa yang harus dan yang seharusnya dan tidak seharusnya dilakukan.
3. Mengetahui dan menghormati isu-isu hak asasi manusia, pribadi dan kewarganegaraan.

Sebagai sebuah bidang praktik, etika kesehatan masyarakat adalah penerapan prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang relevan dalam

pengambilan keputusan kesehatan masyarakat. Dalam menerapkan kerangka kerja etika, penyelidikan etika kesehatan masyarakat menjalankan tiga fungsi inti, yaitu mengidentifikasi dan mengklarifikasi dilema etika yang ditimbulkan, menganalisisnya dalam hal tindakan alternatif dan konsekuensinya, dan menyelesaikan dilema dengan memutuskan tindakan mana yang paling baik menggabungkan dan menyeimbangkan prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang memandu.

Hukum Kesehatan

Definisi kesehatan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Konstitusi tahun 1948 menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan yang meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara keseluruhan, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan (World Health Organization (WHO), 2006). Sedangkan kesehatan menurut Undang-undang Kesehatan bahwa kesehatan merupakan kondisi optimal seseorang, mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, bukan hanya ketiadaan penyakit, yang memungkinkannya untuk menjalani kehidupan yang produktif (Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, n.d.).

Hukum kesehatan secara langsung berdampak pada penyedia layanan kesehatan dan pasien dengan menetapkan standar perawatan, melindungi hak-hak pasien, dan memastikan akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk semua aspek kesehatan ada aturan yang mengikat yang mengatur hak dan tanggung jawab pemerintah, petugas kesehatan, perusahaan, masyarakat dan penduduk suatu negara. Aturan-aturan ini secara bersama-sama membentuk kerangka hukum, atau arsitektur hukum untuk kesehatan. Aturan-aturan ini memiliki banyak bentuk termasuk undang-undang, peraturan dan hukum administratif, kontrak, hukum kasus, dan hukum adat.

Hukum kesehatan digunakan untuk memformalkan komitmen terhadap tujuan seperti tujuan cakupan kesehatan semesta (UHC), menciptakan dorongan untuk bertindak. Untuk memungkinkan kerja sama dan mencapai tujuan kesehatan orang menggunakan hukum

untuk menciptakan berbagai organisasi (seperti rumah sakit) dan hubungan (seperti kontrak untuk menyediakan layanan kesehatan). Pada gilirannya, organisasi (baik kementerian kesehatan, sektor swasta maupun masyarakat) memiliki mandat, kebijakan dan strategi berdasarkan aturan hukum yang memandu pekerjaan mereka.

Isu-isu etis tertanam dalam setiap pertemuan klinis antara pasien dan dokter. Aspek teknis dan moral dari perawatan pasien tidak dapat dipisahkan. Ciri utama dari pertemuan klinis adalah hubungan terapeutik antara dokter dan pasien, sebuah hubungan yang dijiwai dengan tanggung jawab etik. Dokter memasuki hubungan dokter-pasien dengan identitas profesional yang mewajibkan mereka untuk mengutamakan kepentingan pasien, mengabdikan diri pada perawatan pasien yang kompeten, menjaga kerahasiaan, dan berkomunikasi secara jujur dan penuh kasih. Dokter harus bertujuan untuk membantu dan tidak menyakiti sebuah peringatan yang tidak sesederhana kelihatannya dalam kompleksitas ilmu pengetahuan dan praktik medis kontemporer.

Indonesia aturan hukum kesehatan dalam bentuk undang-undang telah mengalami pembaharuan menjadi Undang-undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Pembahasan undang-undang kesehatan beralaskan agar pelayanan kesehatan semakin lebih baik. Salah satu asas dalam undang-undang tersebut adalah asas etika dan profesionalitas yang mana setiap tenaga kesehatan pemberian layanan kesehatan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan harus mencapai dan meningkatkan profesionalisme dalam melaksanakan praktik, serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.

Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan

Hak adalah tuntutan individu terhadap sesuatu yang menjadi kebutuhan pribadi mereka, sejalan dengan prinsip-prinsip keadilan, moralitas, dan legalitas. Sedangkan kewajiban adalah serangkaian tugas yang harus dilakukan oleh seseorang dengan tujuan agar mereka dapat bertanggung jawab sesuai dengan hak-hak individu yang dimiliki.

Hak tenaga kesehatan berdasarkan (Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, n.d.) adalah sebagai berikut:

1. Memperoleh perlindungan hukum saat melaksanakan tugas sesuai dengan etika profesi, standar layanan profesi, dan prosedur operasional yang berlaku.
2. Mendapatkan informasi yang tepat dan komprehensif dari penerima layanan kesehatan atau anggota keluarga.
3. Mendapatkan imbalan atas layanan yang telah diberikan.
4. Memperoleh perlindungan terhadap keselamatan dan kesehatan di tempat kerja, serta perlakuan yang sesuai dengan martabat manusia, moral, etika, dan nilai-nilai agama.
5. Mendapatkan peluang untuk mengembangkan profesionalisme.
6. Berhak menolak permintaan dari penerima layanan kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, kode etik, standar pelayanan, prosedur operasional, atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Memperoleh hak-hak lain yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kewajiban tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Nomor 36 tahun 2014 adalah sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta memenuhi kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan.
2. Mendapatkan persetujuan dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan dilakukan.
3. Menjaga kerahasiaan informasi kesehatan penerima pelayanan kesehatan.
4. Membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen mengenai pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan.
5. Merujuk penerima pelayanan kesehatan ke tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Daftar Pustaka

Harahap, R. A. (2022). *Etika dan Hukum Kesehatan: Edisi Revisi*. Merdeka Kreasi Group.

Holland, S. (2023). *Public Health Ethics Third Edition*. Polity Press.

Tom L. Beauchamp, & James F. Childress. (2013). *Principles of Biomedical Ethics (7th ed.)*. Oxford University Press.

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, *30*(1), 17–28. https://doi.org/10.1159/000509119

World Health Organization (WHO). (2006). *Constitution of the World Health Organization (supplement to the 45th edition).*

PROFIL PENULIS

Lutfiyah Rizqulloh, M.KM.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Kotabumi dengan memilih Jurusan IPA dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro pada tahun 2014. Setelah itu, penulis menyelesaikan studi S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan Universitas Indonesia.

Penulis memiliki kepakaran dibidang kesehatan khususnya kebijakan kesehatan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan publikasi di bidang kesehatan. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Beberapa publikasinya dapat diakses pada laman: https://scholar.google.com/citations?user=h9nw8cwAAAAJ&hl=en&authuser=3

Email Penulis: lutfiyah.rizqulloh@gmail.com

BAB 21
SOSIOLOGI ANTROPOLOGI KESEHATAN

Dr. Dini Setiarsih, S.P., M.Kes.
Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya

Pendahuluan

Sosiologi dan antropologi sejatinya merupakan dua ilmu yang berbeda. Jika sosiologi membahas hal-hal yang berkaitan dengan aspek kemasyarakatan, maka antropologi membicarakan tentang hal-hal yang berkaitan dengan kebudayaan. Namun keduanya yang merupakan cabang dari ilmu sosial sekaligus cabang dari ilmu perilaku tidak dapat dipisahkan ketika membahas perilaku manusia. Perilaku manusia menurut antropologi adalah bagian dari sistem sosial yang merupakan salah satu wujud dari kebudayaan di samping sistem gagasan (adat istiadat) dan benda fisik.

Perilaku manusia menjadi salah satu aspek penting dalam bidang kesehatan. Banyak permasalahan kesehatan terjadi akibat kesalahan perilaku manusia. Dan banyak masalah kesehatan dapat diselesaikan melalui perubahan perilaku. Oleh karena itu para praktisi kesehatan sudah selayaknya mengenal dan memahami ilmu yang menjadi landasan dari perilaku manusia sehingga dapat membantu memberikan solusi terhadap berbagai masalah kesehatan.

Penjabaran tentang konsep sosiologi dan antropologi kesehatan telah banyak dijelaskan dalam buku-buku yang secara khusus membahas tentang sosiologi dan antropologi kesehatan. Dan pada bab ini pembahasan akan difokuskan pada konsep budaya dan perilaku

manusia sebagai salah satu unsur kebudayaan yang berperan dalam munculnya masalah kesehatan. Namun konsep sosiologi dan antropologi kesehatan tetap akan diulas secara umum.

Sosiologi Kesehatan

Istilah sosiologi berasal dari kata *socius* (bahasa latin) yang berarti teman dan *logos* (bahasa Yunani) yang berarti ilmu pengetahuan (Nelwan, 2022). Sosiologi bukan ilmu yang baru muncul, namun usianya sudah ratusan bahkan mungkin ribuan tahun yang lalu (Marimbi, 2009). Merupakan suatu kewajaran jika para ahli mengatakan usia sosiologi mencapai ribuan tahun, karena sejak manusia ada dan berinteraksi dengan sesamanya maka kajian perilaku manusia pun seharusnya telah muncul.

Banyak ahli mendefinisikan sosiologi. Max Weber mendefinisikan sosiologi sebagai ilmu yang berupaya memahami tindakan-tindakan sosial. Selo Sumardjan dan Soelaeman Soemardi menyebutkan sosiologi sebagai ilmu kemasyarakatan yang mempelajari struktur sosial dan proses-proses sosial termasuk perubahan sosial. Allan Jhonson mengatakan bahwa sosiologi mempelajari kehidupan dan perilaku, dan bagaimana hubungannya dengan sistem sosial yang mempengaruhi perilaku seseorang demikian pula sebaliknya (Marimbi, 2009). Dan jika ditarik benang merah dari berbagai definisi tersebut maka kata kunci dari definisi sosiologi adalah ilmu tentang perilaku atau interaksi manusia dalam kehidupan sosial.

Jika sosiologi merupakan ilmu yang sudah berusia ratusan bahkan ribuan tahun, lalu bagaimana dengan sosiologi kesehatan? Sosiologi kesehatan ternyata merupakan cabang sosiologi yang relatif baru yang diawali dengan perkembangan sosiologi medis atau kedokteran. Sosiologi medis berfokus pada interaksi antara dokter dengan masyarakat umum yang menjadi sasaran pengobatan. Namun sosiologi medis juga membutuhkan kajian faktor-faktor sosial sebagai penyebab (etiologi) dari penyakit. Oleh karena itu dibutuhkan dukungan ilmu sosial dalam pengkajiannya. Di samping itu, kesadaran bahwa upaya penanggulangan penyakit bukan hanya menjadi

tanggung jawab kalangan dokter namun juga tenaga kesehatan lainnya menyebabkan lahirnya sosiologi kesehatan (Sarwono, 2012).

Sosiologi kesehatan memang lahir dari sosiologi medis namun keduanya memiliki prinsip yang berbeda. Sosiologi medis berfokus pada hubungan dokter dan pasien sedangkan sosiologi kesehatan mengkaji interaksi antara masyarakat dengan kesehatan secara umum. Dalam sosiologi kesehatan, masalah kesehatan dilihat dari sudut pandang ilmu sosial khususnya perilaku manusia. Beberapa konsep pokok sosiologi kesehatan meliputi (Nelwan, 2022):

1. Mendeskripsikan, menganalisis dan memecahkan masalah kesehatan
2. Bahan kajian meliputi interaksi antara masyarakat dengan kesehatan karena para sosiolog telah menunjukkan bahwa penyebaran penyakit dipengaruhi oleh unsur-unsur budaya seperti sosial ekonomi, tradisi, etnis, dan sebagainya.

Antropologi Kesehatan

Antropologi berasal dari kata *anthropos* (bahasa Yunani) yang berarti manusia dan *logos* yang berarti ilmu. Antropologi sebagai sebuah ilmu berusaha memahami tentang kemanusiaan dan keragamannya (Nelwan, 2022). Sama halnya dengan sosiologi yang diperkirakan muncul sejak lama, demikian pula dengan antropologi secara gagasan diperkirakan muncul sebelum pertengahan abad ke-19 (Banudi & Imanuddin, 2017). Dalam perjalanannya, antropologi berkembang menjadi antropologi sosial budaya, antropologi biologi dan arkeologi. Ruang lingkup antropologi mencakup antropologi fisik dan antropologi budaya. Antropologi kesehatan sendiri merupakan cabang ilmu dari antropologi budaya (Nelwan, 2022).

Antropologi kesehatan merupakan kajian tentang pengaruh unsur-unsur budaya terhadap perilaku masyarakat terkait penyakit dan kesehatan. Realitasnya kajian antropologi tentang penyakit dan kesehatan tidak terbatas pada pengaruh unsur budaya saja, namun juga mencakup aspek biologis. Dan ruang lingkup ini sesuai dengan pengertian antropologi menurut Koentjaraningrat bahwa ilmu

antropologi mempelajari manusia dari aspek fisik, sosial dan budaya (Nelwan, 2022).

Foster & Anderson (2015) menyebutkan ada empat akar perkembangan antropologi kesehatan.

1. **Antropologi Fisik**

   Penelitian antropologi fisik meliputi korelasi nutrisi dengan pertumbuhan, bentuk fisik/tubuh dengan variasi penyakit. Pada perkembangannya, Underwood menyampaikan pandangan bahwa pengamatan proses terjadinya penyakit meluas ke faktor-faktor budaya misalnya migrasi, kolonisasi dan urbanisasi. Lebih jauh lagi Fiennes mengungkapkan bahwa munculnya penyakit merupakan konsekuensi dari cara hidup yang beradab sejak era berkembanganya *agriculture*.

2. **Etnomedisin**

   Etnomedisin merupakan kepercayaan dan praktik-praktik terkait penyakit, sebagai bentuk perkembangan kebudayaan asli dan bukan berasal dari kedokteran modern. Para ahli antropologi telah mengumpulkan data terkait kepercayaan dalam pengobatan yang dilakukan penduduk dari berbagai etnis. Hingga akhirnya muncul sebuah konsep bahwa sistem pengobatan asli adalah pranata sosial yang harus dipelajari seperti mempelajari pranata sosial umumnya dan bahwa praktik pengobatan asli adalah rasional jika dilihat dari suatu kepercayaan. Pada awalnya, kajian sistem pengobatan primitif tersebut tidak disadari sebagai suatu kajian antropologi kesehatan. Setelah antropologi kesehatan berkembang, sistem pengobatan "non-Barat" ini dianggap sebagai sebuah pengetahuan praktis dan teoritis yang penting untuk dipelajari. Pada akhirnya etnomedisin menjadi salah satu perhatian penting dalam antropologi kesehatan.

3. **Studi Kebudayaan dan Kepribadian**

   Studi tentang kepribadian orang dewasa dan lingkungan sosial budaya dimana tingkah laku terjadi dimulai pada tahun 1930-an. Pengamatan tentang variasi tingkah laku manusia meliputi penyebab terbentuknya sikap orang dewasa, apakah karena

kebiasaan pada masa kanak-kanak atau karena pengalaman yang didapat kemudian, apakah ada pengaruh faktor biologis dan faktor kepribadian? Meskipun dapat dikatakan bahwa penelitian kepribadian dan kebudayaan bersifat teoritis, beberapa ahli antropologi berusaha menggunakan pengetahuan antropologi tersebut dalam peningkatan taraf kesehatan. Contohnya studi tentang konflik dalam introduksi pelayanan kesehatan modern kepada masyarakat Indian (Joseph, 1942) dan Navaho (Leighton & Leighton, 1944).

4. **Kesehatan Masyarakat Internasional**
   Studi yang dilakukan lintas daerah bahkan lintas negara memberikan wawasan yang luas bagi para tenaga kesehatan dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Perlu disadari bahwa masalah kesehatan bukan hanya sekedar gejala biologis namun juga merupakan gejala sosial budaya. Data dan informasi dari kajian-kajian antropologi yang dilakukan sebelumnya seperti informasi tentang nilai budaya, kepercayaan, praktik pengobatan primitif, bentuk dan dinamika sosial menjadi pengetahuan berharga bagi tenaga kesehatan ketika bekerja di suatu kelompok masyarakat termasuk yang bersifat lintas budaya. Pada akhirnya para tenaga kesehatan tersebut dapat lebih cepat menemukan dan menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi.

Konsep Budaya

Budaya berasal dari bahasa Sansekerta yaitu *buddhayah* bentuk jamak dari *buddhi* yang bermakna budi atau akal. Budaya dalam bahasa Inggris disebut *culture* yang berasal dari bahasa Latin yaitu *colere* bermakna mengolah atau mengerjakan. Budaya dapat dikatakan sebagai hasil karya atau ciptaan manusia yang berupa sistem kehidupan yang diturunkan dari generasi ke generasi (Siswantara, 2019).

Kebudayaan tersusun dari unsur-unsur budaya yang universal. Universal menunjukkan bahwa unsur-unsur tersebut bersifat umum dan dapat ditemukan pada semua kebudayaan di kelompok

masyarakat seluruh dunia (Siswantara, 2019). Unsur-unsur ini dapat menjadi bahan kajian dalam konteks studi faktor determinan masalah kesehatan. Unsur-unsur tersebut meliputi:

1. sistem bahasa
2. sistem pengetahuan
3. sistem kekerabatan dan organisasi sosial
4. sistem peralatan hidup dan teknologi
5. sistem ekonomi/mata pencaharian hidup
6. sistem religi
7. kesenian

Setiap unsur kebudayaan tersebut memiliki tiga wujud kebudayaan yaitu (1) sistem ide/gagasan, (2) pola tindakan/perilaku manusia dan (3) benda fisik hasil karya manusia. Oleh karena itu setiap unsur kebudayaan layak menjadi bahan kajian faktor determinan masalah kesehatan dalam relasinya dengan perilaku manusia.

Konsep Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah segala bentuk kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh individu sebagai makhluk hidup. Perilaku kesehatan adalah segala bentuk kegiatan manusia yang berkaitan dengan kesehatan artinya perilaku tersebut berdampak pada kesehatan manusia. Terbentuknya perilaku kesehatan tidak terjadi begitu saja. Ada tahapan yang harus dilalui sehingga perilaku kesehatan dapat terwujud yaitu melalui domain pengetahuan kemudian sikap dan kemudian perilaku (Siswantara, 2019).

Pertama domain pengetahuan kesehatan. Pengetahuan kesehatan artinya mengetahui tentang konsep yang berhubungan dengan kesehatan. Pada saat individu mengetahui tentang sebuah konsep belum tentu individu tersebut akan menerapkan atau melakukannya. Bisa saja itu menjadi sebatas tahu. Misalnya individu yang mendapat informasi bahwa ibu hamil membutuhkan asupan protein yang cukup salah satunya dari konsumsi ikan. Individu tersebut telah sampai pada domain pengetahuan namun belum tentu diterapkan karena adanya kepercayaan tidak boleh makan ikan saat

hamil karena takut janin berbau amis. Aspek budaya dan kepercayaan biasanya masih sangat kuat dalam hal *food taboo* ini. Karenanya dalam melakukan edukasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat sangat penting untuk mempertimbangkan aspek budaya.

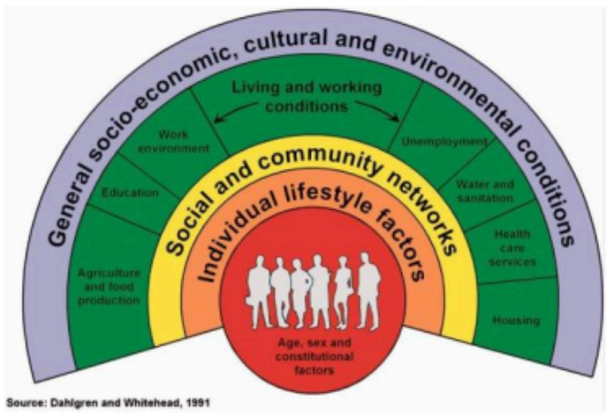
Domain selanjutnya adalah sikap. Domain sikap kesehatan menunjukkan kecenderungan atau persetujuan seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan. Bisa saja seorang ibu hamil misalnya setuju bahwa ibu hamil boleh dan tidak masalah mengonsumsi ikan laut. Namun dia hanya sebatas setuju dan belum menerapkan karena kekhawatiran akan kepercayaan janin berbau amis jika makan ikan akan terwujud. Biasanya dalam hal ini pengaruh orang-orang tua dan suami sangat berperan. Ibu hamil mungkin cenderung mengikuti kepercayaan yang ditanamkan oleh orang-orang tua dari pada edukasi dari tenaga kesehatan yang relatif baru didengarnya.

Domain yang terakhir adalah perilaku. Perilaku artinya jika individu telah betul-betul melaksanakan apa yang diketahuinya. Dan bahkan menjadi kebiasaan yang diterapkan secara berkesinambungan. Perilaku kesehatan meliputi (1) perilaku pemeliharaan kesehatan, (2) perilaku pencarian fasilitas kesehatan dan (3) perilaku kesehatan lingkungan (Siswantara, 2019).

Perilaku pemeliharaan kesehatan artinya individu senantiasa berupaya menjaga dan meningkatkan kesehatannya dengan perilaku yang mendukung. Contohnya tidak merokok, makan makanan bergizi, rajin berolahraga dan melakukan aktivitas fisik yang memadai. Perilaku pencarian fasilitas kesehatan maksudnya adalah tindakan berusaha mencari pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara keadaan sehat atau untuk pengobatan. Contohnya adalah berobat ke dokter ketika sakit, rajin berkonsultasi dengan tenaga kesehatan di puskesmas dan sebagainya. Perilaku kesehatan lingkungan artinya perilaku individu dalam menciptakan lingkungan yang mendukung derajat kesehatannya seperti mengelola sampah dengan baik, memberantas jentik nyamuk, memelihara saluran air dan sebagainya.

Konsep Sehat

Konsep tentang kesehatan dibahas pada bagian ini untuk menunjukkan bahwa dalam pencegahan dan penanganan masalah kesehatan dibutuhkan peran sosiologi dan kesehatan. Ada banyak konsep sehat dari para ahli. Namun dalam bagian ini hanya dibahas kerangka konsep sehat yang banyak digunakan sampai saat ini yaitu model determinan eko-sosial kesehatan dari Dahlgren dan Whitehead (1991).



Gambar 21.1 Model Determinan Kesehatan
Sumber: Eikemo, Bambra, Huijts, & Fitzgerald (2016)

Dahlgren dan Whitehead merilis konsep sehat ini pada tahun 1991 dalam sebuah paper yang berjudul *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Dalam paper tersebut dijelaskan terkait faktor-faktor utama yang berpengaruh terhadap kesehatan. Model tersebut terdiri dari beberapa lapisan. Di lapisan teratas atau terluar terdapat lingkungan struktural utama yang meliputi kondisi sosial ekonomi, budaya dan lingkungan secara umum. Lapisan selanjutnya adalah kondisi material dan sosial dimana masyarakat hidup dan bekerja, ditentukan oleh berbagai sektor seperti perumahan, pendidikan, pelayanan kesehatan, pertanian dan sebagainya. Dukungan timbal balik dari keluarga, teman, tetangga, dan masyarakat setempat adalah lapisan berikutnya. Dan selanjutnya adalah tindakan yang diambil oleh individu, seperti makanan yang

mereka pilih, kebiasaan merokok dan minum. Faktor individu seperti usia, jenis kelamin, dan susunan genetik juga berperan, namun faktor tersebut merupakan faktor-faktor tetap yang tidak dapat dikendalikan (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Dapat dilihat bahwa dalam model determinan kesehatan tersebut, budaya dan perilaku manusia merupakan faktor yang sangat dipertimbangkan. Faktor budaya bahkan menjadi lapisan terluar atau dapat dikatakan sebagai faktor mendasar terhadap derajat kesehatan individu. Sementara faktor perilaku merupakan faktor yang dipengaruhi oleh banyak faktor lainnya yaitu sosial ekonomi dan budaya itu sendiri beserta unsur-unsurnya seperti sistem hidup dan organisasi sosial serta sistem kekerabatan.

Studi-Studi dalam Sosiologi dan Antropologi Kesehatan

Meskipun tidak sebanyak studi kuantitatif tentang faktor determinan masalah kesehatan, studi kualitatif terkait faktor budaya sebagai determinan masalah kesehatan semakin banyak dilakukan. Beberapa kajian tentang kesehatan dalam hubungannya dengan budaya dapat dilihat pada bagian berikut.

1. **Faktor Determinan Budaya Kesehatan dalam Penularan Penyakit TB Paru**

   Jenis dan metode penelitian: penelitian etnografis, kualitatif, *snowball methods*. Hasil studi menunjukkan bahwa penyakit TB paru dipercaya oleh masyarakat di Pariaman Sumatera Barat akibat diguna-guna orang lain yang tidak senang. Namun terdapat kebiasaan perilaku masyarakat membuang ludah sembarangan di tanah dan di lantai rumah yang masih berupa tanah. Di NTT dan NTB terdapat kepercayaan bahwa ibu yang baru melahirkan dan bayinya tidak boleh keluar rumah sampai 40 hari. Hal tersebut dinilai dapat menghambat program imunisasi TB (BCG). Dari aspek perilaku di NTT terdapat budaya sirih pinang sebagai suguhan tamu (sirih pinang dikunyah bersama) dan budaya minum air nira bersama dari wadah yang sama. Sementara itu di NTB, budaya begibung (makan bersama dalam satu nampan) dinilai dapat

menjadi pintu penularan penyakit TB (Pratiwi, Roosihermiatie, & Hargono, 2012).

2. **Meta-Etnografi Budaya Persalinan di Indonesia**
   Jenis dan metode penelitian: penelitian meta-etnografi, review terhadap 22 buku Seri Riset Etnografi Kesehatan. Hasil review menunjukkan bahwa terdapat budaya yang cukup berpengaruh pada pola persalinan yang dilakukan oleh ibu dan keluarga pada 20 etnis yang menjadi objek kajian. Kajian meta-etnografi pada 20 etnis tersebut menyimpulkan ada 7 tema budaya persalinan yaitu: (1) makna persalinan, (2) penolong persalinan, (3) tabu, (4) nilai 'banyak anak banyak rezeki, (5) pandangan keluarga dalam pengambilan keputusan persalinan, (6) lingkungan fisik dan (7) personal tenaga kesehatan (Lestari & Agustina, 2018).

3. ***Scoping Review*: Faktor Sosial Budaya Terkait Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia**
   Jenis dan metode penelitian: *literatur review.* Hasil review terhadap 12 studi ini menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif di Indonesia berhubungan dengan faktor sosial budaya. Faktor kepercayaan pada mitos tertentu, faktor tradisi, dukungan keluarga dan petugas kesehatan, dan faktor sosial ekonomi ibu menjadi faktor-faktor yang berperan penting dalam keberhasilan memberikan ASI eksklusif. Kegagalan pemberian ASI eksklusif dihubungkan dengan tradisi seperti pemberian makanan seperti madu, asam dan pisang pada bayi sebelum berusia 6 bulan (Nidaa & Krianto, 2022).

4. ***Relationship of Economic and Social Culture Status in the First 1000 Days of Life (HPK) Period toward Events of Stunting in Children Ages of 0-24 Months in Barebbo District Working Area, Bone Regency, 2019***
   Jenis dan metode penelitian: *analytic observational study, case control study design*. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor sosial budaya merupakan faktor risiko kejadian stunting di Barebbo Bone. *Food taboo* yang dipercaya oleh masyarakat setempat seperti

ibu hamil memiliki pantangan makanan seperti cumi, gurita, kepiting, rumput laut, ikan pari, bebek, daun kelor, jantung pisang berisiko menyebabkan ibu hamil kekurangan protein (Barahima, Noor, & Jafar, 2019).

Dunia kesehatan masih membutuhkan lebih banyak lagi kajian-kajian faktor budaya dan perilaku sebagai upaya memecahkan masalah kesehatan. Pengalaman antar suku, antar etnis bahkan antar bangsa di dunia menjadi sumbangan penting dalam khasanah ilmu kesehatan. Masalah kesehatan tidak hanya terjadi semata-mata karena rendahnya daya tahan tubuh atau kurangnya asupan zat gizi, namun ada penyebab yang lebih mendasar dan salah satunya mungkin adalah budaya dan perilaku manusia.

****

Daftar Pustaka

Banudi, L., & Imanuddin. (2017). *Sosiologi dan Antropologi Gizi.* Kendari: Forum Ilmiah Kesehatan.

Barahima, J. J., Noor, N. N., & Jafar, N. (2019). 4. Relationship of Economic and Social Culture Status in the First 1000 Days of Life (HPK) Period toward Events of Stunting in Children Ages of 0-24 Months in Barebbo District Working Area, Bone Regency, 2019. *EAS Journal of Humanities and Cultural Studies* , 206-211.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.* Stockholm: Institute for Futures Studies.

Eikemo, T. A., Bambra, C., Huijts, T., & Fitzgerald, R. (2016). The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module

on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review* , 1-17.

Foster, G. M., & Anderson, B. G. (2015). *Antropologi Kesehatan.* Jakarta: Universitas Indonesia.

Lestari, W., & Agustina, Z. A. (2018). Meta Etnografi Budaya Persalinan di Indonesia. *Jurnal Masyarakat dan Budaya* , 49-60.

Marimbi, H. (2009). *Sosiologi dan ANtropologi Kesehatan.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Nelwan, J. E. (2022). *Sosiologi Antropologi Kesehatan.* Yogyakarta: Deepublish.

Nidaa, I., & Krianto, T. (2022). Scoping Review: Faktor Sosial Budaya Terkait Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia. *Jurnal Litbang Kota Pekalongan* , 9-16.

Pratiwi, N. L., Roosihermiatie, B., & Hargono, R. (2012). Faktor Determinan Budaya Kesehatan dalam Penularan Penyakit TB Paru. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* , 26-37.

Sarwono, S. (2012). *Sosiologi Kesehatan.* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Siswantara, P. (2019). Sosio-Antropologi. In R. Fauzi, *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi* (pp. 278-291). Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS

Dr. Dini Setiarsih, S.P., M.Kes.

Penulis merupakan dosen di bidang gizi yang mengajar sejak tahun 2011. Pada tahun 1997, penulis menempuh S1 di Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga - Institut Pertanian Bogor dan lulus pada tahun 2002. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat – Universitas Airlangga dengan minat Gizi Kesehatan Masyarakat dan menyelesaikan studi pada tahun 2014. Dua tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S3 di Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan - Universitas Gadjah Mada dan lulus pada tahun 2022.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Gizi Komunitas dan Biomolekuler Gizi. Sebagai dosen profesional, penulis aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi (pendidikan/pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat). Sejak tahun 2021 penulis mengampu Mata Kuliah Sosiologi Antropologi Gizi. Penulis juga aktif melakukan penelitian yang didanai baik dari internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Sejak tahun 2021 penulis melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat secara intensif di sebuah pondok pesantren binaan Prodi S1 Gizi UNUSA yang merupakan *homebase* penulis.

Email Penulis: dinisetiarsih@unusa.ac.id

BAB 22
PELAYANAN KESEHATAN

Dr. Hj. Dwi Santy Damayati, S.KM., M.Kes.
Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah semua upaya yang dilakukan individu atau kelompok dalam suatu organisasi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan orang, keluarga, kelompok dan atau khalayak umum. Pengetahuan ini membawa pada kesimpulan bahwa struktur pelayanan, jangkauan kegiatan, dan tujuan pelayanan kesehatan menentukan bentuk dan jenis pelayanan kesehatan (Bustami, 2011).

Pengertian lain dari Pelayanan Kesehatan menurut UU No 17 Tahun 2023 adalah serangkaian pelayanan yang ditawarkan secara langsung kepada masyarakat atau organisasi kemasyarakatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk *promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan atau paliatif*.

Pembagian Pelayanan Kesehatan

Menurut Hodgetts dan Cascio (1983) dalam Korompis (2014) pelayanan kesehatan terbagi 2, meliputi:

1. **Pelayanan Kedokteran**

   Penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pelayanan kedokteran yang dapat dilakukan secara perorangan (misalnya: praktek tunggal) atau secara kolektif dalam satu organisasi (misalnya: lembaga). Sasarannya mencakup individu

dan keluarga, dengan tujuan utama yaitu pengobatan penyakit dan rehabilitasi.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sekelompok pelayanan bagi organisasi yang umumnya bergerak secara bersama-sama dalam bidang kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan terciptanya visi organisasi yaitu untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta memiliki target sasaran pada suatu kelompok dan masyarakat (Korompis, 2014).

Perbedaan pelayanan kesehatan menurut Leavel dan Clark (1953) dalam Korompis (2014) diuraikan dalam Tabel 22.1

Tabel 22.1. Perbedaan Pelayanan Kedokteran dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
Tenaga pelaksana adalah para dokter	Tenaga pelaksana adalah ahli kesehatan Masyarakat
Fokusnya penyembuhan penyakit	Fokus utama pencegahan penyakit
Target sasarannya adalah perorangan atau keluarga	Target sasarannya adalah masyarakat secara keseluruhan
Efisiensi kurang diperhatikan	Berupaya menjadi lebih efisien
Tidak mengundang perhatian publik karena tidak sesuai dengan etika kedokteran	Mengundang perhatian publik, contoh penyuluhan kesehatan
Melaksanakan fungsi perorangan dan terikat dengan Undang-Undang	Melaksanakan fungsi dengan melibatkan peran masyarakat dan didukung dengan Undang-undang
Penghasilan dapat berupa imbalan jasa pasien	Pendapatan diperoleh dari anggaran pemerintah
Bertanggung jawab hanya kepada pasien	Bertanggung jawab kepada seluruh khalayak umum

Pelaksanaan upaya kesehatan tidak dapat dimonopoli	Upaya kesehatan dapat dimonopoli
Masalah administrasi yang mudah	Masalah administrasi lebih kompleks

Sumber: (Korompis, 2014)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan UU no 17 Tahun 2023 bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan tempat dan/atau alat yang dimanfaatkan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Masyarakat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan kepada individu dan masyarakat yang menggunakan teknik *promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif.*

Fasilitas pelayanan kesehatan diselenggarakan merupakan upaya kesehatan yang terdiri dari:

1. **Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**
   Fasilitas ini menyelenggarakan Pelayanan kesehatan primer, berupa: Puskesmas; klinik pratama dan praktik mandiri. Bentuk kepedulian pemerintah dalam mendukung pelayanan kesehatan primer (*Primary health care*) yaitu dengan membuat kebijakan yang memprioritaskan tenaga medis dan paramedis untuk mengembangkan pelayanan kesehatan yang maksimal, salah satunya adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

2. **Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut**
   Kemajuan dalam fasilitas pelayanan kesehatan menawarkan layanan kesehatan khusus seperti perawatan spesialis ataupun subspesialis, seperti Rumah Sakit, klinik utama, balai Kesehatan, klinik mandiri oleh profesional kesehatan atau medis. Pelayanan dokter spesialis dan/atau subspesialis yang mengutamakan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa melalaikan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit disebut dengan pelayanan kesehatan lanjutan. Penyedia layanan kesehatan tingkat lanjut adalah dokter berlisensi dan profesional yang bekerja dibawah arahan lembaga pelayanan kesehatan tingkat

lanjut yang didukung oleh pasien melalui sistem jaminan sosial nasional, asuransi swasta, atau keduanya.

3. **Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang**
   Fasilitas ini dapat berfungsi sendiri atau digabungkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan guna menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan Kesehatan yang berperan untuk membantu pelayanan primer dan pelayanan kesehatan lanjutan (Presiden RI, 2023).

Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit

Mutu pelayanan kesehatan pada puskesmas dan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh mutu fasilitas, ketersediaan tenaga kesehatan, obat-obatan dan peralatan kesehatan, serta mekanisme pelayanan yang diberikan. Oleh karena itu, diperbolehkan untuk meningkatkan kualitas faktor-faktor tersebut, termasuk sumber daya manusia dan profesionalisme, sehingga seluruh lapisan masyarakat dapat memperoleh manfaat dari pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata.

Mutu pelayanan kesehatan adalah sejauh mana kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat atau individu terpenuhi sesuai dengan standar profesional yang baik dengan penggunaan sumber daya yang wajar dan efektif dalam batas kapasitas pemerintah dan masyarakat, dengan menjamin keselamatan dan kepuasan pelanggan. sesuai peraturan. dengan standar dan etika yang ditetapkan guna mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Bustami, 2011)

Mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang kompleks antara berbagai komponen atau aspek pelayanan, Donabedian (1980) dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa komponen pelayanan terdiri dari masukan (*input*, disebut juga *structure*), proses, dan hasil (*outcome*).

1. **Masukan (input)**
   Masukan merupakan sarana dan prasarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia serta berbagai sumber daya lain di puskesmas dan

rumah sakit. Integritas, kemanjuran, dan efisiensi, serta kuantitas dan kualitas masukan yang tersedia, merupakan beberapa faktor penting yang memerlukan perhatian dalam aspek ini.

Masukan yang berkualitas diperlukan untuk mendukung layanan kesehatan yang berkualitas. Untuk menjamin kepuasan konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, seluruh sumber daya yang tersedia saat ini harus diatur dan dikelola sesuai dengan seluruh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Proses yang Dilakukan

Proses mengacu pada seluruh rangkaian kegiatan setiap karyawan dan staf profesional ketika berinteraksi dengan konsumen, baik konsumen internal (rekan kerja atau staf) maupun konsumen eksternal (pasien, penyedia barang, masyarakat yang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk tujuan tertentu). Penyelenggaraan yang dilakukan di puskesmas atau di rumah sakit dapat diukur dari: 1) proses pelaksanaan yang diterima sesuai atau tidak; 2) proses yang dilakukan efektif atau tidak; dan 3) proses yang dilakukan berkualitas. Semakin patuh staf/Nakes terhadap standar pelayanan, maka semakin berkualitas pula pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh karena itu, indikator proses termasuk pendekatan langsung terhadap kualitas pelayanan.

3. Hasil yang Dicapai

Hasil yang dimaksud yaitu hasil pemantauan berupa hasil akhir seluruh tindakan para tenaga profesional dan seluruh karyawan terhadap konsumen. Perubahan fisik-fisiologis maupun psiko-sosial pada diri konsumen menjadi hasil yang diharapkan, termasuk kepuasan pelanggan. Walaupun Hasil bukan termasuk pendekatan melalui perantara, namun mumpuni untuk mengetahui pela kualitas pelayanan di puskesmas, rumah sakit, atau institusi pelayanan kesehatan lainnya.

Mutu teknis pelayanan medik (*technical of care*) dan mutu seni pemberian pelayanan (*art of care*) pada umumnya menjadi pertimbangan dalam menilai mutu pelayanan kesehatan. Kualitas seni (artistik) pelayanan berkaitan dengan lingkungan, sikap, dan perilaku pemberi layanan dalam memberikan pelayanan kesehatan, termasuk cara berkomunikasi dengan pasien atau masyarakat umum. Sedangkan untuk mutu teknis pelayanan kesehatan berkaitan dengan kesesuaian proses pelayanan kesehatan dengan standar yang telah ditetapkan (Bustami, 2011).

Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja di Tingkat Daerah

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan: a. Rumah Sakit umum yaitu memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.; dan b. rumah sakit khusus (Kemenkes RI, 2019).

Berikut ini beberapa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit:

1. Pelayanan medik dan penunjang medik (pelayanan medik umum berupa pelayanan medik dasar); pelayanan medik spesialis (pelayanan penyakit dalam, anak, bedah, dan obstetri serta ginekologi); dan pelayanan medik subspesialis (pelayanan medik subspesialis dasar dan pelayanan medik subspesialis lain).
2. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis dan asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
3. Pelayanan non medik berupa pelayanan farmasi, pelayanan laundry/binatu, pengolahan makanan/gizi, pemeliharaan sarana prasarana kesehatan, informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah.

Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu,

golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Rumah Sakit khusus berupa pengobatan pada ibu dan anak; mata; gigi dan mulut; ginjal; jiwa; infeksi; g. telinga-hidung-tenggorok kepala leher; paru; ketergantungan obat; bedah; otak; orthopedi; kanker; dan jantung dan pembuluh darah. Fasilitas kesehatan pada tingkat pemerintah daerah, yaitu:

1. Rumah sakit umum tipe A mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 250 buah.
2. Rumah sakit umum tipe B mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 200 buah.
3. Rumah sakit khusus tipe A mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 100 buah.
4. Rumah sakit khusus tipe B mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 75 buah.

Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Kabupaten

1. **Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C**
   Rumah sakit ini mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 100 buah. Rumah sakit ini merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II dengan misi merawat pasien dan memulihkan kesehatannya serta mengatasi permasalahan fisik dan mentalnya.

2. **Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D**
   Rumah sakit yang mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 50 buah.

3. **Rumah Sakit Khusus Kelas C**
   Rumah sakit khusus yang mempunyai *hospital bed* sebanyak ≥ 25 buah seperti rumah sakit bersalin (RSB), dan sebagainya (Kemenkes RI, 2019)

Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Kecamatan

1. **Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**
   Puskesmas adalah satu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan

membina peran serta Masyarakat, disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok sedangkan berdasarkan UU no 17 tahun 2023 puskesmas merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif di wilayah kerjanya sekaligus menyelenggarakan dan mengkoordinasikan Pelayanan Kesehatan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif (Presiden RI, 2023).

Pelayanan Kesehatan Primer atau PHC merupakan sebuah metode yang dimanfaatkan sebagai wadah untuk memastikan bahwa semua penduduk menerima standar dasar pelayanan kesehatan. PHC menekankan perbaikan dan keberlanjutan dengan kepercayaan diri dan keterlibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan mengenai kesehatan dan pembangunan yang dapat diterima, murah, dan pada dasarnya bisa dicapai. Paradigma sehat yang menekankan konsep pencegahan penyakit dan promosi kesehatan memungkinkan untuk lebih meningkatkan kesehatan masyarakat.

Puskesmas sebagai ujung tombak upaya Kesehatan mempunyai fungsi antara lain:

a. Pusat penggerak pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
b. Pusat pembinaan peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerjanya.

PHC merupakan layanan kesehatan mendasar yang didasarkan pada metode dan teknologi sosial, ilmiah, dan praktis, dan diberikan kepada masyarakat dan keluarga dalam masyarakat dengan keterlibatan penuh dengan biaya yang wajar. Semua tingkat pelayanan dapat dipertahankan oleh masyarakat dan pemerintah. Kemajuan sosial berdasarkan nilai-nilai otonomi dan penentuan nasib sendiri (*self-determination*).

Dengan demikian, PHC pada hakikatnya merupakan perubahan sosial dalam pembangunan kesehatan yang memerlukan perubahan psikologis, perubahan struktur sistem

kesehatan dan reorientasi penggunaan sumber daya serta perubahan lain dalam sistem kesehatan seperti cara kerja tenaga medis. Kesetaraan kesehatan adalah inti dari pendekatan ini, yang menciptakan hubungan luas antara kesehatan dan sektor lain, termasuk peluang kerja, lingkungan hidup, dan pembangunan perdamaian manusia.

Prinsip dasar PHC terdiri dari upaya pemerataan kesehatan, menitikberatkan pada upaya preventif, menggunakan teknologi tepat yang lebih efektif dan efisien, melibatkan partisipasi masyarakat dan kerja sama lintas *sectoral*.

Program PHC:

a. Pendidikan tentang permasalah kesehatan, metode tindakan pencegahan penyakit serta pengendaliannya
b. Peningkatan ketersediaan makanan sehat dan perbaikan gizi
c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
d. Kesehatan ibu dan anak seperti keluarga berencana
e. Imunisasi untuk penyakit-penyakit infeksi utama
f. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
g. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
h. Penyediaan obat-obat esensial

Tujuan Umum PHC yaitu berupaya mengetahui kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang ditawarkan sehingga penerima pelayanan akan merasa puas.

Tujuan Khusus:

a. Pelayanan yang diberikan harus diterima, inklusif dan berdasarkan kebutuhan medis masyarakat yang dilayani.
b. Pelayanan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan populasi dengan memanfaatkan tenaga dan sumber daya yang tersedia.

Fungsi PHC: Pemeliharaan Kesehatan, Pencegahan penyakit, Diagnosis dan pengobatan, Pelayanan tindak lanjut, dan Pemberian sertifikat (Prasetyawati, 2011).

2. Puskesmas Keliling

Puskesmas keliling merupakan unit pelayanan kesehatan keliling yang dilengkapi dengan kendaraan bermotor roda empat atau perahu bermotor dan peralatan komunikasi serta sejumlah tenaga yang berasal dari puskesmas.

3. Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

Setiap Kabupaten dan Kota harus memiliki minimal 4 puskesmas binaan PONED, sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengertian PONED yaitu puskesmas dengan pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar:

a. Merupakan fasilitas kesehatan yang memiliki sumber daya atau kapasitas menangani keadaan darurat umum onsterti dan neonatal.
b. Fasilitas kesehatan yang tersedia siap 24 jam.
c. Sebagai tempat rujukan situasi darurat obstetri dan neonatal dasar dari PKD dan puskesmas non PONED
d. Segera memberikan rujukan ke rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi komprehensif (PONEK) jika ditemui kasus yang memerlukan penanganan *sectio caesaria* dan transfuse.
e. PKD dan Puskesmas non perawatan dipersiapkan untuk memberikan pertolongan pertama gawat darurat obstetri dan neonatal (PPGDON) dan tidak disiapkan untuk melakukan PONED).

Berikut beberapa Pelayanan medis yang dapat dilakukan di puskesmas mampu PONED meliputi:

a. Pelayanan Obstetri yang terdiri dari (Pencegahan dan penanganan perdarahan, preeklamsia, eklamsia, infeksi, partus lama/ macet serta abortus)
b. Pelayanan neonatal yang terdiri dari (Pencegahan dan penanganan asfiksia, hipotermia, BBLR, kejang atau ikterus serta gangguan imun)

4. **Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif* (PONEK)**

   Pelayanan untuk upaya pelayanan komprehensif berbasis rumah sakit yang menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dengan kemampuan untuk melakukan semua pelayanan obstetrik darurat neonatal (PONED) juga harus dapat melakukan transfusi darah dan operasi caesar serta medis. Perawatan dan perawatan intensif neonatal yang penting dilakukan karena Angka Kematian Ibu (MMR) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih sangat tinggi.

   Tujuan PONEK:

   a. Untuk meminimalkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), serta menangani kasus-kasus krisis obstetri dan neonatal.
   b. Diharapkan mampu menurunkan angka kesakitan dan jumlah kematian para ibu dan bayi di Indonesia.
   c. Untuk menghindari rujukan yang berlangsung lebih dari dua jam serta mengakhiri siklus rujukan tersebut.

Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Wilayah Kerja Tingkat Desa

1. **Puskesmas Pembantu**

   Puskesmas Pembantu merupakan suatu unit pelayanan kesehatan sederhana yang mempunyai fungsi penunjang, menunjang terlaksananya kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas pada wilayah yang lebih kecil. Puskesmas sekunder ini melaksanakan beberapa tugas pokok puskesmas yang menjadi tanggung jawab kepala puskesmas

2. **Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Klinik Bidan Di Desa**

   Pondok Bersalin Desa (Polindes) merupakan penyelenggara pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) mencakup pertolongan persalinan dan Keluarga Berencana (KB) yang dipimpin oleh bidan desa. Klinik bidan desa bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas.

   Bentuk kegiatannya yaitu: pemeriksaan kehamilan, merujuk ibu hamil yang beresiko tinggi ke fasilitas kesehatan yang lebih

mampu, menolong persalinan normal, memberikan pertolongan pertama pada gawat darurat obstetric, memberikan pelayanan kesehatan ibu meneteki termasuk nifas, Menerima rujukan dari dukun bayi dan kader (posyandu, kelompok peminat KIA dan dasawisma) serta kegiatan lainnya.

Tugas utama bidan adalah meningkatkan partisipasi masyarakat dengan membimbing ketua kelompok posyandu dan dasawisma. Selain melaksanakan pelayanan langsung ke posyandu dan membantu persalinan di rumah, bidan dapat merujuk permasalahan kesehatan anggota keluarga dasawisma sehingga memperoleh layanan yang diperlukan atau dirujuk ke puskesmas atau fasilitas kesehatan yang biayanya terjangkau dan mampu diakses oleh masyarakat.

3. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan pos pelayanan kesehatan keluarga berencana yang dikelola untuk mencapai tujuan keluarga kecil bahagia dan sukses dengan bantuan teknis dari petugas. Keluarga Berencana (KB), Perlindungan Ibu dan Anak (KIA), Peningkatan Gizi Keluarga, Imunisasi dan Pengendalian Diare merupakan lima inisiatif yang dilaksanakan posyandu.

4. Pos Kesehatan Desa dan Pos Obat Desa (POD)

POD merupakan prasarana penyediaan obat-obatan sederhana tanpa resep yang dikelola oleh tenaga medis sebelum dipindahkan ke polindes, puskesmas pembantu, dan sebagainya di bawah arahan dan pengawasan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kecamatan (Satrianegara M.Fais, 2012)

****

Daftar Pustaka

Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya* (R. Astikawati (ed.)). Penerbit Erlangga.

Kemenkes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. *3*, 1–80.

Korompis, G. E. C. (2014). *Organisasi & Manajemen Kesehatan* (E. K. Yudha (ed.); 2016th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Prasetyawati, A. E. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kebidanan Holistik (Integrasi Community Oriented ke Family Oriented)*. Nuha Medika.

Presiden RI. (2023). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*. *187315*.

Satrianegara M.Fais, S. S. (2012). *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Salemba Medika.

PROFIL PENULIS

Dr. Hj. Dwi Santy Damayati, S.KM., M.Kes.

Penulis memiliki ketertarikan terkait dengan ilmu kesehatan masyarakat sejak tahun 1999. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk pada perguruan tinggi negeri di Makassar yaitu Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat dan menyelesaikan studi pada tahun 2003. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan pada program studi S2 di pada institusi yang sama dan berhasil lulus pada tahun 2008. Selanjutnya penulis melanjutkan program studi S3 di IPB Bogor pada tahun 2018 dengan menggunakan sponsor dari beasiswa dari MORA ministry of religious affairs dan proses penyelesaian studi pada tahun 2023.

Penulis memiliki kepakaran dibidang kesehatan dan gizi masyarakat. Saat ini penulis mendedikasikan ilmu yang dimiliki sebagai dosen profesional pada perguruan tinggi negeri yaitu Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar dibawah naungan Kementerian Agama. Beberapa penelitian telah dilakukan dan didanai oleh internal perguruan tinggi dan beberapa Kementerian Agama. Selain itu, penulis juga melakukan menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: santy@uin-alauddin.ac.id

BAB 23
DASAR BIOMEDIS UNTUK KESEHATAN MASYARAKAT

Holif Fitriyah, S.Gz., M.Gz.
IPB University

Pendahuluan

Biomedis merupakan bagian dari ilmu kedokteran dan kesehatan yang banyak menjelaskan tentang fenomena makhluk hidup mulai dari tingkatan molekul, sel hingga tingkatan yang paling besar yaitu populasi. Dasar biomedis perlu dipahami dengan baik terutama untuk kesehatan masyarakat. Pemahaman ilmu ini secara baik memiliki andil besar dalam menjelaskan fenomena alam dan makhluk hidup yang sedang terjadi. Pemahaman yang baik akan kondisi ketidakseimbangan dapat memberikan intervensi dan penanganan yang tepat untuk mengatasi kondisi tersebut. Bidang ilmu biomedis baik dipelajari oleh ahli gizi, tenaga epidemiologi, bidan, perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

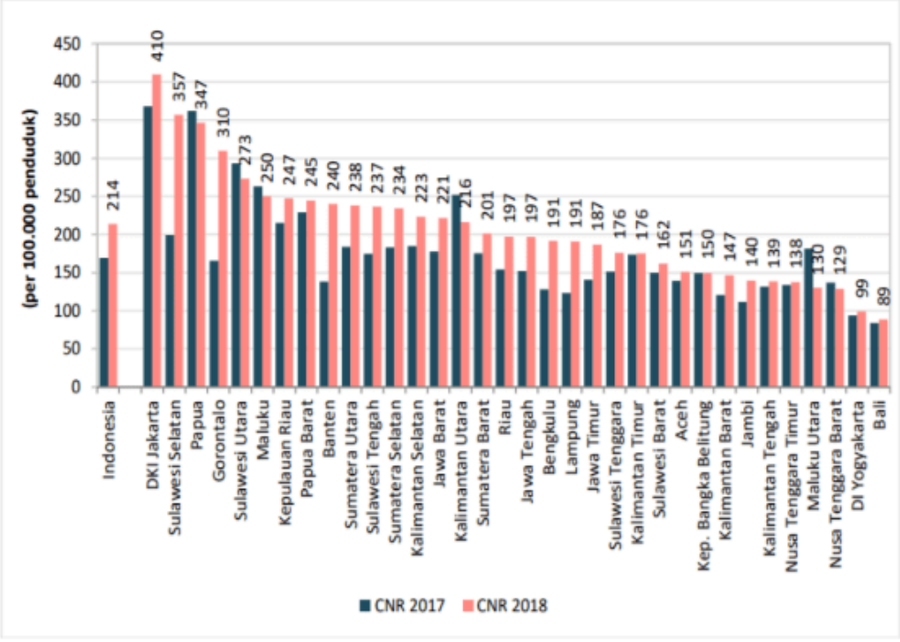
Ilmu biomedis memiliki fokus utama pada perkembangan kesehatan masyarakat. Misalnya, adanya pandemi terkait virus tertentu yang membutuhkan penanganan sigap dari berbagai pihak mulai dari Kementerian Kesehatan, pemerintah hingga seluruh komponen masyarakat. Penelitian terkait penyebaran penyakit pada masyarakat hingga pengembangan vaksin untuk menekan perkembangan virus tertentu tidak lepas dari pengaruh dan peran ilmu biomedis. Ilmu biomedis tidak hanya berkembang dalam kehidupan masyarakat, namun juga sering digunakan dalam penelitian skala laboratorium untuk mengidentifikasi suatu virus,

bakteri hingga parasit yang dapat menginfeksi masyarakat hingga penanganan tepat guna meningkatkan derajat kesembuhan.

Definisi Biomedis

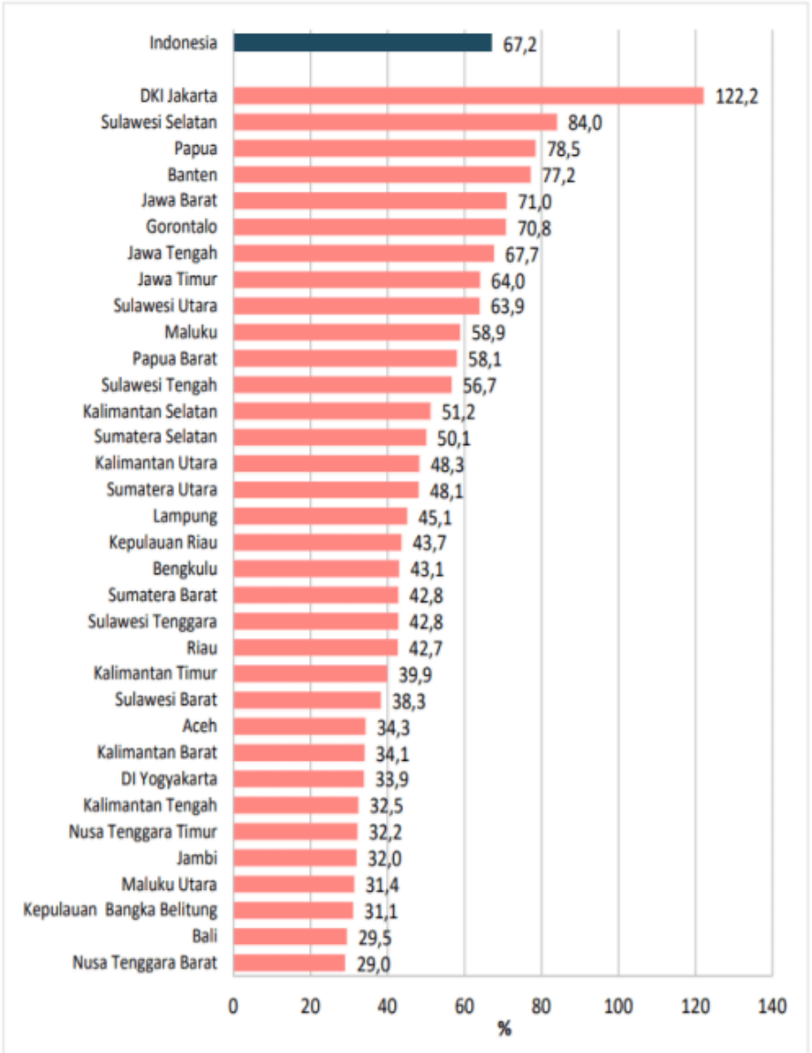
Pertumbuhan masyarakat yang pesat disertai dengan adanya berbagai masalah kesehatan. Masalah atau penyakit yang berkembang di masyarakat secara garis besar dibagi menjadi penyakit menular dan penyakit tidak menular. Dasar-dasar ilmu biomedis dalam kesehatan masyarakat penting dipelajari untuk membantu pengendalian epidemiologi penyakit tersebut.

Biomedis merupakan ilmu yang mengintegrasikan beberapa cabang keilmuan lainnya seperti biologi, kedokteran, perilaku masyarakat hingga kesehatan masyarakat, Ilmu ini dipelajari mulai dari tingkatan substansi molekuler, sel, jaringan, organ, sistem organ hingga individu itu sendiri sebagai organisme yang kompleks.



Gambar 23.1: Angka Notifikasi Kasus TBC Per 100.000 Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2018
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI (2019)

Biomedis memiliki peranan penting dalam pencegahan, penegakan diagnosis, treatment suatu penyakit hingga rehabilitasi suatu penyakit untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Misalnya, penyakit TBC, yang merupakan penyakit menular penyebab kematian nomor satu di dunia, membutuhkan keterlibatan ilmu biomedis dalam pengendalian dan penularannya.



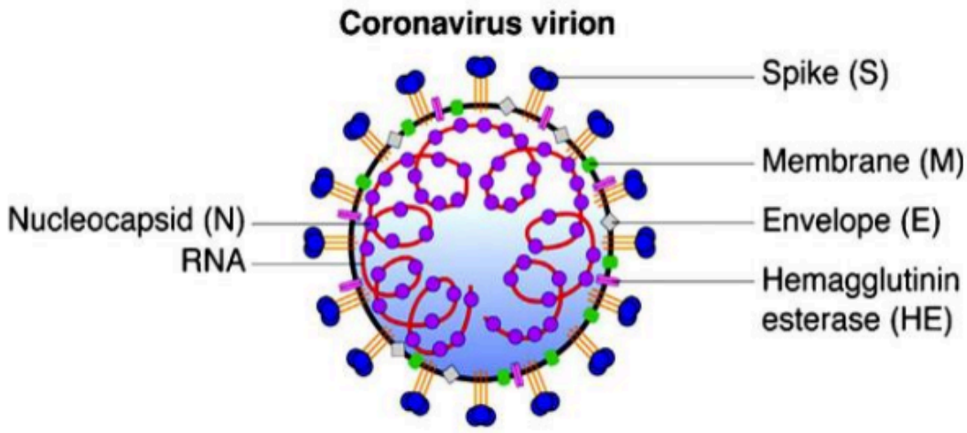
Gambar 23.2: Case Detection Rate (CDR) TBC Menurut Provinsi 2018

Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI (2019)

Dasar-Dasar Biomedis untuk Kesehatan Masyarakat

Dasar-Dasar Biomedis untuk kesehatan masyarakat diperlukan dalam Upaya pengendalian dan penanganan suatu penyakit. Berikut adalah cabang ilmu yang berhubungan dengan dasar-dasar biomedis.

1. Virologi: tentang pengendalian virus
2. Bakteriologi: tentang pengendalian bakteri
3. Parasitologi: tentang pengendalian parasite
4. Mikologi: tentang pengendalian jamur
5. Entomologi: tentang pengendalian serangga



Gambar 23.3: Struktur Virus Corona
Sumber: Millet & Whittaker (2015)

Contoh aplikasi dasar-dasar biomedis dalam kesehatan masyarakat adalah pengendalian virus covid-19. Penyakit yang menyebabkan beberapa gangguan dalam sistem pernapasan ini pertama kali ada di Tiongkok tahun 2019. Penyebaran virus covid-19 terjadi secara cepat dan meluas di beberapa negara lainya, termasuk negara Indonesia. Gangguan pernapasan yang ditimbulkan oleh virus covid-19 apabila tidak ditangani dengan tepat dapat mengakibatkan terjadinya kematian. Gejala ringan infeksi virus covid-19 ditandai dengan demam, sedangkan gejala berat infeksi virus covid-19 ditandai dengan pneumonia. Kondisi pneumonia berat yang tidak ditangani dengan segera dapat mengakibatkan terjadinya kematian (Xu et al, 2020). Dasar biomedis berperan besar saat pandemic akibat virus covid-19 terjadi di Indonesia.

Prinsip Etika Biomedis

Dalam aplikasinya terhadap kehidupan masyarakat, dasar-dasar biomedis memiliki serangkaian prinsip etika. Prinsip etika tersebut digunakan dalam prosedur penelitian, intervensi terhadap manusia hingga pengambilan sampel untuk tujuan pengobatan dan pengendalian penyakit tertentu. Berikut adalah 5 prinsip etika biomedis yang perlu diperhatikan oleh masyarakat.

1. ***Nonmaleficence***

   Nonmaleficence merupakan prinsip etika biomedis yang tidak merugikan dalam hal ini dapat menyebabkan bahaya baik secara fisik maupun psikis pada individu. Prinsip ini perlu diterapkan dalam pengambilan sampel seperti darah, urin maupun saliva pasien untuk analisis dan penentuan terapi medis yang tepat. Dalam menjalani prinsip ini, pelayanan yang dilakukan harus bertujuan untuk meningkatkan derajat kesembuhan individu yang mengalami suatu penyakit.

2. ***Beneficence***

   Beneficence merupakan prinsip etika yang memberikan manfaat atau kebaikan. Prinsip ini harus bertujuan melindungi masyarakat dari dampak negatif terhadap suatu masalah atau intervensi.

Gambar 23.4: Vaksin Covid-19
Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Malang (2023)

Misalnya, pengembangan dan pemberian vaksin covid-19 pada masyarakat Indonesia bertujuan membangun herd immunity sehingga masyarakat memiliki kekebalan yang kuat dalam melawan serangan virus. Ada beberapa jenis vaksin covid-19 seperti CoronaVac, Pfizer, Novafarm, AstraZeneca, Moderna, dan Sinopham. Masing-masing vaksin tersebut memiliki efektifitas serta efek samping yang berbeda-beda pada individu.

3. ***Confidentially***

   Confidentially merupakan prinsip kerahasiaan. Dalam hal ini, Ketika sedang dilakukan pengambilan sampel atau penelitian biomedis, wajib menjaga kerahasiaan data pasien atau responden penelitian. Selain itu, dokumen pribadi meliputi riwayat kesehatan, riwayat penyakit hingga pola makan juga harus dijaga kerahasiaan datanya. Tenaga kesehatan harus mampu menjaga kerahasiaan data masyarakat yang berkaitan dengan penelitian biomedis, dalam artian data maupun informasi yang sudah diberikan dan diperoleh tidak boleh disebarkan kepada orang lain maupun khalayak masyarakat sesuai dengan peraturan undang-undang yang berlaku di Indonesia.

4. ***Justice***

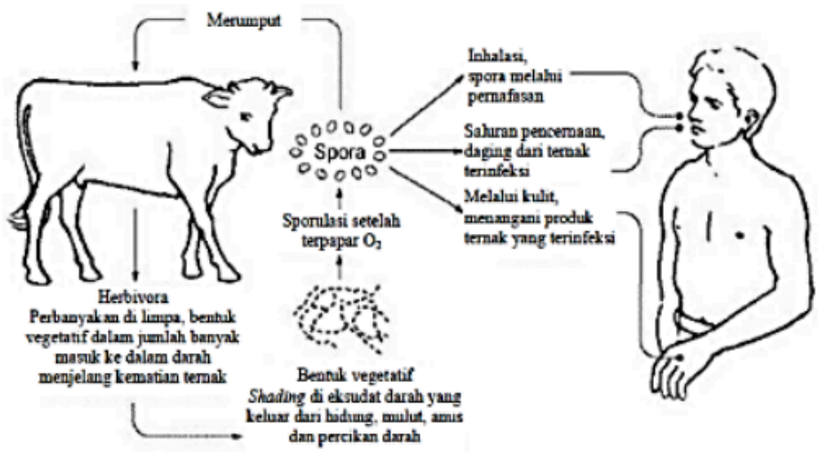
   Justice merupakan prinsip keadilan. Prinsip ini mendukung penuh kesamaan antar manusia meliputi moral, norma dan rasa kemanusiaan. Nilai ini diimplementasikan Ketika epidemiolog, ahli gizi, dokter, perawat, laboran maupun tekanan kesehatan lainnya memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Setiap individu yang ada di masyarakat memiliki hak yang sama dalam memperoleh perlakuan dan fasilitas kesehatan yang baik tanpa adanya pertimbangaan akan perbedaan ras, golongan, suku, agama maupun kepercayaan tertentu yang dianutnya. Setiap masyarakat punya hak yang sama dalam menerima pengobatan maupun terapi medis untuk menunjang kesembuhannya. Pelayanan, pengobatan, terapi yang diterima harus sama untuk kondisi penyakit yang sama dengan tetap memperhatikan kondisi klinis, fisik dan biokimia pasien atau responden yang berbeda-beda.

5. ***Fidelity***

Fidelity merupakan prinsip terkait komitmen yang dibangun terhadap masyarakat. Tenaga kesehatan yang melakukan prosedural biomedis harus bisa menghargai janji serta komitmen yang baik dengan pasien yang ditangani. Kepatuhan terhadap kode etik yang berlaku perlu dibangun dan diterapkan dalam keseharian bekerja dan melayani masyarakat.

Peranan Biomedis dalam Pengendalian Antraks

Antraks merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri gram positif *Bacillus anthracis.* Penyakit ini termasuk dalam kategori zoonosis yang bisa ditularkan dari hewan ke manusia. Penyebaran dan penularan infeksi bakteri antraks dari hewan ke manusia ini bisa dipelajari secara biomedis. Sudah banyak penelitian biomedis yang dilakukan untuk menekan perkembangan penyakit ini. Di Indonesia sendiri, penyakit ini tidak hanya menimbulkan kerugian secara kesehatan saja, melainkan juga secara ekonomi



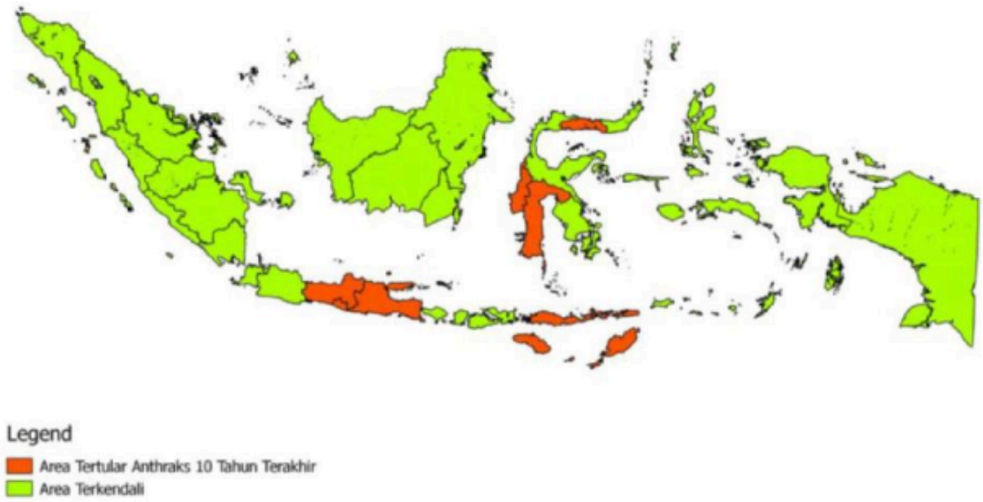
Gambar 23.5: Penularan Penyakit Antraks pada Ternak & Manusia

Sumber: Qureshi (2012)

Gambar 23.6: Infeksi Antraks pada Manusia

Sumber: Surveilans Epidemiologi Kabupaten Boyolalii (2011)

Kejadian penyakit antraks dan penularannya dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti suhu, cuaca, curah hujan dan iklim. Berdasarkan penelitian Willa *et al.* (2014) menunjukkan hasil bahwa bakteri penyebab antraks *Bacillus anthracis* memiliki daya tahan hidup yang cukup kuat walaupun berada pada suhu yang tinggi. Kasus antraks di Indonesia sendiri meningkat saat musim hujan, Berikut adalah gambar yang menunjukkan peta persebaran antraks di Indonesia.



Gambar 23.7: Peta Kasus Antraks 2007-2018

Sumber: Pudjiatmoko (2017)

Secara biomedis, kejadian antraks di Indonesia dapat terjadi dan mudah menyebar akibat masih rendahnya pengetahuan kesehatan pada masyarakat. Bakteri antraks dapat menginfeksi hewan ternak seperti sapi, domba dan kambing. Ketika masyarakat belum memiliki pengetahuan biomedis dan kesehatan yang mumpuni, masyarakat tidak mengetahui tanda dan gejala pada hewan tenaknya sehingga penyakit zoonosis ini berkembang cepat dan berpotensi menularkan pada manusia. Spora antraks dapat menginfeksi masyarakat jika masyarakat mengkonsumsi daging yang sudah terinfeksi oleh bakteri tersebut

****

Daftar Pustaka

Darmawan, A. (2016). Epidemiologi penyakit menular dan tidak menular. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 4(2).

Febrianto, C. (2019). Fenomena Pelayanan Kesehatan dalam Prinsip Etika Biomedik. Yogyakarta (ID): Universitas Gajad Mada.

Prayitno, J., Rahmania, A., Joko, P.S., Rudi, N. (2021). Tinjauan Teknologi Inaktivasi Virus Penanggulangan Pandemi Covid-19. Jurnal Bioteknologi dan Biosains Indonesia. 8(1).

Pudjiatmoko. (2017). Pengendalian penyakit antraks pada hewan. Dalam: Acara Siang Klinik Mengenal Penyakit Anthrax dan Penatalaksanaannya, di RSPI Prof. Dr. Suliyanti Saroso. Jakarta, 9 Februari 2017. Jakarta (Indonesia): Direktorat Kesehatan Hewan Direktorat Jenderal Peternakan dan Kesehatan Hewan. Kementerian Pertanian.

Soerantinoyo, D.K, Diana, V.D.D, Finny, W. (2019). Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan Penyebaran COVID-19 pada Perusahaan Produsen Air Minum Dalam Kemasan. *Jurnal Biomedik*. 13(3).

Qureshi S. 2012. The cycle of infection in anthrax. Georgia Gwinnett College [Internet]. [cited 20 September 2023]. Available from: http://wiki.ggc.usg.edu/wiki/ Anthrax_Fall_%2711.

Utomo, B. (2007). Tantangan pencapaian millennium development goals (MDGs) bidang kesehatan di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.* 1(5).

Warganegara E., Nida N.N. (2016). Faktor risiko penyakit tidak menular. *Majority.* 5(2).

Willa RW. (2010). Perilaku masyarakat dan faktor lingkungan yang berhubungan dengan kejadian antraks di Kecamatan Kodi, Kabupaten Sumba Barat Daya. *Media Litbang Kesehatan*. 20:164-172.

Xu XW, Wu XX, Jiang XG, Xu KJ, Ying LJ, Ma CL, Li SB, Wang HY, Zhang S, Gao HN, Sheng JF, Cai HL, Qiu YQ, Li LJ (2020b) Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: *Retrospective case series.* BMJ 368: m606.

PROFIL PENULIS

Holif Fitriyah, S.Gz., M.Gz.

Penulis tertarik terhadap ilmu gizi dan pangan sejak tahun 2014. Penulis menempuh Pendidikan di Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 01 Jember dan lulus pada tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi di IPB University jurusan Ilmu Gizi dan lulus pada tahun 2018 (Program S1/Sarjana) dan 2020 (Program S2/Magister). Selama perkuliahan penulis memperoleh penghargaan sebagai Mahasiswa Berprestasi tingkat Fakultas pada tahun 2017 dan menjuarai beberapa kompetisi karya tulis ilmiah.

Kepakaran bidang yang dimiliki oleh penulis adalah pengembangan produk pangan, gizi olahraga dan kebugaran, gizi klinis serta analisis data pangan dan gizi. Penulis berkarir sebagai peneliti, tenaga pendidik atau dosen, konsultan gizi pada beberapa perusahaan pangan dan kebugaran serta *content creator.* Beberapa penelitian yang dilakukan oleh penulis juga telah diterbitkan baik dalam jurnal internasional maupun jurnal nasional. Selain itu, penulis juga aktif menulis pada beberapa *platform* seperti *website* dan portal berita dalam bentuk artikel *SEO* dengan harapan dapat memberikan informasi gizi dan pangan yang mudah dipahami oleh masyarakat. Penulis juga kerapkali mengisi webinar dan menjadi pembicara dalam konferensi ilmiah.

Email Penulis: holiffitria51ipb@gmail.com

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Buku ini adalah panduan komprehensif yang dirancang untuk membantu anda untuk memahami dasar dan cakupan ilmu kesehatan masyarakat, tantangan kesehatan Masyarakat ke depan, dan bagaimana konsep yang dapat diaplikasikan dalam praktik sehari-hari. Ilmu kesehatan masyarakat adalah bidang yang terus berkembang dengan dampak yang besar pada kualitas hidup, hal tentang menciptakan masyarakat yang lebih sehat secara keseluruhan. Melalui buku ini kami berharap dapat memberikan wawasan mendalam tentang bagaimana faktor-faktor seperti lingkungan, perilaku, sosial, dan ekonomi dapat memengaruhi kesehatan dan tindakan apa yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan yang efektif dan efisien. Buku ini disusun oleh para ahli kesehatan masyarakat dan ahli terkait yang berpengalaman dan peneliti terkemuka, dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang jelas dan praktis tentang konsep-konsep kesehatan masyarakat.

Setiap bab dirancang untuk memberikan dasar yang kuat dalam topik yang beragam, diantaranya yaitu : 1). Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2). Promosi Kesehatan, 3). Ilmu Perilaku, 4). Kependudukan, 5). Biostatistik, 6). Kesehatan Reproduksi, 7). Kesehatan Anak, 8). Kesehatan Jiwa, 9). Kesehatan Lingkungan, 10). Kesehatan dan Keselamatan Kerja, 11). Gizi Masyarakat, 12). Administrasi Rumah Sakit, 13). Manajemen Kesehatan, 14). Ekonomi Kesehatan, 15). Epidemiologi, 16). Informasi Kesehatan, 17). Kesehatan Keluarga, 18). Pengobatan Tradisional di Masyarakat, 19). Kesehatan Lansia, 20). Etika dan Hukum Kesehatan, 21). Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, 22). Pelayanan Kesehatan, 23). Dasar Biomedis untuk Kesehatan Masyarakat.

sada kurnia pustaka

ISBN 978-623-8385-10-2

9 786238 385102

Ilmu Kesehatan Masyarakat

ORIGINALITY REPORT

5%	5%	1%	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repo.poltekkes-pontianak.ac.id Internet Source	1%
2	repository.uki.ac.id Internet Source	1%
3	repository.uima.ac.id Internet Source	1%
4	pdfcoffee.com Internet Source	1%
5	id.scribd.com Internet Source	1%
6	repo.alungcipta.com Internet Source	1%

Exclude quotes	On	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	On		