

FARMASI KESEHATAN MASYARAKAT

**Devita Riafinola Andaririt
Musdalipah
Dientyah Nur Anggina
Tita Nofianti
Yulianti Fauziah
Heny Puspasari
Juliyanty Akuba
Hilda Muliana
Fitra Fauziah
Rizky Indah Pratiwi
Rahmawati
Resha Resmawati Shaleha
Nunik Wahyuni**



GETPRESS INDONESIA

FARMASI KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis : Devita Riafinola Andaririt

Musdalipah

Dientyah Nur Anggina

Tita Nofianti

Yulianti Fauziah

Heny Puspasari

Juliyanty Akuba

Hilda Muliana

Fitra Fauziah

Rizky Indah Pratiwi

Rahmawati

Resha Resmawati Shaleha

Nunik Wahyuni

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting: Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd.

Penerbit: GETPRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan Judul Farmasi Kesehatan Masyarakat dapat diselesaikan dengan baik atas kerjasama tim penulis. Buku ini membahas mengenai konsep dasar kesehatan masyarakat, konsep spektrum kesehatan, teori bloom : faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, epidemiologi, peranan epidemiologi dalam kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, keselamatan dan kesehatan kerja, administrasi kesehatan, program indonesia sehat, pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan, peran farmasi dalam kesehatan masyarakat, program pemerintah dalam upaya promotif dan preventif kesehatan.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur diberbagai Perguruan Tinggi.

Padang, Januari 2024
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Tujuan Kesehatan Masyarakat.....	3
1.3 Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	3
1.4 Perkembangan Kesehatan Masyarakat	5
1.5 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat	8
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 KONSEP SPEKTRUM KESEHATAN	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Konsep Sehat dan Sakit.....	15
2.3 Hubungan Sehat-Sakit	18
2.4 Dimensi Kesehatan Prima.....	18
2.5 Rentang Sehat	20
DAFTAR PUSTAKA	22
BAB 3 TEORI BLOOM : FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT	23
3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan.....	24
3.3 Faktor Internal Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan.....	36
DAFTAR PUSTAKA	39
BAB 4 EPIDEMIOLOGI.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Pengertian	42
4.3 Prinsip – Prinsip Epidemiologi	43
4.4 Proses Terjadinya Penyakit	44
4.5 Studi Epidemiologi.....	51
DAFTAR PUSTAKA	52
BAB 5 PERANAN EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT.....	53
5.1 Pendahuluan.....	53
5.2 Peran Epidemiologi Kemajuan Ilmu Kedokteran.....	55
5.3 Peran Epidemiologi dalam Bidang Kesehatan Masyarakat	55
DAFTAR PUSTAKA	62

BAB 6 KESEHATAN LINGKUNGAN.....	63
6.1 Pendahuluan.....	63
6.2 Tujuan Pengelolaan Lingkungan Hidup.....	63
6.3 Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan.....	64
6.4 Upaya Penyehatan	64
6.5 Upaya Perlindungan Kesehatan Masyarakat.....	65
6.6 Teknis Pengelolaan Limbah dan Pengawasan terhadap Limbah yang Berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan	67
6.7 Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit.....	71
6.8 Upaya Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan dalam Kondisi Matra dan Ancaman Global Perubahan Iklim.....	72
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BAB 7 KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA.....	77
7.1 Pendahuluan.....	77
7.2 Keselamatan Kerja	78
7.3 Analisis Resiko dan Pengendalian K3	86
7.4 Pemadam Kebakaran.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	96
BAB 8 ADMINISTRASI KESEHATAN.....	97
8.1 Definisi Administrasi Kesehatan.....	97
8.2 Administrasi Kesehatan.....	98
8.3 Unsur Pokok Administrasi Kesehatan.....	99
8.4 Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan.....	102
8.5 Manfaat Administrasi Kesehatan.....	104
DAFTAR PUSTAKA.....	106
BAB 9 PROGRAM INDONESIA SEHAT.....	107
9.1 Pendahuluan.....	107
9.2 Tujuan PIS-PK.....	108
9.3 Prioritas PIS-PK.....	112
9.4 Indikator Status Kesehatan Keluarga	124
9.5 Tantangan.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	129
BAB 10 PENDIDIKAN DAN ILMU PERILAKU KESEHATAN.....	131
10.1 Pentingnya Pendidikan	131
10.2 Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.....	135
DAFTAR PUSTAKA.....	142
BAB 11 INDIKATOR KESEHATAN MASYARAKAT	143
11.1 Pengenalan Indikator Kesehatan Masyarakat.....	143

11.2 Tujuan Penggunaan Indikator Kesehatan Masyarakat	145
11.3 Jenis Indikator Kesehatan	145
11.4 Sumber Data Indikator Kesehatan	167
DAFTAR PUSTAKA	169
BAB 12 PERAN FARMASI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT ...	171
12.1 Pendahuluan	171
12.2 Definisi	172
12.3 Pelaksanaan Pharmaceutical Care	173
12.4 Pemantauan Terapi	178
12.5 Kemitraan Profesional	184
DAFTAR PUSTAKA	186
BAB 13 PROGRAM PEMERINTAH DALAM UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN	189
13.1 Kebijakan Pembangunan Kesehatan	189
13.2 Promosi Kesehatan dalam Upaya Pencegahan	192
13.3 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	200
DAFTAR PUSTAKA	211

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Dimensi Kesehatan Prima	20
Gambar 2. 2. Rentang sehat dan sakit.....	21
Gambar 3. 1. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.....	23
Gambar 4. 1. Segitiga epidemiologi.....	44
Gambar 4. 2. Jaring-jaring sebab akibat.....	45
Gambar 4. 3. The well of causation atau roda.....	45
Gambar 7. 1. Gambar Kebakaran	89
Gambar 12. 1. Proses Pelayanan Kesehatan untuk Masyarakat	175

DAFTAR TABEL

Tabel 6. 1. Simbol dan Jenis Bahan Kimia Berbahaya.....	66
Tabel 7. 1. Daftar Jenis Bahan Bakar Padat.....	91
Tabel 7. 2. Daftar Jenis Bahan Bakar Cair	93
Tabel 7. 3. Bahan Bakar Gas	94
Tabel 13. 1. Program UKM Pengembangan di Puskesmas	201
Tabel 13. 2. Program UKM Esensial di Puskesmas	203

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN

MASYARAKAT

Oleh Devita Riafinola Andaririt

1.1 Pendahuluan

Kesehatan Masyarakat merupakan Upaya dalam Sanitasi yaitu dengan meningkatkan dan memperbaiki kebersihan lingkungan dan Kesehatan masyarakat melalui pengawasan dan pencegahan terhadap factor lingkungan yang berguna untuk melindungi setiap orang dari factor yang menimbulkan gangguan Kesehatan fisik maupun mental. Di akhir abad ke-18 diketemukan penyebab penyakit dari bakteri dan beberapa jenis imunisasi, kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit Melalui imunisasi, kemudian di abad 20 Winslow (1920) mengemukakan bahwanya kesehatan masyarakat (public health) adalah meningkatkan Kesehatan Masyarakat dengan mencegah suatu penyakit, sehingga dapat memperpanjang usia hidup sesuai dengan teori (ilmu) dan praktik (seni) melalui organisasi dalam bermasyarakat. (Notoatmodjo, 2007). Salah satu cabang dari ilmu Kesehatan Masyarakat adalah dengan memberikan kesejahteraan dan perhatian kondisi di sekitar Masyarakat yang bisa berpengaruh pada Kesehatan dengan melakukan Analisa untuk mendapatkan solusi terhadap suatu permasalahan yang ada.

Menurut Prayitno (1994) Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang lebih menitik beratkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam Kesehatan Masyarakat dikenal adanya 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri atas :

1. Upaya *Promotive* (meningkatkan pemahaman kesehatan)
2. Upaya *Preventive* (meningkatkan upaya pencegahan penyakit)
3. Upaya *Protective* (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit)
4. Upaya *Curative* (upaya penyembuhan terhadap penyakit)
5. Upaya *Rehabilitative* (upaya pemulihan)

Dalam Kesehatan masyarakat Terdapat 4 kategori yang perlu diperhatikan yaitu mental (jiwa), social, ekonomi dan fisik (badan) yang berpengaruh pada tingkat Kesehatan Masyarakat. Maka dari itu, Kesehatan memiliki sifat menyeluruh, tidak hanya memandang Kesehatan dari segi fisiknya saja, tetapi dapat melihat dari segi emosionalisme, dalam keadaan sedih atau dalam keadaan senang, kemudian ekspresikan dalam suatu bentuk perilaku menangis, berteriak, tertawa yang membuat sulit untuk bisa Kembali kedalam kondisi normal, maka orang tersebut di katagorikan tidak sehat. Begitu juga dengan seorang yang memiliki sehat fisik tapi tidak bisa memberikan optimisme diri nya sendiri dalam bekerja, berinteraksi dengan masyarakat yang berada di sekelilingnya, sehingga bisa dikatakan bahwa orang tersebut tidak sehat. (Ishak Kenre, F. 2022).

Harapan dari Masyarakat adalah hidup sehat dan terbebas dari penyakit, dengan optimalnya status derajat Kesehatan Masyarakat di harapkan aktivitas Masyarakat bisa berjalan dengan baik, sehingga produktifitas penduduk mulai dari berbagai jenis pekerjaan dan profesi bisa terpenuhi dan berjalan dengan baik (Eliana, S. sumiati., 2016). dominan masyarakat yang memiliki status Kesehatan yang sehat hanya bisa dilakukan

melalui cara preventif dan promotive pada sumber pembawa penyakit, salah satunya adalah mengintervensi lingkungan.

1.2 Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan Kesehatan Masyarakat:

- a. Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit. Sehingga terciptanya keadaan lingkungan yang sehat, terbatasnya penyakit menular, meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan secara perseorangan
- b. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
- c. Tersedianya berbagai usaha kesehatan yang dibutuhkan masyarakat yang terorganisir dan terlibatnya badan-badan kemasyarakatan, sehingga tertangani/terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan

Tujuan Akhir:

Meningkatkan derajat kesehatan dan jaminan bagi setiap orang secara menyeluruh dalam mencapai suatu derajat hidup dalam memperhatikan kesehatan secara mandiri. (Eliana, S. Sumiati, 2016).

1.3 Sejarah Kesehatan Masyarakat

Tokoh dalam Sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat yaitu ASCLEPIUS seorang dokter pertama yang dapat mengobati penyakit setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang dan HIGEIA aktif dalam pencegahan penyakit atau preventif

memberikan edukasi kepada Masyarakat melalui pendekatan dengan hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi, cukup istirahat dan melakukan olah raga dan yang utama adalah untuk berperilaku hidup sehat dan bersih. ASCLEPIUS dan HIGEIA memiliki perbedaan dalam memberikan pengobatan pada Masyarakat, sehingga muncul mengakibatkan menumbuhkan beberapa pendekatan dalam menanggulangi masalah dalam kesehatan, yaitu:

Pendekatan Kuratif

Pendekatan Kuratif adalah pengobatan dengan menunggu kelompok pertama terjadi penyakit (sakit). Untuk sasaran dilakukan secara individu, artinya hanya kontak terhadap pasien yang pada umumnya hanya satu kali saja. Kemudian jarak antar petugas baik dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi yang lain cukup jauh. Pendekatan ini cenderung ke pendekatan reaktif dimana kelompok ini umumnya hanya menunggu masalah datang.

Pendekatan Preventif

Sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan) masalah-masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu. Jarak antara petugas kesehatan dengan masyarakat (sasaran) lebih bersifat kemitraan, tidak seperti antara dokter-pasien. Pendekatan cenderung proaktif, dimana tidak menunggu pasien datang, tetapi harus turun ke lapangan / ke Masyarakat dengan melihat keadaan langsung melalui pendekatan holistic seperti seperti pendekatan terhadap kesehatan antara tubuh, biologis, psikologis dan emosional. Pendekatan preventif cenderung kependekatan proaktif, dimana tidak menunggu adanya masalah, tetapi justru mencari permasalahan yang

ada, jadi petugas langsung turun ke Masyarakat untuk mengidentifikasi problem yang ada di masyarakat, dan melakukan peencegahan dan penyelesaian. (Notoatmodjo, 2011).

1.4 Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Sejarah perkembangan kesehatan Masyarakat dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern, sehingga dari awal muncul nya ilmu pengetahuan sudah di uraikan perkembangan ilmu pengetahuan (*Pre-Scientific Period*) dan periode ilmu pengetahuan berkembang (*Scientific Period*). Perkembangan kesehatan masyarakat di bagi dalam tiga periode:

1.4.1 Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Dalam mencegah berbagai masalah Kesehatan seperti penyakit telah dilakukan oleh berbagai negara yang memiliki kebudayaan yang luas, seperti pada zaman Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma, di zaman tersebut di dapatkan dokumen tertulis dan peraturan tertulis terkait pengaturan air minum, pembuangan kotoran, pembuangan limbah. (Greene, 1984). Pada zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan dan mencatat setiap kegiatan dalam pembangunan rumah, menemukan binatang-binatang yang berbahaya, dan binatang peliharaan yang menimbulkan bau. Dan mewajibkan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat minum- minum (*public bar*), warung tempat makan dan minum, tempat-tempat prostitusi (Hanlon, 1974).

Di awal abad pertama sampai abad ke tuju Kesehatan Masyarakat semakin dirasakan penting, sebab penyakit menular semakin meningkat dan menyerang ke beberapa penduduk dan menjadikan epidemi bahkan menjadi epidemi

masalah karena penyakit kolera dari Asia khususnya dari Timur Tengah dan Asia Selatan ke Afrika. Upaya telah dilakukan dalam mengatasi epidemi dan endemic penyakit, mulai dari memfokuskan masalah lingkungan, sanitasi lingkungan.

Di tahun 1340 tepatnya di abad ke-14, terjadi wabah penyakit Pes (disebut juga sebagai penyakit Sampar) yang dahsyat di negara China, India dan Mesir dengan jumlah kematian mencapai ratusan ribu orang. Pada tahun 1759, 70.000 orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular dan penyakit lain yang kemudian menjadi wabah, seperti Difteri, Tipus, dan Disentri.

Berdasarkan berbagai masalah Kesehatan di beberapa negara terlihat masalah Kesehatan Masyarakat khususnya penyakit menular dan wabah sudah cukup tinggi, namun upaya pencegahan masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan pada zaman itu.

1.4.2 Periode Ilmu Pengetahuan

Pada abad perkembangan ilmu pengetahuan terjadi masalah Kesehatan yang sangat kompleks, sehingga diperlukan pendekatan masalah yang dilakukan secara komprehensif, dan multisktoral. di abad ke 19 ditemukan berbagai macam penyakit dan vaksin yang berfungsi untuk pencegahan penyakit. Louis Pasteur telah berhasil menemukan vaksin untuk mencegah penyakit Cacar, Joseph Lister menemukan asam carbol (*carbolic acid*) untuk sterilisasi ruang operasi, dan William Marton menemukan ether untuk anestesi.

Pada tahun 1832 di Inggris Sebagian besar masyarakat Inggris terserang penyakit epidemi wabah kolera, terutama terjadi pada masyarakat yang tinggal di perkotaan yang miskin, kemudian dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat oleh Edwin Chadwiech dkk seorang

pakar sosial (*social scientist*). hasil penyelidikannya adalah masyarakat hidup dikondisi sanitasi yang buruk, sumur penduduk berdekatan dengan air kotor dan pembuangan kotoran manusia, air limbah mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dikerubung lalat dan kecoa, dan ditemukan sebagian besar masyarakat miskin tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Pada tahun 1855 pemerintah Amerika telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali yang berfungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk (*public*), termasuk perbaikan dan pengawasan sanitasi lingkungan. Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan masyarakat di New York dan menghasilkan Asosiasi Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*).

1.4.3 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan penyakit Cacar dan Kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu.

Pada tahun 1851 sekolah dokter Jawa didirikan oleh dr. Bosch untuk pendidikan dokter pribumi. selanjutnya pada tahun 1913 didirikan sekolah dokter di Surabaya dengan nama NIAS (*Nederland Indische Arsten School*). Kedua sekolah tersebut mempunyai andil yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. Kemudian pada tahun 1888 didirikan laboratorium pusat di Bandung. Pada tahun 1958, pusat laboratorium ini berubah menjadi Lembaga Eykman dan selanjutnya disusul didirikan laboratorium lain di Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta. peranan

laboratorium ini sangat penting dalam dalam langkah menunjang memberantas penyakit malaria, lepra, cacar dan malaria bahkan untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti gizi dan sanitasi.

Salah satu tonggak perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia adalah diperkenalkannya Konsep Bandung Plan pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yaitu konsep pelayanan yang menggabungkan antara pelayanan kuratif dan preventif. Pada bulan November 1967 diadakan seminar membahas program yang ada pada Masyarakat. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang berfungsi sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif, menyeluruh dan mudah dijangkau dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya atau Kabupaten.

Kegiatan pokok Puskesmas saat itu dikenal dengan *Basic 13 Health Service* mencakup:

- Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- Keluarga Berencana (KB)
- Gizi Masyarakat
- Kesehatan Lingkungan
- Pencegahan Penyakit Menular
- Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- Pengobatan
- Perawatan Kesehatan Masyarakat
- Unit Kesehatan Gizi
- Unit Kesehatan Sekolah

1.5 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kesehatan Masyarakat meliputi disiplin pokok keilmuan, yaitu ilmu social ((social sciences), dan ilmu bio medis (medical biologi) yang dijadikan sebagai dasar ilmu

kesehatan masyarakat meliputi: Biologi, Kimia, Fisika, Kedokteran, Kesehatan Lingkungan, Sosiologi, Pendidikan, Psikologi, Antropologi, dan lain-lain. Namun secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan Masyarakat antara lain:

1. Epidemiologi yang mempelajari factor penyebab dari determinan suatu permasalahan kesehatan terutama penyakit yang menyerang Masyarakat/penduduk, kemudian dalam penerapannya untuk mengendalikan suatu permasalahan kesehatan. Tujuan mempelajari Epidemiologi antara lain:
 - a. Mengetahui tingkat masalah kesehatan dalam suatu masyarakat
 - b. Mempelajari secara mendalam etiology suatu penyakit dan cara penyebarannya.
 - c. Mempelajari riwayat alamiah suatu penyakit.
 - d. Mengembangkan dasar-dasar program pencegahan.
 - e. Mengevaluasi alat-alat pencegahan dan pengobatan yang baru dan cara-cara baru pelayanan kesehatan.
 - f. Menyediakan informasi untuk pengembangan dan pengambilan
2. Biostatistik/Statistik Kesehatan adalah Cabang dari ilmu statistik yang berkaitan dengan cara pengumpulan, pengolahan serta interpretasi terkait fakta-fakta yang ada, berhubungan dengan sehat dan sakit, melahirkan, kematian pada populasi manusia.
3. Manajemen Kesehatan Masyarakat adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas dari kesehatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan, terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penyusunan personalia, dan penyusunan anggaran.
4. Kesehatan Lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang baik sehingga berpengaruh pada status kesehatan yang optimum pula. untuk mewujudkan

kesehatan manusia yang optimal bagi manusia yang hidup dalam lingkungan tersebut, antara lain: Perumahan, pembuangan kotoran manusia, penyediaan air, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (limbah), kandang hewan ternak, Pencemaran udara, air, dsb

5. Pendidikan Kesehatan dan ilmu Perilaku

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan sedangkan Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan.

6. Administrasi Kesehatan Masyarakat

7. Gizi Masyarakat adalah ilmu yang mempelajari atau mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan kesehatan masyarakat mulai pengolahan sampai penyajian makanan tersebut dan berfokus pada Penyakit Kurang Kalori dan Protein (KKP) dan Penyakit kegemukan/ obesitas
8. Kesehatan Kerja adalah merupakan bagian dari kesehatan masyarakat didalam suatu masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungannya. Bertujuan Untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, dan sosial bagi masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungan tersebut melalui usaha-usaha preventif, promotif dan kuratif terhadap penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan akibat kerja atau lingkungan kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny Retna. 2009. Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika Buku
- Eliana, S. sumiati. (2016). *Kesehatan Masyarakat*.
- Entjang, Indan, 2000, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Ishak Kenre, F. (2022). *ilmu kesehatan masyarakat* (Issue July).
- Mubarak Wahit Igbal, 2012. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.Ed.2. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Syafrudin, 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media

BAB 2

KONSEP SPEKTRUM KESEHATAN

Oleh Musdalipah

2.1 Pendahuluan

Konsep kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) adalah "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" atau sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023). Berdasarkan konsep ini, kesehatan mencakup tiga karakteristik, yaitu: mencerminkan perhatian pada individu sebagai manusia, memandang kesehatan dalam konteks lingkungan internal dan eksternal, dan kesehatan diartikan sebagai kehidupan yang kreatif dan produktif (Suryanti, 2021).

Kesehatan fisik dapat diartikan sebagai tidak adanya rasa sakit dengan kondisi tubuh dan organ tubuh yang normal dan berfungsi dengan baik. Pendapat lain menyebutkan bahwa kesehatan fisik adalah suatu keadaan bentuk fisik dan faal yang tidak mengalami gangguan sehingga membuat perkembangan mental dan sosial sehingga aktivitas sehari-hari terlaksana secara optimal. Kesehatan mental adalah suatu kondisi perkembangan fisik, intelektual, emosional yang optimal dari seseorang. Definisi

lain bahwa kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana jiwa dan pikiran dapat berpikir secara logis dan dimengerti oleh orang lain (C. P. Juwinta, 2021)

Sehat secara spiritual adalah apabila seseorang dapat mewujudkan kehidupan yang mengakui adanya Tuhan dan beribadah sesuai dengan norma-norma yang ada di masyarakat, cerminan dari kesehatan spiritual ini adalah adanya rasa syukur, pemaaf, pengendalian diri, cinta kasih, dan ajaran-ajaran yang baik pada agamanya. sehat sosial adalah ketika seseorang dapat hidup berdampingan dengan orang lain, mematuhi norma-norma yang ada di masyarakat, dan diterima untuk hidup bersama masyarakat. Definisi lainnya adalah dimana kehidupan di masyarakat setiap warga negara memiliki ketrampilan yang cukup untuk mempertahankan kemajuan hidupnya sendiri dan keluarganya dalam suatu masyarakat yang memungkinkannya untuk bekerja, beristirahat, dan menikmati hiburan pada waktu senggang.

Dewasa ini biaya kesehatan cukup tinggi seiring dengan berkembangnya penyakit degeneratif akibat makanan yang tidak sehat (Musdalipah & Tee, 2018). Olehnya itu diperlukan perilaku sehat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perilaku sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Perilaku tersebut seperti; makan dengan menu seimbang, olahraga teratur, tidak merokok, tidak minum alkohol dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stres dan perilaku atau gaya hidup lainnya yang positif bagi kesehatan (Hasnidar et al., 2020). Berdasarkan uraian tersebut, perilaku sehat adalah perilaku individu yang berkaitan dengan upaya pencegahan atau menghindari penyakit dan penyebab gangguan kesehatan (preventif), serta perilaku dalam mengupayakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (promotif).

2.2 Konsep Sehat dan Sakit

2.2.1 Definisi Sehat

Konsep kesehatan harus mengandung beberapa komponen yaitu biomedis, personal dan sosiokultural. Kesehatan merupakan hal yang berkelanjutan yang berada dari titik sehat wal'afiat sampai pangkal sakit (Cholifah et al., 2020). Kesehatan merupakan landasan pokok bagi individu dan masyarakat dapat beraktivitas secara optimal. Derajat kesehatan yang optimal belum dapat dicapai oleh setiap orang, sehingga dibutuhkan berbagai upaya oleh pihak pemerintah maupun masyarakat. Untuk mewujudkan hal tersebut diperlukan kesadaran masyarakat akan perlunya hidup sehat, faktor lingkungan dan perilaku serta ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Terwujudnya pembangunan kesehatan menuju masyarakat yang sehat dilaksanakan melalui upaya kebijakan kesehatan, yaitu dengan cara peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) secara komprehensif, terpadu dan berkelanjutan (Winarti, 2021).

Karakteristik sehat memiliki unsur:

- a. Memiliki kemampuan untuk mencerminkan perhatian pada individu sebagai manusia.
- b. Memiliki pemahaman tentang kesehatan dalam konteks lingkungan baik internal maupun eksternal.
- c. Memiliki kehidupan yang kreatif dan produktif

Ciri-ciri masyarakat dikatakan sebagai masyarakat yang sehat, yaitu sebagai berikut.

- a. Adanya peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat
- b. Mampu menangani persoalan kesehatan secara sederhana melalui upaya promosi kesehatan (health promotion), pencegahan penyakit (health prevention), penyembuhan

penyakit (health curative), dan pemulihan kesehatan (health rehabilitative), terutama bagi ibu dan anak.

- c. Melakukan upaya peningkatan kesehatan lingkungan, khususnya pemenuhan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dikelola oleh masyarakat untuk mendukung peningkatan mutu lingkungan hidup.
- d. Berupaya memperbaiki status gizi masyarakat yang berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat.
- e. Selalu mengupayakan pengentasan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sumber penyakit.

Hasil penelitian oleh (Triyono & Herdiyanto, 2018), faktor-faktor yang mempengaruhi konsep sehat dan sakit pada responden yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya.

1) Faktor biologis

Kondisi biologis berkaitan dengan interaksi setiap komponen tubuh individu yang bekerja sama untuk menciptakan kondisi sehat.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis dibagi menjadi tiga bagian, yaitu pengaruh dari kognisi, emosi, dan motivasi. Kognisi merupakan aktivitas mental yang mencakup cara menerima, mempelajari, mengingat, berpikir, menafsirkan, meyakini dan menyelesaikan masalah. Faktor emosional juga dapat mempengaruhi arah pengobatan seseorang. Misalnya saja seseorang yang mengalami kecemasan ketika akan berobat ke dokter, maka bentuk kecemasan tersebut adalah kecemasan untuk melakukan tindakan pembedahan apabila penyakitnya telah diketahui dan pengobatannya hanya bisa melalui operasi. Faktor motivasi merupakan dorongan motivasi seseorang yang berasal dari diri sendiri untuk bisa sembuh dari penyakit. Seperti memiliki motivasi dalam mengonsumsi obat untuk bisa sembuh.

3) Faktor sosial budaya

Pengaruh sosial budaya dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adanya pengaruh yang berasal dari Masyarakat, keluarga dan budaya yang dianut.

2.2.2 Definisi Sakit

Definisi sakit sangat erat hubungannya dengan penyakit, namun kedua istilah tersebut memiliki perbedaan yang mendasar dan konseptual tentang masa sakit. Sakit merupakan reaksi personal, interpersonal dan budaya terhadap penyakit atau perasaan yang tidak nyaman, sedangkan penyakit adalah adanya kelainan fungsi atau proses biologis dan psikologis pada diri seseorang (Cholifah, Nisak, & Amelia, 2020). Konsep sakit memiliki dimensi bio-psiko-sosial yaitu (Suryanti, 2021):

- a. *Disease*. Merupakan suatu dimensi sakit yang memberikan gambaran sakit dalam bentuk fisik. *Disease* merupakan suatu bentuk reaksi biologis seperti organisme, benda asing, ataupun luka. Secara objektif *Disease* merupakan fenomena adanya perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis, yang mana terdapat gejala tertentu. Contoh demam, influenza, kanker, diabetes, asam urat.
- b. *Sickness*. Merupakan konsep sakit dalam dimensi psikologis, yaitu penilaian seseorang terhadap penyakit sesuai pengalaman yang dialaminya. Konsep *sickness* muncul sebagai akibat ketidaknyamanan faktor psikis.
- c. *Illness*. Konsep sakit dalam dimensi sosiologis. Konsep sakit ini berhubungan dengan penerimaan sosial terhadap seseorang yang sedang mengalami kesakitan. Bila seseorang dalam keadaan *illness* dibolehkan melepaskan tanggung jawab yang dilaksanakan ketika sehat. Sakit dalam konsep sosiologis ini berkenaan dengan peran khusus dalam mencari kesembuhan.

2.3 Hubungan Sehat-Sakit

Hubungan sehat dan sakit dijelaskan dengan beberapa model konsep sehat sakit, yaitu model ekologi, *the health field concept*, dan *the environment of health* (Cholifah et al., 2020).

a. Model ekologi

Model ekologi atau disebut dengan istilah *the Traditional Ecological Model*, merupakan model status kesehatan seseorang yang ditentukan melalui hasil interaksi antara *host* (tuan rumah), *agent* dan lingkungan. Bila hubungan yang terbentuk positif memberikan kondisi yang seimbang. Apabila salah satu mengalami sakit, maka menimbulkan kondisi yang tidak seimbang.

b. *The health field concept*

Model *the health field concept* menjelaskan faktor yang berperan pada status kesehatan terdiri atas empat, yaitu lingkungan, gaya hidup, biologis dan sistem pelayanan kesehatan.

c. *The environment of health*

Model *the environment of Health* berkaikan dengan model pengembangan terkait peranan atau faktor penyebab terjadinya sehat dan sakit, yaitu : faktor herediter, faktor pelayanan kesehatan, gaya hidup dan faktor lingkungan.

2.4 Dimensi Kesehatan Prima

Persepsi individu berbeda-beda dalam memahami dan menilai suatu objek, termasuk dalam memahami masalah kesehatan. Persepsi individu terhadap kesehatan yang prima juga dapat berbeda-beda (positif atau negatif), Orang awam beranggapan bahwa seseorang dikatakan sehat pada ketika dimensi fisiknya saja, padahal dimensi lain seperti sosial dan spiritual juga berperan dalam membangun kesehatan. Kesehatan primer meliputi lima dimensi yaitu, dimensi fisik, dimensi sosial,

dimensi emosional, dimensi intelektual, dan dimensi spiritual (Sumarni, 2016).

Kesehatan yang prima adalah kemampuan seseorang untuk memilih gaya hidup, mampu mengelola lingkungan, menggunakan energi secara efisien, memiliki integrasi yang baik antara tubuh, pikiran, dan indera, serta menerima dan mencintai apa yang dimiliki. Kesehatan yang prima adalah keadaan sejahtera, yang berarti memiliki sikap dan perilaku yang mencerminkan kualitas hidup yang tinggi dan potensi maksimal seseorang. Mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan seseorang harus konsisten dengan lima dimensi, yaitu sebagai berikut (Cholifah et al., 2020; Sumarni, 2016):

a. Dimensi fisik

Manusia dalam dimensi ini dapat menjalani gaya hidup yang positif. Kemampuan fisik adalah kemampuan untuk melakukan pekerjaan sehari-hari dalam mencapai kebugaran fisik, mempertahankan nutrisi yang dikonsumsi dan proporsi tubuh yang tepat serta menjauhi narkoba, alkohol, dan rokok.

b. Dimensi sosial

Merupakan keterampilan untuk berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan, untuk mempertahankan dan menjalin keakraban individu, serta untuk menghargai dan mentoleransi pendapat dan keyakinan yang berbeda.

c. Dimensi emosional

Merupakan kemampuan untuk mengatasi stres dan mengekspresikan emosi yang dapat diterima oleh orang lain. Kesehatan emosional meliputi kemampuan bertanggung jawab, menerima dan mengkomunikasikan perasaan seseorang, dan menerima keterbatasan orang lain.

d. Dimensi intelektual

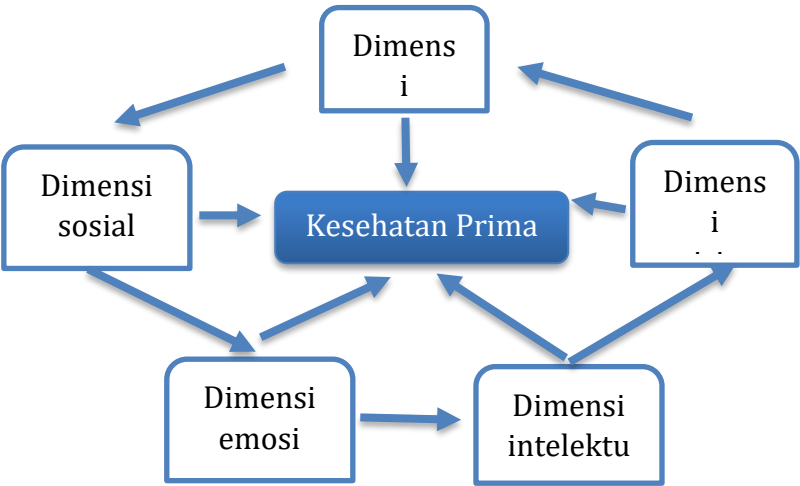
Dimensi ini berkaitan dengan kemampuan belajar dan menggunakan informasi secara efektif dalam pengembangan interpersonal, keluarga, dan karier. Kesehatan intelektual mencakup keinginan untuk terus berkembang dan belajar

beradaptasi secara efektif terhadap perubahan-perubahan baru.

e. Dimensi Spiritual

Merupakan keyakinan akan adanya beberapa kekuatan (seperti alam, ilmu pengetahuan, agama, dan bentuk-bentuk kekuatan lainnya) yang diperlukan manusia untuk memenuhi kehidupannya. Setiap orang memiliki nilai, moral, dan etika. Setiap komponen dalam dimensi di atas dapat saling tumpang tindih karena faktor yang satu secara langsung mempengaruhi faktor lainnya. Seseorang yang telah belajar untuk mengendalikan tingkat stres fisik juga harus menjaga stamina emosional, yang digunakan ketika menghadapi situasi krisis.

Dimensi kesehatan prima dapat digambarkan sebagai berikut:

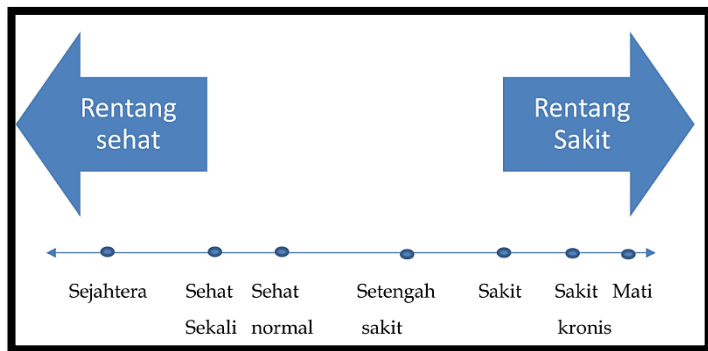


Gambar 2. 1. Dimensi Kesehatan Prima
(Cholifah et al., 2020)

2.5 Rentang Sehat

Rentan sehat dan sakit merupakan konsep yang harus dipahami sepenuhnya agar dapat diterapkan pada orang lain yang membutuhkan bantuan kesehatan sehingga memberikan

gambaran yang sangat jelas tentang sehat dan sakit. Rentang sehat dan sakit merupakan keadaan sejahtera pada suatu waktu tertentu dari energi maksimum hingga keadaan kematian, yang mengindikasikan bahwa energi sudah tidak tersedia lagi. Rentang sehat dimulai dengan kondisi kesehatan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Rentang sakit adalah gangguan fungsi normal tubuh secara keseluruhan atau sebagian. Rentang sehat dan sakit dijabarkan pada gambar 2.2.



Gambar 2. 2. Rentang sehat dan sakit

(Juwinta, 2021)

Gambar 2.2 menunjukkan Rentang sehat dan sakit dapat dijadikan alat ukur untuk menentukan status kesehatan yang bersifat dinamis dan selalu berubah setiap waktu. Melalui rentang ini dapat diketahui batasan tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan yang jelas.

Perubahan perilaku yang terjadi pada saat seseorang sakit adalah sensitif, egois, kecemasan berlebihan, dan aktivitas terganggu. Bukan hanya orang yang sakit yang akan berubah perilakunya, namun orang-orang di sekitar orang yang sakit tersebut juga akan terkena dampak dari kondisi orang yang sakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Cholifah, C., Nisak, U., & Amelia, P. (2020). Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat. In S. Sartika (Ed.), *Fakultas Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Sidoarjo* (I). UMSIDA Press.
- Hasnidar, H., Tasnim, T., Sitorus, S., Mustar, W., Fhirawati, F., Yuliani, M., Marzuki, I., Yunianto, A., Susilawaty, A., Puspita, R., Pattola, P., Sianturi, E., & Sulfianti, S. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat* (A. Rikki, Ed.; I). Yayasan Kita Menulis.
- Juwinta, C. P. (2021). Modul konsep sehat dan sakit. In C. Juwinta (Ed.), *Fakultas Vokasi UKI Jakarta* (1st ed.).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Pub. L. No. UU No. 17 Tahun 2023, Kemenkes RI 1 (2023).
- Musdalipah, M., & Tee, S. A. (2018). Analisis Efektivitas Biaya Obat Alprazolam dan Diazepam pada Pasien Depresi di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal ilmiah Ibnu Sina*, 3(2), 252–260.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36387/jiis.v3i2.175>
- Sumarni, S. (2016). HUBungan Persepsi Kesehatan Prima dengan Aktivitas Kehidupan Sehari- Hari Pada Lansia Yang Menderita Nyeri Sendi di UPT Puskesmas Pamolokan Sumenep. *Jurnal Kesehatan "Wiraraja Medika,"* 6(2).
<https://doi.org/10.24929/fik.v6i2.299>
- Suryanti, P. E. (2021). Konsep Sehat-Sakit : Sebuah Kajian Filsafat. *Sanjiwani: Jurnal Filsafat*, 12(1), 88–99.
<https://doi.org/10.25078/sjf.v12i1.2005>
- Triyono, S. D., & Herdiyanto, Y. (2018). Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(02), 263. <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>
- Winarti, R. (2021). Mengabdikan Bersama Menuju Masyarakat Sehat. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 3(1), 1–8.
<https://doi.org/10.37287/jpm.v3i1.407>

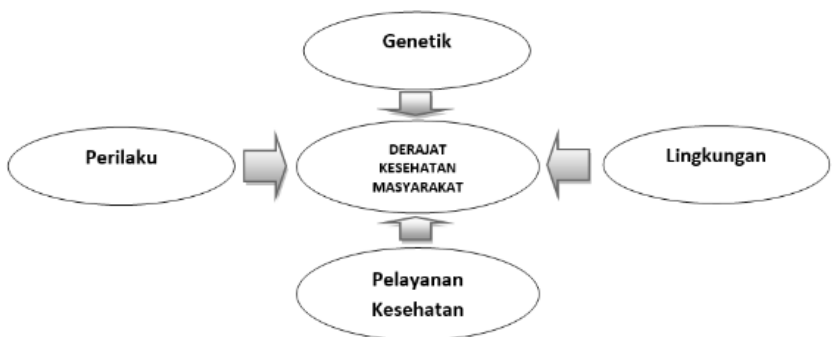
BAB 3

TEORI BLOOM : FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Dientyah Nur Anggina

3.1 Pendahuluan

Sehat secara holistik tidak hanya sehat secara fisik namun juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Untuk dapat menciptakan kondisi sehat diperlukan keharmonisan dalam menjaga tubuh.



Gambar 3. 1. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

(Islam *et al.*, 2021).

Menurut Hendrik L. Bloom, faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat terdiri dari 40% lingkungan, 30% perilaku, 20% pelayanan kesehatan dan 10% genetik (keturunan) (Hermawan, 2022). Perlunya dicatat bahwa faktor

tersebut berkorelasi satu sama lain dan mempengaruhi kesehatan individu maupun populasi. Ada berbagai faktor yang berperan dalam menentukan sehat atau tidaknya individu maupun populasi dan tidak hanya satu jalur yang menentukannya. Hal ini ditentukan oleh sebuah interaksi yang kompleks antar berbagai faktor seperti yang dapat dilihat pada Gambar 1 (Islam *et al.*, 2021).

3.2 Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

3.2.1 Lingkungan

Salah satu faktor terbesar yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah lingkungannya. Penyebab penyakit sebagian besar berasal dari faktor lingkungan. Misalnya, tinggal di daerah yang airnya tercemar limbah industri. Air yang tercemar mengandung zat-zat kimia atau bakteri yang mungkin mengancam kesehatan masyarakat sekitar. Akibatnya air tersebut dapat menyebabkan berbagai penyakit dan mengganggu kesehatan lainnya (Johan and Fadzul, 2019).

Kesehatan lingkungan adalah kondisi atau keadaan lingkungan yang optimal sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya derajat kesehatan yang optimal. Secara spesifik, aspek lingkungan yang berhubungan dengan derajat kesehatan adalah:

a. Lingkungan Fisik

Berbagai masalah lingkungan fisik yang sering dihadapi adalah polusi udara, makanan dan air yang tercemar, radiasi, zat beracun, limbah atau sampah serta perubahan habitat. Jika terjadi interaksi antara lingkungan fisik dengan manusia maka dapat berlangsung terus menerus dan terjadi sepanjang waktu. Pencemaran udara

yang berasal dari polutan anorganik dan organik dapat menyebabkan gangguan pernafasan. Pencemaran air oleh zat beracun seperti metil merkuri dapat menyebabkan penyakit pada sistem saraf. Contoh peristiwa yang terjadi di tahun 1950an yaitu wabah Minamata di Teluk Minamata Jepang, dimana air laut terkontaminasi metil merkuri akibat pembuangan limbah metil merkuri pabrik kimia. Hal ini menyebabkan hasil laut dan beberapa flora di sekitar perairan tersebut menjadi tercemar. Apabila tertelan oleh manusia maka dapat timbul kelainan pada organ tubuh, menggigil, kejang-kejang, sulit untuk berjalan, gangguan fungsi mendengar, paralisis hingga meninggal (Islam *et al.*, 2021).

b. Lingkungan sosial

Budaya (adat, tradisi, keyakinan, dan ajaran agama), pola hidup, jenjang pendidikan, status sosial, perubahan politik serta penggunaan media sosial merupakan contoh lingkungan sosial yang dapat menimbulkan penyakit di masyarakat. Sebagai makhluk sosial, kita membutuhkan bantuan orang lain agar interaksi individu satu dengan yang lainnya dapat berjalan dengan baik. Apabila manusia tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, menyebabkan konflik psikologis dan gejala pada gangguan psikosomatik seperti psikis tertekan, sulit tidur, depresi dan lain-lain. Lingkungan sosial yang buruk juga dapat mempengaruhi akses kesehatan. Misalnya, kemiskinan masyarakat dapat mempersulit akses pelayanan kesehatan (Islam *et al.*, 2021).

c. Lingkungan biologi

Tumbuhan, hewan, virus, bakteri, jamur, parasit, protozoa, merupakan contoh lingkungan biologi yang dapat berperan sebagai patogen, reservoir dan vektor penyakit. Jika terjadi ketidakseimbangan dalam interaksi antara

lingkungan biologi dan manusia, dapat menimbulkan penyakit (Irwan, 2017a).

Permasalahan pada faktor lingkungan di negara-negara berkembang biasanya mencakup yaitu sanitasi jamban, pasokan sumber air minum, perumahan, pengelolaan sampah dan pengelolaan air limbah (Siyoto and Retnaningtyas, 2016).

3.2.2 Perilaku

Perilaku manusia merupakan faktor yang menentukan sehat atau tidaknya suatu masyarakat. Perilaku dipengaruhi oleh adat, budaya, kebiasaan, keyakinan, jenjang pendidikan, dan status sosial ekonomi. Sebagai contoh, individu gemar makan makanan instan, individu yang kurang menggerakkan anggota tubuhnya (kurang berolahraga) memiliki peningkatan risiko obesitas. Individu yang memiliki kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner. Masyarakat yang tinggal di bantaran sungai dan memiliki kebiasaan selalu membuang sampah ke sungai dapat menyebabkan terjadinya penumpukan sampah, dapat mencemari air sungai dengan bakteri dan bahan kimia berbahaya, menimbulkan banjir serta permasalahan berkepanjangan lainnya (Johan and Fadzlul, 2019).

Metabolisme dan sistem hormonal seseorang sangat berisiko jika mereka mengikuti diet yang berlebihan. Sering kali, masyarakat mengikuti program diet secara berlebihan dengan mengurangi porsi dan jenis makanan yang mereka makan. Tujuannya adalah untuk menghindari obesitas dan mencapai bentuk tubuh yang ideal. Tidak ditemukan bukti ilmiah yang menyatakan obesitas atau kegemukan disebabkan oleh jenis makanan tertentu. Namun, jumlah total kalori yang masuk ke dalam tubuh merupakan fakta penting yang perlu diketahui oleh masyarakat agar dapat mengikuti pola makan yang sehat. Aktivitas fisik merupakan jalan keluar dan cara yang lebih baik

untuk mengurangi penyakit obesitas selain diet berlebihan (Islam *et al.*, 2021)

Respon individu terhadap rangsangan yang berhubungan dengan penyakit, sistem kesehatan, pola makan dan faktor lingkungan dikenal sebagai perilaku kesehatan. Jenis perilaku kesehatan terdiri dari (Ajzen and Fishbein, 2000):

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)
Upaya seseorang untuk tetap sehat dan sembuh saat sakit.
Aspek tersebut yaitu
 - a. Perilaku mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan tubuh setelah mendapat kesembuhan dari penyakit.
 - b. Perilaku peningkatan kesehatan terjadi jika kesehatan seseorang baik sehingga mereka dapat mencapai derajat kesehatan yang terbaik.
 - c. Perilaku gizi makanan dan minuman terjadi jika kita dapat menjaga dan meningkatkan kesehatan tubuh, namun juga dapat melemahkan kesehatan seseorang bahkan menimbulkan penyakit.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, (*health seeking behavior*).
Perilaku yang menyangkut aktivitas seseorang pada saat sakit/kecelakaan, mulai dari perawatan diri (*self treatment*) hingga berobat ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan
Perilaku seseorang dalam menyikapi lingkungannya baik fisik, sosial, budaya, dan sebagainya agar tidak timbul gangguan pada kesehatan dirinya, keluarga dan masyarakat. Kesimpulannya, pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan faktor lainnya mempengaruhi perilaku kesehatan individu atau masyarakat. Selain itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan hingga promosi kesehatan dan penguatan pengembangan perilaku. Menurut Leavel

dan Clark, pencegahan adalah setiap tindakan yang dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan mengacu pada masalah kesehatan atau penyakit tertentu dan melibatkan perilaku penghindaran (Notoatmodjo, 2017).

Berdasarkan pendapat Ogden, perilaku kesehatan terdiri dari tiga bentuk yang meliputi

1. Perilaku sehat (*a health behavior*) yaitu perilaku yang bertujuan mencegah penyakit seperti makanan, diet kesehatan.
2. Perilaku sakit (*an illness behavior*) yaitu perilaku mencari pengobatan seperti pergi ke dokter untuk berobat.
3. Perilaku sakit (*a sick behavior*) adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk mencapai kesehatan, misalnya minum obat ketika sakit, istirahat ketika sakit (Siyoto and Retnaningtyas, 2016).

Upaya-upaya untuk meningkatkan perilaku sehat yaitu

a. Promotif

Upaya peningkatan kesehatan antara lain perbaikan gizi, menjaga kesehatan individu, menjaga kesehatan lingkungan, rutin berolahraga dan istirahat yang cukup untuk mencapai kesehatan yang optimal.

b. Preventif

Upaya pencegahan penyakit, misalnya imunisasi (bayi, anak, ibu hamil). Pemeriksaan kesehatan rutin bertujuan untuk mendeteksi penyakit tepat pada waktunya.

c. Kuratif

Upaya pengobatan orang sakit secara baik dan memadai untuk memulihkan kesehatan. Upaya ini mencakup upaya mengenali gejala penyakit, mencapai kesembuhan dan memantau proses penyembuhan.

d. Rehabilitatif

Suatu upaya yang ditujukan kepada pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit untuk memperbaiki kelemahan fisik, mental dan sosial pasien sebagai akibat penyakit yang dideritanya (Irwan, 2017b).

Menurut Green & Lawrence, faktor perilaku ditentukan tiga faktor utama yaitu 1) faktor predisposisi. Perubahan perilaku dilatarbelakangi faktor tersebut. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan lain-lain. 2) faktor pendukung. Faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku individu. Faktor ini meliputi ketersediaan, keterjangkauan sumber daya pelayanan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat dan pemerintah. 3) faktor pendorong. Tokoh masyarakat, petugas kesehatan, guru, keluarga dalam memberikan penghargaan/insentif untuk ketekunan atau pengulangan perilaku merupakan contoh dari faktor ini.

Bloom juga mengemukakan bahwa terdapat tiga domain dari perilaku individu yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Teori ini dikembangkan dan kemudian ditransformasikan menjadi alat ukur pendidikan kesehatan (Nurmala *et al.*, 2018).

3.2.3 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan tercipta setelah seseorang mempersepsikan suatu hal khusus. Panca indera manusia bertanggung jawab atas timbulnya persepsi yaitu indera pendengaran, penglihat, pencium, pengecapan dan peraba. Aktiitas manusia sangat dipengaruhi oleh pengetahuan atau kognitif. Tingkat pengetahuan kognitif meliputi 6 tingkat yaitu

- 1) Mengetahui (*know*), tingkatan paling rendah di kognitif. Seseorang dapat mengingat (*recall*) pengetahuan yang mereka pelajari.

- 2) Memahami (*comprehension*), tingkatan tertinggi dari hanya sekedar tahu. Manusia memahami dan menafsirkan informasi secara akurat.
- 3) Aplikasi (*application*), tingkatan dimana individu tersebut dapat menggunakan informasi yang telah dipahami dan diinterpretasikan dengan benar ke dalam situasi kehidupan nyata.
- 4) Analisis (*analysis*), tingkatan dimana seorang individu dapat menjelaskan hubungan suatu materi dengan komponen yang lebih kompleks dari suatu unit tertentu.
- 5) Sintesis (*synthesis*), tingkatan dimana kemampuan individu dalam menciptakan sediaan baru dari sediaan yang sudah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*), tingkatan dimana individu dapat mengevaluasi materi yang disampaikan.

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah

- 1) Pendidikan
Orang yang berpendidikan tinggi bereaksi lebih bijaksana terhadap informasi yang diterima. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku gaya hidup seseorang, sikap motivasi, partisipasi dalam promosi kesehatan. Semakin tinggi status kesehatan, semakin reseptif Anda terhadap informasi yang Anda terima, sehingga semakin banyak pola pengetahuan yang Anda miliki.
- 2) Paparan media massa
Orang yang lebih sering terpapar media massa seperti televisi, radio, majalah, dan brosur menerima informasi lebih banyak dibandingkan seseorang yang tidak pernah terpapar media massa. Hal ini menunjukkan bahwa paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang,
- 3) Ekonomi
Keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder dibandingkan dengan keluarga dengan status

ekonomi rendah. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan masyarakat dapat dipengaruhi oleh ekonomi.

4) Hubungan Sosial

Orang yang dapat terus berkomunikasi lebih sering memperoleh informasi. Kemampuan seseorang untuk berkomunikasi dipengaruhi oleh hubungan sosial mereka.

5) Pengalaman

Pengalaman kehidupan diperoleh dari dalam proses perkembangan, misalnya melalui seringnya mengikuti pelatihan, seperti penyelenggaraan seminar dan kegiatan organisasi (Nurmala *et al.*, 2018).

3.2.4 Sikap (*Attitude*)

Sikap digunakan sebagai prediktor perilaku, yaitu respon seseorang terhadap stimulus dari lingkungannya. Sikap lebih merupakan respon emosional terhadap rangsangan. Sikap terbagi menjadi beberapa tingkatan yaitu

- 1) Menerima (*receiving*) terjadi apabila seseorang siap untuk memperhatikan stimulus yang diterimanya.
- 2) Merespons (*responding*), terjadi apabila individu mempunyai respon perilaku yang jelas terhadap suatu stimulus yang diberikan.
- 3) Menghargai (*valuing*) terjadi ketika individu mulai menghargai stimulus yang diterimanya dan mentransfer stimulus tersebut kepada orang lain.
- 4) Bertanggungjawab (*responsible*), terjadi bila seseorang telah menerima segala konsekuensi dari pilihannya dan siap memikul tanggung jawab (Nurmala *et al.*, 2018).

3.2.5 Praktik atau Tindakan (*practice*)

Praktik terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu

- 1) Respons terpinpin (*guided response*) yang dilakukan oleh orang-orang yang mengikuti instruksi yang tepat.
- 2) Mekanisme (*mechanism*) yang diterapkan oleh individu yang mengabaikan instruksi karena sudah menjadi kebiasaan.

- 3) Adopsi (*adoption*), orang yang telah berubah tingkah lakunya sesuai dengan keadaan atau situasi yang dihadapinya (Nurmala *et al.*, 2018).

3.2.6 Pelayanan Kesehatan

Kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan yang diterima, karena mereka memainkan peranan penting dalam memberikan pemulihan kesehatan setelah sakit, upaya pencegahan penyakit, tindakan pengobatan dan perawatan kepada orang-orang yang membutuhkan. Adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang dilengkapi dengan tenaga kesehatan pemberi pelayanan dapat selalu memberikan informasi dan motivasi kepada masyarakat untuk datang dan menerima pelayanan dan apakah program pelayanan kesehatan itu sendiri sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat sehingga ikut menentukan derajat kesehatan masyarakat (Johan and Fadzlul, 2019). Jika ketersediaan pelayanan kesehatan semakin terjangkau maka derajat kesehatan masyarakat tersebut akan meningkat, dan sebaliknya. Misalnya, pada program Jaminan Kesehatan Nasional yang diadakan oleh BPJS Kesehatan menyebabkan orang-orang yang tidak memiliki uang untuk berobat sekarang dapat mendapatkan perawatan medis.

Tenaga kesehatan bertugas mengelola dan melindungi kesehatan masyarakat, serta harus mendokumentasikan kegiatan pelayanan dan aktivitas klinik sebagai bentuk informasi kesehatan; menargetkan intervensi kesehatan yang terukur; mendukung pelaksanaan pelayanan klinis, pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan (Arbour, 2014).

Faktor yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi kesehatan adalah

- a. Upaya promotif terhadap penularan HIV/AIDS untuk menurunkan prevalensi HIV/AIDS.

- b. Ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan masyarakat yang memudahkan masyarakat untuk mencapai kesehatan yang lebih berkualitas.
- c. Keberadaan asuransi kesehatan akan menciptakan kondisi yang menguntungkan bagi masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan (Siyoto and Retnaningtyas, 2016)

Permasalahan yang sering muncul dalam pelayanan kesehatan di Indonesia adalah 1) beragamnya pelayanan kesehatan yang tersedia, sangat sulit bagi masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan dan tertinggal untuk mendapatkan layanan kesehatan yang ditunjang fasilitas pelayanan yang lengkap dan canggih. Alat penunjang dibutuhkan dalam melakukan banyak tindakan medis untuk mempermudah prosedur tindakan dan meningkatkan kualitas layanan. 2) distribusi tenaga kesehatan di seluruh wilayah masih belum merata, terutama jumlah dokter umum dan spesialis di daerah terpencil dan pedesaan. Jumlah yang tidak mencukupi ini menyebabkan ditemukan antrian panjang pasien yang memerlukan layanan medis yang diberikan oleh dokter spesialis di rumah sakit rujukan. 3) kualitas tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan. Perbedaan latar belakang dan kualitas pendidikan di perkuliahan menjadi penyebabnya. Untuk memastikan bahwa lulusan kesehatan memenuhi standar lulusan nasional, seluruh profesi kesehatan harus mengikuti ujian kompetensi pada akhir masa studi. 4) akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat perlu diperhatikan mengingat letak geografis negara akan menjadi kendala jika tidak diantisipasi dengan baik dimana merupakan negara kepulauan yang terhubung dengan laut. Karena ketidakmampuan dalam membayar iuran, beberapa masyarakat masih tidak memiliki asuransi kesehatan. 5) kemajuan teknologi. Alat-alat kesehatan seperti alat diagnostik ataupun alat untuk intervensi kesehatan yang terus berkembang dengan baik dapat membantu tenaga

kesehatan memberikan pelayanan kesehatan. Namun, masih terdapat masyarakat yang tidak dapat mengaksesnya karena alat yang canggih biasanya memerlukan biaya pelayanan yang tinggi (Hermawan, 2022)

Posyandu, puskesmas, rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya diperlukan oleh masyarakat untuk membantu mereka dalam mendapatkan perawatan dan pengobatan terutama untuk jenis pelayanan kesehatan dasar. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia juga perlu ditingkatkan.

Puskesmas sebagai garda terdepan mempunyai peranan penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat, karena masyarakat mendapatkan edukasi dan perawatan primer di puskesmas. Adanya program pencegahan penyakit yang bersifat preventif menyebabkan masyarakat akan lebih jarang sakit. Diare, demam berdarah, malaria, dan penyakit degeneratif seperti jantung koroner, stroke, diabetes mellitus dan lain-lain dapat dicegah jika di tatalaksana dengan baik. Pencegahan yang dapat dilakukan adalah jika masyarakat memahami cara menjaga kondisi lingkungan dan kesehatannya.

Sistem berjenjang harus digunakan untuk menyediakan layanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Sistem primer (tingkat pertama) terdiri dari puskesmas, klinik pratama, praktek dokter atau dokter gigi, dan rumah sakit kelas D; sistem sekunder (tingkat kedua) terdiri dari klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus; dan sistem tersier (tingkat ketiga) terdiri dari rumah sakit yang menjadi rujukan provinsi dan Nasional. Menurut filosofi paradigma sehat, penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia memprioritaskan pelayanan kesehatan primer dengan memprioritaskan upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif.

3.2.7 Genetik

Kesehatan seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan). Beberapa penyakit sebenarnya diturunkan secara genetik, tetapi tidak timbul menjadi penyakit karena gaya hidup dan lingkungan sehat. (Johan and Fadzlul, 2019). Selain itu, genetik biasanya mengacu pada kemiripan anak dengan orangtuanya, baik dari segi bentuk tubuh, proporsi, dan percepatan perkembangannya. Kesamaan ini mencerminkan adanya pengaruh gen yang diturunkan oleh orangtua kepada keturunannya.

Faktor ini memiliki dampak paling kecil terhadap kesehatan individu maupun masyarakat. Dampak kesehatannya bersifat evolutif dan sulit dideteksi sehingga konseling genetik sangat penting dilakukan. Faktor genetik harus menjadi perhatian dalam pencegahan penyakit demi kesehatan masyarakat atau kesehatan keluarga. Misalnya, seorang penderita diabetes mellitus (DM) dapat menurunkan penyakit pada anak-anak tetapi pola hidup sehat dapat mencegah mereka menderita penyakit tersebut. Namun, anak-anak tersebut memiliki risiko lebih tinggi terkena diabetes mellitus jika dibandingkan dengan anak-anak yang lahir dari orangtua yang tidak memiliki DM. Upaya pencegahan sebaiknya dilakukan dengan memberitahukan kepada anak atau orangtua anak bahwa mereka mengetahui faktor genetik yang diwarisi dari orangtuanya. Perubahan pola makan, olahraga teratur dan upaya preventif lainnya dapat dilakukan untuk memastikan faktor genetik tidak berkembang menjadi faktor resiko DM dengan menjalani pola hidup sehat. Jadi kalau diibaratkan seperti, genetik itu ibarat peluru (*bullet*), tubuh manusia ibarat senjatanya, dan lingkungan atau perilaku manusia adalah pelatuknya (*trigger*).

Semakin besar jumlah penduduk yang berisiko terkena penyakit genetik, maka semakin sulit pula peningkatan derajat kesehatannya. Maka dari itu konseling pernikahan yang baik

sangat diperlukan untuk menghindari penyakit genetik yang sebenarnya bisa dicegah (Siyoto and Retnaningtyas, 2016).

3.3 Faktor Internal Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

Ke empat faktor dari teori Bloom merupakan determinan untuk kesehatan kelompok atau komunitas. Namun jika ditinjau untuk kesehatan individu, selain ke empat faktor di atas, faktor internal juga bisa berperan, seperti umur, gender, pendidikan dan sebagainya. Bila kita menganalisis determinan kesehatan tersebut merupakan semua faktor di luar kehidupan manusia baik secara individual, kelompok, maupun komunitas yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kehidupan manusia (Siyoto and Retnaningtyas, 2016). Jadi, dapat disimpulkan bahwa bukan hanya faktor-faktor yang disebutkan Blum yang mempengaruhi kesehatan seseorang, kelompok, atau masyarakat, tetapi juga faktor lain, seperti

3.3.1 Faktor Makanan

Hidup kita bergantung pada makanan. Jika kita makan makanan yang berlebihan atau jika tubuh kita tidak menyukai makanan tersebut maka tubuh kita akan mengeluarkan reaksi. Tubuh merespons rasa sakit sebagai bentuk reaksi, dan jika diobati dengan benar, tubuh dapat kembali sehat.

3.3.2 Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Bagaimana seseorang berpikir dan dapat memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan ini untuk menjaga kesehatannya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan mereka. Pendidikan juga secara tidak langsung mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menjaga kesehatannya. Secara umum, orang dengan pendidikan tinggi mempunyai risiko lebih rendah untuk terkena penyakit atau

gangguan kesehatan lainnya dibandingkan orang yang awam dengan kesehatan.

3.3.3 Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial keluarga, pendapatan, pekerjaan dan ketahanan pangan merupakan faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi derajat kesehatan. Kasus gizi buruk biasanya terjadi pada masyarakat status ekonomi rendah dan masyarakat miskin. Hal itu kemungkinan disebabkan karena sulitnya masyarakat dengan status ekonomi rendah mendapatkan makanan yang penuh dengan nutrisi.

3.3.4 Latar Belakang Budaya

Keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dipengaruhi oleh budaya, termasuk cara mereka menggunakan sistem pelayanan kesehatan dan *personal hygiene*. Masih terdapat masyarakat “primitif” yang tidak peduli terhadap aspek kesehatan.

3.3.5 Umur

Setiap kelompok umur (bayi-lansia) mempunyai persepsi dan reaksi yang berbeda terhadap perubahan dalam kesehatan.

3.3.6 Faktor Emosional

Setiap pikiran positif mempunyai pengaruh yang besar bagi kesehatan tubuh.

3.3.7 Faktor Agama dan Kepercayaan

Individu yang menganut agama dan keyakinan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku sehat. Salah satu contohnya adalah bahwa "Kebersihan Sebagian Dari Iman" diajarkan dalam agama Islam. Maka sebagai umat Islam, Allah SWT memerintahkan kita untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (Siyoto and Retnaningtyas, 2016).

Menurut H. Blum, ada 12 indikator yang berkaitan dengan derajat kesehatan yaitu

1. *Life Span*. Angka harapan hidup atau disebut juga angka kematian yang bukan karena mati tua.
2. *Disease of infirmity*. Sakit, lemah, atau cacat secara fisiologis, anatomis atau biologis.
3. *Discomfort or illness*. Nyeri somatik, psikologis dan sosial.
4. *Disability or incapacity*. Seseorang yang tidak mampu untuk bekerja karena sakit tidak dapat memenuhi peran sosial.
5. *Participation in health care*. Kemampuan dan keinginan untuk membantu menjaga diri agar selalu sehat.
6. *Health behavior*. Perilaku seseorang dalam mengatasi masalah kesehatan.
7. *Ecologic behavior*. Perilaku yang berkaitan dalam menjaga lingkungan hidup, sesama makhluk hidup, sumber daya alam dan ekosistem.
8. *Social behavior*. Perilaku terhadap orang lain, keluarga, masyarakat dan bangsa.
9. *Interpersonal relationship*. Komunikasi dengan orang lain yang berkualitas.
10. *Reserve or positive health*. Resistensi terhadap kemampuan mengatasi tekanan somatik, psikologis dan sosial.
11. *External satisfaction*. Kepuasan sosial mencakup rumah, sekolah, pekerjaan, rekreasi dan transportasi.
12. *Internal satisfaction*. Kepuasan dengan setiap aspek dalam kehidupannya (Suyanto, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. and Fishbein, M. (2000) 'Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes', *European Review of Social Psychology*, 11(1), pp. 1–33. doi: doi: 10.1080/14792779943000116.
- Arbour, A. (2014) 'Public Health in 21st Century', *American Journal of Preventive Medicine supplement addressess critical challenge to public health*, 12.
- Hermawan, D. (2022) 'Masalah Kesehatan Masyarakat', in *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Klaten: Tahta Media Group, pp. 10–20.
- Irwan (2017a) *Epidemiologi Penyakit Menular*. Yogyakarta: CV Absolute Media.
- Irwan (2017b) *Etika Dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: CV Absolute Media.
- Islam, F. et al. (2021) *Dasar Kesehatan Lingkungan, Dasar Kesehatan Lingkungan*. Yayasan Kita Menulis.
- Johan, H. and Fadzlul, F. (2019) *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Samarinda: Gosyen Publishing.
- Notoatmodjo (2017) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmala, I. et al. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Siyoto, S. and Retnaningtyas, E. (2016) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes).
- Suyanto (2022) 'Konsep Sehat Dan Sakit', in *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Klaten: Tahta Media Group.

BAB 4

EPIDEMIOLOGI

Oleh Tita Nofianti

4.1 Pendahuluan

Perkembangan ilmu epidemiologi didasari pada hasil riset yang terus dilakukan oleh para ahli dalam bidang kesehatan yang terus berkembang terhadap berbagai penyakit. Hal tersebut memerlukan dasar-dasar pendekatan terlebih dahulu penyelidikan secara epidemiologi tersebut akan dimulai.

Prinsip persamaan-persamaan dalam epidemiologi diantaranya studi terkait kelompok manusia, perbandingan satu kelompok dengan kelompok lainnya dan terkait penduduk dalam kelompok yang sama, baik yang mempunyai karakteristik dan tidak mempunyai karakteristik.

Adapun tujuan dari epidemiologi yaitu untuk melakukan pencegahan maupun penanggulangan masalah yang timbul di masyarakat baik penyakit infeksius maupun penyakit non infeksius.

Studi epidemiologi sangat berperanan penting dalam Kesehatan Masyarakat diantaranya :

- a. Untuk mengetahui penyebaran penyakit serta besaran masalah dalam suatu masyarakat tertentu.
- b. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi program dalam pengumpulan data serta informasi esensial, penentuan skala prioritas yang sifatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit lainnya.

- c. Identifikasi faktor penyebab terjadinya permasalahan tersebut.

Kajian epidemiologi meliputi timbulnya penyakit, kematian, penekanan masalah kesakitan dan ketidakmampuan serta status kesehatan lainnya. Hal tersebut dilakukan analisis terkait fenomena sosial, interaksi antara proses fisik serta biologis yang erat hubungannya terhadap kejadian penyakit, derajat kesehatan maupun gangguan kesehatan lainnya dengan proses yang ilmiah dan logis.

Salah satu yang menjadi target atau sasaran epidemiologi yaitu masyarakat suatu wilayah administrasi, masyarakat wilayah geografis tertentu maupun sosial tertentu

Dalam hal ini menguraikan status perjalanan alamiah penyakit, mempelajari kesehatan kelompok penduduk, penyebab dari suatu penyakit, serta mengevaluasi upaya kesehatan yang terjadi dimasyarakat merupakan kegunaan dari epidemiologi.

4.2 Pengertian

Berdasarkan beberapa referensi menyebutkan terkait dengan pengertian Epidemiologi yaitu :

- a. Ilmu yang berkaitan hal-hal yang terjadi pada masyarakat, yaitu salah satu definisi epidemiologi yang asal katanya dari bahasa Yunani, yaitu Epi artinya pada, demos artinya penduduk, dan logos artinya ilmu.
- b. Ilmu yang berkaitan dengan perluasan dan penyebaran suatu penyakit di dalam suatu kelompok penduduk atau masyarakat.
- c. W.H Welleh menyebutkan bahwa perkembangan masalah penyakit tidak hanya penyakit infeksius melainkan penyakit non infeksius. kanker, penyakit degeneratif, penyakit jiwa,

kecelakaan lalu lintas, bencana alam dan sebagainya. Sehingga batasan epidemiologi lebih berkembang.

- d. Mac Mahon dan Pugh mendefinisikan epidemiologi adalah cabang ilmu terkait faktor-faktor penentu terjadinya penyakit dan penyebaran penyakit.
- e. Suatu studi mengenai terjadinya distribusi keadaan kesehatan, perubahan pada penduduk dan penyakit, menjadi begitu determinannya dan menjadi penyebab terjadi penyakit pada kelompok penduduk hal tersebut dikemukakan oleh Omran.
- f. W.H. Frost menyatakan bahwa epidemiologi merupakan ilmu tentang frekuensi dan penyebaran terkait masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor yang berpengaruh pada masalah kesehatan.

Terdapat 3 komponen penting berdasarkan penjelasan W.H. Frost terkait dengan epidemiologi yaitu: penyebaran, banyaknya serta faktor yang berpengaruh pada masalah kesehatan.

4.3 Prinsip – Prinsip Epidemiologi

Terdapat 4 prinsip dalam epidemiologi sebagai berikut :

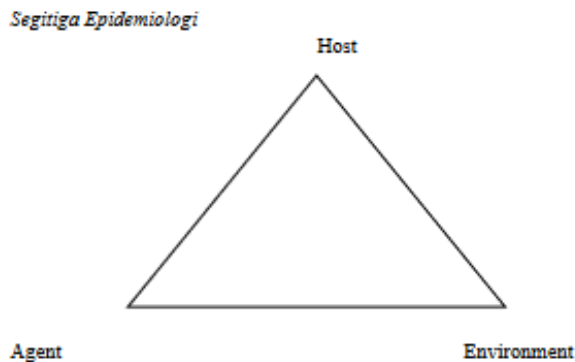
1. Pendalaman masalah kesehatan yang dialami oleh sekelompok manusia atau masyarakat.
2. Merujuk kepada angka frekuensi mutlak atau rasio dari banyaknya gangguan kesehatan pada sekelompok manusia atau masyarakat.
3. Merujuk kepada keadaan waktu dan tempat terkait dengan banyaknya masalah kesehatan pada orang yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Pengkajian gangguan kesehatan yang merupakan rangkaian kegiatan tertentu, dilakukan untuk memperoleh kejelasan dari masalah tersebut.

4.4 Proses Terjadinya Penyakit

Timbulnya suatu penyakit berdasarkan pada teori yang berdasarkan pemikiran beberapa ahli, diantaranya :

1. *Triangle theory* atau teori segitiga

Menurut model ini menggambarkan terjadinya interaksi antara manusia, penyebab penyakit dan lingkungan yang merupakan ketiga komponen tersebut. Jika terjadi perubahan pada salah satu faktor maka akan terjadi pula perubahan yang berkesinambungan diantara ketiga komponen tersebut, yang akibatnya menjadi berkurang atau bertambahnya penyakit bersangkutan. Model ini dapat dilihat pada gambar 4.1.

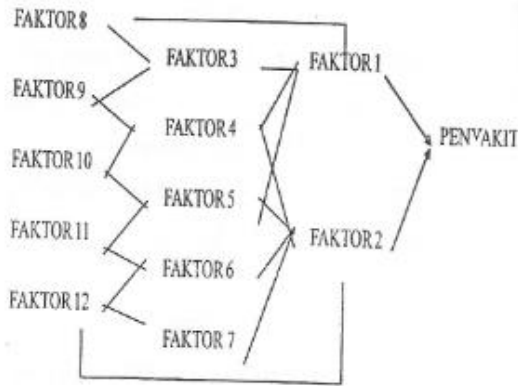


Gambar 4. 1. Segitiga epidemiologi

2. *The web of causation* atau jarring-jaring sebab akibat

Pada teori ini merupakan konsep multi faktorial. Dimana suatu penyakit terjadi akibat dari hasil interaksi berbagai faktor. Berupa faktor sosial, kimiawi, biologis yang memegang peranan penting dalam terjadinya penyakit. Hal tersebut merupakan proses dari faktor interaksi lingkungan.

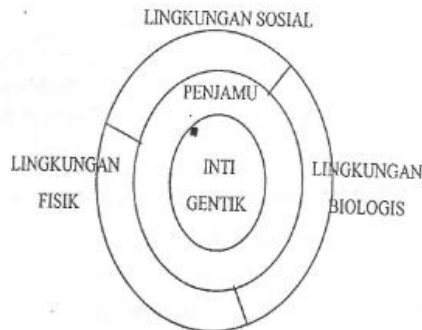
Jaring-jaring Sebab Akibat



Gambar 4. 2. Jaring-jaring sebab akibat

3. *The well of causation* atau roda

Pada model ini, terjadinya penyakit karena adanya hubungan manusia dengan lingkungan hidupnya, Misalnya peranan lingkungan biologis dalam menimbulkan penyakit yang ditularkan vektor sedangkan peranan lingkungan sosial, berperan dalam penyebab stress mental, dan adapun penyebab penyakit genetik atau degeneratif merupakan peranan lingkungan genetik.



Gambar 4. 3. The well of causation atau roda

Keadaan seimbang dengan tuas penjamu artinya dalam kondisi sehat, sebaliknya keadaan sakit apabila bibit penyakit berhasil menarik keuntungan dari lingkungan disekitarnya. Adapun faktor yang berperan diantaranya :

- a. Berkurangnya daya tahan tubuh,
- b. Meningkatnya kemampuan bibit penyakit dan,
- c. Adanya perubahan lingkungan.

4. *Contagion theory* atau teori contagion

Teori ini dikembangkan karena adanya endemi penyakit. Terdapat 3 jenis penular atau kontangion berdasarkan fracastoro diantaranya :

- a. Penularan secara kontak langsung seperti berciuman, bersentuhan, bahkan berhubungan seksual.
- b. Penularan melalui benda-benda perantara seperti alat mandi pribadi, pakaian, sapu tangan dan handuk.
- c. Penularan dalam jarak jauh.

5. *Hippocratic theory* atau teori hippocrates

Teori tentang penyebab penyakit yang dikemukakan oleh Hippocrates yaitu :

- a. Terjadinya penyakit karena adanya kontak dengan jasad hidup,
- b. Adanya pengaruh dari Lingkungan luar maupun dalam seseorang yang berkaitan dengan timbulnya penyakit.

6. Teori Germ atau teori jasad renik

Berbagai penyakit yang mendominasi masyarakat luas, para ilmuan menerangkan bahwa banyak yang diakibatkan oleh mikroba. Hal ini sangat besar peranannya terhadap perkembangan epidemiologi penyakit infeksi.

3 faktor yang menyebabkan terjadinya suatu penyakit, yaitu:

1. Faktor resiko Pejamu (Host)

Manusia atau makhluk hidup lainnya merupakan host atau penjamu. Terjadinya penyakit menular yang disebabkan karena faktor host yaitu berupa ras, status gizi, jenis kelamin, umur, anatomi tubuh, dan etnik.

Karakteristik yang dimiliki oleh masing-masing individu merupakan faktor manusia yang sangat kompleks dalam proses terjadinya penyakit. Karakteristik tersebut antara lain:

- a. Umur

Usia merupakan faktor risiko utama penyakit yang umum, pada usia balita atau anak sangat rentan terkena penyakit infeksi, sedangkan pada usia lanjut akibat dari penurunan fungsi organ cenderung terkena penyakit degenarif.

- b. Jenis Kelamin

Perbedaan prevalensi penyakit dan kondisi berdasarkan jenis kelamin secara umum menunjukkan bahwa laki-laki memiliki prevalensi lebih tinggi terhadap kondisi yang lebih mematikan, sedangkan perempuan lebih cenderung memiliki penyakit kronis namun tidak fatal. Defisiensi androgen dikaitkan dengan kejadian kardiovaskular yang merugikan. Penyakit jantung, Rendahnya kadar testosteron juga dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke pada pria. Sebuah meta-analisis menunjukkan bahwa berbagai jenis terapi kekurangan androgen, seperti hormon pelepas gonadotropin, antiandrogen oral, dan orkiektomi, semuanya secara signifikan berhubungan dengan risiko stroke yang lebih tinggi pada pasien dengan kanker prostat.

c. Ras

Kejadian penyakit berhubungan dengan ras yaitu terkait dengan adat istiadat, perkembangan kebudayaan dan tradisi. Salah satu contohnya di jumpai pada ras negro terdapat penyakit tertentu yaitu anemia sel sabit.

d. Genetik

Faktor genetik sangat berperan terhadap penyakit yang diturunkan dari kedua orang tuanya, seperti hemofillia, diabetes mellitus tipe I, asma bronkiale, buta warna dan lain-lain.

e. Pekerjaan

Kecelakaan kerja, silikosis dan keracunan serta kejadian lainnya yang berhubungan dengan pekerjaan yang berakibat terjadinya suatu penyakit.

f. Status Nutrisi

Berbagai penyakit seperti obesitas, kolesterol tinggi dan penyakit infeksi tuberkulosis dapat mudah terjangkit akibat dari status gizi yang buruk.

g. Status Kekebalan

Kekebalan terhadap penyakit virus terjadi karena reaksi tubuh tergantung pada status kekebalan yang dimiliki sebelumnya

h. Adat-Istiadat

Penyakit infeksi cacing hati dapat disebabkan karena kebiasaan di beberapa daerah memakan ikan dan daging mentah.

i. Gaya hidup

Pola hidup seseorang mudah terkena penyakit infeksi karena kurangnya memelihara kebersihan diri seperti kulit, gigi dan mulut, rambut akan mudah untuk terserang penyakit. Sedangkan penyakit kanker paru-paru disebabkan karena kebiasaan merokok.

j. Psikis

Depresi, insomnia, ulkus peptikum serta hipertensi dapat disebabkan karena gangguan psikis atau kejiwaan seperti emosional dan stress.

2. Faktor Resiko Bibit Penyakit (Agent)

Keberadaan atau ketidakberadaannya yang berpengaruh pada terjadinya penyakit serta perjalanan penyakit merupakan suatu substansi dikenal dengan nama agen.

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan penyakit yaitu :

a. Faktor biologik

Agan etiologi dapat berupa mikroorganisme apa pun yang dapat menyebabkan infeksi. Patogenisitas suatu agen adalah kemampuannya menyebabkan penyakit; Patogenisitas selanjutnya ditandai dengan menggambarkan virulensi dan invasi organisme. Virulensi mengacu pada tingkat keparahan infeksi, yang dapat dinyatakan dengan menggambarkan morbiditas (insiden penyakit) dan mortalitas (angka kematian) dari infeksi tersebut. Contoh organisme yang sangat mematikan adalah *Yersinia pestis*, agen wabah, yang hampir selalu menyebabkan penyakit parah pada inang yang rentan.

Invasivitas suatu organisme mengacu pada kemampuannya untuk menyerang jaringan. Organisme *Vibrio cholerae* bersifat non-invasif, menyebabkan gejala dengan melepaskan eksotoksin ke dalam saluran usus yang bekerja pada jaringan. Sebaliknya, organisme *Shigella* di saluran usus bersifat invasif dan bermigrasi ke jaringan.

Tidak ada mikroorganisme yang dapat dipastikan bersifat avirulen. Suatu organisme mungkin mempunyai virulensi yang sangat rendah, namun jika

inangnya sangat rentan, seperti ketika imunosupresi terapeutik, infeksi organisme tersebut dapat menyebabkan penyakit. Misalnya, virus poliomielitis yang digunakan dalam vaksin polio oral sangat dilemahkan sehingga memiliki virulensi yang rendah, namun pada beberapa individu yang sangat rentan, virus ini dapat menyebabkan penyakit kelumpuhan..

b. Faktor gizi

Kebutuhan gizi setiap orang berbeda-beda. Timbulnya penyakit karena adanya ketidakseimbangan dalam kecukupan gizi tersebut. Maka dari itu gizi sangat penting untuk kehidupan manusia, untuk mempertahankan hidupnya.

c. Faktor fisik

Terjadinya penyakit dapat diakibatkan dari segi kualitas maupun kuantitasnya seperti kondisi suhu yang terlalu tinggi ataupun rendah, adanya radiasi, kebisingan akibat suara, tekanan dan kelembaban udara maupun trauma mekanis yang dialami. Salah satunya terjadinya heat stroke akibat dari suhu yang terlalu tinggi.

d. Faktor kimia

Timbulnya penyakit akibat dari beberapa zat kimia baik yang berasal dari luar tubuh manusia berupa logam berat maupun yang berasal dari dalam tubuh manusia berupa hasil metabolisme tubuh yang tidak dapat dikeluarkan oleh tubuh, sehingga terjadi penumpukan di dalam tubuh itu sendiri.

e. Faktor mekanik

Faktor ini lebih banyak diakibatkan karena kelalaian manusia, diantaranya terjadi kecelakaan lalu lintas, pukulan, kecelakaan dalam pekerjaan dan sebagainya.

3. Faktor Resiko Lingkungan (*Environment*)

Faktor luar dari individu yang tergolong faktor lingkungan hidup manusia pada dasarnya terdiri dari dua bagian, yaitu lingkungan hidup internal berupa keadaan yang dinamis dan seimbang yang disebut hemostasis, dan lingkungan hidup eksternal di luar tubuh manusia. Lingkungan hidup eksternal ini terdiri dari tiga komponen yaitu: Lingkungan Fisik, Lingkungan biologis dan Lingkungan sosial.

4.5 Studi Epidemiologi

Studi epidemiologi dapat bersifat

1. Deskriptif, mengorganisasikan data berdasarkan waktu, tempat, dan orang;
2. Analitik, menggabungkan studi kasus-kontrol atau kohort; atau
3. Eksperimental. Epidemiologi menggunakan pendekatan terorganisir dalam penyelesaian masalah dengan:
 - a. Mengkonfirmasi keberadaan epidemi dan memverifikasi diagnosis;
 - b. Mengembangkan definisi kasus dan mengumpulkan data kasus;
 - c. Menganalisis data berdasarkan waktu, tempat, dan orang;
 - d. Mengembangkan hipotesis;
 - e. Melakukan penelitian lebih lanjut bila diperlukan;
 - f. Mengembangkan dan melaksanakan tindakan pengendalian dan pencegahan;
 - g. Menyiapkan dan mendistribusikan laporan publik; dan
 - h. Mengevaluasi tindakan pengendalian dan pencegahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brachman PS. 1996. Epidemiology. In: Baron S, editor. Medical Microbiology. 4th edition. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch at Galveston; Chapter 9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7993/>
- Haryono., Agus K R., dan Achmad H, 2021. Pengantar Epidemiologi. Poltekkes Jogja Press. Sleman Yogyakarta.
- I Gusti A A A., I Nyoman P T P dan Anak Agung N B., 2020. Epidemiologi Deskriptif Gizi Kesehatan. Universitas Mahasaraswati Press. Denpasar Bali
- Irwan, 2017. Epidemiologi Penyakit Menular. CV. Absolute Media Krapyak. Yogyakarta.
- Sondang S. 2020. Buku Ajar Epidemiologi. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES). Ponorogo Jawa Timur.
- Zhao, E., Crimmins, E. Mortality and morbidity in ageing men: Biology, Lifestyle and Environment. Rev Endocr Metab Disord 23, 1285–1304 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09737-6>.

BAB 5

PERANAN EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Yulianti Fauziah

5.1 Pendahuluan

Epidemiologi sering disebut sebagai ilmu dasar kesehatan masyarakat. Epidemiologi telah banyak digunakan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di berbagai negara, terutama di negara maju maupun berkembang lainnya. Meskipun epidemiologi saat ini merupakan disiplin ilmu yang relatif baru, namun epidemiologi banyak digunakan dalam bidang kesehatan, khususnya kesehatan masyarakat (Noor, 2022).

Epidemiologi memegang peranan yang penting bersama dengan dengan berbagai cabang ilmu kedokteran, kesehatan masyarakat, teknik, matematika, statistika, sosial, politik, budaya, bahkan ilmu ekonomi dan manajemen. Epidemiologi merupakan salah satu landasan fundamental ilmu kesehatan masyarakat. Epidemiologi merupakan alat untuk mendiagnosis masalah kesehatan, mengidentifikasi faktor penyebab masalah kesehatan, dan mengevaluasi efektivitas berbagai intervensi medis (Ahmad, 2021).

Epidemiologi semakin berkembang tidak hanya dalam kaitannya dengan penyakit, namun juga dalam mengenali masalah kesehatan lainnya. Epidemiologi digunakan tidak hanya untuk mempelajari status kesehatan penduduk, tetapi juga di klinik kesehatan, yang pada umumnya bersifat individual atau

populasi, sehingga populasinya terbatas dan mempunyai ciri khusus, yaitu pasien klinik tersebut (Aji, 2022).

Epidemiologi, yang semula merupakan ilmu yang mempelajari epidemi, kini telah berkembang menjadi ilmu yang mempelajari cara mendiagnosis masalah kesehatan masyarakat, menentukan riwayat alamiah dan etiologi penyakit, serta mengevaluasi dan merencanakan program kesehatan (Kartini, 2022).

Umumnya, kesehatan masyarakat merujuk pada tindakan kolektif untuk meningkatkan kesehatan suatu populasi. Epidemiologi merupakan alat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan digunakan dalam beberapa cara. Epidemiologi memiliki Peran sangat penting dalam menganalisis penyebab penyakit dan berbagai faktor risiko gangguan kesehatan di masyarakat. Meskipun beberapa penyakit hanya disebabkan oleh faktor genetik, sebagian besar disebabkan oleh interaksi faktor genetik dan lingkungan. Misalnya, diabetes memiliki komponen genetik dan lingkungan. Dapat didefinisikan dalam arti luas, bahwa lingkungan mencakup faktor biologis, fisik, kimia, psikologis, ekonomi atau budaya dapat memengaruhi kesehatan. Perilaku pribadi dalam hal ini memengaruhi interaksi ini, dan epidemiologi digunakan untuk mempelajari pengaruhnya dan konsekuensi dari intervensi pencegahan melalui promosi kesehatan.

Epidemiologi berkaitan pula dengan riwayat penyakit pada individu dan populasi. Oleh karena itu, epidemiologi sering digunakan untuk menggambarkan status kesehatan suatu kelompok penduduk. Mengetahui beban penyakit dalam suatu populasi adalah penting bagi otoritas kesehatan, yang berupaya menggunakan sumber daya yang terbatas untuk mencapai efek terbaik dengan mengidentifikasi program kesehatan prioritas untuk pencegahan dan pengobatan. Beberapa bidang epidemiologi khusus, seperti epidemiologi lingkungan dan

pekerjaan, berfokus pada populasi yang terpapar pada jenis paparan lingkungan tertentu (Noor, 2022).

5.2 Peran Epidemiologi Kemajuan Ilmu Kedokteran

Epidemiologi memegang peranan penting dalam pengembangan ilmu kedokteran karena penelitian epidemiologi dapat digunakan untuk tujuan sebagai berikut:

1. Identifikasi penyebab penyakit
2. Kajian hubungan sebab akibat antara terjadinya suatu penyakit dan faktor-faktor penentu yang mempengaruhinya.
3. Mempelajari perjalanan alami penyakit.
4. Mengembangkan indeks deskriptif yang mencerminkan tinggi atau rendahnya kejadian atau prevalensi suatu penyakit di suatu wilayah yang dapat dibandingkan dengan wilayah lain.
5. Ditemukannya berbagai penyakit seperti skrobat, pelegra dan kolera.
6. Mengetahui hubungan merokok dengan penyakit jantung koroner, kanker paru-paru dan hipertensi.
7. Hubungan antara air dan makanan dengan kolera
8. Hubungan pil KB dengan tromboflebitis
9. Hubungan penyakit keturunan seperti hemofilia dan penyakit *sickle cell* anemia dengan kelompok etnis tertentu.

5.3 Peran Epidemiologi dalam Bidang Kesehatan Masyarakat

Epidemiologi memegang peranan yang sangat penting dalam bidang kesehatan masyarakat, karena hasil kajian epidemiologi dapat digunakan untuk:

1. Menganalisis perjalanan penyakit di masyarakat dan perubahan yang terjadi akibat campur tangan alam atau manusia.

2. Mendeskripsikan pola penyakit pada berbagai kelompok di masyarakat.
3. Mendeskripsikan hubungan antara dinamika populasi dan penyebaran penyakit.

Hubungan dinamika ketenagakerjaan dengan kejadian penyakit dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Ledakan penduduk, kemajuan teknologi dan perkembangan transportasi menyebabkan tingginya dinamika penduduk yang berdampak pada percepatan penyebaran penyakit.
2. Meningkatnya kebutuhan penduduk akan pemukiman baru menyebabkan bertambahnya tempat berkembangbiakan penyakit.
3. Perubahan gaya hidup masyarakat menyebabkan perubahan gaya hidup yang berkontribusi terhadap terjadinya berbagai penyakit.

Berdasarkan kemampuan epidemiologi dalam menentukan persebaran dan faktor penyebab permasalahan kesehatan serta memberikan pedoman intervensi yang diperlukan, maka epidemiologi diharapkan dapat berperan dalam kesehatan masyarakat dalam bentuk:

1. Mengidentifikasi berbagai faktor penyebab dan risiko yang berhubungan dengan terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan lainnya.
2. Menjelaskan sejauh mana permasalahan dan gangguan kesehatan serta sebarannya pada populasi tertentu.
3. Mengembangkan metodologi untuk menganalisis keadaan penyakit untuk menanggulangnya.
4. Mengarahkan intervensi yang diperlukan untuk mengatasi masalah yang perlu dipecahkan.
5. Menyiapkan data dan informasi yang diperlukan untuk keperluan: perencanaan, pelaksanaan program, evaluasi berbagai kegiatan kesehatan di masyarakat, penentuan skala prioritas kegiatan tersebut.
6. Membantu dalam evaluasi program kesehatan yang sedang atau telah dilaksanakan (Nangi, 2019).

Hingga saat ini epidemiologi memegang peranan penting dalam pengendalian berbagai penyakit menular baik di negara berkembang maupun maju. Selain itu, epidemiologi berhasil mengubah pandangan dan keyakinan masyarakat terhadap kesehatan masyarakat. Perjuangan melawan penyakit menular telah membuahkan hasil, namun sejumlah penyakit menular masih ditemukan di berbagai tempat, bahkan muncul penyakit menular baru (*new emerging disease*) atau penyakit menular lama yang tadinya dorman, kini insidennya semakin meningkat (*recurrent disease*). Sejalan dengan keadaan tersebut, terjadi kecenderungan peningkatan angka kejadian penyakit tidak menular, penyakit kronis, penyakit degeneratif, kecelakaan, penyakit industri dan akibat kerja, penyakit akibat pencemaran lingkungan, serta sejumlah penyakit baru yang berkaitan erat dengan penyakit yang berkaitan dengan mutasi genetik, semuanya menunjukkan semakin pentingnya posisi epidemiologi dalam bidang kesehatan. Dalam epidemiologi, hal ini dikenal dengan istilah transisi epidemiologi.

Epidemiologi dianggap sebagai ilmu dasar kesehatan masyarakat karena alasan tertentu. Alasan mengapa epidemiologi dianggap sebagai ilmu kesehatan masyarakat yang mendasar adalah sebagai berikut:

1. Epidemiologi merupakan ilmu kuantitatif yang mendasar dalam bidang probabilitas, statistika, dan metode penelitian.
2. Epidemiologi adalah metode sebab-akibat berdasarkan pengembangan dan pengujian hipotesis plausibilitas tentang keadaan dan kejadian kesehatan
3. Epidemiologi memberikan arahan mendasar bagi tindakan kesehatan masyarakat berdasarkan epidemiologi, sebab dan akibat, serta pemahaman tentang permasalahan praktis yang dapat diatasi.

Penerapan Epidemiologi di Bidang Epidemiologi dan informasi tentang metode epidemiologi memiliki banyak penerapan, antara lain:

1. *Assessment* kesehatan

Suatu masyarakat atau populasi, Para pemangku kepentingan, pemerintah daerah dan pusat, yang bertanggung jawab atas pengembangan, implementasi dan evaluasi, menggunakan informasi epidemiologi sebagai dasar pengambilan keputusan. Untuk menilai (*assessment*) kesehatan suatu masyarakat atau populasi, data yang relevan harus diidentifikasi dan dianalisis berdasarkan waktu, tempat dan personal.

2. Solusi individu

Beberapa orang mungkin tidak menyadari bahwa mereka menggunakan informasi epidemiologi dalam pengambilan keputusan sehari-hari. Ketika seseorang berhenti merokok atau menggunakan kondom, mereka mungkin secara sadar atau tidak sadar dipengaruhi oleh perkiraan epidemiologis mengenai risiko kesehatan. Pada tahun 1950an, ahli epidemiologi melaporkan peningkatan risiko kanker paru-paru di kalangan perokok, dan pada pertengahan tahun 1980an, ahli epidemiologi mengidentifikasi peningkatan risiko infeksi HIV terkait dengan perilaku seksual dan penggunaan narkoba.

3. Melengkapi gambaran klinis

Dalam studi KLB (Kejadian Luar Biasa), ahli epidemiologi lapangan akan mengandalkan penyedia layanan kesehatan dan laboratorium untuk membuat diagnosis yang tepat untuk setiap pasien. Namun, temuan para ahli epidemiologi juga akan berkontribusi pada pemahaman gambaran klinis dan riwayat alami penyakit menular. Para ahli epidemiologi juga telah mendokumentasikan penyebaran infeksi HIV mulai dari paparan awal hingga berkembangnya berbagai sindrom klinis, termasuk *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS).

4. Pencarian Sebab

Banyak penelitian epidemiologi yang dikhususkan untuk menemukan penyebab atau faktor yang mempengaruhi risiko seseorang terkena penyakit. Dalam penelitian lapangan, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab sehingga dapat diambil tindakan kesehatan masyarakat yang tepat dan memberikan informasi yang cukup untuk mendukung tindakan yang efektif (Sitorus, 2012).

Berdasarkan gambaran peranan epidemiologi dalam praktik kesehatan masyarakat, diketahui beberapa tahapan epidemiologi dalam siklus kesehatan masyarakat. Langkah-langkah tersebut antara lain melakukan penilaian kebutuhan, menetapkan prioritas, merumuskan tujuan, membangun model logika, mengembangkan rencana evaluasi, melakukan pengendalian kualitas, dan menganalisis proses dan hasil. Dari uraian tersebut maka pengertian epidemiologi menjadi lebih luas dan tidak hanya menganalisis penyakit dan penyebab penyakit, tetapi juga dapat diterapkan pada berbagai permasalahan di masyarakat, baik yang berkaitan erat dengan penyakit atau permasalahan kesehatan lainnya yang berkaitan dengan masyarakat.

Dalam bidang kesehatan masyarakat, epidemiologi mempunyai tiga fungsi utama, yaitu:

1. Menjelaskan sejauh mana permasalahan dan gangguan kesehatan (termasuk penyakit) serta sebarannya pada kelompok populasi tertentu.
2. Menyiapkan data dan informasi yang diperlukan untuk perencanaan, pelaksanaan program, dan evaluasi berbagai pelayanan (kedokteran) di masyarakat, baik yang bersifat pencegahan dan pengobatan penyakit, maupun dalam

bentuk lainnya, serta menentukan skala prioritas kegiatan tersebut.

3. Mengidentifikasi berbagai faktor penyebab permasalahan atau faktor yang berhubungan dengan terjadinya permasalahan tersebut (Noor, 2022).

Untuk menjalankan fungsi tersebut, ahli epidemiologi lebih memperhatikan berbagai karakteristik individu suatu populasi tertentu, seperti karakteristik biologis, sosial ekonomi, demografi, kebiasaan individu, dan karakteristik genetik. Berbagai karakteristik ini memberikan gambaran tentang sifat permasalahan yang ada dalam suatu masyarakat dan faktor-faktor yang mungkin mempengaruhinya.

1. Epidemiologi Deskriptif

Epidemiologi deskriptif berfokus pada menggambarkan penyebaran penyakit berdasarkan karakteristik yang berhubungan dengan waktu, tempat, dan personal. Tujuan epidemiologi adalah untuk mengetahui faktor penyebab timbulnya permasalahan kesehatan guna meningkatkan kesehatan dan keselamatan seluruh penduduk. Populasi dapat merujuk pada kota, negara, kelompok umur, atau ras. Masalah kesehatan mengacu pada segala sesuatu yang dapat mempengaruhi kesehatan saat ini atau masa depan. Bagi ahli epidemiologi, data tentang siapa yang paling mungkin terluka dalam kecelakaan mobil sama berharganya dengan topik penelitian seperti data tentang bagian populasi mana yang paling berisiko terkena komplikasi flu. Untuk mencapai tujuan ini, epidemiologi memiliki dua cabang utama: deskriptif dan analitis.

Tujuan akhir dari kedua bidang tersebut adalah untuk mengurangi masalah kesehatan atau penyakit dengan memahami faktor risiko kejadian kesehatan atau penyakit tersebut. Epidemiologi deskriptif dan analitis sering kali bermanfaat bagi organisasi kesehatan masyarakat dengan memberikan informasi yang dapat mengurangi kejadian

penyakit atau mengurangi jenis kejadian lain yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.

2. Epidemiologi Analitik

Berdasarkan uraian sebelumnya, ahli epidemiologi mengembangkan hipotesis tentang faktor penyebab dan faktor yang meningkatkan risiko penyakit. Dengan kata lain, ahli epidemiologi mungkin menggunakan epidemiologi deskriptif untuk menghasilkan hipotesis, namun jarang untuk mengujinya. Oleh karena itu, ahli epidemiologi harus beralih ke epidemiologi analitis.

Ahli epidemiologi membuat kesimpulan statistik, terutama mengenai penyebab penyakit dalam suatu populasi, berdasarkan sampel yang tersedia. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari pola penyebab dan dampak kondisi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu. Ini adalah landasan kesehatan masyarakat dan memandu kebijakan dan keputusan pengobatan berbasis bukti dengan mengidentifikasi faktor risiko penyakit dan tujuan pengobatan dan pencegahan.

3. Epidemiologi Eksperimental

Epidemiologi eksperimental menggunakan model eksperimental mental untuk mengkonfirmasi keberadaan hubungan sebab akibat yang disarankan oleh studi observational. Epidemiologi adalah studi (atau studi) tentang pola, penyebab, dan akibat dari kondisi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu. Ini adalah landasan kesehatan masyarakat yang menginformasikan kebijakan dan keputusan pengobatan berbasis bukti dengan mengidentifikasi faktor risiko penyakit dan tujuan pengobatan pencegahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Riris anono, dkk. 2021. *Buku Teks Epidemiologi Untuk Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : UGM Press. ISBN: 978-602-386-846-9
- Aji, Sulistryani Prabu dkk. 2022. *Epidemiologi Intermediate*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi. ISBN 9786235383620
- Kartini., dkk. 2022. *Pengantar Epidemiologi Kesehatan Masyarakat*. Eureka Media Aksara : Purbalingga. ISSN 9786234874907)
- Noor, Nur Nasry dan A. Arsunan Arsin. 2022. *Epidemiologi Dasar: Disiplin dalam Kesehatan Masyarakat*. Makassar : Unhas Press. ISBN: 9789795304111
- Nangi, Moh. Guntur., dkk. 2019. *Dasar Epidemiologi*. Yogyakarta : Deepublish. ISSN: 9786232091566
- Sari, Novi Wulan dkk. 2021. *Teori dan Aplikasi Epidemiologi Kesehatan*. Yogyakarta : Zahir Publishing. ISBN 9786236398104
- Sitorus, Rico Januar. 2012. *Aplikasi epidemiologi dalam pemecahan masalah-masalah kesehatan masyarakat di lapangan*. 2(3)
<https://ejournal.fkm.unsri.ac.id/index.php/jikm/article/view/97/69>

BAB 6

KESEHATAN LINGKUNGAN

Oleh Heny Puspasari

6.1 Pendahuluan

Lingkungan Hidup adalah kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan, dan makhluk hidup, termasuk manusia dan perilakunya, yang mempengaruhi alam itu sendiri, kelangsungan perikehidupan, dan kesejahteraan manusia serta makhluk hidup lain (KLHK, 2021). Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 2 Tahun 2023 Kesehatan Lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial (Kemenkes RI, 2023).

6.2 Tujuan Pengelolaan Lingkungan Hidup

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (KEMENKES RI, 2009)

6.3 Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Ruang lingkup kesehatan lingkungan ini meliputi:

- a. Upaya Penyehatan;
- b. Upaya pelindungan kesehatan masyarakat;
- c. Persyaratan teknis proses pengelolaan limbah dan pengawasan terhadap limbah yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit;
- e. Tata cara dan upaya penyelenggaraan kesehatan lingkungan dalam kondisi matra dan ancaman global perubahan iklim.

6.4 Upaya Penyehatan

Upaya Penyehatan dilakukan terhadap media air, udara, Tanah, Pangan, serta Sarana dan Bangunan (Kemenkes RI, 2023). Upaya Penyehatan air meliputi pengawasan, pelindungan, dan peningkatan kualitas air. Pengawasan kualitas air, udara, tanah, pangan serta sarana dan bangunan dapat dilakukan dengan cara:

- a. surveilans;
- b. uji laboratorium;
- c. analisis risiko; dan/atau
- d. rekomendasi tindak lanjut.

Pelindungan kualitas air, udara, tanah, pangan serta sarana dan bangunan dapat dilakukan dengan :

- a. komunikasi, informasi, dan edukasi;
- b. pengembangan teknologi tepat guna; dan/atau
- c. rekayasa lingkungan

Peningkatan kualitas air, tanah dan udara dilakukan dengan cara perbaikan kualitas air dengan memanfaatkan teknologi pengolahan filtrasi, sedimentasi, aerasi, dekontaminasi, disinfeksi, dan/atau teknologi lain yang dapat mewujudkan kualitas air memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan. Upaya Penyehatan Pangan meliputi pengawasan, perlindungan, dan peningkatan kualitas higiene dan sanitasi yang dikhususkan pada Pangan Olahan Siap Saji.

6.5 Upaya Perlindungan Kesehatan Masyarakat

Upaya perlindungan kesehatan masyarakat dilakukan untuk mewujudkan lingkungan sehat yang bebas dari unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan seperti :

- a. sampah yang tidak dikelola sesuai dengan persyaratan
Permasalahan sampah meliputi 3 bagian yaitu pada bagian hilir, proses dan hulu. Pada bagian hilir, pembuangan sampah yang terus meningkat. Pada bagian proses, keterbatasan sumber daya baik dari masyarakat maupun pemerintah. Pada bagian hulu, berupa kurang optimalnya sistem yang diterapkan pada pemrosesan akhir (Elamin, Ilmi, Tahrirah, Ahmad, & Yanuar, 2018).
- b. zat kimia yang berbahaya;
Simbol-simbol dan jenis-jenis bahan-bahan kimia berbahaya secara umum adalah sebagai berikut :

Tabel 6. 1. Simbol dan Jenis Bahan Kimia Berbahaya
(Redhana, 2013).

Simbol (GHS)	Simbol (EHSC)	Jenis
	Explosive (E) 	Mudah meledak/eksplosif
	Oxidising (O) 	Pengoksidasi/oksidator
	Flammable (F) 	Mudah menyala
	Corrosive (C) 	Korosif
	Harmful (Xn/Xi) 	Bersifat iritasi/berbahaya
	Dangerous for the Environment 	Berbahaya bagi lingkungan
	Toxic (T/T+) 	Toksik
		Bahaya terhadap pernafasan
		Gas yang dapat ditekan Contoh: asetilen

- c. gangguan fisika udara;
- d. radiasi pengion dan non pengion; dan
- e. pestisida.

Selain unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, upaya perlindungan kesehatan masyarakat juga dilakukan terhadap Pangan yang terkontaminasi oleh bahan pencemar. Upaya perlindungan kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan cara: a. komunikasi, informasi, dan edukasi; b. pemberdayaan masyarakat; c. peningkatan kapasitas; d. analisis risiko; e. rekayasa lingkungan; f. pengembangan teknologi tepat guna; dan/atau g. kemitraan antara pemerintah dengan swasta.

6.6 Teknis Pengelolaan Limbah dan Pengawasan terhadap Limbah yang Berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan peraturan kementerian kesehatan nomor 2 tahun 2023 tentang kesehatan lingkungan setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan proses pengolahan limbah yang dihasilkan. Selain melaksanakan proses pengolahan limbah fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan kegiatan pengelolaan limbah.

Limbah yang dihasilkan dari fasilitas pelayanan kesehatan dapat berupa limbah medis dan limbah nonmedis atau domestik. Limbah medis dapat berupa limbah padat, cair, dan gas. Termasuk jenis limbah medis antara lain seperti limbah infeksius, limbah sitotoksik, limbah genotoksik, limbah farmasi, limbah dengan kandungan logam berat, limbah kimia, limbah radioaktif, atau limbah lainnya yang termasuk dalam kategori Limbah B3. Limbah nonmedis atau domestik antara lain meliputi limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak termasuk dalam kategori Limbah B3. Limbah yang

dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat berupa Limbah nonB3. Limbah nonB3 adalah merupakan hasil dari pengolahan Limbah B3 dengan metode disinfeksi dan sterilisasi (Kemenkes RI, 2023).

6.6.1 Pengolahan Limbah Medis

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan, baik yang dilakukan oleh perorangan maupun perusahaan pasti menghasilkan limbah. Sampah atau limbah rumah sakit adalah semua sampah dan limbah yang dihasilkan oleh kegiatan rumah sakit dan kegiatan penunjang lainnya. Pengelolaan yang tepat dalam tahapan pengumpulan, pemisahan, penyimpanan, pengangkutan dan pengolahan limbah harus dilakukan secara tepat dan aman untuk mencegah infeksi nosokomial rumah sakit. Penyakit seperti hepatitis B, hepatitis C dan AIDS juga patut menjadi perhatian mengenai pengelolaan limbah rumah sakit yang tepat. Orang-orang yang berhubungan dalam pengelolaan limbah medis ini beresiko, saat melakukan jenis pelayanan rumah sakit. Hal ini dapat dicegah dengan kesadaran masyarakat tentang bahaya limbah rumah sakit (Arlinda, Windraswara, & Azinar, 2022).

Karakteristik limbah medis berupa perban bekas, plester bekas, masker bekas, jarum suntik, kantong infus bekas, bekas muntahan, sarung disposable, obat tak terpakai dan obat-obat kadaluarsa, sarung tangan bekas, kapas botol, jaringan tubuh, spuit bekas, kateter bekas, urine bag, darah pasien, sputum pasien dan cairan tubuh. Limbah medis sendiri bersumber dari Instalasi Gawat Darurat (IGD), ruang rawat inap pria, ruang rawat inap wanita, ruang rawat inap anak, ruangan kohort/isolasi, ruang rawat inap HCU/ICU, ruang rawat inap kelas III bedah, ruangan operasi, ruang vaksin, instalasi laboratorium, gedung UTD (Unit Transfusi Darah)/BDRS (Bank Darah Rumah Sakit), ruangan rontgent, ruangan radiologi, ruang perawatan maternal (ibu dan bayi) (Malonda Esther J, 2022).

Kegiatan pengelolaan limbah medis berupa limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui tahapan pengurangan; pemilahan; pewadahan; penyimpanan; pengangkutan; dan pengolahan. Kegiatan pengelolaan limbah nonmedis atau domestik yang dihasilkan dari kegiatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan dengan tahapan pengurangan; pemilahan; pengumpulan; pengangkutan; pengolahan; dan/atau pemrosesan akhir. Kegiatan pengelolaan limbah medis yang dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan berupa air limbah dilakukan dengan tahapan antara lain penyaluran; pengolahan; dan pemeriksaan. Penyaluran hasil limbah medis harus memenuhi standar baku efluen air limbah sebelum dibuang ke badan air (Kemenkes RI, 2023).

Pengolahan limbah medis dilakukan untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan dan lingkungan hidup yang ditimbulkan oleh air limbah. Pemeriksaan limbah medis dilakukan untuk mengukur parameter air limbah dan membuktikan hasil keluaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kegiatan pengelolaan limbah medis yang dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan berupa limbah gas dilakukan dengan tahapan antara lain pemilihan; pemeliharaan; perbaikan; dan pemeriksaan. Tahapan pemilihan dilakukan sebagai langkah awal untuk mengurangi timbulnya limbah gas dengan memilih teknologi yang sedikit atau tidak menghasilkan emisi gas. Tahap –tahap tersebut dilakukan pada sumber timbulan limbah gas untuk menghasilkan emisi gas yang keluar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6.6.2 Pengolahan Limbah Non Medis

Karakteristik limbah non medis seperti kertas, botol bekas minuman, sisa makanan atau minuman, karton, tissue, pembungkus obat, kaleng, pembungkus spuit, plastik, sampah

ranting dan rumput. Limbah non-medis ini bersumber dari halte, kimia farma, kamar mesin, asrama perawat, gedung administrasi, gedung kantor pelayanan, IGD, gedung operasi, ruang rapat akreditasi, ruang rawat inap HCU/ICU, ruang unit layanan pengaduan (ULP), BPJS, gedung pendaftaran, gedung kantor bidang, poliklinik, ruang kohort, asrama wanita, instalasi radiologi, instalasi laboratorium, instalasi farmasi, gedung UTB/BDRS, rumah dinas direktur, rawat inap kelas III bedah, CSSD (Central Sterile Supply Department), maternal/Neonatal, kantor instalasi sanitasi, kamar jenazah, laundry, kantin, gedung aset, gedung perawatan anak, gedung rawat inap pria, gedung rawat inap wanita, gedung instalasi gizi (dapur) (Malonda Esther J, 2022).

Proses pengelolaan Limbah nonB3 yang dihasilkan dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui tahapan anatar lain : pengurangan; penyimpanan; pengangkutan; pemanfaatan; dan penimbunan. Pengurangan sebelum Limbah nonB3 dihasilkan dilakukan dengan cara penggunaan teknologi ramah lingkungan. Pengurangan sesudah Limbah nonB3 dihasilkan dilakukan dengan cara: a. penggilingan (*grinding*); b. pencacahan (*shredding*); c. pemadatan (*compacting*); d. sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Penyimpanan harus dilakukan dengan cara pengemasan secara khusus Limbah nonB3; dan penyimpanan pada fasilitas penyimpanan yang memenuhi syarat dengan memperhatikan ketentuan waktu penyimpanan. Pengangkutan dilakukan dengan cara dari sumber ke tempat penyimpanan sementara Limbah nonB3 dengan menggunakan alat angkut khusus yang memenuhi persyaratan; dan/atau keluar fasilitas pelayanan kesehatan untuk dikelola lebih lanjut dengan alat angkut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6.7 Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Vektor adalah arthropoda yang dapat menularkan, memindahkan atau menjadi sumber penularan penyakit pada manusia. Vektor penyakit merupakan arthropoda yang berperan sebagai penular penyakit sehingga dikenal sebagai arthropod - borne diseases atau sering juga disebut sebagai vector - borne diseases yang merupakan penyakit yang penting dan seringkali bersifat endemis maupun epidemis dan menimbulkan bahaya bagi kesehatan sampai kematian (Kemenkes RI, 2010).

Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit dilakukan dengan tujuan untuk menurunkan populasi vektor dan binatang pembawa penyakit serendah mungkin, sehingga tidak menimbulkan penularan penyakit pada manusia; dan mencapai dan memenuhi SBMKL dan persyaratan kesehatan. Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit terdiri atas kegiatan:

- a. Pengamatan dan penyelidikan bioekologi, penentuan status kevektoran, status resistensi, dan efikasi bahan pengendali, serta pemeriksaan sampel;
- b. Intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit dengan metode fisik, biologi, kimia, dan terpadu. Intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit dilakukan dengan mempertimbangkan aspek keamanan, rasionalitas, efektivitas pelaksanaan, keberhasilan, dan kelestarian
- c. Pemantauan kepadatan Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Pemantauan kepadatan Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit sebagaimana dilakukan secara internal yaitu dilakukan oleh pengelola, penyelenggara, dan penanggung jawab lingkungan Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum. Secara eksternal yaitu dilakukan oleh Puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, atau instansi

kekarantinaan kesehatan di pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara secara berkala minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan atau sewaktu-waktu. Pemantauan secara eksternal dilakukan oleh tim pengawas yang terdiri dari entomolog kesehatan atau tenaga kesehatan lingkungan lainnya yang terlatih di bidang entomologi kesehatan. Pemantauan secara internal dan eksternal dilakukan dengan menggunakan Formulir Pengamatan Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit.

Bahan dan peralatan yang digunakan dalam Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit antara lain meliputi: a. bahan dan peralatan pengamatan dan penyelidikan bioekologi, penentuan status kevektoran, status resistensi, dan efikasi bahan pengendali, serta pemeriksaan sampel; b. bahan dan peralatan intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit dengan metode fisik, biologi, kimia, dan terpadu. Pestisida yang digunakan dalam Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit harus mendapat izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan yang digunakan dalam Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit harus memenuhi Standar Nasional Indonesia dan/atau mendapat rekomendasi dari kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6.8 Upaya Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan dalam Kondisi Matra dan Ancaman Global Perubahan Iklim

Kondisi matra adalah kondisi dimana adanya perubahan pada seluruh aspek lingkungan, wahana, atau media yang berpengaruh secara bermakna terhadap kelangsungan hidup dan kegiatan manusia. Ancaman global perubahan iklim merupakan perubahan iklim yang diakibatkan oleh aktivitas manusia

langsung atau tidak langsung yang menyebabkan perubahan komposisi atmosfer secara global; dan perubahan variabilitas iklim alamiah yang teramati pada kurun waktu yang dapat dibandingkan. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan dalam kondisi matra dilakukan pada ruang lingkup kesehatan lapangan yang menimbulkan adanya pengungsi, migrasi, dan/atau relokasi. Kondisi matra adalah berupa bencana seperti bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial dan peristiwa yang bersifat massal seperti penyelenggaraan olahraga nasional atau internasional, arus mudik, jamboree, acara keagamaan dan kegiatan lain yang berpotensi mengumpulkan banyak orang (Kemenkes RI, 2023).

Penyelenggaraan kesehatan lingkungan dalam kondisi matra dilakukan pada saat:

a. Prakejadian Kondisi Matra

Pada tahap ini dilakukan beberapa langkah meliputi identifikasi dan pengendalian faktor risiko penyakit yang berasal dari media lingkungan

b. Kejadian Kondisi Matra

Pada tahap ini dilakukan beberapa langkah meliputi penilaian cepat bidang kesehatan lingkungan, intervensi kesehatan lingkungan, dan pemeriksaan sampel media lingkungan

c. Pascakejadian Kondisi Matra

Pada tahap ini dilakukan beberapa langkah meliputi inspeksi kesehatan lingkungan, intervensi kesehatan lingkungan, pemberdayaan masyarakat, dan pemeliharaan kondisi kesehatan lingkungan

Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan dalam ancaman global perubahan iklim dilakukan dalam rangka perlindungan kesehatan masyarakat dan lingkungan dari dampak perubahan iklim pada kesehatan yang dilakukan melalui upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim. Upaya mitigasi dilakukan untuk mengurangi emisi gas rumah kaca, meningkatkan serapan karbon

dan/atau penyimpanan cadangan karbon sebagai bentuk upaya penanggulangan dampak perubahan iklim. Upaya adaptasi perubahan iklim dilakukan untuk meningkatkan kemampuan menyesuaikan dengan mengurangi potensi dampak negative dan memanfaatkan dampak positif perubahan iklim untuk melindungi kesehatan masyarakat. Penyelenggaraan upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim dilakukan dalam rangka pencapaian target kontribusi sektor kesehatan dalam mewujudkan kontribusi yang ditetapkan secara nasional (*Nationally Determined Contribution*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Upaya-upaya mencapai target kontribusi sektor kesehatan dalam mewujudkan kontribusi yang ditetapkan secara nasional (*Nationally Determined Contribution*) dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a. penguatan komitmen dan kepemimpinan yang efektif untuk membangun ketahanan iklim;
- b. penguatan kapasitas organisasi dan kapasitas sumber daya manusia
- c. penilaian kerentanan dan kapasitas adaptasi;
- d. penguatan peringatan dini dan monitoring terintegrasi;
- e. peningkatan penelitian kesehatan dan iklim;
- f. penerapan teknologi dan infrastruktur berkelanjutan yang berketahanan iklim;
- g. penguatan dukungan pada sektor lain terkait dengan pengelolaan lingkungan yang berdampak pada kesehatan;
- h. pengembangan program kesehatan yang terkait iklim;
- i. kesiapsiagaan dan pengelolaan kedaruratan terhadap iklim ekstrim/bencana hidrometeorologis (terkait iklim); dan
- j. pendekatan komprehensif untuk membiayai perlindungan kesehatan dari dampak perubahan iklim. Penyelenggaraan upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim sektor kesehatan dijabarkan dalam bentuk rencana aksi nasional yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri.

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam menyelenggarakan Kesehatan Lingkungan menggunakan pendekatan *one health*. Pendekatan *one health* merupakan upaya yang dilaksanakan secara terpadu dengan lintas sektor dan lintas program dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit yang ada pada manusia, hewan, dan lingkungan yang menjadi ancaman nasional dan global. Pendekatan *one health* diterapkan pada upaya Penyehatan air, udara, Tanah, dan Pangan; Pengamanan; dan Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlinda, V. P., Windraswara, R., & Azinar, M. (2022). Analisis Pengelolaan Limbah Medis. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 3(1), 52–61.
- Elamin, M. Z., Ilmi, K. N., Tahrirah, T., Ahmad, Y., & Yanuar, Z. (2018). *Analysis Of Waste Management In The Village Of Disanah , District Of Sreseh*. 10(4), 368–375.
- Kemendes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 374 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Vektor*. , (2010).
- Kemendes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023 Tentang Kesehatan Lingkungan*. , (2023).
- KEMENKES RI. (2009). Undang-undang no 36 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang Tentang Kesehatan*, 36.
- KLHK. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup*. , (2021).
- Malonda Esther J, M. I. R. dan L. R. R. . (2022). Optimalisasi Pengelolaan Limbah Padat Medis Dan Non Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. *TEKNO*, 20(81), 253–259.
- Redhana, I. W. (2013). Identifikasi Bahan Kimia Berbahaya yang Digunakan dalam Praktikum Kimia SMA. *Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III*, 1(1), 53–61.

BAB 7

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Oleh Juliyanty Akuba

7.1 Pendahuluan

Dalam melakukan aktivitas setiap hari, kita sering tidak menduga akan mendapatkan resiko kecelakaan pada diri kita sendiri. Banyak sekali masyarakat yang belum menyadari akan hal ini, termasuk di Indonesia. Baik di lingkungan kerja (perusahaan, pabrik, atau kantor), di jalan raya, tempat umum maupun di lingkungan rumah. Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan instrumen yang memproteksi pekerja, perusahaan, lingkungan hidup dan masyarakat sekitar dari bahaya akibat kecelakaan kerja. Perlindungan tersebut merupakan hak asasi yang wajib dipenuhi oleh perusahaan juga instansi pemerintahan. Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja bertujuan menciptakan sistem keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi dan lingkungan kerja yang terintegrasi dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif (Azmi, 2008). Penerapan K3 adalah untuk mengurangi atau mencegah kecelakaan yang mengakibatkan cedera atau kerugian materi. Karena itu, para ahli K3 berupaya mempelajari fenomena kecelakaan, faktor penyebab, serta cara efektif untuk mencegahnya. Upaya pencegahan kecelakaan kerja di Indonesia masih menghadapi

berbagai kendala, salah satu diantaranya adalah pola pikir yang masih tradisional yang menganggap kecelakaan adalah sebagai musibah, sehingga masyarakat bersifat pasrah terhadap kecelakaan kerja yang menimpa mereka (Ramli, 2010).

7.2 Keselamatan Kerja

7.2.1 Klasifikasi Kecelakaan Kerja

Pengertian kejadian menurut standar (Australian AS 1885, 1990) adalah suatu proses atau keadaan yang mengakibatkan kejadian cidera atau penyakit akibat kerja. Ada banyak tujuan untuk mengetahui klasifikasi kejadian kecelakaan kerja, salah satunya adalah dasar untuk mengidentifikasi proses alami suatu kejadian seperti dimana kecelakaan terjadi, apa yang karyawan lakukan, dan apa peralatan atau material yang digunakan oleh karyawan. Penerapan kode-kode kecelakaan kerja akan sangat membantu proses investigasi dalam menginterpretasikan informasi-informasi yang tersebut diatas. Ada banyak standar yang menjelaskan referensi tentang kode-kode kecelakaan kerja, salah satunya adalah standar Australia AS 1885-1 tahun 1990.

Berdasarkan standar tersebut, kode yang digunakan untuk mekanisme terjadinya cidera/sakit akibat kerja dibagi sebagai berikut:

- Jatuh dari atas ketinggian
- Jatuh dari ketinggian yang sama
- Menabrak objek dengan bagian tubuh
- Terpajan oleh getaran mekanik
- Tertabrak oleh objek yang bergerak
- Terpajan oleh suara keras tiba-tiba
- Terpajan suara yang lama
- Terpajan tekanan yang bervariasi (lebih dari suara)
- Pergerakan berulang dengan pengangkatan otot yang rendah

- Otot tegang lainnya
- Kontak dengan listrik

7.2.2 Cidera Akibat Kecelakaan Kerja

Pengertian cidera berdasarkan Heinrich et al. (1980) adalah patah, retak, cabikan, dan sebagainya yang diakibatkan oleh kecelakaan. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor 17 (2008) menyatakan bahwa bagian tubuh yang terkena cidera dan sakit terbagi menjadi:

- Kepala; mata.
- Leher.
- Batang tubuh; bahu, punggung.
- Alat gerak atas; lengan tangan, pergelangan tangan, tangan selain jari, jari tangan.
- Alat gerak bawah; lutut, pergelangan kaki, kaki selain jari kaki, jarikaki
- Sistem tubuh.
- Banyak bagian

Tujuan menganalisa cidera atau sakit yang mengenai anggota bagian tubuh yang spesifik adalah untuk membantu dalam mengembangkan program untuk mencegah terjadinya cidera karena kecelakaan, sebagai contoh cidera mata dengan penggunaan kaca mata pelindung. Selain itu juga bisa digunakan untuk menganalisis penyebab alami terjadinya cidera karena kecelakaan kerja.

7.2.3 Klasifikasi Jenis Cidera Akibat Kecelakaan Kerja

Jenis cidera akibat kecelakaan kerja dan tingkat keparahan yang ditimbulkan membuat perusahaan melakukan pengklasifikasian jenis cidera akibat kecelakaan. Tujuan pengklasifikasian ini adalah untuk pencatatan dan pelaporan statistik kecelakaan kerja. Banyak standar referensi penerapan

yang digunakan berbagai oleh perusahaan, salah satunya adalah standar Australia AS 1885-1 (1990).

Berikut adalah pengelompokan jenis cedera dan keparahannya:

- Cidera fatal (*fatality*) Adalah kematian yang disebabkan oleh cedera atau penyakit akibat kerja
- Cidera yang menyebabkan hilang waktu kerja (*Loss Time Injury*) adalah suatu kejadian yang menyebabkan kematian, cacat permanen, atau kehilangan hari kerja selama satu hari kerja atau 18 lebih. Hari pada saat kecelakaan kerja tersebut terjadi tidak dihitung sebagai kehilangan hari kerja.
- Cidera yang menyebabkan kehilangan hari kerja (*Loss Time Day*) adalah semua jadwal masuk kerja yang mana karyawan tidak bisa masuk kerja karena cedera, tetapi tidak termasuk hilang hari kerja karena cedera yang kambuh dari periode sebelumnya. Kehilangan hari kerja juga termasuk hari pada saat kerja alternatif setelah kembali ke tempat kerja. Cidera fatal dihitung sebagai 220 kehilangan hari kerja dimulai dengan hari kerja pada saat kejadian tersebut terjadi.
- Tidak mampu bekerja atau cedera dengan kerja terbatas (*Restricted duty*) Adalah jumlah hari kerja karyawan yang tidak mampu untuk mengerjakan pekerjaan rutinnya dan ditempatkan pada pekerjaan lain sementara atau yang sudah di modifikasi. Pekerjaan alternatif termasuk perubahan lingkungan kerja pola atau jadwal kerja.
- Cidera dirawat di rumah sakit (*Medical Treatment Injury*) Kecelakaan kerja ini tidak termasuk cedera hilang waktu kerja, tetapi kecelakaan kerja yang ditangani oleh dokter, perawat, atau orang yang memiliki kualifikasi untuk memberikan pertolongan pada kecelakaan.

- Cidera ringan (first aid injury) Adalah cidera ringan akibat kecelakaan kerja yang ditangani menggunakan alat pertolongan pertama pada kecelakaan setempat, contoh luka lecet, mata kemasukan debu, dan lain-lain.
- Kecelakaan yang tidak menimbulkan cidera (Non Injury Incident) Adalah suatu kejadian yang potensial, yang dapat menyebabkan kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja kecuali kebakaran, peledakan dan bahaya pembuangan limbah.

7.2.3 Teknik Identifikasi Bahaya

Langkah pertama manajemen risiko kesehatan di tempat kerja adalah identifikasi atau pengenalan bahaya kesehatan. Pada tahap ini dilakukan identifikasi faktor risiko kesehatan yang dapat tergolong fisik, kimia, biologi, ergonomik, dan psikologi yang terpajan pada pekerja. Untuk dapat menemukan faktor risiko ini diperlukan pengamatan terhadap proses dan simpul kegiatan produksi, bahan baku yang digunakan, bahan atau barang yang dihasilkan termasuk hasil samping proses produksi, serta limbah yang terbentuk proses produksi. Pada kasus terkait dengan bahan kimia, maka diperlukan: pemilikan material safety data sheets (MSDS) untuk setiap bahan kimia yang digunakan, pengelompokan bahan kimia menurut jenis bahan aktif yang terkandung, mengidentifikasi bahan pelarut yang digunakan, dan bahan inert yang menyertai, termasuk efek toksiknya. Ketika ditemukan dua atau lebih faktor risiko secara simultan, sangat mungkin berinteraksi dan menjadi lebih berbahaya atau mungkin juga menjadi kurang berbahaya. Sebagai contoh, lingkungan kerja yang bising dan secara bersamaan terdapat pajanan toluen, maka ketulian akibat bising akan lebih mudah terjadi.

Proses penilaian pajanan merupakan bentuk evaluasi kualitatif dan kuantitatif terhadap pola pajanan kelompok pekerja yang bekerja di tempat dan pekerjaan tertentu dengan

jenis pajanan risiko kesehatan yang sama. Kelompok itu dikenal juga dengan similar exposure group (kelompok pekerja dengan pajanan yang sama). Penilaian pajanan harus memenuhi tingkat akurasi yang adekuat dengan tidak hanya mengukur konsentrasi atau intensitas pajanan, tetapi juga faktor lain. Pengukuran dan pemantauan konsentrasi dan intensitas secara kuantitatif saja tidak cukup, karena pengaruhnya terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor lain itu. Faktor tersebut perlu dipertimbangkan untuk menilai potensial faktor risiko (bahaya/hazards) yang dapat menjadi nyata dalam situasi tertentu.

Risiko adalah probabilitas suatu bahaya menjadi nyata, yang ditentukan oleh frekuensi dan durasi pajanan, aktivitas kerja, serta upaya yang telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan. Termasuk yang perlu diperhatikan juga adalah perilaku bekerja, higiene perorangan, serta kebiasaan selama bekerja yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan.

7.2.4 Faktor Penyebab Terjadinya Kecelakaan Kerja

Faktor penyebab terjadinya kecelakaan kerja ada beberapa pendapat. Faktor yang merupakan penyebab terjadinya kecelakaan pada umumnya dapat diakibatkan oleh 4 faktor penyebab utama (Husni:2003) yaitu :

- a. Faktor manusia yang dipengaruhi oleh pengetahuan, ketrampilan, dan sikap.
- b. Faktor material yang memiliki sifat dapat memunculkan kesehatan atau keselamatan pekerja.
- c. Faktor sumber bahaya yaitu: Perbuatan berbahaya, hal ini terjadi misalnya karena metode kerja yang salah, kelelahan/kecapekan, sikap kerja yang tidak sesuai dan sebagainya; Kondisi/keadaan bahaya, yaitu keadaan yang

tidak aman dari keberadaan mesin atau peralatan, lingkungan, proses, sifat pekerjaan

Faktor yang dihadapi, misalnya kurangnya pemeliharaan/perawatan mesin/peralatan sehingga tidak bisa bekerja dengan sempurna Selain itu, faktor penyebab terjadinya kecelakaan kerja menurut Bennet dan Rumondang (1985) pada umumnya selalu diartikan sebagai “kejadian yang tidak dapat diduga“. Sebenarnya, setiap kecelakaan kerja itu dapat diramalkan atau diduga dari semula jika perbuatan dan kondisi tidak memenuhi persyaratan. Oleh karena itu kewajiban berbuat secara selamat dan mengatur peralatan serta perlengkapan produksi sesuaidengan standar yang diwajibkan. Kecelakaan kerja yang disebabkan oleh perbuatan yang tidak selamat memiliki porsi 80 %dan kondisi yangtidak selamat sebayak 20%. Perbuatan berbahaya biasanya disebabkan oleh:

- a. Sikap dalam pengetahuan, ketrampilan dan sikap
- b. Keletihan
- c. Gangguan psikologis

7.2.3.1 Karakterisasi Risiko

Tujuan langkah karakterisasi risiko adalah mengevaluasi besaran (magnitude) risiko kesehatan pada pekerja. Dalam hal ini adalah perpaduan keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul termasuk daya toksisitas bila ada efek toksik, dengan kemungkinan gangguan kesehatan atau efek toksik dapat terjadi sebagai konsekuensi pajanan bahaya potensial. Karakterisasi risiko dimulai dengan mengintegrasikan informasi tentang bahaya yang teridentifikasi (efek gangguan/toksisitas spesifik) dengan perkiraan atau pengukuran intensitas/konsentrasi pajanan bahaya dan status kesehatan pekerja.

7.2.3.2 Penilaian Risiko

Rincian langkah umum yang biasanya dilaksanakan dalam penilaian risiko meliputi :

1. Menentukan personil penilai

Penilai risiko dapat berasal dari intern perusahaan atau dibantu oleh petugas lain diluar perusahaan yang berkompeten baik dalam pengetahuan, kewenangan maupun kemampuan lainnya yang berkaitan. Tergantung dari kebutuhan, pada tempat kerja yang luas, personil penilai dapat merupakan suatu tim yang terdiri dari beberapa orang.

2. Menentukan obyek/bagian yang akan dinilai

Obyek atau bagian yang akan dinilai dapat dibedakan menurut bagian / departemen, jenis pekerjaan, proses produksi dan sebagainya. Penentuan obyek ini sangat membantu dalam sistematika kerja penilai.

3. Kunjungan / Inspeksi tempat kerja

Kegiatan ini dapat dimulai melalui suatu “walk through survey / Inspection” yang bersifat umum sampai kepada inspeksi yang lebih detail. Dalam kegiatan ini prinsip utamanya adalah melihat, mendengar dan mencatat semua keadaan di tempat kerja baik mengenai bagian kegiatan, proses, bahan, jumlah pekerja, kondisi lingkungan, cara kerja, teknologi pengendalian, alat pelindung diri dan hal lain yang terkait.

4. Identifikasi potensi bahaya

Berbagai cara dapat dilakukan guna mengidentifikasi potensi bahaya di tempat kerja, misalnya melalui : inspeksi / survei tempat kerja rutin, informasi mengenai data kecelakaan kerja dan penyakit, absensi, laporan dari (panitia pengawas Kesehatan dan Keselamatan Kerja) P2K3, supervisor atau keluhan pekerja, lembar data keselamatan bahan (material safety data sheet) dan lain sebagainya. Selanjutnya diperlukan analisis dan penilaian terhadap potensi bahaya tersebut untuk

memprediksi langkah atau tindakan selanjutnya terutama pada kemungkinan potensi bahaya tersebut menjadi suatu risiko.

5. Mencari informasi / data potensi bahaya

Upaya ini dapat dilakukan misalnya melalui kepustakaan, mempelajari MSDS, petunjuk teknis, standar, pengalaman atau informasi lain yang relevan.

6. Analisis risiko

Dalam kegiatan ini, semua jenis resiko, akibat yang bisa terjadi, tingkat keparahan, frekuensi kejadian, cara pencegahannya, atau rencana tindakan untuk mengatasi risiko tersebut dibahas secara rinci dan dicatat selengkap mungkin. Ketidaktepatan dapat juga terjadi, namun melalui upaya sistematis, perbaikan senantiasa akan diperoleh.

7. Evaluasi risiko

Memprediksi tingkat risiko melalui evaluasi yang akurat merupakan langkah yang sangat menentukan dalam rangkaian penilaian risiko. Kualifikasi dan kuantifikasi risiko, dikembangkan dalam proses tersebut. Konsultasi dan nasehat dari para ahli seringkali dibutuhkan pada tahap analisis dan evaluasi risiko.

8. Menentukan langkah pengendalian

Apabila dari hasil evaluasi menunjukkan adanya risiko membahayakan bagi kelangsungan kerja maupun kesehatan dan keselamatan pekerja perlu ditentukan langkah pengendalian yang dipilih dari berbagai cara seperti : Apabila dari hasil evaluasi menunjukkan adanya risiko membahayakan bagi kelangsungan kerja maupun kesehatan dan keselamatan pekerja perlu ditentukan langkah pengendalian yang dipilih dari berbagai cara seperti :

- a. Memilih teknologi pengendalian seperti eliminasi, substitusi, isolasi, engineering control, pengendalian

administratif, pelindung peralatan/mesin atau pelindung diri.

- b. Menyusun program pelatihan guna meningkatkan pengetahuan dan pemahaman berkaitan dengan risiko,
 - c. Menentukan upaya monitoring terhadap lingkungan / tempat kerja.
 - d. Menentukan perlu atau tidaknya survailans kesehatan kerja melalui pengujian kesehatan berkala, pemantauan biomedik, audiometri dan lain-lain.
 - e. Menyelenggarakan prosedur tanggap darurat / emergensi dan pertolongan pertama sesuai dengan kebutuhan.
9. Menyusun pencatatan / pelaporan

Seluruh kegiatan yang dilakukan dalam penilaian risiko harus dicatat dan disusun sebagai bahan pelaporan secara tertulis. Format yang digunakan dapat disusun sesuai dengan kondisi yang ada.

10. Mengkaji ulang penelitian

Pengkajian ulang perlu senantiasa dilakukan dalam periode tertentu atau bila terdapat perubahan dalam proses produksi, kemajuan teknologi, pengembangan informasi terbaru dan sebagainya, guna perbaikan berkelanjutan penilaian risiko tersebut.

7.3 Analisis Resiko dan Pengendalian K3

7.3.1 Analisis Resiko

Menurut Tarwaka (2008), potensi bahaya adalah sesuatu yang berpotensi menyebabkan terjadinya kerugian, kerusakan, cedera, sakit, kecelakaan, atau bahkan dapat menyebabkan kematian yang berhubungan dengan proses dan sistem kerja. Potensi bahaya dapat dikelompokkan berdasarkan kategori-kategori umum atau juga disebut sebagai energi potensi bahaya sebagai berikut :

1. Potensi bahaya dari bahan-bahan berbahaya (*Hazardous Substances*)
2. Potensi bahaya udara bertekanan (*Pressure Hazards*)
3. Potensi bahaya udara panas (*Thermal Hazards*)
4. Potensi bahaya kelistrikan (*Electrical Hazards*)
5. Potensi bahaya mekanik (*Mechanical Hazards*)
6. Potensi bahaya gravitasi dan akselerasi (*Gravitational and Acceleration Hazards*)
7. Potensi bahaya radiasi (*Radiation Hazards*)
8. Potensi bahaya mikrobiologi (*Microbiological Hazards*)
9. Potensi bahaya kebisingan dan vibrasi (*Vibration and Noise Hazards*)
10. Potensi bahaya ergonomi (*Hazards relating to human Factors*)
11. Potensi bahaya lingkungan kerja (*Enviromental Hazards*)
12. Potensi bahaya yang berhubungan dengan kualitas produk dan jasa, proses produksi, properti, image publik, dan lain-lain.

7.3.2 Pengendalian Resiko

Prinsip analisa keselamatan dan kesehatan kerja adalah mencari penyebab dari seluruh tingkat lapisan, dari lapisan umum sampai dengan pokok penyebabnya dicari secara tuntas, hingga dapat diketahui penyebab utamanya dan melakukan perbaikan. Pencegahan kecelakaan kerja adalah mencegah terjadinya kecelakaan kerja, sebelumnya harus dimulai dari pengenalan bahaya di tempat kerja, estimasi, tiga langkah pengendalian, dalam pengenalan bahaya perlu adanya konfirmasi keberadaan bahaya di tempat kerja, memutuskan pengaruh bahaya; dalam mengestimasi bahaya perlu diketahui adanya tenaga kerja di bawah ancaman bahaya pajanan atau kemungkinan pajanan, konfirmasi apakah kadar pajanan sesuai dengan peraturan, memahami pengendalian perlengkapan atau

apakah langkah manajemen sesuai persyaratan; dalam pengendalian bahaya perlu mengendalikan sumber bahaya, dari pengendalian jalur bahaya, dari pengendalian tambahan terhadap tenaga kerja pajanan, menetapkan prosedur pengamanan. Bahaya yang sudah diidentifikasi dan dinilai, maka selanjutnya harus dilakukan perencanaan pengendalian resiko untuk mengurangi resiko sampai batas maksimal.

Pengendalian resiko dapat mengikuti Pendekatan Hirarki Pengendalian (*Hierarchy of Control*). Hirarki pengendalian resiko adalah suatu urutan-urutan dalam pencegahan dan pengendalian resiko yang mungkin timbul yang terdiri dari beberapa tingkatan secara berurutan. Di dalam hirarki pengendalian resiko terdapat 2 (dua) pendekatan, yaitu :

- a. Pendekatan "Long Term Gain" yaitu pengendalian berorientasi jangka panjang dan bersifat permanen dimulai dari pengendalian substitusi, eliminasi, rekayasa teknik, isolasi atau pembatasan, administrasi dan terakhir jatuh pada pilihan penggunaan alat pelindung diri.
- b. Pendekatan "Short Term Gain", yaitu pengendalian berorientasi jangka pendek dan bersifat temporary atau sementara. Pendekatan pengendalian ini diimplementasikan selama pengendalian yang bersifat lebih permanen belum dapat diterapkan. Pilihan pengendalian resiko ini dimulai dari penggunaan alat pelindung diri menuju ke atas sampai dengan substitusi (Tarwaka, 2008).

7.4 Pemadam Kebakaran

Kebakaran merupakan peristiwa yang sering terjadi tanpa kita duga sebelumnya. Kendatipun sering tidak diperhatikan, namun kerugian yang diakibatkannya sangatlah besar. Jika kita lihat data kerugian dari berbagai kejadian kebakaran sungguh sangat mencengangkan:

- 1) kebakaran di Jurusan Elektro FT UNY kerugian sekitar 1 milyar rupiah hanya dalam waktu kurang dari dua jam,
- 2) kebakaran yang terjadi di pasar tanah abang 1 juli 2011 hanya berlangsung kurang dari satu jam dengan jumlah kerugian 11,3 trilyun rupiah, dan
- 3) Tahun 2011 di Jakarta utara terjadi 147 kasus dengan jumlah kerugian empat orang tewas, 5000 jiwa kehilangan tempat tinggal, dan kerugian materi triliunan rupiah. Berdasarkan data diatas, kejadian kebakaran walaupun hanya sekejap ternyata mengakibatkan kerugian yang sangat besar, oleh karenanya kebakaran perlu upaya penanggulangan yang terorganisir secara baik dan melibatkan berbagai komponen yang ada di masyarakat.



Gambar 7. 1. Gambar Kebakaran

7.4.1 Bahan Bakar

Bahan bakar adalah zat yang mudah terbakar. Zat ini terdiri dari tiga macam, yaitu:

- 1) Padat
- 2) cair,
- 3) gas.

Bahan bakar bisa terbakar apabila kontak dengan udara atau oksigen (O_2) dan adanya peletup. Dalam menangani kebakaran kita harus mengetahui karakteristik bahan bakar. Terkadang pemadaman kebakaran bahan bakar padat tidak lebih gampang dari bahan bakar lainnya, misalnya fosfor. Fosfor jika kontak dengan udara atau air malah terbakar. Hal-hal seperti inilah yang harus dipertimbangkan.

a. Bahan Bakar Padat

Bahan bakar padat adalah bahan yang mudah terbakar dalam bentuk padat. Cara penanganan kebakaran pada bahan padat relatif lebih mudah dari pada bahan bakar cair dan gas karena bahan jenis ini relatif lebih mudah dipisahkan dengan unsur kebakaran lainnya. Namun di sisi lain harus juga diperhatikan karakteristik dari bahan padat tertentu yang dapat menguap atau yang dapat bereaksi dengan lingkungan, seperti parafin yang mudah menguap dan fosfor yang mudah terbakar dengan udara. Bahan padat yang mudah terbakar dapat dilihat pada tabel 8.1.

Tabel 7. 1. Daftar Jenis Bahan Bakar Padat

NO	NAMA	GAMBAR
1	Belerang	
2	Fosfor	
3	Seng	

NO	NAMA	GAMBAR
4	Alumunium	
5	Magnesium	

Sumber: Tarwaka, 2008.

Bahan padat pada Tabel 7.1 merupakan sebagian kecil dari bahan yang mudah terbakar, masih banyak bahan bakar padat yang mudah terbakar, diantaranya adalah: kayu, kertas, plastik, serta bahan padat di sekitar kita lainnya. Di samping bahan padat ini masih ada bahan padat lainnya yang harus diwaspadai yaitu bahan padat yang bisa meledak, diantaranya adalah: debu karbon dalam industri batubara, zat warna diazo pada pabrik tekstil, dan magnesium pada pabrik baja.

b. Bahan Bakar Cair

Bahan bakar cair merupakan bahan yang cukup sulit untuk ditangani, apalagi yang bersifat korosif, mudah meledak dan mempunyai berat jenis yang lebih kecil dari air. Bahan ini harus diwaspadai dan ditangani dengan baik mulai dari proses pembuatan, pengemasan, pendistribusian, sampai penyimpanannya. Bahan tersebut dapat dilihat pada Tabel 7.2.

Tabel 7. 2. Daftar Jenis Bahan Bakar Cair

NO	NAMA ZAT CAIR	NAMA KIMIA
1	Eter	(R – O – R')
2	Benzena	(C ₆ H ₆)
3	Aseton	(CH ₃ COCH ₃)
4	Spiritus/metanol	(CH ₃ OH)
5	Ester	(R-COOR')
6	Karbon Disulfida	(CS ₂)
7	Asetaldehi	
8	Asam Asetat	(CH ₃ COOH)
9	Petroleum	
10	Eter	(R – O – R')

c. Bahan Bakar Gas

Bahan bakar gas merupakan bahan yang sangat berbahaya, karena bahan ini mudah meledak jika terjadi peningkatan suhu, peningkatan tekanan, dan terkena benturan. Gas yang dipasarkan dikemas di dalam tabung gas. Spesifikasi tabung harus memenuhi standar industri agar aman ketika disimpan. Pada saat diangkut dan disimpan harus dalam posisi tegak, hal ini dimaksudkan jika terjadi ledakan, lontaran katup tabung ke arah atas sehingga tidak mengenai orang di sekitarnya. Macam-macam bahan bakar gas diperlihatkan pada Tabel 7.3.

Tabel 7. 3. Bahan Bakar Gas

NO	NAMA ZAT GAS	NAMA KIMIA
1	Gas Alam	
2	Asetilen	(C2H2)
3	Hidrogen	(H2)
4	Etilen Oksida	
5	Metana	(CH4)
6	Karbonmonoksida	(CO)
7	Butana	(CH3CH2CH2CH3)

7.4.2 Udara / O₂

Udara adalah zat yang berbentuk gas yang tersedia di alam dalam jumlah yang tidak terbatas. Udara mengandung berbagai macam gas, diantaranya yang cukup besar adalah Nitrogen dan

Oksigen. Oksigen termasuk bagian dari Segitiga kebakaran, sehingga gas ini merupakan bagian yang cukup penting dalam proses kebakaran. Sebenarnya kebakaran tidak akan terjadi jika kita bisa mengisolasi Oksigen dari dua unsur lain Segitiga kebakaran, namun karena Oksigen dalam udara walaupun hanya sekitar 28% tetapi persediaannya tidak terbatas, sulit untuk mengisolasinya. Oksigen murni yang dikemas dalam tabung juga harus diwaspadai, kendati tidak mudah terbakar, namun tekanannya sangat tinggi dan menyebabkan terjadinya kebakaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Australian Standar. 1990. *Australia Standard AS 1885.1-1990: Workplace injury and Disease Recording Standard*.
- Azmi, R. 2008. *Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Oleh P2K3 Untuk Meminimalkan Kecelakaan Kerja Di PT Wijaya Karya Beton Tahun 2008*. Skripsi FKM USU. Medan.
- Depnaker – UNDP –ILO INS/84/012. Bahan Training Keselamatan Kerja Penanggulangan Kebakaran. Jakarta, 1987.
- Hasibuan, Malayu S.P, 2003, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Bumi Aksara, Jakarta
- Heinrich, HW., Petersen, DC., Roos, NR., Hazlett, S., (1980). *Industrial Accident Prevention: A Safety Management Approach*. NY: McGraw-Hill.
- Husni, Lalu. (2003). *Pengantar Hukum Ketenagakerjaan Indonesia*. Jakarta: Raja Grafindo Perkasa
- Ramli, Soehatman. 2010. *Petunjuk Praktis Manajemen Kebakaran (Fire Management)*, Dian Rakyat, Jakarta.
- Silalahi, Bennet & Silalahi, Rumondang. (1985). *Seri Manajemen* No. 112
- Soemirat, Juli. 2000. *Kesehatan Lingkungan*. Bandung: Gajah Mada University Press.
- Tarwaka. 2008. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Surakarta: Harapan Press.

BAB 8

ADMINISTRASI KESEHATAN

Oleh Hilda Muliana

8.1 Definisi Administrasi Kesehatan

Kalau mempelajari administrasi kesehatan masyarakat, terdapat dua kata yaitu administrasi publik dan kesehatan masyarakat, dan keduanya perlu dipelajari secara terpisah.

8.1.1 Administrasi

Administrasi berasal dari kata administrase (bahasa Latin; ad = on, ministrare = melayani). Oleh karena itu, dari etimologi kata manajemen berarti pemberian pelayanan masyarakat (Azwar, 1993). Pada titik ini, manajemen administrasi Kesehatan ini berkembang sebagai suatu cabang ilmu pengetahuan yang berdiri sendiri. Oleh karena itu, banyak sekali definisi manajemen yang terkenal, salah satunya adalah: “Manajemen adalah usaha untuk mendapatkan tujuan yang diinginkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang menguntungkan” (Koontz O'Donnell))

Robert D. dalam bukunya *The Art of Management and the Art of Science*” (1959), Calkins menyatakan bahwa manajemen adalah kombinasi pengambilan keputusan dan implementasi keputusan tersebut untuk mencapai tujuan tertentu.

Terdapat tiga unsur pokok yang harus dipenuhi dalam pengelolaan.

1. Menentukan hasil akhir yang akan diwujudkan
2. Memilih jalan yang akan ditempuh atau alat yang akan digunakan
3. Membimbing kebijakan orang atau sekelompok orang untuk mencapai hasil akhir yang telah ditetapkan.

Administrasi merupakan tempat atau wadah dalam proses penetapan kebijakan yang menggunakan organisasi dan manajemen sebagai sarana penetapan kebijakan umum dengan menggunakan proses organisasi dan manajemen dalam upaya meraih hasil akhir target tujuan.

8.1.2 Kesehatan

Pada tahun 1938, Parkin mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan keseimbangan dinamis antara bentuk dan fungsi tubuh serta berbagai faktor yang mempengaruhinya.

WHO mempunyai dua definisi kesehatan. Definisi pertama yang dikembangkan pada tahun 1947 menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan fisik, mental, dan sosial secara utuh, dan definisi kedua yang dikembangkan pada tahun 1957 menyatakan bahwa kesehatan adalah kualitas dari organ tubuh yang berfungsi optimal.

8.2 Administrasi Kesehatan

Dari masing-masing uraian atau definisi di atas kita dapat mengambil makna dari praktik kesehatan masyarakat, yaitu kegiatan yang dilakukan secara bersama-sama untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang sebaik-baiknya, sehingga dapat tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Administrasi kesehatan adalah perencanaan, pengorganisasian, dan pengorganisasian sumber daya, prosedur, dan kemampuan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan persyaratan kesehatan, perawatan medis, dan lingkungan yang sehat melalui penyediaan dan pengelolaan berbagai inisiatif kesehatan individu. Dalam suatu proses yang mencakup pengarahan, pemantauan, koordinasi, dan evaluasi.

Menurut buku Pengantar Ilmu Manajemen Kesehatan karya Azrul Azwar tahun 1979, ketika membahas administrasi dan organisasi kesehatan, banyak orang yang hanya fokus pada kegiatan administratif yaitu pencatatan dan/atau pelaporan pelayanan kesehatan, melaporkan jumlah kasus, misalnya, jumlah obat yang dibagikan atau kegiatan sehari-hari di kasir di pusat kesehatan.

Penanggung jawab administrasi kesehatan adalah mereka yang melaksanakan seluruh tugas administratif seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengorganisasian, dan evaluasi. Fungsi manajemen dibagi menjadi empat jenis:

1. Perencanaan meliputi perencanaan keuangan
2. Pengorganisasian meliputi penyediaan personel
3. Eksekusi meliputi mobilisasi dan koordinasi
4. Evaluasi, yaitu apakah rencana yang dibuat dapat tercapai,

Pencapaian tujuan pengelolaan layanan kesehatan ini melibatkan banyak pemangku kepentingan, antara lain pemerintah, rumah sakit, perusahaan asuransi, dan apotek.

Namun, penyelenggaraan kesehatan tidak hanya mencakup pelayanan medis tetapi juga pelayanan preventif. Karena outcome kesehatan yang ingin dicapai berlaku untuk seluruh masyarakat, maka semua program harus menerapkan prinsip ilmu kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, ketika membahas administrasi kesehatan, kita tidak boleh memisahkan konsep kesehatan masyarakat.

8.3 Unsur Pokok Administrasi Kesehatan

Terdapat lima faktor penting yang mempunyai fungsi yang sangat penting dalam keberhasilan atau kegagalan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Lima elemen utama yang disebutkan adalah input, proses, output, tujuan, dan dampak (Azwar, 1993).

1. Input

Dalam administrasi, input berarti segala sesuatu yang diperlukan untuk dapat melaksanakan suatu tugas administrasi. Diketahui input ini juga dapat melakukan tugas-tugas administratif (*administrative tools*). Ada berbagai jenis alat masukan dan manajemen.

Koontz dan Donnellis mengklasifikasikan input dan/atau alat manajemen menjadi empat jenis: manusia (human), modal (capital), manajemen (management), dan teknologi (Azwar, 1993).

Sektor lain yang terkenal di masyarakat adalah 4M organisasi nirlaba: manusia, uang, sarana (bahan), metode, dan 6M organisasi nirlaba: manusia, uang, sarana (zat), metode, pasar, mesin bagi organisasi yang tidak mengejar keuntungan.

2. Proses

Dalam administrasi, proses mengacu pada langkah-langkah yang diambil untuk meraih hasil akhir yang telah ditetapkan. Proses ini disebut fungsi administratif.

Secara umum, proses dan/atau fungsi manajemen ini merupakan tanggung jawab pemimpin. (Azwar, 1993)

Saat ini dengan berkembangnya ilmu administrasi publik, fungsi administrasi semakin terfragmentasi. Meskipun berbagai departemen ini berbeda, namun jika dicermati secara detail, secara dasar tidak ada perbedaan yang besar (Azwar, 1993).

Dalam praktik sehari-hari, berbagai fungsi manajemen tersebut seringkali dibuat sederhana menjadi empat jenis untuk kemudahan pelaksanaannya:

- Perencanaan, termasuk penyusunan anggaran.
- Organisasi, termasuk perekrutan.
- Implementasi, termasuk pengarahan, koordinasi, kepemimpinan, mobilisasi, dan pemantauan.

- Penilaian (evaluasi), termasuk pembuatan laporan.
(Azwar, 1993)

3. Output

Artinya hasil pekerjaan administrasi. Untuk tujuan manajemen layanan kesehatan, keluaran ini disebut layanan medis. Saat ini terdapat berbagai jenis pelayanan kesehatan, namun secara garis besar dapat digolongkan menjadi dua jenis.

- a) Pelayanan kesehatan
- b) Pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Sasaran

Sasaran (audiens sasaran) berarti kepada siapa layanan yang diberikan, yaitu inisiatif kesehatan, ditujukan. Dalam administrasi medis, sasaran diklasifikasikan menjadi empat kategori: individu, keluarga, kelompok, dan wilayah. Ini bisa berupa tujuan langsung (kelompok sasaran langsung) atau tujuan tidak langsung (tujuan kelompok tidak langsung) (Azwar, 1993)

5. Dampak

Dampak adalah suatu akibat yang dimunculkan oleh suatu hasil, dan akibat yang diharapkan dalam penyelenggaraan kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan.

Peningkatan derajat kesehatan ini hanya dapat diraih melalui pemenuhan kebutuhan dan kebutuhan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mengenai kesehatan, pelayanan medis, dan lingkungan yang sehat.

Kebutuhan dan kebutuhan tersebut ada pada pihak pengguna jasa kesehatan (konsumen layanan kesehatan).

a) Kebutuhan Kesehatan

Karena kebutuhan kesehatan pada dasarnya bersifat objektif, maka upaya untuk memenuhinya sangatlah penting untuk meningkatkan status kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan/atau komunitas.

Secara obyektif, munculnya kebutuhan kesehatan terutama ditentukan oleh permasalahan kesehatan aktual yang ada di masyarakat.

Jika kita mengetahui bahwa timbulnya suatu penyakit ditentukan oleh faktor-faktor utama: pejamu, penyebab penyakit (patogen), dan lingkungan, sebagaimana dikemukakan oleh Gordon dan LE Richt pada tahun 1950, maka upaya akan dilakukan.

Untuk mendapatkan kesehatan, Anda perlu memperhatikan ketiga faktor tersebut sesuai dengan kebutuhan Anda (Azwar, 1993).

b) Tuntutan Kesehatan

Beda lagi dengan kebutuhan, pemenuhan klaim kesehatan ini bersifat sukarela, karena klaim kesehatan pada dasarnya bersifat subyektif. Terpenuhinya kebutuhan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok, atau masyarakat sebenarnya tidak menentukan keinginannya, dan kebutuhan kesehatan bersifat subjektif, sehingga untuk meningkatkan derajat kesehatan, munculnya kebutuhan kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor subjektif (Azwar, 1993).

8.4 Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan

Jika dicermati lingkup dari administrasi kesehatan yang dikembangkan oleh U.S. Commission on Health Administration Education pada tahun 1974, dengan cepat terungkap bahwa lingkup administrasi kesehatan meliputi bagian yang sangat luas yang dapat dibuat sederhana menjadi dua jenis :

8.4.1 Kegiatan Administratif

Ternyata menjalankan seluruh fungsi administratif sama dengan menjalankan seluruh fungsi administratif. Pengertian tersebut memperjelas bahwa kegiatan utama manajemen itu sendiri dimulai dari fungsi perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan hingga fungsi pengawasan (Terry). Karena kegiatan utama pemerintahan adalah pelaksanaan semua tugas administratif, maka pelaksanaan tugas administratif juga jelas. Pekerjaan administratif tidak hanya sekedar penulisan, penataan dan/atau pemeliharaan arsip surat menyurat (pekerjaan kantor), yang menjadi tugas pokok para wirausaha (Azwar, 1993)

8.4.2 Tujuan dan Subjek Administrasi

Tujuan dan subjek penyelenggaraan kesehatan merupakan suatu system bidang kesehatan dalam menyelenggarakan administrasi kesehatan, untuk memahami apa itu sistem kesehatan. Ada banyak cara untuk memahami sistem kesehatan, dan batasan yang diartikulasikan oleh WHO (1984) telah dijelaskan. Sistem kesehatan tidak lebih dari kumpulan elemen kompleks dan saling terkait yang ada di suatu negara dan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan persyaratan kesehatannya. Tersedia kapan pun individu, keluarga, kelompok, dan komunitas membutuhkannya. Sistem kesehatan sendiri mencakup wilayah yang sangat luas. Secara singkat, ini dapat dibagi menjadi dua subsistem. Pertama subsistem pelayanan kesehatan dan kedua subsistem pembiayaan kesehatan. Kedua subsistem ini perlu diorganisir sebaik mungkin untuk melaksanakan inisiatif Kesehatan (Azwar, 1993)

8.5 Manfaat Administrasi Kesehatan

Manfaat yang diperoleh dari penerapan manajemen medis umumnya terbagi dalam tiga jenis:

1. Mampu mengelola sumber daya, prosedur, dan fungsi secara efektif dan efisien.

Manajemen kesehatan dapat dengan jelas memberikan kontrol yang relevan ketika melaksanakan tugas administratif. Kesehatan dikenal antara lain karena kemampuan perencanaannya yang memungkinkannya mengatur penggunaan sumber daya, prosedur, dan keterampilan secara efektif dan efisien. Memang benar, isu efektivitas dan efisiensi ini telah lama menjadi fokus para ahli administrasi publik.

Setidaknya pada abad ke-18, ketika Revolusi Industri terjadi di Inggris, upaya tersebut dicapai melalui diperkenalkannya filosofi manajemen baru yang beralih dari filosofi yang berpusat pada pekerjaan menjadi berpusat pada manusia dan dari yang berorientasi pada efisiensi menjadi filosofi manajemen yang efektif dan efisien.

Hal serupa juga dilakukan oleh Frederick Winslow Taylor (dikenal sebagai bapak gerakan manajemen ilmiah) dan Hendry Fayol (dikenal sebagai bapak teori manajemen modern).

Setelah Taylor melakukan penelitian yang disebut “Study of Time and Motion” dan menerbitkannya dalam bukunya yang terkenal “Principles of Scientific Management”, ia menyadari bahwa efektivitas dan efisiensi berkaitan erat dengan penggunaan waktu dalam kegiatan non-produktif. Kemudian ampu merangkum pendapat yang berkaitan dengannya Fayol mengaitkannya saat membahas tema efektivitas dan efisiensi melalui pemeriksaan kualitas kepemimpinan. Penelitian ini kemudian dituangkan dalam bukunya yang terkenal, *General and Industrial Management* (Azwar, 1993).

2. Memperhatikan kebutuhan dan persyaratan dalam penyelenggaraan administrasi kesehatan, maka kebutuhan dan persyaratan tersebut dipenuhi dengan baik dan tepat.

Segala tindakan kesehatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dan persyaratan tersebut. Tentu saja, untuk memenuhi kebutuhan dan persyaratan tersebut, Anda memerlukan keterampilan untuk menilai sendiri kebutuhan dan persyaratan tersebut.

Peranan administrasi kesehatan disini penting karena melalui penyelenggaraan administrasi kesehatan dapat dipahami secara tepat berbagai kebutuhan dan permintaan yang ada di masyarakat (Azwar, 1993).

3. Mampu memberikan dan melaksanakan inisiatif kesehatan terbaik. Ada harapan dalam inisiatif kesehatan karena penggunaan sumber daya, prosedur, dan keterampilan dapat diatur dengan baik dan kebutuhan serta persyaratan dapat didefinisikan dengan jelas.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1993. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- WHO. (1947). Constitution of the World Health Organization, Basic Documents. *World Health Organization, Forty-fifth*. Retrieved from www.who.int.

BAB 9

PROGRAM INDONESIA SEHAT

Oleh Fitra Fauziah

9.1 Pendahuluan

Indonesia sebagai negara dengan populasi besar dan beragam memiliki tantangan dalam memastikan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Salah satu langkah penting yang diambil oleh pemerintah Indonesia untuk mengatasi tantangan ini adalah melalui Program Indonesia Sehat (PIS). Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yakni meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program ini menjadi program utama pembangunan kesehatan yang direncanakan pencapaiannya oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2015.

Program ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat melalui langkah-langkah kesehatan dan memberdayakan masyarakat, yang didukung oleh perlindungan finansial dan penyebaran pelayanan kesehatan. Program ini telah mengalami perkembangan sejak awal peluncurannya, dengan perubahan strategi dan perluasan cakupan yang bertujuan untuk mencapai sasaran yang lebih luas.

Program Indonesia Sehat membutuhkan pendekatan keluarga yang menyatukan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan. Pendekatan ini berfokus pada keluarga sebagai target, dengan merujuk pada data dan informasi yang diperoleh dari Profil Kesehatan Keluarga (Kemenkes, 2016).

Pelaksanaan Program Indonesia Sehat difokuskan pada penguatan tiga pilar utama, yakni: (1) menerapkan paradigma kesehatan, (2) memperkuat layanan kesehatan, dan (3) melaksanakan program jaminan kesehatan nasional (JKN) (Kemenkes RI, 2016).

9.2 Tujuan PIS-PK

Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) memiliki beberapa tujuan, di antaranya (Kemenkes RI, 2016):

1. Meningkatkan akses keluarga dan anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang holistik, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dasar. Hal ini merupakan suatu pendekatan yang komprehensif untuk memastikan bahwa setiap individu dan keluarga mendapatkan perhatian kesehatan yang menyeluruh.
 - Pendekatan promotif mencakup upaya untuk meningkatkan pemahaman dan perilaku yang mendukung kesehatan. Ini melibatkan penyuluhan dan edukasi untuk mendorong gaya hidup sehat, pola makan yang baik, aktivitas fisik, dan kebiasaan hidup lainnya yang mendukung kesehatan optimal.
 - Pelayanan preventif bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit. Ini melibatkan upaya skrining, imunisasi, dan deteksi dini kondisi medis tertentu. Contohnya, skrining kesehatan rutin dan vaksinasi dapat membantu mencegah penyakit tertentu atau mendeteksi mereka pada tahap awal ketika lebih mudah diobati.
 - Pelayanan kesehatan kuratif ditujukan untuk merawat individu yang telah terkena penyakit atau

kondisi medis. Ini mencakup diagnosis, pengobatan, dan perawatan medis yang diperlukan untuk menyembuhkan atau meredakan gejala penyakit yang sudah ada.

- Rehabilitasi dasar berfokus pada pemulihan fungsi dan kesehatan setelah seseorang mengalami penyakit atau cedera. Ini melibatkan program pemulihan, fisioterapi, dukungan psikososial, dan perawatan lainnya yang diperlukan untuk memastikan individu dapat pulih sepenuhnya atau menjalani kehidupan sehari-hari dengan optimal setelah mengalami suatu kejadian kesehatan.

Dengan merangkul keseluruhan spektrum pelayanan kesehatan ini, diharapkan keluarga dan anggotanya dapat memanfaatkan upaya pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi dengan lebih baik, sehingga menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan berdaya. Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

2. Mendukung pencapaian standar pelayanan minimal di tingkat kabupaten/kota melalui perbaikan akses dan penyaringan kesehatan.

Setiap wilayah, termasuk tingkat kabupaten/kota, memiliki standar pelayanan minimal yang harus dipenuhi untuk memastikan bahwa masyarakat mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan dasar. Ini bisa mencakup ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan, dan prosedur-prosedur medis tertentu.

Upaya perbaikan akses melibatkan langkah-langkah untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki akses yang mudah dan terjangkau ke fasilitas kesehatan. Ini bisa mencakup pembangunan fasilitas kesehatan baru, perbaikan infrastruktur transportasi, atau pengembangan sistem transportasi kesehatan seperti ambulans atau layanan pengantaran obat.

Penyaringan kesehatan adalah proses identifikasi dini kondisi kesehatan atau faktor risiko di antara masyarakat. Ini dapat dilakukan melalui kegiatan skrining, pemeriksaan kesehatan berkala, atau kampanye kesadaran kesehatan. Dengan menyaring kesehatan, kita dapat mendeteksi masalah kesehatan pada tahap awal dan memberikan intervensi lebih cepat.

Pendekatan ini memfokuskan perhatian pada tingkat kabupaten/kota sebagai unit administratif yang penting. Upaya ini mungkin melibatkan kerjasama antara pemerintah daerah, lembaga kesehatan, dan pihak-pihak terkait lainnya untuk meningkatkan sistem kesehatan setempat. Ini termasuk penyusunan kebijakan yang mendukung, alokasi sumber daya yang tepat, dan pembangunan kapasitas dalam hal tenaga kesehatan dan infrastruktur. Dengan menjalankan upaya ini, diharapkan bahwa setiap kabupaten atau kota dapat memenuhi standar pelayanan minimal yang ditetapkan, sehingga masyarakat setempat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik, lebih cepat, dan lebih mudah diakses.

3. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Peningkatan kesadaran masyarakat dapat dilakukan melalui kampanye penyuluhan dan edukasi secara intensif sehingga dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya memiliki JKN. Ini dapat mencakup penyelenggaraan seminar, lokakarya, dan distribusi materi informasi untuk menjelaskan manfaat dan cakupan JKN.

Masyarakat perlu diberikan informasi rinci mengenai manfaat yang diperoleh dengan menjadi peserta JKN. Hal ini dapat mencakup akses terhadap pelayanan kesehatan yang lebih luas, pembebasan biaya atau subsidi untuk beberapa jenis perawatan, serta keamanan finansial dalam menghadapi biaya pengobatan yang tak terduga.

Untuk mendukung partisipasi masyarakat, proses pendaftaran sebagai peserta JKN harus disederhanakan dan dijelaskan secara jelas. Masyarakat perlu mengetahui langkah-langkah yang diperlukan dan dokumen apa yang dibutuhkan untuk mendaftar. Selain itu, layanan dukungan atau bantuan pendaftaran dapat disediakan agar prosesnya lebih mudah diakses.

Kerjasama dengan pihak-pihak terkait seperti lembaga pemerintah, organisasi masyarakat, dan sektor swasta dapat memperkuat upaya meningkatkan kesadaran masyarakat. Program informasi dapat diintegrasikan ke dalam kegiatan-kegiatan komunitas, dan dukungan dari berbagai pihak dapat memperluas jangkauan kampanye.

Pemantauan terus-menerus terhadap tingkat kesadaran masyarakat dapat membantu mengukur efektivitas kampanye. Evaluasi berkala dapat memberikan wawasan tentang area-area yang memerlukan perhatian lebih lanjut atau penyempurnaan strategi informasi.

Dengan mengimplementasikan langkah-langkah ini, diharapkan bahwa kesadaran masyarakat terhadap JKN dapat meningkat, mengarah pada peningkatan partisipasi masyarakat dalam program ini. Dengan demikian, tujuan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau dapat lebih optimal tercapai.

9.3 Prioritas PIS-PK

PIS-PK memiliki empat area prioritas yang mencakup (Kemenkes RI, 2016; Kemenkes RI, 2020; Kemenkes RI, 2022):

1. Mengurangi angka kematian ibu dan bayi

Dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), rangkaian kegiatan intervensi dirancang mengikuti siklus hidup manusia dengan fokus pada setiap tahap perkembangan, yaitu:

a) Ibu Hamil dan Bersalin

Dalam menghadapi fase kehamilan dan persalinan, serangkaian upaya dilakukan untuk memberikan perlindungan dan dukungan yang optimal bagi ibu dan bayi yang akan lahir. Ini mencakup:

- Mengupayakan jaminan mutu Ante Natal Care (ANC) Terpadu: Memastikan bahwa layanan ANC terintegrasi dengan baik untuk memberikan pemantauan dan perawatan yang komprehensif kepada ibu hamil.
- Meningkatkan Jumlah Rumah Tunggu Kelahiran (RTK): Memberikan fasilitas yang nyaman dan aman bagi ibu hamil untuk menjalani persalinan di fasilitas kesehatan.
- Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan: Mendorong ibu untuk melahirkan di fasilitas

kesehatan yang memiliki peralatan dan tenaga medis yang memadai.

- Menyelenggarakan konseling inisiasi menyusui dini dan KB pasca persalinan: Memberikan informasi dan dukungan untuk praktik inisiasi menyusui dini dan memberikan konseling terkait perencanaan keluarga pasca persalinan.
- Meningkatkan penyediaan dan pemanfaatan buku KIA: Memastikan setiap ibu memiliki Buku KIA yang terisi dengan informasi kesehatan maternal dan bayi.

b) Bayi dan Ibu Menyusui

Fokus pada bayi dan ibu menyusui melibatkan upaya untuk memberikan dukungan kesehatan yang intensif pada periode pasca persalinan:

- Mengupayakan jaminan mutu kunjungan neonatal lengkap: Memberikan perawatan dan pemantauan yang komprehensif untuk bayi baru lahir.
- Menyelenggarakan konseling ASI eksklusif: Memberikan dukungan dan informasi kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal bayi.
- Menyelenggarakan Pelayanan KB pasca persalinan: Memberikan pilihan dan informasi terkait program perencanaan keluarga pasca persalinan.
- Menyelenggarakan kegiatan pemberian MPASI: Mendorong praktik pemberian makanan pendamping ASI untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi.

c) Balita

Pada fase ini, fokus pada tumbuh kembang balita dan peran Posyandu sangat penting:

- Melakukan revitalisasi posyandu: Memastikan Posyandu berfungsi secara optimal sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat.
- Memperkuat kelembagaan Pokjanal Posyandu: Meningkatkan kapasitas dan dukungan untuk kelembagaan Posyandu.
- Meningkatkan transformasi KMS ke dalam buku KIA: Menggabungkan Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA untuk memudahkan pemantauan tumbuh kembang balita.
- Memperkuat kader Posyandu: Memberdayakan kader Posyandu untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar dan edukasi kepada masyarakat.
- Menyelenggarakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita: Memberikan pendekatan gizi yang komprehensif untuk mendukung pertumbuhan anak.

d) Anak Usia Sekolah

Pada tahap ini, fokus pada kesehatan anak di sekolah untuk menciptakan lingkungan pendidikan yang sehat:

- Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS): Memastikan bahwa program UKS aktif dan terintegrasi dalam kegiatan sehari-hari di sekolah.
- Memperkuat kelembagaan tim pembina UKS: Memberdayakan tim pembina UKS untuk memberikan pendidikan kesehatan dan memantau keadaan kesehatan anak di sekolah.

- Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS): Memberikan perhatian khusus pada gizi anak sekolah melalui program khusus yang melibatkan guru dan orangtua.
- Mengembangkan penggunaan rapor kesehatan: Mengintegrasikan informasi kesehatan anak dalam rapor kesehatan sekolah untuk memudahkan pemantauan dan intervensi.

e) Remaja

Fase remaja menjadi titik fokus untuk memberikan pemahaman dan dukungan kesehatan reproduksi:

- Menyelenggarakan pemberian Tablet Tambah Darah (TTD): Memberikan suplemen gizi yang sesuai untuk remaja perempuan.
- Menyelenggarakan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah menengah: Memberikan edukasi mengenai kesehatan reproduksi dan keputusan bijak kepada remaja.
- Menambah jumlah puskesmas yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Membangun layanan kesehatan yang sensitif terhadap kebutuhan remaja.
- Mengupayakan Penundaan Usia Perkawinan: Memberikan informasi dan dukungan untuk menghindari perkawinan usia yang terlalu dini.

f) Dewasa Muda

Fase dewasa muda menjadi fokus untuk menciptakan keluarga sehat dan berencana:

- Menyelenggarakan konseling pranikah: Memberikan panduan dan dukungan bagi pasangan yang akan menikah.
- Menyelenggarakan Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP): Mendorong keberlanjutan program kesehatan reproduksi, terutama bagi wanita yang bekerja.
- Menyelenggarakan pemberian imunisasi dan TTD: Memberikan perlindungan kesehatan yang optimal bagi keluarga yang sedang berencana.
- Menyelenggarakan konseling KB pranikah: Memberikan informasi dan dukungan bagi pasangan dalam merencanakan keluarga.
- Menyelenggarakan konseling gizi seimbang: Memberikan edukasi mengenai gizi seimbang bagi kesehatan keluarga.

Dengan mengikuti siklus hidup manusia dan melibatkan berbagai pihak, diharapkan intervensi ini dapat menciptakan perubahan positif dalam Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

2. Menurunkan prevalensi balita yang mengalami pertumbuhan terhambat (stunting)

Dalam upaya menurunkan prevalensi balita pendek (stunting), berbagai kegiatan intervensi telah dirancang untuk setiap fase perkembangan manusia, yaitu:

a) Ibu Hamil dan Bersalin

Selama fase kehamilan dan persalinan, fokus pada kesehatan ibu dan bayi melibatkan serangkaian tindakan proaktif:

- Intervensi pada 1000 hari pertama kehidupan anak: Memberikan perhatian khusus selama 1000 hari pertama kehidupan anak, mengakui keberhasilan pembentukan fondasi kesehatan dan pertumbuhan.
- Jaminan Mutu Ante Natal Care (ANC) Terpadu: Memastikan ibu hamil menerima perawatan prenatal yang terkoordinasi dan berkualitas.
- Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan: Mendorong persalinan di fasilitas kesehatan untuk memastikan pelayanan medis yang optimal.
- Program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM): Menyelenggarakan program gizi untuk memastikan asupan nutrisi yang memadai selama kehamilan dan masa menyusui.
- Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular): Menyelenggarakan program deteksi dini untuk mencegah dan mengatasi penyakit yang dapat mempengaruhi pertumbuhan anak.
- Pemberantasan kecacingan: Melakukan kegiatan pemberantasan kecacingan untuk mengoptimalkan penyerapan nutrisi.
- Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA: Menggabungkan informasi pertumbuhan anak dari KMS ke dalam Buku KIA sebagai bagian dari pemantauan kesehatan anak.

- Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif: Mendorong praktik inisiasi menyusui dini dan memberikan konseling terkait ASI eksklusif.
- Penyuluhan dan pelayanan KB: Memberikan informasi dan layanan keluarga berencana untuk mengatur jarak kelahiran dan memastikan kehamilan yang terencana.

b) Balita

Fokus pada pertumbuhan dan perkembangan optimal balita dengan memberikan perhatian pada nutrisi dan perkembangan:

- Pemantauan pertumbuhan balita: Melakukan pemantauan secara rutin untuk mengidentifikasi tanda-tanda stunting dan memberikan intervensi dini.
- Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita: Memberikan makanan tambahan yang kaya nutrisi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak.
- Menyelenggarakan simulasi dini perkembangan anak: Memberikan kegiatan simulasi untuk merangsang perkembangan motorik dan kognitif anak secara optimal.
- Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal: Memastikan aksesibilitas pelayanan kesehatan berkualitas bagi balita untuk diagnosis dan penanganan dini penyakit.

c) Anak Usia Sekolah

Pada tahap ini, pendekatan lebih diperluas ke dalam lingkungan sekolah untuk menciptakan kondisi yang mendukung tumbuh kembang anak:

- Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS): Memastikan program UKS aktif dan berfokus pada upaya kesehatan preventif dan promotif di lingkungan sekolah.
- Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS: Meningkatkan kapasitas tim pembina UKS untuk memberikan layanan kesehatan dan edukasi kepada siswa.
- Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS): Menyediakan asupan gizi yang seimbang di sekolah untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak.
- Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba: Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat dan bebas dari faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan anak.

d) Remaja

Fase remaja menekankan pada pendekatan pencegahan dan edukasi untuk membentuk perilaku sehat:

- Meningkatkan penyuluhan untuk Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Pola Gizi Seimbang, Tidak Merokok, dan Mengonsumsi Narkoba: Memberikan pengetahuan dan keterampilan untuk mengadopsi perilaku sehat dan mencegah faktor risiko.
- Pendidikan kesehatan reproduksi: Menyelenggarakan program edukasi kesehatan reproduksi untuk membekali remaja dengan informasi yang benar dan bertanggung jawab.

e) Dewasa Muda

Pada fase dewasa muda, pendekatan kesehatan masih diterapkan untuk menciptakan keluarga yang sehat dan berencana:

- Penyuluhan dan pelayanan Keluarga Berencana (KB): Memberikan informasi dan layanan keluarga berencana untuk mengelola jumlah dan jarak kelahiran.
- Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular): Melakukan kegiatan deteksi dini untuk mencegah dan mengatasi penyakit yang dapat memengaruhi kesehatan keluarga.
- Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba: Terus memberikan pendidikan kesehatan untuk memperkuat perilaku hidup sehat di kalangan dewasa muda.

Dengan pendekatan ini, diharapkan prevalensi balita pendek (stunting) dapat diatasi secara menyeluruh melalui upaya kolaboratif pada setiap tahap perkembangan manusia.

3. Menanggulangi penyakit menular

PIS-PK juga memiliki fokus dalam penanggulangan penyakit menular, seperti HIV-AIDS, Tuberkulosis (TB), dan Malaria. Beberapa upaya PIS-PK terhadap penanggulangan penyakit menular tersebut adalah:

a) HIV-AIDS

- Peningkatan konseling dan tes pada ibu hamil: Peningkatan akses dan penyuluhan pada ibu hamil untuk mendeteksi dini status HIV mereka, memberikan konseling, dan jika diperlukan,

memulai terapi anti-retroviral (ARV) untuk mencegah penularan kepada bayi.

- Diagnosis dini pada bayi dan balita: Menerapkan upaya pemeriksaan dini pada bayi dan balita yang terpapar HIV, untuk segera memulai tindakan medis dan manajemen kesehatan yang sesuai.
- Konseling dan tes pada populasi kunci (IMS dan TB) di segala usia: Melibatkan konseling dan pengujian pada populasi kunci seperti pasien infeksi menular seksual (IMS), pasien Tuberkulosis (TB), serta kelompok usia sekolah, usia kerja, dan usia lanjut.
- Terapi Anti-Retroviral (ARV) pada anak dan ODHA dewasa: Memberikan terapi ARV secara teratur kepada anak-anak dan orang dengan HIV-AIDS (ODHA) dewasa untuk mengelola dan menekan perkembangan infeksi HIV, dan meningkatkan kualitas hidup mereka.
- Intervensi pada kelompok berisiko: Melakukan intervensi kesehatan yang fokus pada kelompok berisiko tinggi untuk penularan HIV, termasuk penyuluhan, konseling, dan akses terhadap perawatan medis.
- Pemberian profilaksis Kotrimoksazol pada anak dan ODHA dewasa: Melakukan langkah-langkah profilaksis, seperti pemberian kotrimoksazol, pada anak-anak dan ODHA dewasa untuk mencegah infeksi yang dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh.

b) Tuberkulosis

- Identifikasi terduga TB di antara anggota keluarga: Melakukan identifikasi terhadap anggota keluarga

yang diduga terinfeksi Tuberkulosis, termasuk anak-anak dan ibu hamil.

- Memfasilitasi terduga TB atau pasien TB untuk mengakses pelayanan tb yang sesuai standar: Memastikan bahwa pasien atau terduga TB dapat dengan mudah mengakses layanan pengobatan dan perawatan TB sesuai dengan standar medis.
- Pemberian informasi terkait pengendalian infeksi TB: Memberikan informasi kepada anggota keluarga tentang langkah-langkah pengendalian infeksi TB untuk mencegah penularan di dalam keluarga dan masyarakat.
- Pengawasan kepatuhan pengobatan TB melalui Pengawas Menelan Obat (PMO): Melibatkan pengawasan aktif oleh Pengawas Menelan Obat untuk memastikan pasien TB mematuhi pengobatan mereka secara teratur.

c) Malaria

- Skrining ibu hamil pada daerah Berisiko: Melakukan skrining malaria pada ibu hamil di daerah-daerah berisiko tinggi untuk memastikan deteksi dini dan pengelolaan penyakit.
- Pembagian kelambu untuk ibu hamil dan balita: Memberikan kelambu impregnasi insektisida kepada ibu hamil dan balita di daerah endemis malaria untuk melindungi mereka dari gigitan nyamuk penyebab malaria.
- Pemeriksaan balita sakit di wilayah timur Indonesia: Melakukan pemeriksaan terhadap balita yang sakit di wilayah timur Indonesia untuk mendeteksi dan mengelola kasus malaria sejak dini.

Dengan implementasi kegiatan ini, diharapkan dapat mengendalikan penyebaran penyakit menular, khususnya HIV-AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria, serta meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan pada kelompok berisiko.

4. Menanggulangi penyakit tidak menular

Dalam rangka penanggulangan penyakit tidak menular (PTM), Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) mengimplementasikan sejumlah strategi dan intervensi untuk mengurangi risiko serta dampak penyakit-penyakit tersebut. Beberapa upaya PIS-PK terhadap PTM yakni sebagai berikut:

- a. Peningkatan deteksi dini faktor risiko PTM melalui Posbindu: Mengoptimalkan Posbindu sebagai pusat deteksi dini faktor risiko PTM, seperti melakukan pengukuran tekanan darah, kadar gula darah, dan parameter lainnya, guna mendeteksi potensi PTM pada masyarakat.
- b. Peningkatan akses pelayanan terpadu PTM di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP): Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan terpadu di fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk layanan penanganan hipertensi, diabetes mellitus, obesitas, dan kanker.
- c. Penyuluhan tentang dampak buruk merokok: Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang dampak buruk merokok terhadap kesehatan, termasuk peningkatan risiko terkena penyakit jantung, kanker, serta gangguan pernapasan.
- d. Menyelenggarakan layanan upaya berhenti merokok: Menyediakan layanan konseling dan dukungan bagi individu yang ingin berhenti

merokok, termasuk pemberian informasi tentang manfaat berhenti merokok dan strategi untuk mengatasi kecanduan.

Melalui kegiatan-kegiatan ini, diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat terkait faktor risiko PTM, memfasilitasi deteksi dini, dan menyediakan akses pelayanan terpadu. Selain itu, penyuluhan mengenai dampak buruk merokok dan layanan berhenti merokok diharapkan dapat mendukung upaya pencegahan penyakit tidak menular serta meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Pendekatan untuk melaksanakan area prioritas tersebut adalah melalui upaya promosi dan pencegahan, tanpa mengesampingkan tindakan kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

9.4 Indikator Status Kesehatan Keluarga

Dalam pelaksanaan PIS-PK, terdapat 12 indikator utama sebagai penanda status kesehatan suatu keluarga, meliputi (Kemenkes RI, 2016):

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB): Keluarga yang aktif mengikuti program KB menunjukkan kesadaran terhadap perencanaan keluarga, memungkinkan mereka untuk mengatur jarak kelahiran anak sesuai dengan keinginan dan kapasitas ekonomi keluarga.
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan: Persalinan di fasilitas kesehatan menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan peluang pemantauan medis yang adekuat, sehingga melindungi kesehatan ibu dan bayi.

- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap: Imunisasi dasar melibatkan pemberian vaksin yang diperlukan untuk melindungi bayi dari penyakit yang dapat dicegah, mendukung sistem kekebalan tubuh mereka.
- d. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif: Pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan bayi memberikan nutrisi yang optimal dan melindungi bayi dari infeksi dan penyakit.
- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan: Pemantauan pertumbuhan balita membantu mendeteksi dini masalah kesehatan dan gizi, memungkinkan intervensi yang tepat waktu untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal.
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar: Penderita tuberkulosis paru yang mendapatkan pengobatan sesuai standar memiliki peluang kesembuhan yang lebih baik dan dapat mencegah penyebaran penyakit.
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur: Pengobatan teratur bagi penderita hipertensi membantu mengontrol tekanan darah, mengurangi risiko komplikasi seperti penyakit jantung dan stroke.
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan: Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan dukungan secara konsisten membantu menjaga kesehatan mental mereka dan mencegah stigmatisasi atau penelantaran.
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok: Tidak ada anggota keluarga yang merokok membantu melindungi anggota keluarga lainnya dari risiko paparan asap rokok dan penyakit terkait merokok.
- j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Keanggotaan dalam JKN memastikan akses

keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang terjangkau dan meminimalkan beban finansial terkait perawatan medis.

- k. Keluarga memiliki akses sarana air bersih: Akses terhadap sarana air bersih penting untuk menjaga kebersihan, kesehatan, dan pencegahan penyakit terkait air.
- l. Keluarga memiliki akses atau menggunakan jamban sehat: Memiliki akses atau menggunakan jamban sehat membantu mencegah penularan penyakit melalui air dan melindungi lingkungan sekitar dari kontaminasi.

Dengan memonitor dan memastikan pemenuhan indikator-indikator ini, PIS-PK bertujuan untuk meningkatkan kondisi kesehatan keluarga secara keseluruhan dengan pendekatan yang holistik.

9.5 Tantangan

Program Indonesia Sehat, seperti banyak program kesehatan di berbagai negara, menghadapi sejumlah tantangan yang harus diatasi untuk mencapai tujuannya. Beberapa tantangan utama yang dihadapi oleh Program Indonesia Sehat adalah sebagai berikut (Suratri *et al.*, 2019; Nia, 2022; Eka, *et al.*, 2023):

1. Ketidaktersediaan roadmap (peta jalan)
Pengembangan roadmap diperlukan untuk pelaksanaan PIS-PK. Roadmap ini sebaiknya mencakup langkah-langkah spesifik, target pencapaian, serta penugasan, dan tanggung jawab pihak terkait.
2. Ketidakjelasan pengorganisasian tim
Perbaikan pengorganisasian tim yang terlibat dalam PIS-PK perlu dilakukan. Pemilihan anggota tim, struktur hierarki,

dan tanggung jawab dari anggota tim perlu ditetapkan lebih jelas sesuai pedoman yang telah ada.

3. Ketidaksesuaian dengan pedoman

Pelaksanaan PIS-PK harus konsisten dan sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan. Tim pelaksana harus diberi pelatihan dan pemahaman yang cukup mengenai pedoman tersebut.

4. Keterbatasan dana

Pembiayaan infrastruktur kesehatan, pembelian obat-obatan, pelatihan tenaga medis, dan kampanye promosi kesehatan memerlukan anggaran yang besar.

5. Sarana dan prasarana yang belum memadai

Perbaikan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan seperti puskesmas harus dilengkapi dengan peralatan dan sumber daya yang memadai untuk mendukung pelaksanaan PIS-PK.

6. Kesulitan menemui pihak keluarga

Tidak ada jadwal untuk pertemuan dengan keluarga menjadi tantangan sehingga diperlukan jadwal yang fleksibel dan pemanfaatan teknologi untuk dapat menjalin komunikasi dengan keluarga yang tidak dapat dijangkau secara fisik.

7. Kurangnya sosialisasi

Kampanye sosialisasi dan kerja sama dengan media lokal perlu dilakukan untuk menyampaikan informasi tentang PIS-PK kepada masyarakat.

8. Monitoring dan evaluasi yang belum berjalan baik

Kapasitas dan efisiensi monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara teratur untuk mengevaluasi kemajuan, identifikasi masalah, dan menentukan umpan balik.

9. Keterlambatan pelaporan

Sistem pelaporan harus lebih efisien agar petugas di lapangan dapat melaporkan data tepat waktu.

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, diperlukan komitmen berkelanjutan dari pemerintah, organisasi

kesehatan, dan masyarakat Indonesia secara keseluruhan. Perbaikan berkelanjutan dalam sistem kesehatan, alokasi anggaran yang bijak, peningkatan sumber daya manusia dalam bidang kesehatan, serta edukasi dan kampanye yang efektif akan menjadi kunci kesuksesan Program Indonesia Sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Eka, M.R., Serlie, K.A.L., Serlie, K.A.L., Christine, R.N. 2023. Analisis Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 12(2), 114-120.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/4110/2020 tentang Rencana Aksi Program 2020-2024.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2022 tentang Pedoman Penggunaan Dana Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2022.
- Nia, I.M. 2022. Hambatan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas: Literature Review. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 1-7.
- Suratri, M.A.L., Jovina, T.A., Sulistyowati, E. 2019. Pengetahuan Masyarakat dan Pelaksanaan Wawancara Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Beberapa Puskesmas di Indonesia. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(1), 1-8.

BAB 10

PENDIDIKAN DAN ILMU PERILAKU KESEHATAN

Oleh Rizky Indah Pratiwi

10.1 Pentingnya Pendidikan

Masyarakat Indonesia adalah masyarakat yang majemuk. Sejak Indonesia berkembang melalui proses sejarah yang panjang, terdapat perbedaan adat, suku, agama, dan budaya masyarakat Indonesia. Bapak Pendidikan Nasional Indonesia, Ki Hajar Dewantara, mengartikan pengertian pendidikan; “Pendidikan merupakan syarat wajib dalam proses tumbuh kembang anak. Artinya, pendidikan memandu seluruh kekuatan alam yang ada pada diri anak, agar mereka sebagai manusia dan anggota masyarakat dapat mencapai tingkat keamanan dan kebahagiaan yang setinggi-tingginya.

Pendidikan dalam pengertian lainya khususnya salah satu upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Pendidikan dapat dicapai di lembaga pendidikan formal dan nonformal. Sekolah merupakan salah satu contoh lembaga pendidikan formal. Saat ini peran sekolah sangatlah penting. Sekolah tidak hanya sekedar sarana untuk menuntut ilmu tetapi juga sebagai pemberi kecakapan hidup yang diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat. (Admalinda, dkk 2023). Pendidikan merupakan usaha secara sadar untuk mewujudkan sesuatu pewarisan budaya dari satu generasi ke generasi yang lain.

Pendidikan menjadikan generasi ini sebagai sosok panutan dari pengajaran generasi yang terdahulu. Sampai sekarang ini, pendidikan tidak mempunyai batasan untuk menjelaskan arti pendidikan secara lengkap karena sifatnya yang kompleks seperti sasarannya yaitu manusia. Ada beberapa pengertian pendidikan yakni pendidikan berdasarkan pendekatan ilmiah dan pendidikan berdasarkan system. Yang dimaksud dengan pendidikan berdasarkan pendekatan ilmiah adalah “jika digambarkan sebagai “pendekatan ilmiah”. Dan dalam bahasa asing kita berbicara tentang kata “pendekatan” yang artinya suatu pemikiran atau gagasan yang digunakan untuk mencapai tujuan dan sasaran. Sedangkan kata sains dalam bahasa asing diartikan sebagai ilmu yang berarti sesuatu yang sering diulang-ulang di depan umum oleh seseorang, dalam ruang apa pun, dan dalam waktu tertentu (“oleh siapa pun, di mana pun, kapan pun”). Oleh karena itu, pendekatan saintifik merupakan suatu gagasan untuk mencapai tujuan yang dapat digunakan oleh siapa saja, dimana saja, dan kapan saja. Dengan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam mengajar, semua guru dapat menggunakan pendekatan saintifik dalam setiap muatan mata pelajaran untuk mencapai hasil belajar tertentu.

Pendidikan berdasarkan Pendekatan Ilmiah merupakan sebuah pengajaran yang dipandang berlandaskan satu disiplin ilmu tertentu, seperti menurut Psikologi, Politik, Sosiologi, Ekonomi, antropologi, dan lainnya (Pristiwanti D, dkk, 2022).

a. Menurut pandangan psikologi

Dari segi psikologis dapat dikatakan bahwa pendidikan merupakan sarana pengembangan kepribadian setiap individu. Pendidikan berperan sebagai pedoman kehidupan setiap individu sejak lahir hingga kembali ke bumi, dan pendidikan tidak dapat maju secara sempurna tanpa adanya kemajuan psikologis dalam perkembangan kepribadian setiap individu, hal ini diungkapkan melalui psikologi yang dimilikinya.

b. Berdasarkan pandangan sosiologi

Berdasarkan sudut pandang sosiologi, tugas seorang guru sosiologi ibarat perawat atau penjaga kehidupan dan membantu kemajuan masyarakat. Pendidikan merupakan tolak ukur peningkatan kualitas masyarakat, berbagai ideologi, budaya dan perekonomian. Oleh karena itu, pendidikan menjadi kekuatan sosial dan juga dapat digunakan untuk melakukan kajian dan mengapresiasi apa artinya menerima sesuatu di masyarakat.

c. Berdasarkan pandangan politik

Berdasarkan sebuah pandangan politik, Pengaruh politik terhadap sistem pendidikan diatur dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang “Sistem Pendidikan Nasional” yang merupakan hasil konsensus politik. Setidaknya terdapat 5 dampak politik terhadap pendidikan, yaitu: “(a) Politik mempengaruhi kegiatan pendidikan dalam menciptakan nilai dan harapan warga negara sesuai kebutuhan negara, (b) politik mempengaruhi anggaran pendidikan, (c) politik mempengaruhi sumber daya pendidikan, (d) politik mempengaruhi sistem sekolah, (e) politik mempengaruhi kualitas hidup lulusan, tercermin pada bagaimana kinerja lulusan secara politik, budaya, ekonomi dan sosial. (Susanto, 2017).

d. Berdasarkan pandangan ekonomi

Dari sudut pandang ekonomi, pendidikan merupakan investasi berupa penyediaan tenaga kerja yang terdidik dan terlatih. Pendidikan merupakan faktor penting dalam meningkatkan kualitas kerja manusia, oleh karena itu melalui pendidikan, psikomotorik dan kognitif, seseorang dapat mengembangkan ide-idenya dan pada akhirnya mampu menciptakan serta meningkatkan produktivitasnya.

e. Berdasarkan pandangan antropologi

Pendidikan merupakan proses manusia sebagai makhluk berbudaya, oleh karena itu para antropolog merumuskan “sekolah sebagai objek kebudayaan yang menjadi suatu system nilai yang menjadi pedoman pedoman sosial”. Mengingat adanya berbagai metode pendidikan yang kurang efektif dibandingkan sarana pendidikan, sangat tidak sejalan dengan analisis sumber-sumber yang diperoleh dalam bidang ini oleh para antropolog.

Pengertian pendidikan didasarkan pada pendekatan sistem, yang menyatakan bahwa pendidikan merupakan suatu kesatuan yang terdiri dari sejumlah unsur yang saling bergantung satu sama lain dalam rangka pemanfaatannya untuk mencapai tujuan pendidikan, yaitu transformasi investasi menjadi output. Dalam sistem pendidikan terjadi proses transformasi yang pada akhirnya mentransformasikan peserta didik agar menjadi manusia terpelajar sesuai dengan tujuan pendidikan yang telah diwujudkan. Dalam hal ini, seluruh jenjang pendidikan idealnya dapat menjalankan fungsinya masing-masing dan saling berhubungan satu sama lain, dengan fokus pada peningkatan tujuan pendidikan. Pendidikan merupakan upaya pendidikan humanistik yang bertujuan membantu manusia mengembangkan potensi kemanusiaannya. Oleh karena itu, manusia tidak dapat dipisahkan dari komunitasnya, oleh karena itu manusia sangat erat hubungannya dengan lingkungan. Salah satu cara untuk mendapatkan potret yang lebih tepat mengenai pendidikan adalah menggunakan Pendekatan Sistem. Tujuan dari Pendekatan Sistem dalam pendidikan sendiri adalah sebagai upaya mengembangkan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan. (Yulasri RE, 2019)

10.2 Pendidikan dan Perilaku Kesehatan

10.2.1 Pendidikan Kesehatan

Dalam dunia pendidikan, pendidikan kesehatan merupakan salah satu jenis pendidikan yang perlu dipahami. Ada banyak jenis pendidikan kesehatan, termasuk pendidikan kedokteran, farmasi, keperawatan, gizi, dan pendidikan terkait kesehatan lainnya. Sebagaimana kita ketahui, ilmu pendidikan lebih banyak berkaitan dengan teori pendidikan yang mengutamakan pemikiran ilmiah. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat pada individu, kelompok, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan mencakup seluruh program kesehatan, termasuk pemberantasan penyakit menular, sanitasi, gizi, pelayanan medis dan program kesehatan lainnya. (Rahman abd,dkk 2022).

Upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dapat dilakukan dengan menjaga pola makan, olahraga teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, mengendalikan stres, dan istirahat yang cukup (Notoatmodjo,2013). Pendidikan memiliki peranan yang sangat penting dalam menentukan kualitas manusia, dengan pendidikan manusia memperoleh pengetahuan dan informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas hidupnya. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan cenderung untuk mendapatkan dan menerima informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa lebih mudah dan banyak. (Desi Pristiwanti dkk, 2022).

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai sudut pandang. Aspek pendidikan kesehatan meliputi aspek tujuan pendidikan, aspek tempat pelaksanaan dan penerapannya, serta aspek tingkat pelayanan kesehatan. Aspek tujuan pendidikan mencakup tiga aspek, yaitu pendidikan kesehatan individu dengan tujuan individu, pendidikan kelompok dengan tujuan kolektif, dan pendidikan kesehatan masyarakat

dengan tujuan masyarakat yang lebih luas. Sedangkan tujuan pendidikan kesehatan sendiri juga terbagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Tujuan utamanya adalah menysasar masyarakat secara langsung dalam bentuk segala upaya promosi pendidikan dan kesehatan.
- 2) Tujuan sekundernya lebih ditujukan kepada tokoh masyarakat dengan harapan dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada seluruh masyarakat.
- 3) Tujuan tersier, yaitu tujuan bagi pengambil keputusan/pengambil kebijakan baik di pusat maupun daerah dengan maksud agar keputusan yang diambil oleh kelompok ini akan berdampak pada perilaku kelompok sasaran sekunder dan kemudian ke kelompok primer.

Aspek tempat pelaksanaan dan penerapannya dapat dievaluasi tergantung tempat pelaksanaannya, sehingga tujuan pendidikan kesehatan tentu saja berbeda-beda. Aspek pendidikan kesehatan yang ketiga adalah tingkat pelayanan kesehatan. Tingkat pelayanan kesehatan meliputi promosi kesehatan, perlindungan umum dan khusus, serta diagnosis dini dan pengobatan segera atau memadai.(Early Diagnosis and Prompt Treatment) (Erwin Setyo K, 2012: 9). Aspek yang ditujukan pada individu, kelompok, dan masyarakat dapat dicapai dengan bimbingan teoritis dan praktis. Tujuan pendidikan kesehatan yang mencakup seluruh lapisan masyarakat harus mampu mentransformasikan masyarakat menjadi masyarakat sehat jasmani, rohani, sosial dan ekonomi.

Menurut Erwin S K (2012: 4-5) "Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, bertindak secara individu atau kolektif, untuk mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan tentang masalah yang mempengaruhi kesehatan, kesehatan pribadinya dan kesehatan orang lain untuk meningkatkan kemampuan. masyarakat".untuk menjaga kesehatannya dan tidak hanya mencakup peningkatan

pengetahuan, sikap dan praktik tetapi juga perbaikan atau perbaikan lingkungan (baik materil maupun immateriil) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran. Berdasarkan aspek-aspek tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa penting bagi masyarakat untuk memahami dan menerima pendidikan kesehatan agar dapat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan kesehatannya. (Erwin S K (2012: 4-5)).

10.2.2 Perilaku

Perilaku adalah suatu aktivitas atau berfungsinya suatu organisme, dalam hal ini perilaku organisme yang bersangkutan. Perilaku makhluk hidup khususnya manusia pada hakikatnya adalah tindakan dan aktivitas manusia itu sendiri.(Notoadmojo, 2013).

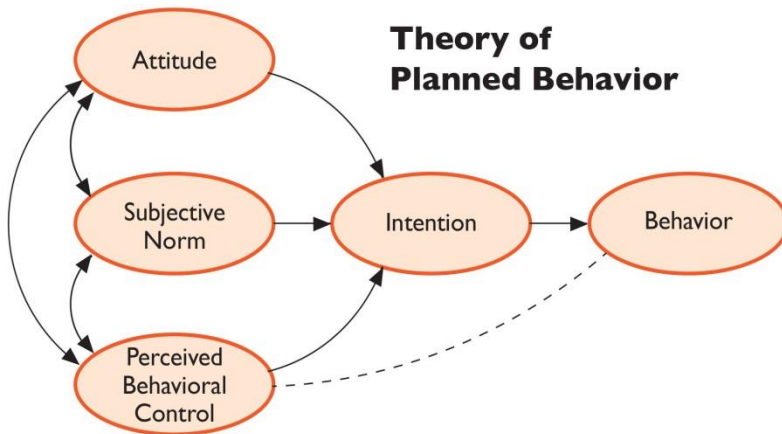
Perilaku sering kali disangkutpautkan dengan pengetahuan. Hubungan antara perilaku dan pengetahuan sangatlah erat, karena perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan. Semakin tinggi pengetahuan seseorang maka perilakunya akan semakin baik. Faktor eksternal yang mempengaruhi perubahan perilaku antara lain faktor pengetahuan, keyakinan, sarana, dan motivasi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku seseorang menimbulkan faktor-faktor dan motivasi-motivasi yang memotivasi seseorang untuk melakukan sesuatu. Jika pendidikan kesehatan dilakukan dengan baik maka akan berdampak jangka panjang, terutama bagi keluarga dan masyarakat.

Teori yang sering di gunakan dalam melihat perilaku seseorang yakni Teory Planned Of Behavior. Teori ini memiliki beberapa tujuan dan manfaat, antara lain memprediksi dan memahami pengaruh motif terhadap perilaku yang tidak berada di bawah kendali atau kehendak individu. Identifikasi bagaimana

dan ke mana mengarahkan strategi perubahan perilaku, sambil menyoroti beberapa aspek penting dari perilaku manusia.

Theory of Planned Behavior dapat digambarkan melalui bagan sebagai berikut:



Source: Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, p. 179-211

Teori ini memberikan kerangka untuk mempelajari sikap terhadap perilaku. Menurut teori ini, faktor terpenting yang menentukan perilaku seseorang adalah niat berperilaku. Niat individu untuk menunjukkan suatu perilaku merupakan kombinasi sikap untuk menunjukkan perilaku tersebut dan norma subjektif. Sikap individu terhadap perilaku mencakup keyakinan tentang perilaku tersebut, evaluasi konsekuensi perilaku, norma subjektif, keyakinan normatif, dan motivasi untuk patuh.

10.2.3 Perilaku Kesehatan

Sehat adalah suatu keadaan sejahtera baik jasmani, rohani, rohani, dan sosial, bukan hanya keadaan terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan, melainkan juga kepribadian yang mandiri dan berguna. Kesehatan meliputi kesehatan jasmani dan kesehatan psikis. Kesehatan jasmani adalah suatu keadaan dimana organ-organ tubuh dapat berfungsi dengan baik tanpa merasakan sakit atau keluhan dan secara obyektif tidak tampak sakit, dengan kata lain seluruh organ dalam tubuh dapat berfungsi normal semua (Febrianto T dkk, 2019) . Berdasarkan pengertian perilaku dan kesehatan tersebut di atas, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan adalah kegiatan atau aktivitas suatu masyarakat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan baik jasmani maupun rohani.

Perubahan pola perilaku kesehatan di masyarakat dapat dicapai dengan menerapkan teori perilaku terencana. Dalam teori ini, ada tiga faktor yang sangat mempengaruhi perilaku: sikap, norma subjektif, dan kognisi. Sikap merupakan pendorong utama perilaku kesehatan. Sebab, sikap masyarakat terkadang meremehkan hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan. Misalnya masyarakat tidak sadar membuang sampah, tidak menggunakan obat sesuai penyakitnya, dan sebagainya. Norma subyektif (*Subjective Norm*) merupakan faktor atau variabel lain yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Dengan dukungan masyarakat sekitar, perilaku masyarakat bisa berubah. Semakin masyarakat menyadari pentingnya menjaga kesehatan, maka semakin tinggi pula tingkat kesadaran masyarakat dalam memahami perilaku hidup sehat.

Terdapat persepsi (*Perceived*) merupakan keyakinan terhadap perubahan perilaku, perubahan perilaku dipengaruhi oleh tingkat kesulitan, kemudahan, pengalaman, informasi dan banyaknya peluang yang diberikan masyarakat. Misalnya, PT Abcd menciptakan peluang bagi pekerja dengan menyediakan

infrastruktur, menyediakan alat pelindung diri berdasarkan jumlah pekerja, dan mengembangkan kebijakan.

Jika seseorang mempersepsikan konsekuensi suatu perilaku sebagai sesuatu yang positif, maka ia akan mempunyai sikap positif terhadap perilaku tersebut. Sebaliknya, bisa juga dikatakan jika suatu perilaku dianggap negatif. Jika pemangku kepentingan lain menganggap menampilkan perilaku tersebut sebagai sesuatu yang positif dan orang tersebut termotivasi untuk memenuhi harapan pemangku kepentingan lainnya, hal ini disebut norma subjektif positif. Jika orang lain melihat perilaku yang akan diungkapkan sebagai sesuatu yang negatif dan orang tersebut ingin memenuhi harapan orang lain, hal ini disebut norma subjektif negatif. Beberapa penelitian menunjukkan hal yang sama adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam proses terbentuknya perilaku seseorang. (Pratiwi & Anggiani 2018).

Teori perilaku terencana didasarkan pada asumsi bahwa manusia adalah makhluk rasional dan secara sistematis menggunakan informasi yang tersedia. Orang memikirkan dampak tindakannya sebelum memutuskan apakah akan melakukan suatu perilaku tertentu atau tidak. Perilaku seseorang dapat diubah dengan cara sebagai berikut:

- 1) Disonansi kognitif, khususnya adanya ketidakseimbangan mengenai stabilitas pemahaman bahwa seseorang telah memilikinya. Gangguan keseimbangan ini terlihat pada perbedaan pendapat antara sesuatu yang lama dengan penemuan baru, misalnya penyebab suatu penyakit.
- 2) Perubahan perilaku menurut Kelman dalam Wahid Iqbal M& Nurul Chyatin.(2009: 365) ada tiga cara, yaitu:
 - a) paksaan (kepatuhan), perubahan perilaku karena sebab dan imbalan, misalnya seseorang mengubah perilakunya karena dia akan menerima imbalan, pengakuan dari seseorang atau kelompok. Perubahan

tingkah laku karena dipaksa ini tidak dapat bertahan lama.

- b) Mimikri (Identitas), seorang individu mengubah tingkah laku karena ingin dibandingkan dengan orang yang dikaguminya. Tenaga Kesehatan kadang dijadikan model atau sebagai objek bagi masyarakat dalam berperilaku sehat dalam sehari-hari. Maka itu, Tenaga kesehatan harus menunjukkan sikap serta perilaku yang baik mengedukasi masyarakat dalam hal menjaga kesehatan.
- c) Menghargai manfaat (Internalisasi), perubahan perilaku yang begitu mendasar sehingga sulit diubah karena sudah menjadi bagian dari kehidupan seseorang.

Pemahaman tentang perilaku dan bahwa perilaku seseorang itu bisa diubah sebaiknya dimiliki oleh setiap masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulallah Idi. (2011). Sosiologi Pendidikan Individu, Masyarakat, dan Pendidikan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Ajzen I. 2005. Attitudes, Personality, and Behavior (2nd. Edition). England: Open University Press / McGraw-Hill.
- Erwin Setyo K. (2012). Konsep, Proses, dan Aplikasi dalam Pendidikan Kesehatan. Yogyakarta: FIK UNY.
- Hasan Alwi, dkk. (2001). Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka
- Notoatmodjo, S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2013. Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.
- Pratiwi, Y dan Anggiani, F. 2020. Hubungan Edukasi terhadap Peningkatan Pengetahuan Masyarakat pada Penggunaan Antibiotik di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. *Cendekia Journal of Pharmacy*. Vol. 4 (2) : 149-155.
- Pristiwanti, D., Badariah, B. ., Hidayat, . S. ., & Dewi, R. S. . (2022). Pengertian Pendidikan. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling (JPDK)*, 4(6), 7911-7915.

BAB 11

INDIKATOR KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Rahmawati

11.1 Pengenalan Indikator Kesehatan Masyarakat

Indikator kesehatan masyarakat adalah variabel atau parameter yang digunakan untuk mengukur dan menggambarkan status kesehatan sebuah populasi (Porta & Last, *A Dictionary of Public Health*, 2018). Penggunaan indikator ini membantu dalam pemantauan dan pemahaman kondisi kesehatan masyarakat (Turnock, 2016).

Indikator kesehatan menjadi dasar bagi perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan masyarakat. Hal ini, memungkinkan para peneliti dan praktisi untuk mengukur dampak intervensi dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus (Issel, Wells, & Williams, 2022).

Selain itu, indikator kesehatan membantu dalam memahami perbedaan kesehatan antar kelompok populasi, seperti perbedaan antara laki-laki dan perempuan atau antara wilayah perkotaan dan pedesaan (BPS, 2010). Ini penting dalam merancang strategi kesehatan yang lebih inklusif dan efektif.

11.1.1 Konsep Kesehatan

Konsep kesehatan, untuk membahas indikator kesehatan, kita harus mempertimbangkan makna sebenarnya dari kesehatan. Karena sifatnya yang multidimensional, konsep ini harus dieksplorasi dalam konteks berbagai budaya dan fungsi teoritis dalam periode sejarah dan tempat di mana definisinya dirumuskan.

Kesehatan adalah suatu keadaan keseluruhan bukan sekedar penyakit atau kelemahan, melainkan kesehatan fisik, mental, maupun sosial (WHO, 1947)

11.1.2 Indikator

Ukuran ringkasan yang menggambarkan informasi yang relevan tentang berbagai atribut dan dimensi status kesehatan serta kinerja sistem kesehatan. Indikator kesehatan berupaya untuk menjelaskan dan memantau status kesehatan populasi (Porta, A Dictionary of Epidemiology, 2014).

11.1.2 Indikator Kesehatan

Indikator kesehatan masyarakat adalah petunjuk atau parameter yang digunakan untuk mengukur status kesehatan populasi. Indikator-indikator ini membantu dalam pemantauan, evaluasi, dan perencanaan program kesehatan masyarakat (Shi & Johnson, 2020).

Indikator kesehatan mencakup berbagai aspek kesehatan, seperti mortalitas, morbiditas, kualitas hidup, dan faktor-faktor risiko kesehatan (Porta & Last, A Dictionary of Public Health, 2018). Contoh indikator kesehatan termasuk angka kematian bayi, angka kejadian penyakit menular, dan prevalensi penyakit kronis (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006).

11.2 Tujuan Penggunaan Indikator Kesehatan Masyarakat

Tujuan utama penggunaan indikator kesehatan masyarakat adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada dalam populasi (Turnock, 2016). Indikator ini membantu para peneliti, praktisi, dan pembuat kebijakan dalam memahami dan merespons kebutuhan kesehatan masyarakat dengan lebih efektif (Porta & Last, *A Dictionary of Public Health*, 2018).

Indikator kesehatan juga berfungsi sebagai alat pemantauan yang penting untuk melacak tren kesehatan populasi dari waktu ke waktu (Buse, Mays, & Walt, 2012). Hal ini memungkinkan penilaian dampak dari program kesehatan yang diterapkan dalam masyarakat.

Selain itu, indikator kesehatan membantu dalam perbandingan kesehatan antar kelompok dan wilayah (Detels, Karim, Baum, Li, & Leyland, 2021). Dengan demikian, para pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi kelompok yang memerlukan perhatian khusus dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.

Dalam mengidentifikasi permasalahan kesehatan dan memonitor kemajuan, indikator kesehatan juga berperan dalam mendukung pengambilan keputusan yang didasarkan pada bukti (Pal, Ari, Bit, & Bhattacharyya, 2022). Ini membantu dalam merancang intervensi yang lebih efektif dan memastikan alokasi sumber daya yang tepat dalam bidang kesehatan masyarakat.

11.3 Jenis Indikator Kesehatan

Guna menilai sejauh mana pencapaian pembangunan kesehatan yang di programkan oleh pemerintah, diperlukan data dan indikator yang relevan (Turnock, 2016). Data dan indikator ini menjadi dasar untuk mengevaluasi keberhasilan upaya-upaya

tersebut dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat (Porta & Last, A Dictionary of Public Health, 2018; BPS, 2010).

Kementerian Kesehatan (Kemenkes), sebuah badan pemerintah yang mengurus bidang kesehatan, juga merupakan sumber utama indikator kesehatan (Kemenkes, 2018). Indikator kesehatan yang diterbitkan oleh Kemenkes menjadi acuan dalam perencanaan dan pelaksanaan program-program kesehatan (Buse, Mays, & Walt, 2012).

Selain lembaga pemerintah, World Health Organization (WHO) juga memiliki peran signifikan dalam penyusunan indikator kesehatan. WHO adalah lembaga internasional yang memberikan pedoman dan standar global dalam pengukuran kesehatan dan kesejahteraan (Merson, Black, & Mills, 2012).

Instansi lain yang menyajikan data dasar kesehatan, seperti lembaga penelitian dan akademik, juga menjadi sumber indikator kesehatan yang penting. Kolaborasi antara berbagai lembaga ini membantu dalam menyediakan data yang kaya dan beragam untuk analisis kesehatan masyarakat (Issel, Wells, & Williams, 2022).

11.3.1 Indikator Kesehatan Berdarakan WHO

Publikasi "*World Health Statistics 2011 Indicator Compendium Interim Version*" dari WHO, terdapat sejumlah indikator kesehatan yang dapat digunakan untuk pedoman oleh pemerintah dalam mengevaluasi sejauh mana kemajuan dalam pembangunan sektor kesehatan. Indikator-indikator ini mencakup aspek-aspek penting seperti mortalitas, morbiditas, determinan kesehatan, akses ke layanan kesehatan, dan kualitas hidup (WHO, 2011).

Walaupun demikian, Tiap negara mungkin tidak mampu mengukur seluruh indikator yang direkomendasikan dalam publikasi WHO. Kemampuan untuk mengukur indikator kesehatan bergantung pada ketersediaan data yang memadai.

Karena keterbatasan data, beberapa negara melakukan proxy atau penggantian indikator dengan data yang lebih mudah diperoleh (Buse, Mays, & Walt, 2012). Hal ini bertujuan untuk tetap menyajikan indikator strategis yang dapat memberikan gambaran yang akurat tentang keadaan kesehatan masyarakat.

Berikut adalah beberapa indikator kesehatan yang disarankan oleh WHO:

1. Angka Kelahiran Remaja adalah ukuran banyaknya kelahiran per 1.000 wanita dalam kategori usia 15-19 tahun, yang juga dikenal sebagai angka kelahiran usia 15-19 tahun
2. Angka Kematian Dewasa adalah probabilitas kematian pada usia 15 tahun sampai kurang dari usia 60 tahun.
3. Angka Kematian Terstandarisasi adalah angka kematian yang telah dinormalkan untuk perbandingan dengan populasi standar WHO. Angka ini adalah rata-rata tertimbang dari angka kematian per 100.000 orang, dihitung berdasarkan usia, jenis kelamin, dan penyebab kematian.
4. Pelayanan Antenatal-Minimal Empat Kali Kunjungan (K4) adalah persentase wanita usia 15-49 tahun yang telah menerima pelayanan antenatal sebanyak empat kali atau lebih selama kehamilan.
5. Pelayanan Antenatal-Minimal Satu Kali Kunjungan adalah persentase wanita usia 15-49 tahun yang menerima setidaknya satu kali kunjungan antenatal selama kehamilan. WHO merekomendasikan minimal empat kunjungan antenatal, tetapi ini mengukur setidaknya satu kali.
6. Persentase ibu hamil dengan kasus terinfeksi HIV yang mendapatkan pengobatan antiretroviral dalam upaya mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak.
7. Persentase anak dan orang dewasa dengan infeksi HIV tahap lanjut, yang mendapatkan terapi antiretroviral sesuai dengan protokol terapi yang ditetapkan.

8. Proporsi kelahiran bayi yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, perawat, atau bidan.
9. Persentase kelahiran bayi melalui operasi *caesar* dibandingkan total jumlah kelahiran yang hidup pada kurun waktu tertentu.
10. Tingkat Deteksi Kasus TBC adalah proporsi kasus tuberkulosis yang dideteksi dalam satu tahun tertentu berdasarkan rekomendasi strategi pengendalian tuberkulosis yang disetujui secara internasional.
11. Persentase anak-anak usia 0-5 tahun yang mengalami kelebihan berat badan, yang didefinisikan sebagai berat badan lebih dari +2 Standar Deviasi dari median Standar Pertumbuhan Anak bersadrakan WHO.
12. Persentase anak-anak usia kurang dari 5 tahun di daerah endemi malaria, yang tidur di dalam kelambu anti nyamuk pada malam sebelumnya.
13. Persentase anak pada usia 0-5 tahun yang mengalami stunting, dengan didefinisikan sebagai tinggi badan yang tidak sesuai dengan usia (kurang dari -2 Standar Deviasi dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO). Stunting adalah jenis pertumbuhan yang terhambat.
14. Persentase anak dengan usia 0-5 tahun, yang mengalami berat badan yang tidak sesuai dengan usiaya (kurang dari -2 Standar Deviasi dari median Standar Pertumbuhan Anak yang ditetapkan oleh WHO).
15. Persentase anak dengan usia kurang dari 5 tahun yang mengalami gejala Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dalam 2 minggu terakhir dan dilarikan ke layanan kesehatan yang sesuai.
16. Persentase anak dengan usia 0-59 bulan yang menderita diare dalam 2 minggu terakhir dan menerima pengobatan dengan larutan rehidrasi oral (Oralit) atau penanganan yang sesuai di rumah.

17. Persentase balita yang mengalami demam dan mendapatkan pengobatan anti malaria di daerah berisiko malaria.
18. Persentase anak dengan usia 6-59 bulan, yang mendapatkan vitamin A dengan dosis yang tinggi dalam periode 6 bulan terakhir.
19. Prevalensi kontrasepsi mengukur persentase wanita usia 15-49 tahun yang menikah atau berpasangan yang saat ini menggunakan atau pasangannya menggunakan setidaknya satu metode kontrasepsi.
20. Kematian akibat HIV/AIDS merupakan jumlah perkiraan kematian orang dewasa dan anak-anak yang disebabkan oleh HIV/AIDS per 100,000 penduduk pada tahun tertentu.
21. Jumlah kematian akibat malaria untuk data 100,000 penduduk per tahun.
22. Densitas tenaga kesehatan mengukur jumlah pekerja kesehatan per 10,000 penduduk. Data ini didapatkan dari sistem laporan administrasi fasilitas kesehatan dan mencakup berbagai jenis tenaga kesehatan, seperti tenaga kesehatan masyarakat, gigi, umum, keperawatan, farmasi, dan dokter.
23. Densitas unit radioterapi mengukur jumlah unit radioterapi, termasuk Akselerator Linear dan Cobalt-60, per 1,000,000 penduduk.
24. Cakupan imunisasi DPT3 pada bayi usia 1 tahun mengukur persentase bayi yang telah menerima tiga dosis vaksin DPT (difteri, tetanus, dan pertusis) pada tahun tertentu.
25. Persentase kematian anak di bawah usia 5 tahun yang disebabkan oleh berbagai penyebab utama kematian.
26. Persentase tahun hidup yang hilang karena berbagai sebab yang lebih luas dibandingkan dengan sebab-sebab tertentu.
27. Kematian Akibat TBC, selain HIV. Merupakan estimasi jumlah kematian yang disebabkan oleh Tuberkulosis (TBC) dalam satu tahun, per 100.000 penduduk.

28. Estimasi Insiden (Kasus) Tuberkulosis (TBC). Merupakan perkiraan jumlah kasus TBC yang baru atau kambuh dalam satu tahun, per 100.000 penduduk.
29. Estimasi (Perkiraan) Prevalensi TBC adalah jumlah kasus TBC dalam suatu populasi pada titik waktu tertentu.
30. Bayi dengan usia kurang dari 6 bulan yang Menerima ASI secara Eksklusif adalah persentase bayi usia 0-5 bulan yang hanya menerima ASI tanpa makanan tambahan dalam sehari sebelumnya.
31. Persentase dari Total Belanja/Pengeluaran untuk Kesehatan adalah persentase sumber dana eksternal yang digunakan untuk sektor kesehatan dari total pengeluaran kesehatan.
32. Pengeluaran Pemerintah dalam Kesehatan merupakan Persentase dari Total Seluruh Pengeluaran untuk Kesehatan. Ini mencakup berbagai sumber dana yang dikumpulkan oleh badan publik yang terlibat dalam pendanaan kesehatan.
33. Total biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk Kesehatan dalam Persentase dari Total Seluruh Pengeluaran Pemerintah
34. Angka Harapan Hidup Sehat Sejak Lahir. Merupakan rata-rata tahun yang diharapkan seseorang dapat hidup dengan kesehatan penuh tanpa penyakit atau cedera.
35. Persentase anak dengan usia 1 tahun yang telah mendapatkan tiga dosis vaksinasi hepatitis B pada tahun tertentu.
36. Persentase bayi dengan usia 1 tahun, telah mendapatkan tiga dosis vaksin *Haemophilus influenzae* tipe B pada tahun tertentu.
37. Prevalensi HIV pada Dewasa Usia 15-49 Tahun, adalah perkiraan jumlah orang dewasa berusia 15-49 tahun yang terinfeksi HIV, dinyatakan sebagai persentase dari total populasi pada kelompok usia tersebut.

38. Jumlah Ranjang Rumah Sakit. Merupakan jumlah ranjang yang tersedia di rumah sakit dalam suatu populasi, diukur per 10.000 penduduk. Ini memberikan gambaran tentang kapasitas pelayanan rumah sakit dalam suatu wilayah.
39. Angka Harapan Hidup (sejak lahir). Merupakan rata-rata jumlah tahun yang diharapkan hidup oleh seseorang yang baru lahir dalam suatu negara atau wilayah. Ini merupakan ukuran umum kualitas hidup dan pelayanan kesehatan dalam suatu masyarakat.
40. Bayi Baru Lahir dengan Berat Tubuh yang Rendah, adalah persentase kelahiran hidup yang memiliki berat lahir kurang dari 2.500 gram dari total kelahiran hidup dalam periode waktu tertentu.
41. Rasio Kematian Ibu dalam satu tahun terhadap jumlah kelahiran hidup dalam periode waktu yang sama, dinyatakan per 100.000 kelahiran hidup.
42. Persentase anak di bawah satu tahun yang menerima setidaknya satu dosis vaksin Campak dalam satu tahun. Dalam negara yang memberikan dosis pertama Campak pada anak di atas 12 bulan, indikator ini menghitung proporsi anak usia 12-23 bulan yang mendapat satu dosis Campak.
43. Persentase median ketersediaan obat generik dalam sampel fasilitas kesehatan. Indikator ini mendukung tujuan WHO untuk menyediakan obat-obatan penting dengan harga terjangkau di negara berkembang.
44. Rasio Median Harga Konsumen dari Beberapa Obat Generik. Indikator ini digunakan untuk memantau perbandingan harga obat generik dengan harga referensi.
45. Angka Kematian Neonatal adalah jumlah kematian bayi dalam 28 hari pertama setelah kelahiran per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun. Kematian neonatal dibagi menjadi kematian dini (7 hari pertama) dan kematian akhir (setelah hari ke-7 tapi sebelum hari ke-28).

46. Bayi Lahir Terlindungi dari Tetanus Neonatal. Proporsi neonatus yang dianggap terlindungi dari tetanus akibat imunisasi ibu pada tahun tertentu.
47. Jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam satu tahun. Kasus TBC dapat memiliki berbagai kategori, termasuk kasus baru dan kambuh.
48. Jumlah kasus pasien yang mengalami kolera yang dilaporkan dan ditemukan, termasuk kasus yang terbukti secara klinis, epidemiologis, atau bisa juga dari hasil investigasi laboratorium.
49. Jumlah kasus sindrom rubela bawaan yang ditemukan, dan juga yang terbukti secara pemeriksaan klinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium.
50. Jumlah kasus difteri yang terdeteksi, termasuk yang dibuktikan secara klinis, epidemiologis, atau melalui investigasi laboratorium.
51. Jumlah kasus penyakit influenza yang disebabkan oleh virus H5N1 (flu burung) yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
52. Jumlah kasus penyakit radang otak Jepang yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
53. Jumlah kasus penderita kusta yang baru terdeteksi dan telah diperiksa secara klinis. Kasus kusta adalah orang yang menunjukkan tanda-tanda klinis kusta, dengan atau tanpa konfirmasi bakteriologis, dan memerlukan terapi.
54. Jumlah kasus malaria yang didapatkan, termasuk kasus yang sudah positif melalui pemeriksaan slide atau RDT (*Rapid Diagnostic Test*), serta kasus yang diduga sebagai malaria.
55. Jumlah kasus campak yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
56. Jumlah kasus gondok yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.

57. Jumlah kasus tetanus neonatal yang terdeteksi.
58. Jumlah kasus pertusis yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
59. Jumlah kasus penyakit yang terjadi dalam wabah yang telah dibuktikan melalui uji laboratorium.
60. Jumlah kasus polio yang terdeteksi melalui uji laboratorium, dengan virus polio yang diisolasi dari spesimen kotoran yang diambil dari kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*).
61. Jumlah kasus rubela yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
62. Jumlah kasus tetanus total yang terdeteksi.
63. Jumlah kasus demam kuning yang terdeteksi dan terkonfirmasi, baik secara klinis, epidemiologis, atau melalui uji laboratorium.
64. Kasus dugaan penyakit meningitis, berdasarkan definisi klinis.
65. Persentase pengeluaran mandiri untuk biaya kesehatan yang berasal dari dana pribadi.
66. Pengeluaran per kapita pemerintah untuk kesehatan yang dikonfersikan dalam mata uang internasional (berdasarkan PPP/paritas daya beli dollar internasional).
67. Pengeluaran per kapita pemerintah untuk kesehatan diukur dalam nilai tukar rata-rata Dolar AS pada tahun tersebut.
68. Total pengeluaran per kapita untuk kesehatan diukur dalam mata uang internasional yang berlaku, dengan menggunakan paritas daya beli. Indikator ini membantu memahami total pengeluaran kesehatan yang diperuntukkan bagi penduduk, dengan nilai dalam mata uang internasional yang dapat dibandingkan antar negara.
69. Total pengeluaran per kapita untuk kesehatan diukur dalam Dolar AS dengan nilai kurs rata-rata pada tahun tersebut.

70. Persentase penduduk yang memakai sumber air minum yang terlindungi dari kontaminasi. Ini mencakup berbagai sumber air seperti pipa air minum, keran air minum, sumur tanah, dan lainnya.
71. Persentase penduduk yang menggunakan fasilitas sanitasi yang higienis dan terpisah dari kontak manusia. Ini termasuk sistem pembuangan, toilet dengan ventilasi yang baik, serta fasilitas sanitasi yang memenuhi standar kesehatan.
72. Persentase wanita dan pria dengan usia 15-49 tahun yang mempunyai lebih dari satu pasangan seksual dalam 12 bulan terakhir dan memakai kondom saat hubungan seks terakhir.
73. Prevalensi penggunaan produk tembakau oleh remaja usia 13-15 tahun, termasuk merokok dan penggunaan tembakau oral, dalam 30 hari terakhir.
74. Estimasi prevalensi penggunaan produk tembakau oleh orang dewasa, termasuk merokok sehari-hari dan sesekali.
75. Persentase anak dengan usia 15-24 tahun yang dapat mengidentifikasi metode pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual.
76. Tingkat kematian janin pada usia kandungan trimester ketiga (kurang atau sama dengan 1000 gram atau kurang atau sama dengan 28 minggu) per 1.000 kelahiran total.
77. Persentase total pengeluaran kesehatan (THE) dibandingkan dengan Produk Domestik Bruto (PDB) suatu negara. Pengukuran ini membantu melihat sejauh mana negara mengalokasikan anggaran untuk sektor kesehatan sebagai persentase dari total ekonomi.
78. Angka rata-rata anak yang dilahirkan oleh seorang ibu pada masa usia suburnya. Indikator ini diukur sebagai jumlah anak per perempuan. Angka kelahiran total dihitung berdasarkan tingkat kesuburan di antara wanita usia subur, yang biasanya berusia antara 15 hingga 49 tahun.

Penggunaan indikator-indikator ini bervariasi tergantung pada kebijakan dan prioritas kesehatan masyarakat di masing-masing negara (Issel, Wells, & Williams, 2022). Dengan berbagai indikator ini, pemerintah dapat memantau kemajuan, mengidentifikasi masalah kesehatan, dan merancang program-program yang sesuai.

11.3.2 Indikator yang Dihitung oleh Badan Pusat Statistik (BPS)

BPS adalah salah satu lembaga yang mempunyai wewenang dalam hal pengumpulan data di suatu negara (BPS, 2020). Sebagai lembaga pemerintah yang berfokus pada statistik, BPS melakukan berbagai jenis survei maupun sensus untuk mengumpulkan data mengenai berbagai aspek kehidupan masyarakat. Salah satu keuntungan yang dapat diperoleh dengan adanya kegiatan sensus yang dilakukan oleh BPS adalah memberikan informasi yang sangat berharga (Detels, Karim, Baum, Li, & Leyland, 2021). Informasi ini berkaitan dengan data-data yang dapat dipakai untuk indikator dalam melihat perkembangan dan hasil pembangunan di berbagai sektor, termasuk di dalamnya sektor kesehatan.

Pendekatan rumah tangga digunakan dalam proses pengumpulan data melalui sensus. Hal ini memungkinkan BPS untuk mengumpulkan data yang mewakili beragam kelompok masyarakat dan wilayah (BPS, 2020). Indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS, mencakup:

1. Persentase desa yang memiliki fasilitas kesehatan berdasarkan jenisnya.
2. Persentase desa yang aktif dalam pelaksanaan kegiatan posyandu berdasarkan jenis kegiatan yang dilakukan.
3. Persentase desa yang memiliki tenaga kesehatan yang tinggal di desa, diklasifikasikan berdasarkan jenis tenaga kesehatan tersebut.

4. Proporsi desa yang terdampak oleh wabah penyakit, dikelompokkan berdasarkan jenis wabah penyakit yang muncul.
5. Persentase desa di mana penduduknya mengalami masalah gizi yang buruk.
6. Persentase kartu Askeskin tersedia bagi keluarga yang tinggal di sana.
7. Proporsi desa di mana penduduknya memiliki akses ke air minum bersih.
8. Persentase desa di mana terdapat penduduk yang memiliki disabilitas.
9. Proporsi rumah tangga berdasarkan jenis atap, dinding, dan lantai yang mereka miliki.
10. Persentase rumah tangga yang mempunyai akses ke sumber air minum yang aman.
11. Persentase rumah tangga berdasarkan fasilitas tempat pembuangan air besar.
12. Persentase penduduk yang melaporkan masalah kesehatan berdasarkan jenis keluhan yang mereka alami.
13. Penduduk yang mengalami sakit adalah yang memiliki keluhan kesehatan yang mengganggu pekerjaan, sekolah, atau aktivitas harian.
14. Proporsi penduduk yang mencari perawatan medis di luar rumah, dikelompokkan berdasarkan tempat perawatan, seperti Puskesmas/Pustu, rumah sakit, praktik dokter/poliklinik, praktik petugas kesehatan, praktik pengobatan tradisional, dukun bersalin, dan lainnya.
15. Persentase penduduk yang melakukan pengobatan mandiri melalui jenis obat yang digunakan, seperti obat modern, obat tradisional, dan lainnya.
16. Persentase persalinan yang mendapatkan bantuan tenaga kesehatan, merupakan perbandingan antara persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya, dengan jumlah persalinan secara keseluruhan, dan disajikan dalam bentuk persentase. Indikator ini sangat relevan dengan kualitas perawatan ibu dan anak serta layanan kesehatan secara umum.

17. Persentase anak usia 2-4 tahun yang pernah mendapat ASI (Air Susu Ibu) berdasarkan durasi pemberian ASI. Pemberian ASI memiliki peran penting dalam perkembangan anak karena ASI mengandung zat-zat pelindung dan pencegah penyakit, serta mempromosikan ikatan emosional antara ibu dan anak.
18. Rata-rata durasi pemberian ASI pada anak usia 2-4 tahun.
19. Persentase balita yang pernah menerima imunisasi, dengan jenis imunisasi yang diberikan, seperti BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B.
20. Persentase wanita usia 15-49 tahun yang telah menikah dan pernah menggunakan alat kontrasepsi, serta yang saat ini masih menggunakan alat kontrasepsi.
21. Persentase wanita usia 15-49 tahun yang telah menikah dan pernah menggunakan alat kontrasepsi, serta yang saat ini masih menggunakan alat kontrasepsi, dengan klasifikasi berdasarkan jenis alat atau metode kontrasepsi yang digunakan.
22. Angka Kelahiran Total/*Total Fertility Rate* (TFR) dan Angka Fertilitas Menurut Usia/*Age Specific Fertility Rate* (ASFR). TFR dihitung dengan menjumlahkan ASFR dan menggambarkan jumlah anak yang akan lahir dari seorang wanita selama masa reproduksinya jika ia mengikuti pola ASFR saat ini.
23. Angka Kelahiran Umum adalah jumlah kelahiran hidup per 1.000 wanita usia 15-49 tahun.
24. Angka Kelahiran Kasar adalah jumlah kelahiran per 1.000 penduduk.
25. Angka Harapan Hidup (AHH) adalah rata-rata tahun yang akan dihabiskan oleh seseorang yang mencapai usia tertentu, dalam kondisi mortalitas yang berlaku pada masyarakatnya.
26. Angka Kematian Balita (AKBa) adalah jumlah kematian anak usia 0-4 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun tertentu.
27. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi usia 0 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun tertentu.
28. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan yang terjadi selama hamil atau dalam 42 hari setelah melahirkan per 100.000 kelahiran hidup.

29. Angka Kematian Kasar (AKK) adalah jumlah kematian per 1.000 penduduk pada suatu daerah pada waktu tertentu.
30. Angka Kematian Neonatal adalah jumlah kematian bayi yang terjadi dalam bulan pertama setelah lahir per 1.000 kelahiran hidup.
31. Angka Kematian Post-Neonatal adalah jumlah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan hingga menjelang usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup.

11.3.3 Indikator yang Dihitung oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menggunakan berbagai indikator kesehatan untuk menilai pencapaian dalam pembangunan kesehatan sesuai dengan Visi dan Misi Kementerian Kesehatan. Visi ini dinyatakan sebagai "Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat," sedangkan Misi-nya adalah "Membuat Rakyat Sehat." Sejumlah indikator kesehatan ini adalah hasil gabungan dari Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal, yang kemudian dikelompokkan menjadi tiga kelompok utama.

1. Indikator Derajat Kesehatan

Berikut indikator-indikator derajat kesehatan:

- a. Jumlah Lahir Hidup mengacu pada kelahiran bayi yang dengan tanda-tanda kehidupan, seperti bernafas, memiliki denyut jantung, atau adanya gerakan otot, tanpa memperhitungkan lama gestasi.
- b. Lahir Mati merujuk pada kelahiran bayi dalam keadaan mati yang memiliki gestasi paling sedikit 28 minggu tanpa memperlihatkan tanda-tanda kehidupan.
- c. Angka Kematian Bayi (AKB) untuk setiap 1.000 kelahiran hidup menggambarkan banyaknya kematian bayi sebelum mencapai usia satu tahun. AKB sering digunakan untuk menilai kualitas kesehatan masyarakat, dengan AKB yang lebih tinggi menandakan derajat kesehatan yang lebih rendah.

- d. Angka Kematian Balita (AKABA) untuk setiap 1.000 kelahiran hidup mencerminkan jumlah kematian balita sebelum mencapai usia lima tahun, memberikan gambaran risiko kematian antara kelahiran dan usia lima tahun.
- e. Angka Kematian Ibu (AKI) untuk setiap 100.000 kelahiran hidup menunjukkan jumlah kematian ibu yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan masa nifas, per 100.000 kelahiran hidup. AKI penting untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat dan memantau kematian terkait kehamilan.
- f. Angka Kecelakaan Lalu Lintas untuk setiap 100.000 penduduk mencerminkan jumlah kecelakaan lalu lintas yang menjadi korban, termasuk dalam kasus cedera ringan, sedang, berat bahkan kematian.
- g. Acute Flacid Paralysis (AFP) untuk setiap 100.000 penduduk mengukur jumlah kasus AFP Non Polio di antara penduduk berusia kurang dari 15 tahun per tahun di satu wilayah kerja pada periode tertentu.
- h. Angka Penemuan Penderita Penyakit melibatkan persentase penderita penyakit tertentu yang ditemukan melalui pemeriksaan dengan gejala-gejala yang menunjukkan kemungkinan terjangkit penyakit tersebut di suatu wilayah pada periode tertentu.
- i. Persentase penderita penyakit yang sembuh setelah menerima pengobatan dan hasil pemeriksaan menunjukkan negatif terhadap penyakit tersebut.
- j. Persentase jumlah penderita penyakit tertentu yang telah mendapatkan diagnosa dari tenaga kesehatan dalam suatu wilayah tertentu.
- k. Penderita penyakit yang ditangani menunjukkan persentase penderita penyakit tertentu yang mendapatkan penanganan sesuai standar di suatu wilayah pada periode tertentu.
- l. Cakupan bayi berusia 1-12 bulan, termasuk neonatus, yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada periode tertentu.

- m. Persentase bayi lahir hidup yang ditimbang segera setelah lahir dari seluruh bayi hidup lahir.
- n. Persentase balita yang diukur berat badannya, baik di posyandu maupun di luar posyandu, dan memiliki peningkatan berat badan di suatu wilayah kerja pada periode tertentu.
- o. Persentase Balita dengan BGM (Bawah Garis Merah)/gizi buruk adalah persentase balita dengan berat badan berada di bawah garis merah pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau dengan status gizi yang menunjukkan berat badan dan tinggi badan dalam Z-score < -3 , atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor).
- p. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi adalah persentase kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita di bawah 15 persen pada periode tertentu.

2. Indikator Upaya Kesehatan

Terdapat sejumlah indikator yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, akses, mutu pelayanan kesehatan, perilaku hidup masyarakat, dan keadaan lingkungan. Berikut adalah indikator-indikator tersebut:

- a. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-1 atau K-4, mencerminkan jumlah ibu hamil yang menerima layanan antenatal. K-1 adalah layanan bagi ibu hamil pertama kali dalam masa kehamilan, sedangkan K-4 adalah layanan bagi ibu hamil setidaknya empat kali, termasuk distribusi tablet Fe sepanjang kehamilan.
- b. Persentase pertolongan persalinan ibu hamil yang melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja dalam periode tertentu.
- c. Persentase Pasangan Usia Subur (PUS) peserta KB baru di suatu wilayah dalam periode tertentu. PUS adalah

pasangan suami istri yang hidup bersama dan di mana istri berusia antara 15 hingga 44 tahun. Peserta KB baru mencakup PUS yang pertama kali menggunakan metode kontrasepsi atau yang menggunakannya kembali setelah berakhirnya kehamilan.

- d. Persentase DO (*Drop Out*) adalah persentase bayi yang tidak menerima imunisasi lengkap, khususnya bayi yang menerima imunisasi DPT1 tetapi tidak menerima imunisasi campak. Imunisasi dasar lengkap mencakup BCG, DPT, Polio, Hepatitis B, dan Campak.
- e. Persentase Kelurahan/Desa UCI (Universal Child Immunization) mengukur persentase desa yang memiliki lebih dari atau sama dengan 80% bayi yang telah menerima imunisasi dasar lengkap dalam periode tertentu. UCI mencerminkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi usia 0-11 bulan.
- f. Persentase WUS (Wanita Usia Subur) yang mendapatkan imunisasi mencerminkan persentase wanita usia subur (usia 15-39 tahun) yang menerima imunisasi TT dengan dosis yang ditentukan sesuai dengan interval tertentu.
- g. Persentase Ibu Hamil dan Post Partum atau Neonatus yang mendapatkan darah mengukur persentase ibu hamil, post partum, atau neonatus yang dirujuk dan mendapatkan transfusi darah sesuai kebutuhan di rumah sakit pemerintah dan swasta.
- h. Persentase Ibu Hamil/Neonatus Risti/Komplikasi yang ditangani mencerminkan persentase ibu hamil/neonatus yang mengalami risiko atau komplikasi dan menerima perawatan yang sesuai oleh tenaga kesehatan yang terlatih di Puskesmas Perawatan dan rumah sakit pemerintah/swasta.
- i. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses oleh masyarakat mengukur persentase sarana kesehatan yang memiliki kemampuan untuk memberikan layanan gawat darurat sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat dalam periode tertentu, termasuk rumah sakit bersalin, puskesmas, dan rumah sakit.

- j. Persentase desa KLB yang ditangani dalam waktu kurang dari 24 jam mencerminkan persentase Kejadian Luar Biasa (KLB) yang mendapatkan penanganan dan penyelidikan dalam waktu kurang dari 24 jam sejak laporan KLB diterima. KLB merujuk pada peningkatan insiden kesakitan dan/atau kematian yang signifikan dalam suatu kelurahan/desa dalam periode tertentu.
- k. Attack Rate adalah pengukuran angka insiden kasus baru selama suatu wabah. Angka serangan sekunder dihitung berdasarkan jumlah kasus baru yang sebelumnya memiliki kontak dengan kasus primer dalam periode inkubasi penyakit tersebut. Ini juga dapat dikaitkan dengan CFR (Case Fatality Rate), yang mengukur persentase orang yang meninggal akibat suatu penyakit terhadap seluruh kasus penyakit yang sama.
- l. Persentase Bayi yang mendapat ASI eksklusif mencerminkan persentase bayi yang hanya menerima ASI tanpa makanan atau minuman tambahan sejak lahir hingga usia 6 bulan.
- m. Persentase masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan (rawat jalan/inap) mengukur persentase masyarakat miskin yang menerima pelayanan kesehatan baik dari fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta, termasuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- n. Persentase Pra Usila dan Usila yang mendapatkan pelayanan kesehatan mencerminkan persentase kelompok usia lanjut yang menerima pelayanan kesehatan sesuai standar di suatu wilayah kerja dalam periode tertentu.
- o. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan mengukur tingkat persediaan obat di instalasi farmasi pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dasar di suatu wilayah kerja dalam periode tertentu.
- p. Persentase rumah tangga ber PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) menggambarkan persentase rumah tangga di mana semua anggota rumah tangganya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat yang

mencakup 10 indikator, seperti pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, pemberian ASI eksklusif, jaminan pemeliharaan kesehatan, akses air bersih, fasilitas pembuangan sampah, sanitasi rumah yang memadai, tidak merokok, aktivitas fisik harian, pola makan sehat, dan lainnya.

- q. Persentase Posyandu Aktif mengukur persentase posyandu yang melaksanakan kegiatan secara teratur dengan frekuensi lebih dari 8 kali per tahun, jumlah kader yang memadai, cakupan utama, dan cakupan dana sehat.
- r. Persentase Rumah Sehat mencerminkan persentase rumah atau bangunan tinggal yang memenuhi syarat kesehatan, termasuk jamban sehat, sarana air bersih, penanganan sampah, sistem pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang memadai, kepadatan hunian yang sesuai, dan lantai bukan dari tanah.
- s. Persentase Sarana Sanitasi Dasar yang memenuhi syarat kesehatan di lingkungan pemukiman mengukur persentase sarana sanitasi dasar yang memenuhi syarat kesehatan dalam periode tertentu, termasuk sarana jamban yang menggunakan tangki septik, akses air bersih, penanganan limbah, dan pengelolaan sampah yang memenuhi kriteria kesehatan.
- t. Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) sehat mengukur persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan, termasuk sanitasi dasar, pengendalian vektor, higienis sanitasi, pencahayaan, dan ventilasi sesuai standar kesehatan.
- u. Persentase Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes mencerminkan persentase rumah yang tidak memiliki jentik nyamuk Aedes di suatu wilayah kerja dalam periode tertentu.

3. Indikator Sumber Daya Kesehatan

Dalam Indikator Sumber Daya Kesehatan ini, terdapat sejumlah indikator yang berkaitan dengan sumber daya kesehatan, termasuk tenaga kesehatan, sarana kesehatan,

pembiayaan kesehatan, dan sumber daya kesehatan lainnya. Berikut adalah indikator-indikator tersebut:

- a. Persentase Tenaga Kesehatan mencerminkan perbandingan jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di suatu instansi dengan jumlah total tenaga kesehatan di semua instansi. Tenaga kesehatan termasuk dokter, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker, bidan, perawat, ahli gizi, ahli sanitasi, ahli kesehatan masyarakat, analis laboratorium, pranata anestesi, fisioterapis, dan lainnya.
- b. Rata-rata Tenaga Kesehatan per 100.000 penduduk mengukur jumlah tenaga kesehatan dibandingkan dengan setiap 100.000 penduduk di suatu wilayah. Ini mencakup tenaga kesehatan yang bekerja sebagai PNS atau non-PNS, seperti dokter, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker, bidan, dan perawat.
- c. Persentase Desa Siaga menggambarkan persentase desa di mana penduduknya telah mempersiapkan diri untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan keadaan darurat kesehatan dengan mandiri. Desa dianggap sebagai desa siaga jika memiliki setidaknya satu Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).
- d. Bed Occupancy Rate (BOR) mengukur persentase penggunaan tempat tidur di suatu fasilitas kesehatan pada periode waktu tertentu.
- e. Length of Stay (LOS) mencerminkan rata-rata lama perawatan pasien di fasilitas kesehatan.
- f. Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata hari tempat tidur yang tidak ditempati antara penggunaan oleh pasien satu dengan pasien berikutnya.
- g. Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap 1.000 pasien yang keluar dari fasilitas kesehatan, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal.
- h. Net Death Rate (NDR) mengukur angka kematian dalam 48 jam setelah pasien keluar dari fasilitas kesehatan, untuk tiap 1.000 pasien.

- i. Persentase Anggaran Kesehatan dalam APBN/APBD menggambarkan persentase anggaran yang dialokasikan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan yang disediakan melalui dana pemerintah dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- j. Persentase anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun adalah jumlah anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan per kapita penduduk setiap tahun.

11.3.4 Indikator yang Dihitung oleh BKKBN

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) adalah salah satu lembaga selain BPS dan Kementerian Kesehatan yang berkontribusi dalam pengumpulan data untuk menghitung beberapa indikator kesehatan. BKKBN melakukan pengumpulan data dengan berfokus pada pendekatan keluarga dan wawancara langsung menggunakan kuesioner yang dijalankan oleh kader BKKBN. Berikut adalah indikator-indikator yang dihitung oleh BKKBN:

- a. Proporsi Wanita Usia Subur 15-49 Tahun yang Berstatus Kawin yang Sedang Menggunakan Alat Kontrasepsi (KB pada WUS): Indikator ini mengukur berapa banyak wanita usia subur yang telah menikah dan menggunakan alat kontrasepsi. Hasilnya dinyatakan dalam bentuk persentase.
- b. Cakupan Sasaran Pasangan Usia Subur (PUS) yang Menjadi Peserta KB Aktif: Ini mengukur berapa banyak pasangan suami istri yang masih menggunakan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan dalam jangka waktu tertentu. Tujuannya adalah untuk mengukur keberhasilan kebijakan pengendalian kependudukan.
- c. Persentase Pemakai Suatu Cara Kontrasepsi Menurut Alat/Cara KB (Contraceptive Mix): Indikator ini membantu untuk mengetahui preferensi dalam

penggunaan metode kontrasepsi di suatu daerah pada periode tertentu.

- d. Cakupan PUS yang Ingin Ber-KB yang Tidak Terpenuhi (Unmet Need): Ini mengukur proporsi pasangan usia subur yang ingin ber-KB, tetapi keinginannya tidak terpenuhi karena berbagai alasan. Indikator ini membantu dalam mengukur akses dan kualitas pelayanan KB yang belum memenuhi kebutuhan di daerah tersebut.
- e. Cakupan PUS Anggota Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) yang Ber-KB: Indikator ini mengukur berapa banyak anggota UPPKS yang aktif dalam program KB. UPPKS adalah kelompok yang terlibat dalam kegiatan ekonomi produktif untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Hasil perhitungan ini membantu dalam menilai keberhasilan program keluarga sejahtera ber-KB.
- f. Persentase PUS dengan pasangan suami istri yang istrinya masih berusia di bawah 20 tahun. Hal ini penting dalam mengevaluasi program pendewasaan usia perkawinan pertama.
- g. Angka Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi. Indikator ini mengukur jumlah PUS yang sedang menggunakan kontrasepsi pada saat penghitungan. CPR membantu menilai kebijakan pengendalian kependudukan dan pelayanan KB.
- h. Persentase PUS yang Pernah Menggunakan Kontrasepsi (Ever User): Indikator ini mengukur berapa banyak wanita usia 15-49 tahun yang pernah menggunakan metode kontrasepsi. Informasi ini bermanfaat untuk memahami potensi penggunaan alat kontrasepsi tertentu di kalangan PUS.

Dengan menggunakan indikator-indikator ini, BKKBN dapat memantau perkembangan program keluarga berencana dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan atau fokus lebih besar dalam penyediaan pelayanan KB dan pendewasaan usia perkawinan.

11.3.5 Indikator yang Dihitung dari Kerjasama Antar Lembaga

Kegiatan kerja sama antara berbagai lembaga dalam mengumpulkan data indikator kesehatan yang mencakup Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI). Beberapa lembaga dan kementerian yang terlibat dalam kerja sama ini antara lain BPS, Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Macro International Calverton, Maryland, USA. Melalui kedua survei tersebut, dapat dihitung berbagai indikator kesehatan yang penting.

11.4 Sumber Data Indikator Kesehatan

Ketersediaan beragam indikator kesehatan memiliki peran vital dalam mengevaluasi pencapaian hasil pembangunan pemerintah dan merencanakan pembangunan di sektor kesehatan. Oleh sebab itu, BPS secara rutin menyediakan data kesehatan sebagai bagian dari data sosial melalui sensus dan survei. Kemenkes, BKKBN, serta kerja sama antar lembaga juga memberikan informasi terkait kesehatan di Indonesia.

BPS melaksanakan berbagai survei dan sensus. Salah satu survei tahunan yang mereka lakukan yakni Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), yang menggunakan dua jenis data, yaitu data pokok (Kor) yang tersedia setiap tahun, dan data sasaran (Modul) yang diperbarui setiap tiga tahun. Modul Perumahan dan Kesehatan adalah salah satu modul yang menghimpun informasi kesehatan. Selain Susenas, BPS juga mengadakan survei dan sensus lain yang melibatkan data kesehatan, seperti Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), dan Pencacahan tentang Potensi Desa (PODES).

Kemenkes mengumpulkan data kesehatan melalui Riskesdas, sementara kerja sama antar lembaga melalui Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) turut menyumbangkan data terkait kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2006). *Basic epidemiology* (Vol. 2). World Health Organization.
- BPS. (2010). *Kajian Indikator Kesehatan*. Jakarta, Indonesia: Badan Pusat Statistik.
- BPS. (2020). Statistik Indonesia. *Badan Pusat Statistik*.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy* (Vol. 2). McGraw-Hill Education.
- Detels, R., Karim, Q. A., Baum, F., Li, L., & Leyland, A. H. (2021). *Oxford Textbook of Global Public Health* (Vol. 7). Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198816805.001.0001
- Issel, L. M., Wells, R., & Williams, M. (2022). *Health Program Planning and Evaluation: A Practical Systematic Approach to Community Health* (Vol. 5). Jones & Bartlett Learning.
- Kemenkes. (2018). Profil Kesehatan Indonesia. *Kementerian Kesehatan*.
- Merson, M. H., Black, R. E., & Mills, A. J. (2012). *Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies* (Vol. Third). Jones & Bartlett Publishers.
- Pal, K., Ari, S., Bit, A., & Bhattacharyya, S. (2022). *Advanced Methods in Biomedical Signal Processing and Analysis* (Vol. 1).
- Porta, M. (2014). *A Dictionary of Epidemiology* (6 ed.). Oxford University Press.
- Porta, M., & Last, J. M. (2018). *A Dictionary of Public Health* (Vol. 2). Oxford University Press. doi:10.1093/acref/9780191844386.001.0001
- Shi, L., & Johnson, J. A. (2020). *Novick & Morrow's Public Health Administration: Principles for Population-Based Management: Principles for Population-Based Management* (Vol. 4). Jones & Bartlett Learning.

- Turnock, B. J. (2016). *Public Health: What It Is and How It Works* (Vol. 6). Jones & Bartlett Learning, Burlington, Massachusetts.
- WHO. (1947). Constitution of the World Health Organization, Basic Documents. *World Health Organization, Forty-fifth*. Retrieved from www.who.int.
- WHO. (2011). World Health Statistics 2011 Indicator Compendium Interim Version. *World Health Organization*.

BAB 12

PERAN FARMASI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Resha Resmawati Shaleha

12. 1 Pendahuluan

Salah satu pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, serta terwujud derajat kesehatan secara optimal untuk masyarakat dengan dilakukannya pendekatan, pemeliharaan, peningkatan kesehatan masyarakat, serta pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan yang dilakukan tertib dan menyeluruh. Sarana pelayanan kesehatan selain digunakan untuk pelayanan dasar juga untuk rujukan atau penunjang kesehatan (Kemenkes, 2016).

Sebagai sarana kesehatan rumah sakit harus memperhatikan dalam pelayanan Kesehatan yang merata, terjangkau dan bermutu bagi masyarakat serta meningkatkan pelayanan Kesehatan merupakan tanggung jawab dalam sektor Kesehatan. Penyelenggaraan kesehatan bukan hanya menjadi tanggungjawab pemerintah, tetapi mengikut sertakan peran aktif seluruh anggota masyarakat dan berbagai pelayanan swasta. Salah satu pelayanan Kesehatan yang harus ditingkatkan dan terus diupayakan yaitu pelayanan farmasi di rumah sakit, sehingga mampu memberikan pelayanan secara cepat, tepat dan efektif (Loh *et al.*, 2023). Pelayanan kefarmasiaan yang baik yaitu yang berorientasi secara langsung dalam setiap proses

penggunaan obat memiliki tujuan menjamin keamanan, kersonasional dan efektifitas dalam penggunaan obat menerapkan ilmu pengetahuan serta fungsi dalam terapi kepada masyarakat yang sedang melakukan pengobatan.

Masyarakat ataupun penderita yang sedang melakukan pengobatan menuntut pelayanan farmasi adanya perubahan dari yang sebelumnya berorientasi pada produk obat berubah menjadi berorientasi kepada pasien. Saat ini konsep yang merubah paradigma pelayanan kefarmasian kepada masyarakat yaitu konsep *Pharmaceutical Care*. Pelayanan kefarmasian ini merupakan kegiatan pelayanan terpadu dengan melibatkan semua staff yang ada di rumah sakit yang memiliki tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah serta menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan pengobatan serta masalah yang berhubungan dengan kesehatan (Brata, 2018).

12.2 Definisi

Pharmaceutical Care merupakan pelayanan langsung dan bertanggungjawab dalam melayani obat dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien terkait Kesehatan (Ashp, 2009). Sebuah praktik tenaga kesehatan yang berkaitan memiliki tanggungjawab untuk kebutuhan pasien dalam terapi pengobatan, hal ini merupakan komponen dari *Pharmaceutical Care* yang memiliki interaksi secara langsung antara apoteker dengan pasien yang sedang melakukan pengobatan dengan tujuan rencana pelayanan dapat memenuhi kebutuhan Kesehatan penderita (Adeboye Adejare, 2020).

Di awal proses terapi peran farmasis dalam *Pharmaceutical Care* yaitu menilai kebutuhan pasien atau penderita. Pada saat proses terapi dilakukan pemeriksaan ulang semua informasi dan memilih ikut serta dalam menetapkan solusi terbaik bagi pasien yang mengalami *Drug Related Problem* (DRP). Saat proses akhir

terapi farmasis menilai intervensi sehingga mendapatkan hasil optimal sehingga kualitas hidup pasien meningkat serta hasil terapi yang didapatkan memuaskan dengan begitu *Pharmceutical Care* bisa diberikan secara *Good Pharmacy Practice* (Kemenkes, 2011).

Pharmaceutical Care menerapkan konsep masa kini dan masa depan profesi farmasi dari mulai penyiapan obat dan terapi pasien dengan bertanggungjawab terhadap obat yang diberikan kepada pasien untuk mencapai peningkatan kualitas hidup (Ajeng, et al, 2019).

12.3 Pelaksanaan Pharmaceutical Care

12.3.1 komponen-komponen tata laksana *Pharmaceutical Care*

Seorang apoteker diharuskan untuk melaksanakan pelayanan secara tanggungjawab terhadap pemberian terapi obat ataupun masalah kesehatan yang lain, supaya tercapai hasil yang baik untuk peningkatan kualitas hidup pasien. Seorang apoteker dituntut untuk melakukan komunikasi secara langsung kepada pasien, sehingga apoteker lebih memahami kebutuhan pasien dalam menjalani terapinya dan farmasis dapat memenuhi kebutuhan pasien selain hanya memenuhi tuntutan penyiapan obat dari resp yang ditulis oleh dokter .

12.3.2 komponen-komponen pelaksanaan *Pharmaceutical Care*

1. Terapi Pengobatan

Terapi pengobatan saat ini tidak hanya berfokus pada pemberian obat saja, tetapi pada pengambilan keputusan terkait jenis obat yang akan digunakan oleh pasien dan juga mengambil keputusan pemberian obat sesuai dengan terapi yang dibutuhkan oleh pasien sesuai dengan tujuan terapi,

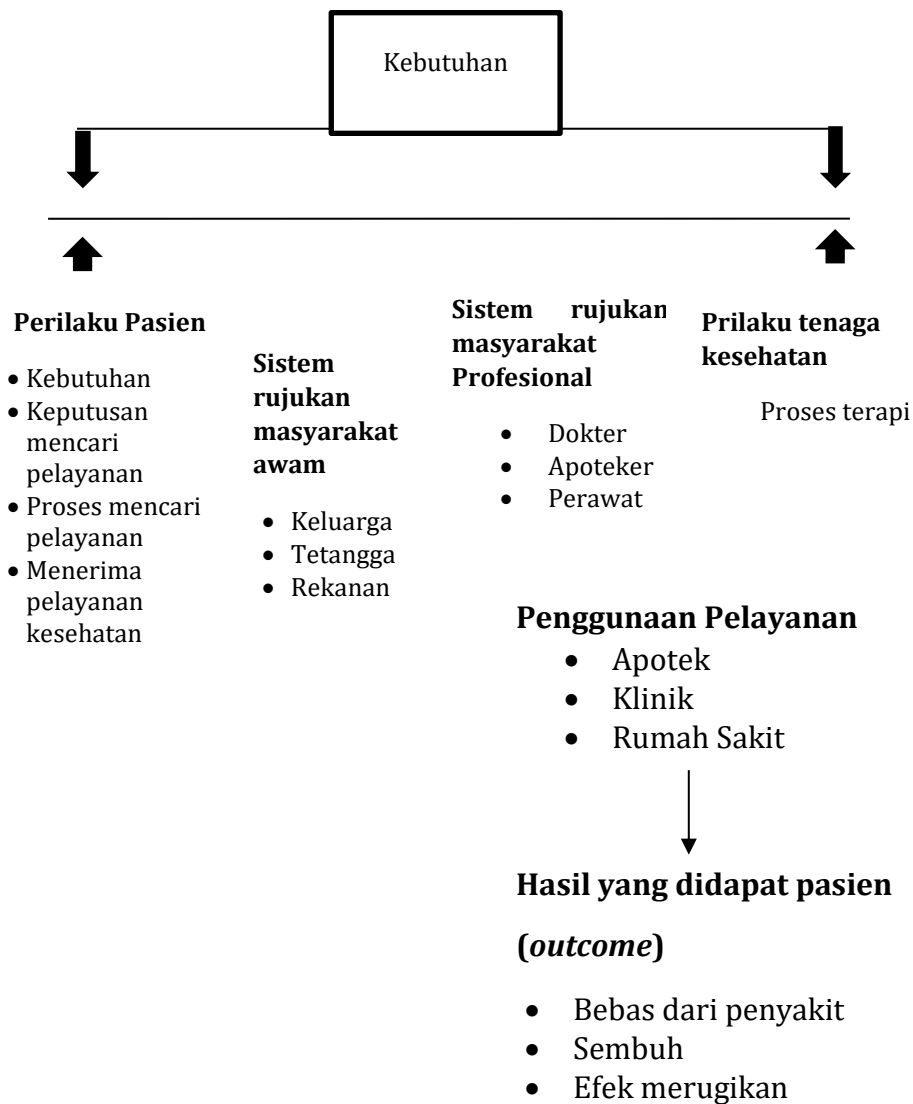
metode pemberian serta dosis yang akan diberikan kepada pasien(Wiedyaningsih et al, 2017).

2. Care

Care atau kepedulian ini dapat diartikan suatu kepedulian dari masyarakat lainnya. Dalam membentuk suatu kepedulian kepada pasien, setiap tenaga kesehatan ikut serta berkontribusi sesuai dengan kapabilitas masing-masing untuk mewujudkan kepedulian dan asuhan terhadap penderita. Seorang apoteker memiliki kontribusi dan kemampuan khusus dalam memastikan hasil terapi secara optimal dan maksimal dalam penggunaan obat penderita(Adeboye Adejare, 2020).

Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat dengan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan dapat dianggap salah satu rangkaian peristiwa dimulai dengan kebutuhan pasien dalam layanan terapi kesehatan dan berakhir dengan diberikan solusi untuk penyembuhan. Proses layanan Kesehatan secara tersusun dapat memberikan suatu gambaran dan suatu struktur yang menjelaskan pentingnya pelayanan kefarmasian dalam sistem pelayanan Kesehatan secara keseluruhan (Kemenkes, 2016).

Seluruh bentuk pelayan kefarmasian yang dilakukan kepada pasien membutuhkan interaksi secara langsung antara pemberi terapi dalam hal ini profesi Kesehatan atau apoteker dan pihak yang menerima terapi atau pasien. Untuk terealisasinya *Pharmaceutical Care* maka apoteker atau farmasis harus menjalin hubungan yang *professional* antara tenaga Kesehatan dengan pasien. Faktor Kesehatan serta kesejahteraan pasien merupakan hal utama, maka dari itu seorang farmasi harus membangun suatu bentuk kepedulian secara langsung dengan pasien guna kebutuhan pasien dalam pengobatan terpenuhi.



Gambar 12. 1. Proses Pelayanan Kesehatan untuk Masyarakat
(Hariyoko *et al.*, 2021)

3. *Outcome*

Hasil atau *outcome* yang perlu dicapai dalam ini yaitu mengobati penyakit, mengurangi atau menghilangkan gejala yang diderita, memperlambat atau menahan proses gejala penyakit serta mencegah timbulnya penyakit.

Pharmaceutical Care memiliki beberapa fungsi yaitu:

- 1) Identifikasi masalah secara actual dan tepat yang berhubungan dengan obat
- 2) Menyelesaikan *problem* yang berkaitan dengan obat
- 3) Mencegah terjadinya yang berkaitan dengan obat

Beberapa kendala obat yang lazim terjadi:

- a. Kesalahan dalam indikasi yaitu obat yang diterima oleh pasien tidak sesuai dengan indikasi penyakit yang diderita oleh pasien.
- b. Tidak tepat dalam pemilihan obat, pasien tidak menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan penyakit yang diderita.
- c. Dosis sub terapi, pasien menerima obat dengan dosis yang kurang atau dibawah dosis terapi efektif.
- d. Menerima dosis berlebih diatas dosis terapi efektif (*over dosis*)
- e. Pasien gagal menerima dan melakukan terapi pengobatan karena beberapa factor misalkan faktor ekonomi, sosiologi, pengetahuan dan Pendidikan atau yang lainnya.
- f. Pasien mendapat kendala medis lain terkait efek samping obat yang dikonsumsi.
- g. Pasien mendapat masalah medis lain akibat adanya interaksi obat dengan obat lain atau dengan makanan dan minuman yang dikonsumsi secara bersamaan, atau obat yang di konsumsi bisa memepngaruhi hasil tes laboratorium.

- h. Pasien mengkonsumsi obat tetapi untuk indikasi yang belum jelas secara medis.
- i. Kegagalan dalam terapi yaitu pasien telah emnerima dan melaksanakan terapi dengan benar tetapi tujuan terapi belum tercapai.

Dalam mencapai keberhasilan terapi diharapkan adanya ikut serta keinginan dari pasien sehingga tidak hanya menjadi pasien atau objek saja dalam proses pengobatan akan tetapi bisa menjadi pasien yang cerdas dan kritis terhadap terapi obat yang didapatkan. Begitupun terhadap efek-efek medis lain yang muncul setelah mengkonsumsi obat. Hal yang menjadi tenaga profesi kesehatan dalam memberikan edukasi kepada pasien sehingga menjadi pasien yang cerdas dan kritis, meningkatnya kepatuhan pada pemakaian obat sesuai petunjuk yang diberikan.

4. Kualitas Hidup

Kualitas Kesehatan pada masyarakat sebetulnya bisa dinilai secara objektif ataupun subjektif pada penderita. Untuk penilaian secara subjektif merupakan penilaian yang diberikan sendiri oleh penderita terhadap terapi yang dijalani sedangkan penilaian secara objektif merupakan penilaian yang secara benar dilakukan oleh tenaga profesi Kesehatan.

5. Tanggung Jawab

Dalam melaksanakan layanan kesehatan terjadi suatu *feedback* untuk tenaga kesehatan terkait dengan pasien dimana memberikan kewenangan serta kepercayaan kepada tenaga profesi kesehatan sehingga dapat melaksanakan kewajibannya, untuk memaksimalkan dalam menjalani tugas dengan penuh

rasa tanggungjawab pada tenaga Kesehatan terutama apoteker (Perpres, 2014).

12.4 Pemantauan Terapi

Pemantauan terapi obat (PTO) adalah suatu proses kegiatan yang mencakup dalam memastikan pengobatan yang diberikan yang aman, efektif, dan tepat bagi pasien. Kegiatan ini meliputi evaluasi pilihan pengobatan, dosis, cara pemberian, respon pengobatan, reaksi obat yang merugikan (ROM), dan rekomendasi atau terapi alternatif. PTO sebaiknya dilakukan secara terus menerus dan dievaluasi secara berkala pada tahapan tertentu agar dapat diketahui keberhasilan atau kegagalan terapi. PTO merupakan salah satu tugas pokok dan fungsi pelayanan kefarmasian rumah sakit dalam Peraturan Kementerian Kesehatan 72/2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Kemenkes, 2016).

- a. Kondisi pasien yang memerlukan PTO antara lain:
 - 1) Pasien dirawat di rumah sakit karena berbagai penyakit sehingga mendapat obat lebih dari satu atau polifarmasi.
 - 2) Pasien didagnosa penyakit kanker yang menerima terapi sitostatik.
 - 3) Penderita dengan gangguan fungsi organ terutama ginjal dan hati.
 - 4) Pasien lansia dan anak.
 - 5) Pasien sedang hamil dan menyusui.
 - 6) Pasien mendapat pelayanan khusus.
 - 7) Pasien yang menerima rejimen pengobatan yang kompleks:
Polifarmasi, Perubahan rute pemberian, Perubahan rejimen pengobatan, Metode pemberian khusus (misalnya, inhalasi, Infus (bukan bolus), dll.

- b. Pasien yang menerima obat dengan risiko tinggi, pasien yang mendapatkan obat sebagai berikut:
- Obat bersifat nefrotoksik (contoh: acyclovir) dan hepatotoksik (contoh: OAT), Sitostatika (contoh: Doxorubicin)
 - Obat kardiovaskular (contoh: clopidogrel)
 - Obat dengan indeks terapi sempit (contoh: fenobarbital, fenitoin),
 - Antikoagulan (contoh: aspirin, warfarin)
 - Obat yang sering menimbulkan ROTD (contoh: metoklopramid, AINS)
- c. Pelaksanaan PTO Pemantauan Terapi Obat yaitu dengan menggunakan rancangan S-O-A-P sebagai berikut;

(S: Subjective)

Data subjektif merupakan gejala apa saja yang dirasakan oleh pasien .

Misalnya : Mual, muntah, sesak, pusing, diare dan lainnya

O: Objective

Data Objektif merupakan awal tanda adanya gejala yang dapat diukur dan dilakukan pemeriksaan oleh tenaga Kesehatan pada saat masuk pelayanan Kesehatan. Data Objektif dapat mencakup tanda vital seperti : suhu tubuh, tekanan darah, denyut nadi, kecepatan pernafasan ataupun hasil pemeriksaan penunjang dari laboratorium.

A: Assessment

Dari data subjektif dan objektif maka dilakukan analisis terkait terapi pengobatan yang akan digunakan.

P: Plans

Setelah dilakukan Subjektif, Objektif dan Assesment selanjutnya menyusun *planning* yang dapat dilakukan untuk

menyelesaikan kendala terkait pemberian terapi yang dapat menyembuhkan pasien.

Selanjutnya dilakukan identifikasi masalah terkait pengobatan. Masalah yang mungkin bisa ditemukan yaitu;

- 1) Terdapat indikasi tetapi tidak mendapatkan terapi: Pasien yang telah ditegakkan diagnosisnya membutuhkan terapi obat tetapi tidak mendapatkan resep. Yang harus diperhatikan tidak semua tanda gejala itu harus diterapi dengan pemberian obat.
- 2) Adanya pemberian obat tetapi tidak ada indikasi, pasien mendapatkan obat yang tidak dibutuhkan.
- 3) Pemilihan terapi pengobatan yang tidak sesuai. Pasien mendapatkan obat yang bukan pilihan terbaik untuk kondisinya.
- 4) Diberikan dosis terlalu tinggi
- 5) Mendapatkan dosis yang tidak sesuai atau terlalu rendah
- 6) Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD) terjadinya efek samping atau toksisitas.

12.4.1 Masalah Terkait Dengan Pemberian Obat

1. Rute Pemberian Obat

Rute pemberian obat perlu adanya pengkajian oleh apoteker memastikan setiap rute tepat disebabkan kepada pasien. Contohnya, pasien yang sulit menelan obat hindari pemberian secara oral. Pemberian obat harus disesuaikan dengan karakteristik yang ada pada obat tersebut.

2. Bentuk Sediaan

Dalam suatu obat ada perlakuan dimana harus mempertimbangkan bioekivalensi dari merk dagang suatu obat. Perubahan rute pemberian memerlukan penyesuaian dosis untuk pasien yang dilakukan pemantauan secara intensif terhadap efek klinis. Pasien yang mungkin sulit untuk patuh dalam aturan pengobatan dan akan mudah apabila dapat dilakukan aturan sederhana melalui

pemberian obat yang bekerja dalam waktu lama dalam tubuh terkendali sehingga hanya diberikan 1 kali sehari.

3. Pemilihan Waktu

Ketepatan waktu pemberian obat, contohnya:

- a. Golongan obat sedative yang diberikan pada malam hari 30 menit sebelum pasien istirahat/tidur.
- b. Pemberian obat golongan diuretic sebaiknya diberikan pagi hari karena akan lebih sering ingin buang air kecil sehingga tidak mengganggu istirahat.
- c. Pemberian obat dengan konsumsi makanan harus diperhatikan seperti pemberian obat antibiotic tetrasiklin 1 jam sebelum makan atau saat perut kosong dan tidak boleh dikonsumsi bersamaan dengan minum susu.

4. Frekuensi Pemberian

Memastikan frekuensi pemberian telah sesuai dengan farmakokinetik obat atau dengan formulasinya. Contohnya, MST (Morfin Sulfat Terkendali) diberikan 2 kali sehari dengan waktu pemberian 12 jam untuk nyeri kronis dengan pelepasan cepat diberikan sebagai tambahan setiap 4 jam jika diperlukan untuk pengelolaan nyeri. Harus dipertimbangkan juga keefektifan pengobatan diberikan hanya perlu saja.

5. Kecepatan dalam Pemberian Obat

Beberapa obat yang harus diawasi penggunaan obat diberikan dengan kecepatan yang tepat seperti pemberian obat furosemide secara intravena pada kecepatan tidak melebihi dari 4mg permenit.

6. Efek Samping yang berkaitan dengan rute pemberian obat

Efek samping mungkin saja timbul dan perlu diantisipasi sebagai akibat dari rute pemberian obat, contohnya; *acute angle glaucoma* dilaporkan terjadi pada pasien yang diberikan ipratropium secara nebulasi, terutama jika digunakan Bersama dengan obat salbutamol atau kemungkinan *agonis adrenoreseptor beta 2*. Pelu

adanya perhatian perlakukan khusus dari uap nebulasi menuju ke mata pasien.

13.4.4 Masalah Terkait Obat

1. Ketepatan pengobatan

Perlu memastikan aturan pengobatan dari kesesuaian dengan kondisi pasien dan adanya pengkajian untuk memastikan ketepatannya untuk masing-masing pasien mengingat faktor seperti penyakit yang lain, kontra indikasi, fungsi organ ginjal, fungsi hati, alergi serta masalah kepatuhan pasien dalam pengobatan atau yang lainnya. Contoh: obat yang menghambat beta dapat menimbulkan asma sehingga harus dihindari pada pasien yang memiliki penyakit asma atau penyakit paru-paru obstruktif menahun, walaupun diperlukan gunakan penghambat beta-I- selektif, namun harus diobservasi secara rutin.

2. Pentingnya pengobatan

Proses pengobatan diperlukan atau tidak oleh pasien sehingga perlu dipertimbangkan resiko dan manfaat pada saat pengobatan akan dilakukan terhadap pasien. Dan juga mempertimbangkan pengobatan diindikasikan seperti penyelesaian pengobatan antibiotic yang harus selesai dan dihabiskan.

3. Ketepatan dosis

Mempertimbangkan dosis termasuk dosis minimum dan dosis maksimum, dan variable lain pada pasien yang dapat mempengaruhi dosis seperti BB, TB, usia, fungsi organ ginjal dan hati atau yang lainnya. Terkadang dosis obat perlu penyesuaian saat terapi dilakukan. Contoh, karbamazepin menginduksi metabolisme sehingga perlu dilakukan kajian pencapaian terapi dan menyesuaikan dosis berdasarkan respon terapi.

4. keefektifan Pengobatan

Efektivitas pengobatan dinilai berdasarkan respon terhadap obat dan efek samping yang terjadi. Proses ini dibantu dengan penggunaan lembar observasi atau mengadakan diskusi dengan penderita atau tenaga Kesehatan lain.

5. Jangka waktu pengobatan

Beberapa obat diberikan sebagai terapi yang harus dikonsumsi seumur hidup, akan tetapi obat lainnya hanya diperlukan untuk waktu tertentu. Pengobatan disfungsi tiroid dan diabetes melitus, hipertensi dilakukan pengobatan seumur hidup.

6. Efek Samping Obat

Perlunya antisipasi pada efek samping obat, pencegahan atau penanganan dengan tepat. Efek samping harus diidentifikasi dan dinilai untuk penentuan apakah pengobatan tetap dilanjutkan atau harus dihentikan atau dengan penambahan obat untuk mengatasi efek samping tersebut.

7. Interaksi obat

Interaksi obat pada saat terapi pengobatan itu bisa terjadi antara obat dengan obat, obat dengan makanan dan minuman, obat dengan hasil test laboratorium, obat dengan penyakit yang lain.

8. Kompatibilitas atau pencampuran obat

OTT atau obat tidak tercampur secara fisika atau kimia dapat timbul dengan hilangnya potensi dan terjadi peningkatan toksisitas dan efek samping. Indikasi secara visual masalah OTT bisa diamati timbulnya 2 jenis injeksi yang tidak tepat atau tercampur dengan baik kedalam cairan infuse yang tidak tepat.

Misalnya;

- a. Gentamisin dan benzilpenisilin akan membentuk endapan kovalensi.

- b. Siklizin mengendap dengan campuran NaCl 0,9%
Ketika disatukan dalam spuit.

12.5 Kemitraan Profesional

Proses penggunaan obat dapat terbagi dalam beberapa tahapan. dimungkinkan terjadi kemitraan antara dokter, perawat dan apoteker dalam pelayanan kepada masyarakat secara terpadu. Tahapan tersebut antara lain : (Ashp, 2009)

1. Diagnosis Masalah penderita

Proses diagnosis dilakukan untuk mengidentifikasi bentuk penyakit yang dialami oleh pasien. Proses diagnosis dapat berjalan dengan mudah ataupun sebaliknya. Hasil dari proses juga sering kali tidak tepat. Suatu pengobatan akan menjadi rasional tidak diawali dari proses diagnosis yang dilakukan dokter kepada pasien. Seringkali dibutuhkan sejarah pengobatan pasien dalam proses identifikasi. Dilakukan karena dikhawatirkan obat yang diberikan dapat menimbulkan oenyakit yang memperparah keadaan pasien.

2. Penentuan sejarah pengobatan

Salah satu aspek penting dari proses pengobatan yaitu sejarah penggunaan obat. Rekaman data obat yang digunakan penderita sebelum masuk rumah sakit, semua obat yang dibeli mandiri ataupun dengan resep dokter. Selain memeriksa kemungkinan penyakit yang diinduksi obat. Dokter hendak perlu mengetahui obat yang sedang dikonsumsi sehingga tidak timbul polifarmasi. Akibat dari polifarmasi dapat beragam seperti duplikasi obat, menyebabkan peningkatan dosis, adanya interaksi farmakokinetik atau farmakodinamik yang merugikan kerja obat secara antagonis atau yang lainnya. Sejarah pengobatan secara rutin dikumpulkan, misalnya pasien

tidak menyebutkan nama obat bebas yang dikonsumsi. Pengumpulan sejarah pengobatan pasien dilakukan oleh apoteker karena pengetahuan tentang obat yang lebih luas menghasilkan rekaman sejarah obat secara lengkap untuk membantu keberhasilan terapi pasien.

3. Penulisan Resep

Penulisan resep merupakan salah satu komponen pada proses pengobatan. Setelah dilakukan diagnosis dan dapat kesimpulan dari keadaan pasien, ditetapkan tujuan akhir terapi. Tujuan akhir merupakan suatu tujuan yang dapat diukur secara spesifik melalui penilaian fisik dan pengujian hasil test laboratorium. Pada saat penulisan resep dokter memilih jenis terapi yang cocok bagi penderita sekaligus menetapkan regimen pengobatan yang akan diberikan kepada pasien. Dalam tahap ini peran apoteker sebagai pemberi informasi terkait pemilihan terapi obat dan regimen yang ditulis dokter sehingga pasien bisa mencapai terapi pengobatan dengan baik.

4. Seleksi Obat

Setelah terapi dipilih selanjutnya dilakukan pemilihan obat jumlah dan bentuk sediaan obat kebutuhan peracikan atau tidak. Dan tahap ini dilakukan seleksi pemilihan merek obat yang tersedia dipasaran dengan zat aktif yang sama maka dilakukan pengendalian berdasarkan mutu, ketersediaan hayati dan kehandalan produk yang bersangkutan. Apoteker wajib memberikan informasi dan masukan kepada dokter untuk dapat memutuskan produk yang dipilih untuk terapi pengobatan pasien yang tepat. Seleksi khusus untuk pasien tertentu merupakan bagian penting dari pelayanan farmasi di rumah sakit.

5. Dispensing

Dispensing merupakan Tindakan untuk memastikan ketepatan resep obat, memilih dan menyediakan obat, memastikan pasien ataupun perawat memahami penggunaan dan cara konsumsi sediaan secara tepat.

Kondisi dispensing menyediakan obat yang berorientasi kepada pasien, pengadaan rekaman sejarah pengobatan dan profil pengobatan sehingga apoteker dapat berkontribusi secara berarti didalam pelayanan terbaik kepada pasien.

6. Pendidikan dan Konseling

Seluruh tenaga Kesehatan memiliki tanggung jawab mendidik pasien tentang penyakit dan terapi pengobatan. Dalam penggunaan obat seringkali memberikan efek samping serta interaksi efek toksik yang membahayakan bagi pasien. Oleh sebab itu perlunya informasi kepada pasien terkait aspek penting pada saat pasien menjalani terapi.

7. Konsumsi Obat

Apoteker wajib memberikan informasi dan pengetahuan kepada tenaga Kesehatan yang lain khususnya yang berhubungan langsung dengan pasien terkait penyiapan dan konsumsi obat pasien, sehingga harus mengetahui waktu pemberian, dosis, kecepatan infus iv, pencampuran iv, pengenceran sediaan obat, rekonstitusi obat dan lainnya berkaitan pengobatan.

8. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Proses dalam jaminan mutu secara bersinambung terstruktur bertujuan untuk memastikan bahwa obat yang digunakan tepat aman serta efektif. Kegiatan ini dilaksanakan seluruh tim tenaga Kesehatan yang berhubungan dengan pasien. Apoteker atau bagian dari farmasi memiliki peran sebagai berikut:

- a. Tersedia informasi berbasis penunjang yang mutakhir terkait obat yang akan dievaluasi.
- b. Penetapan kriteria penggunaan obat sebagai acuan evaluasi
- c. Aktif melakukan evaluasi berdasarkan acuan
- d. Berpartisipasi terkait perbaikan atau penetapan solusi masalah

- e. Ikut serta dalam penilaian keefektifan kemampuan pemulihan
- f. Menginformasikan tentang pelaksanaan EPO dari Tindakan perbaikan dan hasil secara individu dan kelompok sesuai yang ditentukan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeboye Adejare, A.A. (2020) *Remington The Science and Practice of Pharmacy*.
- Ajeng, G., Ayu, K. and Syaripuddin, M. (2019) *Peranan Apoteker dalam Pelayanan Kefarmasian pada Penderita Hipertensi*. Available at: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK>.
- Ashp (2009) *Standards-Based Pharmacy Practice in Hospitals and Health Systems*. Available at: www.ashp.org/bestpractices.
- Brata, A.L.A. (2018) 'Analisis Pelayanan Asuhan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Di Kota Jambi', *Jurnal Bahan Kesehatan Masyarakat*, 2(2), pp. 113–117.
- Hariyoko, Y. et al. (2021) *Efektivitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Oleh Puskesmas Di Kabupaten Manggarai*, *Jurnal Good Governance*.
- Kemenkes (2011) *Pedoman Cara Pelayanan Kefarmasian Yang Baik (CPFB)*.
- Kemenkes (2016) *Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit*.
- Loh, P. et al. (2023) 'Practice of pharmaceutical care by community pharmacists in response to self-medication request for a cough: a simulated client study', *BMC Health Services Research*, 23(1), p. 657. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09642-x>.
- Perpres (2014) 'Undang - Undang No 36 tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan'.
- Wiedyaningsih, C. and Ari Kristina, S. (2017) 'Implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian Diapotek Kota Jambi Implementation Of Pharmaceutical Care Standard In Jambi City's Pharmacies', 7.

BAB 13

PROGRAM PEMERINTAH DALAM UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN

Oleh Nunik Wahyuni

13.1 Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Dasar Negara Republik Indonesia, UUD 1945, menyebutkan bahwa negara berkewajiban memberikan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Jaminan sosial yang dimaksud meliputi sejumlah aspek terkait kesejahteraan masyarakat, salah satunya adalah kesehatan. Dalam hal ini Pemerintah Republik Indonesia mengintegrasikan melalui sejumlah program kesehatan yang dituangkan dalam rencana pembangunan nasional.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Kesehatan menjadi faktor utama dan pertama yang harus dipenuhi agar setiap individu dapat memperjuangkan dan memperoleh hak-hak dasar yang lain. Undang-Undang Kesehatan nomor 17 tahun 2023 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk melakukan pembangunan kesehatan diperlukan adanya upaya kesehatan, sumber daya kesehatan dan pengelolaan berkelanjutan dalam sistem kesehatan itu sendiri. Rencana pembangunan jangka menengah dan atau jangka panjang nasional (RPJMN/ RPJPN) yang disusun oleh pemerintah menjadi bukti kongkret upaya pembangunan kesehatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-

tingginya. Kementerian dan Lembaga Pemerintah mengakomodir pembangunan kesehatan tersebut melalui sejumlah program yang berwawasan kesehatan. Melalui sejumlah program tersebut Pemerintah berupaya untuk senantiasa memperkuat sistem kesehatan nasional guna mencapai pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, telah menyusun Rencana Aksi Program (RAP) Kesehatan tahun 2022-2024 yang didasarkan pada RPJMN 2020-2024. Perencanaan tersebut mengarah pada Proyek Prioritas Strategis (*major project*) bidang kesehatan yaitu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan menurunkan tingkat kejadian stunting, serta lima kegiatan prioritas yang lain, yaitu meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak; meningkatkan kualitas pelayanan program keluarga berencana (KB) dan kesehatan reproduksi; mempercepat upaya perbaikan gizi di masyarakat; meningkatkan upaya pengendalian penyakit; menerapkan budaya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dalam kehidupan sehari-hari; memperkuat sistem kesehatan serta pengawasan obat dan makanan (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Sejalan dengan hal tersebut, Rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 13 tahun 2022 juga merumuskan enam pilar transformasi kesehatan, yaitu :

1. Perbaikan pada pelayanan kesehatan pertama (dasar) menuju penguatan dan peningkatan pelayanan yang lebih berkualitas.
2. Perbaikan pada pelayanan kesehatan rujukan dalam memberikan pelayanan rujukan yang lebih berkualitas.
3. Perbaikan sistem ketahanan kesehatan agar menjadi lebih tangguh.
4. Perbaikan pada sistem pembiayaan kesehatan menuju pembiayaan kesehatan yang lebih terintegrasi, efektif, dan efisien.

5. Perbaikan dalam pengelolaan tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang berkompeten, merata, dan berkeadilan.
6. Pembangunan di bidang teknologi kesehatan menuju digitalisasi dengan meningkatkan pemanfaatan teknologi di bidang kesehatan.

Sebagai upaya untuk mewujudkan rencana tersebut, Kementerian Kesehatan, menetapkan sasaran strategis untuk mendukung pelaksanaan program pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan, yaitu :

1. Memperkuat upaya promotif dan preventif di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) melalui program UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) dan pendekatan keluarga.
2. Memperkuat pengelolaan kesehatan masyarakat dan meningkatkan peran kolaboratif publik-swasta di sejumlah program kesehatan.

Upaya promotif dan preventif sebagai salah satu langkah dalam program pembangunan kesehatan dapat diwujudkan melalui kegiatan promosi kesehatan. Dalam buku Panduan Integrasi Promosi Kesehatan disebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan pembangun pilar perilaku sehat. Melalui penerapan budaya perilaku sehat akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yaitu dengan terciptanya lingkungan yang sehat dan pelayanan kesehatan yang semakin berkembang menjadi lebih baik (Depkes RI, 2006).

13.2 Promosi Kesehatan dalam Upaya Pencegahan

WHO mendefinisikan promosi kesehatan sebagai sebuah proses yang melibatkan individu dan masyarakat secara langsung melalui pemberdayaan agar mereka dapat meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatannya sehingga setiap individu dan masyarakat tersebut mampu meningkatkan derajat kesehatannya secara mandiri (Nurmala Ira, et al., 2018). Sejalan dengan definisi tersebut, Indonesia mendefinisikan promosi kesehatan sebagai upaya untuk menciptakan masyarakat yang mandiri dalam menghadapi sejumlah permasalahan kesehatan serta mampu berinovasi dan berinisiatif di sejumlah kegiatan kesehatan, dengan cara meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran yang dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat (R Indika, Deru., Mutiara Aprillia, Arrafi., 2017). Sebuah buku tentang promosi kesehatan, menyebutkan bahwa tujuan dari upaya promosi kesehatan adalah (Nurmala Ira, et al., 2018; Chusniah Rachmawati, 2019) :

1. Mengoptimalkan keterlibatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam upaya pembangunan kesehatan dengan meningkatkan kemandirian, kemampuan, pengetahuan dan wawasan di bidang kesehatan.
2. Melakukan pemberdayaan masyarakat untuk membina lingkungan yang mendukung terciptanya budaya hidup bersih dan sehat di masyarakat.
3. Melakukan advokasi kepada para pejabat pengambil keputusan dan pemangku kebijakan serta pihak lain yang terkait

Pelaksanaan promosi kesehatan juga memiliki peran dalam upaya preventif atau pencegahan. Adapun peran promosi kesehatan dalam upaya pencegahan dipaparkan dalam buku Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, diantaranya adalah :

1. Promosi kesehatan sebagai upaya awal pencegahan penyakit. Sebagai upaya dalam kegiatan ini adalah edukasi dan pemberian informasi pada masyarakat melalui sejumlah sarana dan metode. Pemerintah dan seluruh penggiat kesehatan saling berkolaborasi, sejumlah program pemerintah melibatkan lintas sektor secara lebih makro dan terpadu dengan menggunakan pendekatan paradigma sehat. GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) merupakan wujud upaya pemerintah mengaplikasikan kegiatan promosi kesehatan sebagai upaya pencegahan penyakit.
2. Promosi kesehatan sebagai upaya perlindungan khusus (*specific protection*). Perlindungan khusus merupakan upaya pencegahan yang dilakukan oleh masyarakat terhadap ancaman penularan penyakit tertentu. Sebagai contoh upaya tersebut adalah program imunisasi yang dicanangkan oleh pemerintah, yang dikampanyekan serentak oleh para penggiat kesehatan dari sektor pemerintah dan swasta; kampanye budaya cuci tangan pakai sabun (CTPS) sebagai upaya untuk mencegah penularan penyakit infeksi; penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) untuk mencegah penularan penyakit dan paparan bahan yang bersifat karsinogenik
3. Promosi kesehatan dalam upaya diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*), merupakan sebuah gerakan kampanye untuk menemukan sedini mungkin penyakit dan sesegera mungkin melakukan pengobatan sesuai tatalaksana penyakit. Sebagai contoh program pemerintah dalam upaya tersebut adalah program skrining PTM (diabetes melitus dan hipertensi) pada usia remaja, usia produktif dan usia lanjut; skrining anemia pada remaja putri dan kampanye penggunaan tablet tambah darah untuk mencegah anemia; TOSS TB (Temukan dan Obati Sampai Sembuh TBC), sebagai upaya untuk melakukan eliminasi kasus TBC di masyarakat (TB Indonesia, Kemenkes RI).
4. Promosi kesehatan dalam upaya mengurangi kecacatan (*Dissability Limitation*), merupakan upaya pemberian terapi yang maksimal sesuai tata laksana atau petunjuk praktek

klinis penyakit tertentu agar tidak menjadi lebih parah, menyembuhkan dan meminimalkan potensi terjadinya kecacatan. Sebagai contoh upaya promosi kesehatan dalam hal ini adalah kampanye deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam setiap tahap siklus kehidupan, sebagai contoh pelaksanaan program SHK (Skiring Hiperthiroid Kongenital) pada bayi baru lahir sebagai upaya untuk mendeteksi kondisi hipotiroid yang berpotensi mengganggu tumbuh kembang fisik dan mental anak.

5. Promosi kesehatan dalam upaya rehabilitasi (*Rehabilitation*), merupakan tahap akhir pencegahan bagi masyarakat yang sakit dan masih berpeluang untuk sembuh, kembali dalam kehidupan bermasyarakat dengan kondisi sehat, secara normal dapat menjalankan fungsinya di masyarakat, serta tidak menjadi beban bagi individu yang lain. Sebagai contoh dari upaya ini adalah pecandu narkoba yang harus menjalani proses rehabilitasi sebelum pada akhirnya kembali ke masyarakat dan mampu berkarya, berkontribusi positif dalam kehidupan bermasyarakat.

Diperlukan adanya strategi yang baik untuk mewujudkan visi-misi promosi kesehatan sebagai bagian dari upaya pembangunan kesehatan. Menurut WHO, strategi yang dapat dilakukan dalam melakukan promosi kesehatan adalah (Nurmala Ira, et al., 2018; Chusniah Rachmawati, 2019) :

1. Advokasi.

Advokasi dilakukan oleh masyarakat kepada pemerintah atau pemangku kebijakan yang ada di setiap tingkat dan sektor. Tujuannya agar para pejabat atau pemangku kebijakan mengetahui dan meyakini tentang pentingnya program kesehatan untuk dijalankan sehingga dapat memberikan dukungan berupa penetapan kebijakan atau keputusan terkait pelaksanaan program kesehatan tersebut.

2. Dukungan Sosial

Dalam pelaksanaannya, promosi kesehatan memerlukan banyak dukungan dari berbagai elemen masyarakat. Dukungan masyarakat non formal, seperti para tokoh adat dan atau tokoh agama yang dihormati, sangat diperlukan untuk menjelaskan atau mensosialisasikan sejumlah program kesehatan yang akan dilakukan agar masyarakat ikut berpartisipasi atau berperan aktif dalam program tersebut.

3. Pemberdayaan masyarakat

Hal ini sejalan dengan visi promosi kesehatan, yaitu melibatkan masyarakat dalam membangun kemandirian untuk hidup sehat, memelihara kesehatan dan mengatasi sejumlah masalah kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Peran promosi kesehatan dalam upaya pencegahan (*preventive*) penyakit sangat diperlukan mengingat begitu kompleksnya faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

PHBS menjadi sebuah upaya pembangunan kesehatan untuk mewujudkan kondisi kesehatan masyarakat yang lebih baik dan berkualitas melalui pemberdayaan individu dan masyarakat. Agenda PHBS dilakukan dengan memberikan edukasi, memberdayakan, melibatkan secara langsung individu, masyarakat dan seluruh pemangku kebijakan dalam setiap aktivitas menuju hidup bersih dan sehat. Seluruh upaya tersebut diharapkan mampu melahirkan budaya perilaku hidup bersih dan sehat atas dasar kesadaran, kepedulian, kemauan, dan kemampuan sehingga individu dan masyarakat secara mandiri dapat menjaga dan mempertahankan status kesehatannya serta

dapat memberikan kontribusi aktif dalam pembangunan kesehatan di masyarakat.

Untuk mengukur pencapaian sebuah program diperlukan adanya indikator. Indikator juga berfungsi sebagai upaya monitoring dan evaluasi keberhasilan pelaksanaan kegiatan. Dalam Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI disampaikan sepuluh indikator PHBS, yaitu :

1. Proses persalinan Ibu dibantu oleh tenaga kesehatan,
2. Pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan,
3. Penimbangan balita dilakukan secara rutin setiap bulan,
4. Penggunaan air bersih dan sehat untuk kegiatan sehari-hari,
5. Penggunaan sabun untuk mencuci tangan,
6. Penggunaan jamban yang bersih dan sehat,
7. Pemberantasan jentik-jentik nyamuk,
8. Mengonsumsi makanan sehat dan bergizi seimbang (buah dan sayur) setiap hari,
9. Rutin berolah raga setiap hari,
10. Tidak dan berhenti merokok.

Upaya monitoring dan evaluasi pencapaian pelaksanaan PHBS diukur berdasarkan sepuluh indikator tersebut melalui survai yang dilakukan secara nasional di masyarakat.

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Pembentukan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan salah satu strategi untuk mewujudkan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan (Masruroh, Shofi Dieni & Hargono, Rachmat, 2018). Desa Siaga merupakan desa atau kelurahan dengan penduduk yang memiliki sumber daya sehingga mampu hidup sehat secara mandiri, yaitu menjaga mencegah, dan

mengatasi masalah kesehatannya, serta memiliki kesiapan terhadap kondisi kegawatdaruratan dan bencana. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif memiliki ciri-ciri yaitu (Kementerian Kesehatan RI, 2010; Masruroh, Shofi Dieni dan Hargono, Rachmat 2018). :

- Terdapat pelayanan kesehatan yang dapat diakses dengan mudah oleh setiap penduduk desa. Pelayanan kesehatan dasar yang dimaksud adalah Pos Kesehatan Desa (PONKESDES), Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (PUSTU), Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) serta fasilitas pelayanan kesehatan yang lain.
- Dilakukan pemberdayaan masyarakat melalui penerapan dan pengembangan UKBM sebagai upaya untuk mendorong terwujudnya survailans berbasis masyarakat, kegawatdaruratan kesehatan, tanggap bencana, dan penyehatan lingkungan.
- Penerapan budaya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) oleh masyarakat desa dalam kehidupan sehari-hari.

Pembentukan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif merupakan upaya Pemerintah untuk mewujudkan masyarakat sehat melalui promosi kesehatan dengan penerapan sejumlah strateginya, yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Desa/ Kelurahan Siaga Aktif adalah sebuah program yang komprehensif, berkesinambungan dan melibatkan multisektor untuk menciptakan masyarakat madani yang paham dan peduli terhadap permasalahan kesehatan serta mampu dan mau berperan dalam pembangunan kesehatan. Kegiatan kesehatan di Desa/ Kelurahan Siaga Aktif melibatkan perangkat pemerintah desa/ kelurahan, unsur lembaga ke masyarakat desa, seperti BPD, tim penggerak PKK, KPM desa/ kelurahan, tokoh masyarakat dan kader kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2010). Kegiatan pemberdayaan kesehatan di Desa/ Kelurahan Siaga Aktif diselenggarakan oleh kader kesehatan dan pelaksanaannya

dibantu oleh tenaga kesehatan (Masruroh, Shofi Dieni & Hargono, Rachmat, 2018). Dalam upaya menjaga keberlangsungan dan mengembangkan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif diperlukan peran kader kesehatan untuk menggerakkan masyarakat agar senantiasa menerapkan budaya hidup bersih dan sehat; memberdayakan masyarakat agar mampu mengenali dan mencegah permasalahan kesehatan yang terjadi di lingkungan sekitarnya; menciptakan lingkungan sehat; mengedukasi masyarakat agar secara rutin melakukan pemantauan kesehatan ibu, bayi dan balita di posyandu; memasyarakatkan budaya konsumsi makanan sehat dan bergizi seimbang; dan menyiapkan masyarakat dalam kondisi tanggap menghadapi bencana alam. Kefaktifan kader kesehatan menjadi salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian desa/ kelurahan siaga Aktif (Masruroh, Shofi Dieni & Hargono, Rachmat, 2018).

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) dicanangkan oleh pemerintah melalui Instruksi Presiden (Inpres) nomor 1 tahun 2017 (Udiani C., Hikmandari, 2019). GERMAS menjadi program unggulan Kementerian Kesehatan untuk memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat dengan bertumpu pada kemandirian masyarakat. GERMAS dilakukan melalui strategi pendekatan dan pemberdayaan masyarakat yaitu dengan memasyarakatkan PHBS agar menjadi budaya positif yang selalu diterapkan dalam kehidupan sehari-hari sebagai individu pribadi maupun sebagai bagian dari kelompok masyarakat yang berada di lingkungan rumah tangga, tempat pendidikan, tempat bekerja, fasilitas umum, dan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan GERMAS menjadi bagian dari upaya untuk mencapai TPB (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan) atau SDGs (*Sustainable Development Goals*), sebagaimana yang tersebut dalam lampiran Peraturan Presiden RI nomor 111 tahun 2022 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan,

yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk di segala usia. Dalam pelaksanaannya, kegiatan pokok GERMAS dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu :

1. Berolah raga secara rutin
2. Menerapkan perilaku hidup sehat
3. Makan makanan sehat dan bergizi seimbang setiap hari
4. Melakukan upaya pencegahan dan deteksi dini penyakit
5. Meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan
6. Melakukan edukasi hidup sehat secara berkelanjutan

Pencapaian pembangunan kesehatan juga harus didukung dengan upaya pembangunan infrastruktur yang berwawasan kesehatan. Pemerintah telah melakukan pembangunan permukiman berbasis masyarakat agar masyarakat dapat memperoleh akses kesehatan dan kesejahteraan yang bermutu. Sejumlah program pemerintah dalam pembangunan infrastuktur yang mendukung pelaksanaan GERMAS diantaranya adalah :

- Penyediaan sarana aktivitas fisik dan ruang terbuka hijau publik di kawasan permukiman dan sarana fasilitas umum dilaksanakan melalui Program KOTAKU (Kota Tanpa Kumuh)
- Peningkatan kualitas permukiman perdesaan yang dilaksanakan melalui Program Pengembangan Infrastruktur Sosial Ekonomi Wilayah (PISEW)
- Penyediaan air minum dan sanitasi yang bersih dan sehat diwujudkan melalui program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) bersinergi dengan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
- Penyediaan akses sanitasi dasar yang berkualitas diselenggarakan melalui program Sanitasi Berbasis Masyarakat (SANIMAS) dan pembangunan Tempat Pengolahan Sampah Terpadu (TPST-3R)

Buku TIGA TAHUN GERMAS : Lessons Learned, memaparkan sejumlah indikator GERMAS, yaitu :

1. Jumlah Kabupaten/ Kota yang melaksanakan kampanye GERMAS, minimal lima tema kampanye GERMAS
2. Persentase Kabupaten/ Kota yang menerapkan kebijakan KTR, dengan target minimal 50% sekolah di wilayahnya.
3. Persentase posyandu aktif dan desa yang mengalokasikan dana desa untuk program UKBM sesuai dengan NSPK (Norma, Standar, Prosedur, Kriteria) Kesehatan.
4. Jumlah kegiatan kampanye untuk mensosialisasikan budaya gemar melakukan aktivitas fisik secara rutin.
5. Jumlah petugas kesehatan yang menjadi konselor ASI dan menyusui serta jumlah kegiatan kampanye Pemberian ASI Eksklusif.
6. Jumlah puskesmas yang melaksanakan pemeriksaan dini kanker payudara dan leher rahim pada perempuan usia 30-50 tahun dan jumlah pedoman tata laksana deteksi dini penyakit di instansi pemerintah dan swasta.
7. Jumlah desa/ kelurahan yang menerapkan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat).

13.3 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Mengutip Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah yang melakukan upaya pelayanan kesehatan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Puskesmas berada di tingkat kecamatan dari setiap wilayah Kabupaten/ Kota. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan lebih diutamakan pada upaya promotif dan preventif. Dalam lingkup pembangunan kesehatan, Puskesmas berperan sebagai sarana untuk menjalankan sejumlah kebijakan pemerintah terkait kesehatan

dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan, terutama di wilayah kerja puskesmas, yaitu untuk mewujudkan Kecamatan Sehat. Fungsi Puskesmas dalam pembangunan kesehatan adalah dengan menjalankan pelayanan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Sejumlah program kesehatan diintegrasikan dan dijalankan melalui pendekatan keluarga. Pelayanan kesehatan yang dilakukan berpusat secara perorangan, berfokus dalam lingkup keluarga, serta berorientasi pada kelompok dan masyarakat. Dalam rangka menjalankan sejumlah kebijakan kesehatan, Puskesmas dapat melakukan advokasi, sosialisasi, kerjasama, koordinasi, kolaborasi lintas sektor, lintas program, melibatkan tokoh masyarakat dan sejumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain di wilayah kerjanya, termasuk rumah sakit, yang dalam hal ini disebut dengan jejaring puskesmas. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang diselenggarakan di puskesmas meliputi UKM Esensial dan UKM Pengembangan, yang disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 13. 1. Program UKM Pengembangan di Puskesmas

No.	UKM Pengembangan	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
1	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	• Skrining kesehatan gigi di posyandu • Skrining kesehatan gigi pada ibu hamil (termasuk dalam kegiatan ANC terpadu)
2	Penanganan Masalah Penyelenggaraan NAPZA	Penyuluhan atau sosialisasi tentang Napza, HIV-AIDS pada siswa di sekolah SD, SLTP, SMU
3	Kesehatan Matra	Pelayanan kesehatan haji sesuai standart menggunakan aplikasi SISKOHAT
4	Pelayanan Kesehatan Tradisional	• Melakukan pembinaan dan pemberdayaan terkait TOGA pada masyarakat dan kader kesehatan • Melakukan supervisi kepada penyehat tradisional di wilayah kerja puskesmas
5	Pelayanan Kesehatan Olah Raga	• Melakukan tes kebugaran karyawan secara berkala • Melakukan senam pagi bersama karyawan puskesmas setiap pekan

No.	UKM Pengembangan	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
		• Melakukan tes kebugaran calon jamaah haji
6	Pelayanan Kesehatan Kerja	• Melakukan skrining kesehatan karyawan puskesmas secara berkala • Melakukan kegiatan skrining, promotif dan preventif terhadap kelompok kerja di wilayah puskesmas
7	Kefarmasian Masyarakat-Edukasi dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat)	Melalui program GeMa CerMat melakukan edukasi dengan metode penyuluhan atau sosialisasi dan pemberdayaan masyarakat serta kader kesehatan agar dapat secara mandiri menggunakan obat dengan bijak

Tabel 13. 2. Program UKM Esensial di Puskesmas

No.	UKM Esensial	Contoh Program Upaya	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
1	Pelayanan Kesehatan Promosi	1. Pengkajian PHBS (di Rumah Tangga, Institusi Pendidikan, Pondok Pesantren) 2. Tatanan Sehat (di Rumah Tangga, Institusi Pendidikan, Pondok Pesantren) 3. Kegiatan Intervensi/ Penyuluhan (di Rumah Tangga, Institusi Pendidikan, Pondok Pesantren) 4. Pengembangan UKBM 5. Pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	• Melakukan survei pencapaian indikator PHBS secara berkala. Pelaksanaan survei disesuaikan dengan definisi operasional PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) yang telah ditetapkan. • Puskesmas beserta jaringanya (Pustu, Ponkesdes melakukan penyuluhan/ promosi kesehatan program prioritas (Penurunan AKI & AKB, Stunting, Covid, HIV/AIDS, TB, Kusta, Napza, Diabetes Melitus, Hipertensi, Gangguan Jiwa, Imunisasi, Germas dan Posyandu) Upaya pembinaan kader kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan posyandu
2	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	1. Penyehatan Air 2. Penyehatan Tempat Pengolahan Pangan (TPP) 3. Pembinaan Tempat Fasilitas Umum (TFU) 4. Pelayanan Kesehatan Lingkungan (Klinik Sanitasi)	• Melakukan monitoring/ Inspeksi terhadap Sarana Air Minum (SAM) • Melakukan monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Tempat Pengelolaan Makanan (TPP) dan fasilitas umum

No.	UKM Esensial	Contoh Program Upaya	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
		Penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang merupakan pemberdayaan masyarakat	• Memberikan pelayanan konseling sanitasi kepada pasien/penderita Penyakit yang Berbasis Lingkungan (PBL), diantaranya yaitu ISPA, TBC, DBD, Malaria, Chikungunya, Flu burung, Filariasis, Diare, Kecacingan, Kulit, serta keracunan makanan dan peptisida - Melakukan advokasi, koordinasi, kolaborasi, dan bekerja sama dengan lintas sektor dan program di wilayah kerja Puskesmas dalam upaya pemberdayaan masyarakat pada program STBM
3	Pelayanan Kesehatan Keluarga	1. Pelayanan Kesehatan Ibu 2. Pelayanan Kesehatan Bayi 3. Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Prasekolah 4. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja 5. Pelayanan Kesehatan Lansia 6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	• Pelaksanaan ANC terpadu pada ibu hamil yang termasuk dalam program tersebut adalah skrining terhadap infeksi Hepatitis B, HIV/AIDS dan PMS (Siphilis), dan USG kehamilan. • Pelayanan pada bayi baru lahir (dalam 48 jam setelah dilahirkan), yaitu Motivasi IMD (Inisiasi Menyusu Dini) pada Ibu, Pemberian injeksi vit. K, salep mata, perawatan tali pusat, pemberian imunisasi Hepatitis B 0 (nol) pada bayi dan pemeriksaan menggunakan form

No.	UKM Esensial	Contoh Program Upaya	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
			Managemen Terpadu Bayi Muda (M TBM) • Pelayanan SHK (Skrining Hipotiroid Kongenital) pada bayi baru lahir usia 2-14 hari sejak dilahirkan. • Pemberian vitamin A dan pelayanan imunisasi dasar lengkap • Program BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) • Pelayanan skrining kesehatan di sekolah (PAUD, TK, SD, SMP, SMA) secara berkala • Skrining kesehatan lansia melalui program POSBINDU PTM (Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular) Pelayanan KB, salah satunya adalah Safari KB yang dilakukan bersama dengan BKKBN
4	Pelayanan Gizi	1. Pelayanan Gizi Masyarakat 2. Penanggulangan Gangguan Gizi Pemantauan Status Gizi	• Pemberian vitamin A pada anak usia bayi dan balita • Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil, minimal 90 tablet selama masa kehamilan • Pemberian TTD pada remaja putri untuk mencegah anemia

No.	UKM Esensial	Contoh Program Upaya	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
			• Pemberian makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil yang beresiko KEK (Kekurangan Energi Kronik) dan pada anak/ balita yang berpotensi mengalami gizi buruk Melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan anak (bayi-balita) setiap kegiatan posyandu dan dicatat dalam buku KIA
5	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1. Diare 2. Pencegahan dan Penanggulangan Hepatitis B pada Ibu Hamil 3. ISPA 4. Kusta 5. TBC 6. Pencegahan dan Penanggulangan PMS (Penyakit Menular Seksual) dan HIV/AIDS 7. Demam Berdarah Dengue (DBD) 8. Malaria dan zoonis 9. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies 10. Pelayanan Imunisasi dan Vaksinasi 11. Pengamatan Penyakit (<i>Surveillance Epidemiology</i>)	• Penyediaan sarana di puskesmas berupa pojok oralit • Pemberian zink dan oralit sesuai tatalaksana diare • Pemberian vaksin Hepatitis B pada bayi baru lahir dengan ibu yang positif terinfeksi Hepatitis B • Pemberian rujukan persalinan pada faskes lanjutan bagi ibu yang positif terinfeksi Hepatitis B • Upaya monitoring kasus ISPA pada anak dan balita (berupa pelaporan kasus pneumonia pada balita) • Penyediaan FDC/ KDT sebagai terapi standart untuk kasus Kusta dan TBC

No.	UKM Esensial	Contoh Program Upaya	Contoh Pelaksanaan di Puskesmas
		12. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Pelayanan Kesehatan Jiwa	• Penyediaan terapi pencegahan TBC sesuai standart • Penyediaan ARV • Pelayanan deteksi dini kanker payu dara dan leher Rahim • Tersedianya BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) untuk pelayanan diagnostik DBD dan upaya preventif penularan DBD • Tersedianya pelayanan imunisasi dasar lengkap (IDL) • Tersedianya Poli Pandu PTM (Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular) • Kampanye kawasan bebas asap rokok di puskesmas Tersedianya obat-obat jiwa di puskesmas

Upaya kesehatan perorangan (UKP) di Puskesmas dilakukan dalam bentuk pelayanan rawat jalan (termasuk kunjungan sehat dan kunjungan sakit), rawat inap, kegawatdaruratan, persalinan normal, dan pelayanan kunjungan rumah.

Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (Pedoman Pelaksanaan Program GeMa CerMat, 2020)

Pelayanan Kefarmasian di puskesmas diselenggarakan di kedua upaya kesehatan, yaitu UKP dan UKM. Pelayanan kefarmasian di UKP dilakukan di ruang farmasi, berupa pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan farmasi klinik yang didalamnya termasuk pelayanan resep. Kefarmasian di UKM diaplikasikan melalui pelaksanaan program Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat).

Obat merupakan sebuah komoditas luhur yang tidak bisa dipisahkan keberadaannya dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada pelayanan kesehatan. GeMa CerMat merupakan sebuah upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kepedulian, kesadaran, dan ketrampilan masyarakat dalam penggunaan obat secara bijak rasional. Penggunaan obat rasional adalah penggunaan obat yang tepat indikasi, tepat dosis dan lama waktu penggunaan, serta tepat cara penggunaan.

Upaya pengobatan mandiri oleh masyarakat (swamedikasi) harus ditunjang dengan tingkat pengetahuan yang cukup terhadap obat dan kesehatan itu sendiri. Dalam buku Pedoman GeMa CerMat disebutkan bahwa swamedikasi yang telah dilakukan oleh masyarakat tidak hanya pada obat bebas dan bebas terbatas, namun juga pada obat keras yang seharusnya hanya dapat diperoleh dengan resep dokter. Antibiotik yang merupakan obat keras sering dijumpai digunakan secara swamedikasi, yang mana hal tersebut berpotensi menyebabkan munculnya kondisi resistensi bakteri atau kuman yang kebal

obat. Upaya swamedikasi yang benar dicapai melalui serangkaian proses pemberian informasi, edukasi dan pemberdayaan kader serta masyarakat secara berkelanjutan sehingga masyarakat dapat secara mandiri menggunakan obat dengan bijak dan rasional.

GeMa Cermat yang dicanangkan oleh pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.02/MENKES/427/2015, diharapkan dapat menjadi bagian dari upaya promosi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya melalui penggunaan obat rasional. Penggunaan obat yang kurang dan atau tidak rasional berpotensi menyebabkan terjadinya masalah terkait obat. Permasalahan terkait obat dapat menjadi beban dalam pembangunan kesehatan. Materi dalam GeMa CerMat terkait penggunaan obat rasional dapat berupa penyampaian informasi dan edukasi melalui penyuluhan tentang bagaimana cara mendapatkan, menggunakan, menyimpan, dan membuang (DAGUSIBU) obat dengan benar. Pemberdayaan kader kesehatan dan masyarakat agar mandiri dan bijak dalam menggunakan obat secara rasional merupakan strategi pelaksanaan GeMa CerMat. GeMa CerMat di Puskesmas dapat dilakukan secara kolaboratif dan bersinergi dengan sejumlah program esensial, dalam bentuk GeMa CerMat Tematik, seperti kolaborasi dengan program gizi masyarakat dalam edukasi dan sosialisasi penggunaan Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (Rematri); kolaborasi bersama dengan program PTM dengan memberikan edukasi terkait kepatuhan penggunaan obat hipertensi dan diabetes melitus serta edukasi nonfarmakologi yang dapat menunjang kualitas hidup pasien; kolaborasi dalam kegiatan POPM (Pemberian Obat Pencegahan Massal) melalui edukasi dan pemberian informasi penggunaan Albendazol tab/ sirup; kolaborasi dalam upaya eliminasi TBC, melalui edukasi upaya pencegahan TBC, skrining TBC dan pengobatan TBC hingga sembuh. Sasaran program GeMa CerMat adalah masyarakat dan

kader kesehatan di wilayah kerja puskesmas. Advokasi kepada para pemangku kebijakan dan dukungan sosial diperlukan agar GeMa CerMat dapat semakin berkembang dan optimal pelaksanaannya di masyarakat.

Demikian dapat disimpulkan bahwa GeMa CerMat sebagai bagian dari upaya promosi kesehatan dapat mendukung sejumlah program kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Chusniah Rachmawati, Windi. 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang : Wineka Media.
- Masruroh, Shofi Dieni., Hargono, Rachmat. 2018. *Peran dan Motivasi Kader dalam Pelaksanaan Kelurahan Siaga Aktif Wonokromo Surabaya*. Jurnal Promkes, 6 (2), 129-141.
- Nurmala, Ira., et al. 2018. *Promosi Kesehatan*. Surabaya : Airlangga University Press.
- R Indika, Deru., Mutiara Aprilla, Arrafi. 2017. *Penerapan Promosi Kesehatan Untuk Mengubah Perilaku Kesehatan Masyarakat*. Jurnal Logistik Bisnis, 7(1)
- Udiani C., Hikmandari. 2019. *Tiga Tahun GERMAS : Lessons Learned*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2022 Tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 2269/MENKES/PER/XI/2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Petunjuk Teknis Penghitungan Biaya Pengembangan Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif. 2010. Jakarta : Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Pedoman Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat). 2020. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Buku Panduan GERMAS. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Panduan Integrasi Promosi Kesehatan. 2006. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

BIODATA PENULIS



Apt.Devita Riafinola Andaririt, S.Farm., M.Kes

Dosen Program Studi S1 Farmasi

Fakultas Fakar Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 14 Desember 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Progam Studi S1 Farmasi Fakultas Fakar Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia. Menyelesaikan Pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi tahun 2019 di Universitas Muahmmadyah Malang, Melanjutkan S2 pada jurusan Kesehatan Masyarakat lulus tahun 2022, dan melanjutkan Profesi Apoteker di Universitas Kadiri , lulus ditahun yang sama yaitu 2022.

Penulis juga merupakan seorang praktisi yang berprofesi sebagai Apoteker yang berpraktik disalah satu Apotek di Nganjuk pada tahun awal 2023 sampai sekarang. Menjadi seorang akademisi dan praktisi adalah cita-cita saya sedari kecil, karena di dalam kedua profesi tersebut akan selalu ada upgrade ilmu yang harus selalu di pelajari dan di kembangkan agar memberikan manfaat bagi sekitar.

BIODATA PENULIS



apt. Musdalipah, S. Farm., M.P.H

Staf Dosen Jurusan Farmasi, Politeknik Bina Husada Kendari

Penulis lahir di Tolitoli tanggal 18 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Farmasi, Politeknik Bina Husada Kendari. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2009 dan melanjutkan studi Pascasarjana S2 dan Profesi Apoteker (*Double Degree*) pada bidang Manajemen Kebijakan Obat di Universitas Gadjah Mada. Penulis menjadi dosen sejak tahun 2012-sekarang. Sejak tahun 2016-sekarang diangkat menjadi Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Politeknik Bina Husada Kendari. Mengampu mata kuliah farmasi rumah sakit, farmasi klinik, IKM dan PKM, pelayanan kefarmasian di puskesmas, spesialisasi obat dan terminologi kesehatan. Penulis aktif menulis artikel ilmiah baik nasional maupun internasional dalam bidang farmasi komunitas dan bahan alam. Penulis juga aktif menulis buku kolaborasi. Buku yang telah diterbitkan adalah manajemen farmasi komunitas, penggolongan obat, farmakologi bahan alam, teknologi bahan alam, farmakologi obat pada saluran cerna, farmasi rumah sakit dan manajemen pelayanan kefarmasian di puskesmas.

BIODATA PENULIS



drg. Dientyah Nur Anggina, MPH

Dosen Program Studi Kedokteran

Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

Penulis lahir di Palembang tanggal 16 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Dan saat ini menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Pendidikan Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran Gigi dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada. Penulis aktif di berbagai kegiatan seperti seminar, penelitian maupun pengabdian masyarakat.

BIODATA PENULIS

Dr. apt. Tita Nofianti, M.Si.

Dosen Program Studi S1 Farmasi

Fakultas Farmasi Universitas Bakti Tunas Husada

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 29 November 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi, Universitas Bakti Tunas Husada. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi di STIKes Bakti Tunas Husada, melanjutkan program profesi apoteker di Universitas Jenderal Achmad Yani, melanjutkan S2 pada bidang Farmakologi dan Toksikologi di Sekolah Farmasi Institut Teknologi Bandung dan melanjutkan S3 bidang Farmakologi dan Farmasi Klinik di Universitas Padjadajaran .

BIODATA PENULIS



Apt. Yulianti Fauziah, M.Kes.

Dosen Program Studi Diploma III Farmasi
Politeknik Bina Husada Kendari

Penulis lahir di Kendari, 27 Juli 1987. Telah menyelesaikan pendidikan D3 Farmasi di Akademi Farmasi Bina Husada Kendari Tahun 2009, S1 Farmasi di Universitas Indonesia Timur Tahun 2013, S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur Tahun 2015, dan Profesi Apoteker di Universitas Jenderal Achmad Yani Tahun 2016. Penulis menekuni bidang Farmasi. Mata kuliah yang ditekuni antara lain: Pelayanan Farmasi dan Farmakologi.

Penulis saat ini bekerja sebagai Apoteker Penanggung Jawab di Apotek Bina Husada dan Sekretaris Program Studi Diploma III Farmasi di Politeknik Bina Husada Kendari.

"Love - Dev & Abbi"



BIODATA PENULIS



apt. Heny Puspasari, S.Farm., MPH

Dosen Program Studi Diploma III Farmasi
Akademi Farmasi Yarsi Pontianak

Penulis lahir di Kabupaten Ketapang Provinsi Kalimantan Barat tanggal 24 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Farmasi Akademi Farmasi Yarsi Pontianak. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada Jurusan Farmasi di Universitas Islam Indonesia Yogyakarta dan melanjutkan Program Profesi Pendidikan Apoteker di Universitas Islam Indonesia Yogyakarta kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Jurusan Megister Managemen dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis menekuni bidang Farmasi Komunitas dan Kesehatan Masyarakat. Sejak lulus dari Program Pendidikan Profesi Apoteker dan pendidikan S2, penulis telah berpraktek di beberapa Apotek di Yogyakarta dan Kaltim. Pada tahun 2016 penulis bergabung menjadi tenaga pengajar di program studi Diploma III Farmasi di Akademi Farmasi Yarsi Pontianak sampai sekarang. Sebagai tenaga pengajar, penulis juga turut melaksanakan Tri Dharma Perguruan tinggi dan mengembangkan ilmu pengetahuan melalui kegiatan pertemuan ilmiah seminar di bidang Kesehatan khususnya Kefarmasian. Penulis juga telah banyak mengeluarkan beberapa jurnal penelitian yang berfokus pada bidang Farmasi Komunitas dan Kesehatan Masyarakat.

BIODATA PENULIS



Juliyanty Akuba, M.Sc, Apt
Dosen Jurusan Farmasi
Fakultas Olahraga dan Kesehatan
Universitas Negeri Gorontalo

Penulis lahir di Gorontalo tanggal 28 juli 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Farmasi Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Negeri Gorontalo. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi Universitas Muslim Indonesia dan melanjutkan S2 pada Jurusan Farmasi Pascasarjana Universitas Ahmad Dahlan Jogjakarta. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Apt Hilda Muliana, S.Si, M.Psi, SpFRS, MARS, MHKes, FISQua

Dosen Program Studi Farmasi

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Batam

Penulis adalah dosen dosen Farmasi di Program Studi Farmasi - Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Batam sejak 2016 sampai sekarang. Penulis sebagai staf pengajar mata kuliah Farmasi Rumah Sakit, Farmakoepidemiologi dan Farmakoekonomi, Hukum Kefarmasian, Manajemen Farmasi, Manajemen Resiko Farmasi, Interpretasi Data Klinik, Komunikasi dan Konseling Farmasi.

Penulis merupakan lulusan Sarjana Farmasi dan Profesi Apoteker dari Fakultas Farmasi Universitas Surabaya, dan melanjutkan beberapa kali S2, antara lain : lulusan Spesialis Farmasi Rumah Sakit (SpFRS) - Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, lulusan Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Magister Hukum Kesehatan (MHKes) dan Magister Sains Psikologi (MPsi) dari Unika Soegijapranata Semarang.

Penulis menekuni bidang Rumah Sakit dan menjadi Konsultan Manajemen Kesehatan dalam pendampingan akreditasi Rumah Sakit, pendampingan/pembimbing akreditasi Klinik dan Puskesmas. Penulis juga menekuni bidang ISO sebagai *lead auditor* ISO 9001 : 2015, ISO 14001 : 2015, ISO 45001 : 2018, ISO 31000, ISO 21001 : 2018 bidang Kesehatan. Sejak tahun 2022

penulis menjadi Surveior Akreditasi Rumah Sakit dan pada tahun 2023 menjadi Surveior Akreditasi Klinik Puskesmas Sertifikasi Kementerian Kesehatan.

Kontak : hildamuliana@univbatam.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. apt. Fitra Fauziah, M.Farm

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker
Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Padang

Penulis lahir di Padang tanggal 19 Juli 1986. Penulis memulai karir sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Padang (STIFARM Padang) sejak tahun 2013. Penulis memiliki latar belakang pendidikan di bidang ilmu kesehatan, dengan gelar akademis dari Universitas Andalas, termasuk gelar S1 Farmasi, Profesi Apoteker, S2 Farmasi, dan S3 Ilmu Biomedis. Penulis telah mengukir reputasi sebagai seorang akademisi yang aktif di bidang farmakologi dan farmasi klinis. Penulis telah menerbitkan berbagai karya ilmiah seperti artikel penelitian dan buku yang berkontribusi pada pemahaman dan perkembangan ilmu kefarmasian. Penulis memiliki visi untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan penelitian di bidang farmasi. Misi penulis adalah membagikan pengetahuan dan pengalaman untuk mendorong perkembangan ilmu pengetahuan dan profesi apoteker.

BIODATA PENULIS



Apt. Rizky Indah Pratiwi, S.Farm., M.P.H.

Dosen Program Studi Farmasi
Fakultas Farmasi Universitas Megarezky Makassar

Penulis lahir di Enrekang tanggal 20 Oktober 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Farmasi Fakultas Farmasi, Universitas Megarezky Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi Tahun 2009 di Universitas Pancasakti Makassar, menyelesaikan Profesi Apoteker pada Tahun 2011 di Universitas Islam Indonesia Yogyakarta dan menyelesaikan S2 pada Jurusan Managemen dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada 2013. Sebelumnya penulis juga pernah menjadi dosen tetap yayasan di Universitas Indonesia Timur pada tahun 2013-2016.. Selain sebagai seorang Dosen, Penulis juga merupakan praktisi di Apotek Aleena Farma Makassar. Penulis juga merupakan salah satu Anggota Ikatan Apoteker Cabang Makassar.

BIODATA PENULIS



apt. Rahmawati, M. Farm

Dosen Program Studi Pendidikan Farmasi dan Program Studi
Pendidikan Profesi Apoteker
Fakultas Farmasi Universitas Bakti Tunas Husada

Penulis lahir di Serang tanggal 23 Desember 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi Pendidikan Farmasi dan Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker Fakultas Farmasi, Universitas Bakti Tunas Husada. Penulis menyelesaikan gelar Sarjana Farmasi (S1) dari Jurusan Farmasi. Selanjutnya, mengambil profesi sebagai Apoteker. Penulis juga mengejar gelar Magister Farmasi dengan fokus pada Farmasi Klinik. Selain aktif sebagai dosen, Penulis memiliki minat dalam bidang penulisan, berbagi pengetahuan, dan berkolaborasi dalam buku-buku ilmiah untuk mengembangkan pemahaman dalam bidangnya. Penulis memiliki visi untuk terus meningkatkan kualitas pendidikan kesehatan dan berperan dalam perkembangan ilmu kesehatan di Indonesia.

BIODATA PENULIS



Resha Resmawati Shaleha

Dosen Universitas Bakti Tunas Husada tasikmalaya

Penulis dilahirkan di Garut, 7 Januari 1994. Menyelesaikan Pendidikan jenjang Sarjana Farmasi di Universitas Bakti Tunas Husada Tasikmalaya. Jenjang Master diperoleh dari Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran. Aktif sebagai dosen di Universitas Bakti Tunas Husada tasikmalaya dengan mengampu matakuliah Anatomi dan Fisiologi Manusia, Interaksi Obat, Metabolisme Obat dan Farmasi Klinik. Selain itu telah melakukan penelitian dan publikasi yang dimuat di jurnal nasional yang dapat dilihat pada:

<https://scholar.google.com/citations?user=uDE46GIAAAAJ&hl=id>

BIODATA PENULIS



apt. Nunik Wahyuni, S.Farm.

Apoteker UPT Puskesmas Lawang, Kabupaten Malang

Penulis lahir di Surabaya pada tanggal 4 September 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Farmasi di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2008 dan pendidikan Profesi Apoteker pada tahun 2009 di fakultas yang sama. Penulis telah menjadi abdi profesi, sebagai Apoteker di RSUD dr. Saiful Anwar Malang mulai tahun 2009-2019 dan selanjutnya meneruskan abdi profesinya di UPT Puskesmas Lawang mulai tahun 2019-sekarang.