

FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT



**Lumastari Ajeng Wijayanti, Dadang Darmawan, Karolus Ngambut,
Dian Agnesa Sembiring, Dian Jayantari Putri K. Hedо, Patemah,
Pratiwi Ramlan, Susi Susilawati, Muh Risal Tawil, Febriantika,
Dwi Astuti Sih Apsari**

FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT

**Lumastari Ajeng Wijayanti
Dadang Darmawan
Karolus Ngambut
Dian Agnesa Sembiring
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Patemah
Pratiwi Ramlan
Susilawati
Muh Risal Tawil
Febriantika
Dwi Astuti Sih Apsari**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Lumastari Ajeng Wijayanti
Dadang Darmawan
Karolus Ngambut
Dian Agnesa Sembiring
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Patemah
Pratiwi Ramlan
Susi Susilawati
Muh Risal Tawil
Febriantika
Dwi Astuti Sih Apsari

ISBN : 978-623-198-324-4

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Penyunting : Ilda Melisa., Amd., Kep

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

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2023

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

Judul
Filsafat Kesehatan Masyarakat
Penulis
Lumastari Ajeng Wijayanti
Dadang Darmawan
Karolus Ngambut
Dian Agnesa Sembiring
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Patemah
Pratiwi Ramlan
Susi Susilawati
Muh Risal Tawil
Febriantika
Dwi Astuti Sih Apsari
Penerbit:
PT. Global Eksekutif Teknologi

ISBN: 978-623-198-324-4

Edisi Indonesia
Filsafat Kesehatan Masyarakat

Editor : Neila Sulung, Rantika Maida Sahara
Cetakan : Pertama, Mei 2023
Penerbit : Global Eksekutif Teknologi
Jln. Pasia Sabalah No.34 Kec. Koto Tengah Kota Padang
Telp. +6281372200104
Email : globeleksekutifteknologi@gmail.com
Website : www.globeleksekutifteknologi.co.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)	
KREATOR	Wijayanti, Lumastari Ajeng ; Darmawan, Dadang ; Ngambut, Karolus ; Sembiring, Dian Agnesa ; Hedo, Dian Jayantari Putri K ; Patemah ; Ramlan, Pratiwi ; Susilawati, Susi ; Tawil, Muh Risal ; Febriantika ; Apsari, Dwi Astuti Sih (Penulis)
JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Filsafat Kesehatan Masyarakat; editor, Neila SULung, Rantika Maida Sahara
PUBLIKASI	Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi, 2023
DESKRIPSI FISIK	201 halaman ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-623-198-324-4
SUBJEK	Kesehatan

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini
Kedalam bentuk apapun secara elektronik maupun mekanis,
tanpa izin tertulis dari penerbit.
All Right Reserved

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Filsafat Ilmu Kesehatan, Konsep Kesehatan Masyarakat, Filsafat Kesehatan Masyarakat, Sejarah Kesehatan Masyarakat, Prinsip Kesehatan Masyarakat, Pendekatan Kesehatan Masyarakat, Prinsip Kesehatan, Program Kesehatan, Filsafat Kesehatan Masyarakat Modern, Program Kesehatan Masyarakat Modern, Aplikasi Program Kesehatan Masyarakat Modern.

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

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

Padang, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 FILSAFAT ILMU KESEHATAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Filsafat tentang Kesehatan	3
1.2.1 Dimensi-dimensi dari Kesehatan.....	4
1.2.2 Menjaga Jarak.....	5
1.2.3 Cabang Filsafat Dalam Kesehatan.....	6
1.2.4 Sehat Menurut Filsafat	7
1.2.5 Pengertian Baru Tentang Makna Sehat.....	8
1.2.6 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Keyakinan Dan Tindakan Kesehatan.....	10
1.2.7 Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.....	12
DAFTAR PUSTAKA.....	15
BAB 2 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT.....	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	17
2.3 Definisi Kesehatan Masyarakat	19
2.4 Tujuan Kesehatan Masyarakat.....	20
2.5 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	21
2.6 Prinsip-prinsip Kesehatan Masyarakat.....	22
2.7 Sasaran Kesehatan Masyarakat.....	23
2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	28
BAB 3 FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Filsafat	29
3.3 Defenisi filsafat	31
3.4 Objek Filsafat.....	34
3.5 Filsafat kesehatan masyarakat.....	36

3.6 Perubahan Paradigm Kesehatan masyarakat.....	44
3.7 Perdebatan Filosofi kesehatan masyarakat	47
DAFTAR PUSTAKA.....	50
BAB 4 SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT	55
4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Dunia.....	56
4.3 Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia	60
4.3.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Indonesia	62
DAFTAR PUSTAKA.....	65
BAB 5 PRINSIP KESEHATAN MASYARAKAT	67
5.1 Pengantar Kesehatan Masyarakat	67
5.2 Merubah Perilaku, Mempromosikan Kesehatan, dan Mencegah Penyakit	68
5.3 Penerapan Prinsip Kesehatan Masyarakat.....	71
5.4 Mengupayakan Masyarakat Sehat dengan Prinsip Kesehatan Masyarakat.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BAB 6 PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT	77
6.1 Pendahuluan.....	77
6.2 Pendekatan Kesehatan Masyarakat Dari Kesepakatan Global	77
6.2.1 <i>Primary Health care</i> (PHC).....	77
6.2.2 Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)	79
6.2.3 Pos Yandu	81
6.3 Pendekatan Kesehatan Masyarakat Dari Undang-Undang Kesehatan	83
6.3.1 Promotif.....	83
6.3.2 Preventif	84
6.3.3 Kuratif	86
6.3.4 Rehabilitatif	86
DAFTAR PUSTAKA.....	87

BAB 7 PRINSIP KESEHATAN	89
7.1 Pendahuluan.....	89
7.2 Dimensi Kesehatan	91
7.2.1 Menciptakan Keseimbangan	92
7.2.2 Menerima Dukungan Dari Orang Lain.....	94
7.2.3 Menghargai Rutinitas dan Kebiasaan	95
7.2.4 Meningkatkan Kesehatan Fisik	97
7.2.5 Meningkatkan Kesehatan Intelektual.....	97
7.2.6 Meningkatkan Kesehatan Finansial.....	97
7.2.7 Meningkatkan Kesehatan Lingkungan	98
7.2.8 Meningkatkan Kesehatan Spiritual.....	98
7.2.9 Meningkatkan Kesehatan Sosial	98
7.2.10 Meningkatkan Kesehatan Emosional	98
7.2.11 Meningkatkan Kesehatan kerja.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	100
BAB 8 PROGRAM KESEHATAN	103
8.1 Definisi Program Kesehatan.....	103
8.2 Manajemen Program Kesehatan.....	104
8.2.1 Evolusi Program.....	104
8.2.2 Siklus Manajemen Program	105
8.3 Program Kesehatan Indonesia.....	109
8.3.1 Program Indonesia Sehat	109
8.3.2 Program Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana (KIA-KB)	112
8.3.3 Program Pembinaan Gizi Masyarakat.....	113
8.3.4 Program Kesehatan Lingkungan.....	113
8.3.5 Program Kesehatan Kerja	114
8.3.6 Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	115
8.3.7 Program Pencegahan Penanggulangan Penyakit.....	116
8.4 Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan	118
8.4.1 Monitoring Efektif Transformasi Kesehatan	119
DAFTAR PUSTAKA.....	121

BAB 9 FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT

MODERN 129

9.1 Pemikiran Yang Mewarnai Ilmu Kesehatan

Masyarakat 129

9.1.1 Pemikiran Pareto..... 129

9.1.2 Pemikiran Weber 130

9.1.3 Pemikiran Marx..... 131

9.1.4 Pemikiran Durkheim..... 131

9.2 Pokok Kajian Ilmu Kesehatan Masyarakat 132

9.2.1 Pandangan Foucault dan Kesehatan Masyarakat.... 134

9.3 Filsafat Kesehatan Masyarakat Modern 135

9.3.1 Kasus Bronx..... 136

9.3.2 Ketimpangan Sosial dan Kesehatan Masyarakat
Modern..... 137

9.3.3 Kajian Filosofis Ilmu Kesehatan Masyarakat
Modern..... 139

DAFTAR PUSTAKA..... 146

BAB 10 PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

MODERN 151

10.1 Pendahuluan..... 151

10.2 Mencegah Penyakit Dan Cedera Sejak Dini Melalui
Promosi Kesehatan, Edukasi, Dan Perubahan
Perilaku..... 152

10.3 Menjaga kesehatan masyarakat dengan memperbaiki
lingkungan fisik dan sosial, termasuk peningkatan
akses terhadap layanan kesehatan dan pengurangan
ketimpangan kesehatan..... 154

10.4 Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan
publik melalui pengumpulan dan analisis data
kesehatan untuk memahami faktor-faktor risiko
dan prevalensi penyakit..... 159

10.5 Mengembangkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien, serta memastikan kebijakan tersebut diimplementasikan secara efektif.....	162
DAFTAR PUSTAKA.....	166
BAB 11 APLIKASI PROGRAM KESEHATAN	
MASYARAKAT MODERN	171
11.1 Pengertian Aplikasi Kesehatan atau Healthcare App	171
11.2 Pentingnya Aplikasi Kesehatan atau Pengembangan Aplikasi Kesehatan.....	173
11.3 Manfaat Aplikasi Kesehatan	174
11.4 Aplikasi Kesehatan Lainnya.....	176
DAFTAR PUSTAKA.....	179
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Germas wujudkan Indonesia Sehat	13
Gambar 3.1. Angka kematian global menurut jenis penyakit dan sex.....	8
Gambar 3.2. Determinan kesehatan masyarakat.....	42
Gambar 8.1. Bagan Fase Evolusi Program	104

BAB 1

FILSAFAT ILMU KESEHATAN

Oleh Lumastari Ajeng Wijayanti

1.1 Pendahuluan

Ilmu pengetahuan dan teknologi berkembang begitu cepat. Kemajuan ilmu pengetahuan dan metode untuk merencanakan telah membawa banyak kemudahan dan memberi sokongan anak cucu Adam mengatasi keadaan persoalannya. Namun, penyalahgunaan pengetahuan dapat menyebabkan beberapa masalah. Pesatnya kemajuan pendidikan berbanding lurus dengan kompleksitas permasalahan yang muncul. Pertanyaan-pertanyaan yang dibahas bersifat multidisiplin dan saling bergantung. Persoalan kesehatan berkaitan erat dengan bidang lain, seperti masyarakat, kekayaan serta sudut pandang lain. Cara interdisipliner dikonotasikan dengan berpikiran jernih berdasarkan ilmu pengetahuan, area/bidang di mana masalah yang dikedepankan didiskusikan dengan cara dan praktik yang lebih baik. Pelaksanaan interdisipliner adalah tentang kerja sama antara orang-orang dan sektor-sektor yang terlibat. Mencapai sesuatu yang melampaui dimensi kuantitas, mencapai tingkat keharmonisan yang lebih tinggi, memecahkan masalah yang muncul atau melibatkan sinergi. Sementara ilmu pengetahuan dan teknologi berkembang pesat, ada kekhawatiran besar tentang Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, karena tidak ada orang atau lembaga yang memiliki kekuatan untuk menghentikan pengaruh negatif dari ilmu pengetahuan kehilangan semangat dasarnya ilmu pengetahuan dan teknologi, dan orang-orang menjadi budak teknologi yang tidak tahu apa-apa. Oleh karena itu, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi harus ditopang oleh

penelitian filosofis. Ilmu pengetahuan dan teknologi dengan demikian mewujudkan Hidup bersama tidak hanya untuk manusia lain, tetapi untuk semua makhluk yang diciptakan Tuhan

Oleh karena itu, tujuan penelitian filsafat adalah mengembalikan semangat dan cita-cita luhur ilmu pengetahuan, bukan mengembalikannya pada kehidupan manusia. Studi filosofis menekankan bahwa sains dan teknologi adalah sarana, bukan tujuan. Dalam masyarakat beragama, pengetahuan merupakan bagian integral nilai sakral. Sumber pengetahuan yang sebenarnya berasal dari Tuhan dan manusia baru saja menemukan sumbernya ini, memanipulasinya, dan menggunakannya sebagai instrumen dalam kehidupan. Bukan hanya sesama manusia yang bertanggung jawab, tetapi juga Sang Pencipta. Mencermati aspek Kebebasan intelektual dan sistem nilai agama memerlukan kehati-hatian dan kecerdasan agar keduanya tidak saling bertentangan. Formulasi pengetahuan yang jelas diperlukan secara filosofis, akademis dan religius agar tidak ada Kebebasan intelektual dan sistem nilai agama lingkungannya. (Bakhtiar, 2013).

Pada dasarnya, kesehatan adalah ilmu Kesehatan didasarkan pada aturan atau standar ilmiah, baik dari sudut pandang ontologis, epistemologis, atau nilai. Demikian pula, penemuan medis modern mengikuti aturan sains. Orang adalah objek sehat dengan asal yang berbeda, masalah utamanya adalah penyakit. Inilah mengapa sangat penting untuk membahas sifat manusia di semua bidang kehidupan. Pada dasarnya, kesehatan adalah ilmu Kesehatan didasarkan pada aturan atau standar ilmiah, baik dari sudut pandang ontologis, epistemologis, atau nilai. Demikian pula, penemuan medis modern mengikuti aturan sains. Orang adalah objek sehat dengan asal yang berbeda, masalah utamanya adalah penyakit. Inilah mengapa sangat penting untuk membahas sifat manusia di semua bidang kehidupan. Kesehatan terdiri dari dimensi biopsikososial-spiritual menyeluruh yang menangani individu, keluarga, dan komunitas yang sehat atau sakit

dalam konteks siklus hidup manusia(Wardhana, 2016). Kesehatan yang komprehensif dari individu dan masyarakat membutuhkan pemeriksaan konsep kesehatan dan penyakit dari perspektif filosofis. Pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan individu dan masyarakat dipandang perlu untuk meningkatkan hasil kesehatan masyarakat dan mendukung program pembangunan kesehatan pemerintah. Untuk pembangunan kesehatan masyarakat Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat perlu dilakukan Pemberdayaan masyarakat melalui berbagai program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah.

1.2 Filsafat tentang Kesehatan

Saat kita merayakan ulang tahun, banyak orang berdoa agar kita selalu sehat. Doa yang sama juga kita panjatkan saat orang lain merayakan ulang tahun. Pada titik ini, kita menyadari betapa pentingnya kesehatan dalam kehidupan seseorang. Hal ini dapat dilihat di banyak peradaban, bukan di Indonesia saja. Saat itu, kesehatan diibaratkan dengan perasaan gembira. Tanpa kesehatan yang baik, kebahagiaan seseorang tidak bisa terjadi. Agar orang sehat, juga perlu memiliki pikiran yang baik - bahagia dan teratur dalam pikiran dan kehidupan mereka. Kesehatan dan kebahagiaan erat sekali hubungannya. Tetapi oleh masyarakat, kesehatan diartikan secara sempit. Kadang tanpa disadari atau secara sadar, kita kadang melihat kesehatan itu secara fisik. Sebagai upaya untuk menjaga kesehatannya, orang melakukan olahraga dan konsumsi makanan bergizi. Sering orang melakukan, meski hidup sedih dan sengsara, orang tetap bisa berpenampilan baik, bugar, dan keren. Sebenarnya tidak sehat sama sekali. Saya pikir inti terdalam dari kesehatan adalah harmoni. Harmoni berarti keharmonisan berbagai dimensi manusia, mulai dari dimensi fisik, sosial, teologis, dan historis. Harmoni bukan berarti bebas dari konflik dan ketegangan, melainkan konflik dan ketegangan yang dapat dikelola

untuk menciptakan perubahan daripada menghancurkannya. (Bakhtiar, 2013).

1.2.1 Dimensi-dimensi dari Kesehatan

Empat dimensi kesehatan harus diperhatikan Pertama adalah dimensi fisik. Jika Anda ingin menjaga tubuh Anda tetap sehat, Anda membutuhkan makanan bergizi, olahraga, dan istirahat yang cukup. Tetapi kesehatan fisik hanyalah sebagian kecil dari kesehatan manusia. Saya membutuhkan dimensi lain. Sisi lainnya adalah sisi sosial. Untuk mencapai kedamaian, Anda harus berdamai dengan musuh dan saingan Anda. Seseorang dapat bersaing dengan orang lain dan bahkan berbenturan. Namun, harus dikelola sedemikian rupa sehingga semua ketegangan dan konflik mengarah pada perubahan yang lebih baik untuk semua orang dan tidak menghancurkan semua orang. Kesehatan sosial berkaitan erat dengan kesehatan mental. Pikiran yang sehat adalah jiwa yang tenang, dan pikiran yang tenang berarti Anda bisa berdamai dengan orang lain di sekitar Anda. Ketiga adalah dimensi teologis. Orang harus berbicara dan mendengar Tuhan mereka. Bagi orang beragama, ini masuk akal. Orang-orang harus berdoa secara individu di kamar mereka dan bersama-sama dalam komunitas. Ateis yang tidak percaya pada Tuhan mungkin memahami Tuhan sebagai alam atau energi yang menciptakan dan menggerakkan seluruh alam semesta. Bentuk hubungannya tentu saja berbeda, tetapi hakikat kesadaran akan “sesuatu” di luar manusia adalah sama. Keempat adalah aspek sejarah. Manusia harus menerima masa lalunya. Tentu saja, kita pernah mengalami hal-hal yang menyedihkan dan menyakitkan di masa lalu. Jangan lupakan semua ini dan terimalah sebagai bagian dari perjalanan hidup yang tidak selalu mudah. Penerimaan membawa kedamaian. Ini adalah bagian yang sangat penting dari kesehatan Anda. Masa lalu juga berarti orang yang kita sayangi tapi sudah tiada. Kita harus mengingat mereka dan berdamai dengan mereka di dalam hati kita. Oleh karena itu, kesehatan harus mempertimbangkan

empat dimensi: fisik, sosial, teologis dan historis. Kesehatan merupakan dimensi keempat. Jika salah satu dimensi kuat dan dimensi lain lemah, orang tersebut sakit. Keempat dimensi tersebut harus dilihat sebagai kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

1.2.2 Menjaga Jarak

Pertanyaan sulit adalah upaya yang dilakukan untuk mencapai keselarasan antara keempat dimensi itu. Bagaimana agar tetap sehat secara fisik, sosial, teologis dan historis? Ada banyak jawaban untuk pertanyaan ini. Tapi saya pikir jawaban terdekat kebenarannya adalah yang diberikan oleh Anthony de Mello SJ dalam bukunya *Awareness*. Meskipun berakar kuat pada tradisi Kristen dan Buddha, ia berusaha untuk mengekstrak kebijaksanaan dari berbagai peradaban dunia. Langkah awal adalah menyadari perasaan di dalam diri kita. Kita tentu merasa sedih saat ditimpa penyakit atau musibah. Secara alami kita merasa senang pada waktu menerima hadiah dan kebaikan lainnya. Kita harus memahami bahwa rasa senang ini mengalir di hati kita. Aku tidak bisa menyangkal perasaan itu. Kita harus menerimanya dan merasakannya. Tetapi ada langkah penting di sini. Jangan sepenuhnya berempati dengan perasaan ini. Kita perlu melihat emosi ini terpisah dari diri kita sendiri. Emosi harus diamati sebagai gerakan emosi yang berbeda dari diri aslinya. Misalnya kita sedih. Kita tidak harus mengidentifikasi seluruh identitas kita dengan perasaan sedih ini. Tetapi harus menjalani kesedihan dan menghindar darinya. Kita harus melihat kesedihan kita dari jauh. Jarak ini kemudian menyadari bahwa kesedihan itu tidak benar-benar terjadi, datang dan pergi semudah angin, dan tidak masalah. Kata kuncinya di sini adalah observasi. Anda perlu melihat pergerakan emosi dalam diri Anda pada orang ketiga. Jadi ketika kita sedih, Anda tidak bisa mengatakan saya sedih, tetapi ada sesuatu yang menyedihkan. Saat kita mengamati, jarak atau kesedihan muncul, atau emosi lain langsung hancur. Kita juga

menemukan kedamaian sejati. Ini adalah inti dari pengetahuan diri. Inilah inti dari mistisisme, yang didemonstrasikan oleh banyak tokoh besar dalam sejarah, mulai dari Socrates dan Yesus hingga Martin Luther King. Intinya, kita tidak boleh mengidentifikasi identitas kita dengan perasaan dan emosi, melainkan melihat emosi kita secara objektif. (MELLO *et al.*, 1998).

1.2.3 Cabang Filsafat Dalam Kesehatan

Peran yang sangat penting di sini, ada dua hal. Terutama yaitu populasi. Anak cucu Adam adalah makhluk bersahabat dan membutuhkan teman dan masyarakat guna menjadi sehat. Mendukung kapasitas masyarakat sangat penting, terutama ketika masyarakat sedang menderita. Orang-orang yang sadar, mereka yang telah mampu menjauhkan diri dari perasaan dan emosinya, mengambil peran yang semakin aktif dalam membantu orang lain di komunitasnya. Setelah populasi, berikutnya yaitu kebugaran jasmani. Individu mungkin kurang menyadari apabila dirinya kekurangan asupan nutrisi yang berkualitas, tidak menyadari ketika mereka tidurnya kurang. Jadi menjaga kebugaran jasmani (keharmonisan tubuh) tetap prioritas, meskipun itu hanya bagian dari kebugaran anak cucu Adam. Pencerahan datang saat seseorang merasakan harmoni dalam empat dimensi yang saya jelaskan di atas. Ahli filsafat juga mistik hendak mendapatkan keutamaan untuk mendapatkan penyadaran emosi. Inilah inti dari pencerahan batin, keharmonisan dimensi keempat. Oleh karena itu, kesehatan bukan hanya kegembiraan tetapi juga penyadaran. Saat orang tersadarkan, rasa pedih dan kegembiraan sama saja bagi mereka. Ajaib dan aktivitas adalah tidak beda baginya. Saat menghilangkan rasa takut dan alam pikirnya. Kedamaian adalah yang dirasakan satu-satunya. Ini adalah keadaan kesehatan sempurna yang dicapai Siddhartha Gautama saat di padang pasir di bawah pohon Bodhi dia berpuasa selama 40 hari (sekarang jadi Buddha) dan nabi Isa. apa yang sedang Anda cari (Hariadi, 2020).

1.2.4 Sehat Menurut Filsafat

Pengobatan klasik didasarkan pada filosofi Alam berkembang pada waktu itu. Salah satu contohnya adalah pengobatan Tiongkok, yang mendasarkan fenomena sehat dan sakit pada filosofi gerak lima unsur alam. Tetapi Selain itu, berdasarkan pengalaman dan percobaan, banyak penemuan yang membawa banyak manfaat bagi pengobatan. Menurut ajaran filosofis Cina/Tao, kesehatan adalah gejala ketidakseimbangan antara unsur-unsur Jino dan orang baik (mikrokosmos) dan alam semesta (makrokosmos) serta unsur-unsur yang hidup dalam tubuh manusia itu sendiri menegaskan bahwa segala isinya. Alam semesta dan sifat-sifatnya dapat dibagi menjadi dua kelompok:

- a. Kelompok yin (mendekati sifat air) dan kelompok yang (mendekati sifat api) Kebalikan dari yin dan yang mendukung, mendominasi dan mempengaruhi satu sama lain, tetapi membentuk satu kesatuan yang dinamis (harmoni). Misalnya, pria dan wanita, panas dan dingin, terang dan gelap, aktif dan pasif. Dikatakan bahwa ketika yin dan yang tidak seimbang, itu menyebabkan penyakit. Nyatanya, filsafat kuno dan plenaryisme modern tidak pernah menganggap pikiran, jiwa, dan tubuh sebagai dua entitas yang berbeda. Istilah yang kini mulai populer adalah holistik (kemudian istilah kedokteran atau penyembuhan holistik mulai diperkenalkan kembali sebagai alternatif pengobatan modern mekanik-fisik). Perkembangan ilmiah di bidang fisika dan biologi pada akhir abad ke-20, khususnya penemuan relativitas, teori kuantum, dan teori biomolekuler, memengaruhi paradigma ilmiah yang dikemukakan oleh Newton dan Rene Descartes pada masa Renaisans Dalam kedokteran, cara pandang manusia terlalu mekanis dan dikotomis, memisahkan tubuh dan tubuh pikiran bergerak ke pandangan manusia yang lebih spiritual, holistik dan seimbang, dan inilah yang dimaksud dengan

kedokteran dan terutama kehidupan. Ke arah yang lebih sekuler, otonom dan pluralistik lebih didasarkan pada prinsip-prinsip etis yang lebih memperhatikan perspektif spiritual dan holistik Ketika berbagai kecerdasan ditemukan pada manusia,

- b. Kecerdasan emosional dan psikologis di samping kecerdasan intelektual Ini memungkinkan cara perspektif terhadap keberadaan manusia dalam sisi immaterialnya di samping sisi materialnya. Muncul arus filsafat Islam yang dikenal dengan Teosofi Transendental (al-hikmah al-muatâ, aliyah). Di sekolah ini, holisme kembali ditekankan karena sifat mendua (tasykik) dan gagasan gerakan substantif (al-harakah al-jawhariyah) Dengan kata lain, keberadaan manusia terus-menerus terombang-ambing di antara tingkat-tingkat tangga keberadaan, bergerak dari yang murni fisik dan material ke yang murni spiritual Dan memang tidak ada batasan yang memisahkan keberadaan fisik dari keberadaan mental, psikologis atau spiritual Orang selalu bisa menjadi lebih fisik, tetapi menjadi lebih spiritual dengan beramal saleh. Dalam konteks percakapan kami, orang lebih spiritual, artinya mereka lebih bahagia. Karena perbuatan baik membawa mereka lebih dekat kepada Tuhan sebagai harta dunia spiritual, puncak spiritualitas. Mereka juga bisa naik ke tingkat yang lebih spiritual dan sebaliknya Dalam falsafah ini, sebagaimana dalam ajaran Islam pada umumnya, manusia.

1.2.5 Pengertian Baru Tentang Makna Sehat

Pengertian penyakit dan kesehatan terus berubah saat kita mempelajari nilai, peran, dan nilai pemahaman kesehatan. Sejak Zaman Keemasan Yunani, kesehatan adalah sesuatu yang dibanggakan dan penyakit tidak ada gunanya. Filosofi yang berkembang saat ini adalah filosofi Cartesian yang murni

berorientasi pada kesehatan tubuh, di mana dikatakan bahwa seseorang sehat jika tidak ada kerusakan organ. Pikiran dan jiwa adalah masalah agama, bukan masalah dokter. Setelah ditemukannya patogen, batasan kesehatan juga berubah. Jika setelah pemeriksaan yang cermat tidak ditemukan penyebab penyakit, orang tersebut dianggap sehat. Pada tahun 1950-an, definisi kesehatan menurut WHO diubah berdasarkan Undang-undang Kesehatan Republik Indonesia No.23 Tahun 1992 dengan memasukkan unsur-unsur kehidupan produktif sosial dan ekonomi.

Definisi terbaru yang diadopsi di negara-negara maju lebih mengutamakan konsep tersebut. kesehatan produktif. Kesehatan adalah sarana atau alat untuk hidup sehari-hari secara produktif. Setelah penemuan kunci dari konsep kesehatan pada tahun 1974, yang memiliki arti tersendiri bagi para profesional kesehatan masyarakat di seluruh dunia, tahun 1994 menandai dimulainya era baru revitalisasi kesehatan masyarakat, yang dipertimbangkan dan diperdebatkan dengan panas. Karakteristik, konsep dan metode untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat nasional dan internasional sejak tahun 1974 Kerangka pelayanan kesehatan dasar di bawah Deklarasi Alma-Ata (1978)

1. Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, dan bebas dari penyakit dan kecacatan adalah hak asasi manusia yang fundamental.
2. Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, dan bebas dari penyakit dan kecacatan adalah hak asasi manusia yang fundamental.
3. Pemerintah bertanggung jawab atas kesehatan warganya dan warga negara memiliki hak untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan
4. Pada tahun 2000, situasi kesehatan masyarakat setiap negara akan memungkinkan setiap penduduk menjalani kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi.

1.2.6 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Keyakinan Dan Tindakan Kesehatan

1. Faktor Internal

a. Tahap Perkembangan

Artinya status kesehatan dapat ditentukan oleh faktor usia, dalam hal ini pertumbuhan dan perkembangan, dan setiap kelompok usia (bayi) memahami dan merespon perubahan kesehatan secara berbeda.

b. Tingkat pendidikan atau pengetahuan

Keyakinan seseorang tentang kesehatan dibentuk oleh variabel intelektual seperti pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif membentuk cara berpikir seseorang, seperti kemampuan memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan agar tetap sehat.

c. Pengenalan fitur

Cara orang memandang fungsi tubuh mereka memengaruhi keyakinan mereka tentang kesehatan dan kinerja mereka. Misalnya, penderita penyakit jantung kronis mungkin merasa kesehatannya berbeda dengan orang yang tidak pernah mengalami masalah kesehatan serius. Akibatnya, keyakinan kesehatan dan praktik kesehatan cenderung berbeda dari orang ke orang. Selain itu, pemulihan yang berhasil dari penyakit akut yang serius dapat mengubah cara pandang dan praktik kesehatan.

d. Faktor emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi kesehatan dan perilaku orang yang mengalami respons stres. Faktor emosional juga mempengaruhi kesehatan dan

perilaku. Orang yang mengalami respons stres terhadap setiap menemukan harapan dan makna dalam hidupnya. Tindakan spiritual sebagai tema terintegrasi ke dalam kehidupan seseorang. Spiritualitas seseorang mempengaruhi pandangan yang lebih luas tentang kesehatan.

Mengancam jiwa. Orang yang umumnya tampak sangat tenang mungkin menunjukkan sedikit respons emosional saat sakit. Perubahan dalam hidupnya cenderung bereaksi terhadap berbagai tanda penyakit, seperti khawatir penyakitnya untuk

e. Spiritual

Sisi spiritual tampak pada bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, termasuk nilai dan nilai keyakinan terapan, hubungan dengan keluarga dan teman dan keterampilan

2. Faktor eksternal

a. Praktek keluarga

Cara yang digunakan keluarga

Pelayanan kesehatan umumnya mempengaruhi kinerja individu kesehatannya.

b. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko penyakit dan mempengaruhi cara itu didefinisikan dan menanggapi penyakit tersebut.

c. Latar Belakang Budaya.

Latar belakang budaya berpengaruh pada keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, termasuk sistem kesehatan dan bagaimana menerapkan kesehatan pribadi

1.2.7 Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit

Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit adalah dua konsep yang terkait erat yang sebenarnya tumpang tindih. Promosi kesehatan adalah upaya mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan seseorang saat ini. Pencegahan penyakit adalah upaya untuk melindungi individu dari ancaman kesehatan aktual dan potensial.

Kegiatan promosi kesehatan bersifat aktif maupun pasif.

- a. Promosi kesehatan pasif Strategi promosi kesehatan yang menguntungkan dari tindakan orang lain tanpa individu harus melakukannya sendiri
- b. Promosi kesehatan secara aktif Strategi ini mendorong setiap individu untuk mengikuti program kesehatan tertentu.

Pencegahan penyakit terdiri dari beberapa tingkatan, antara lain:

- a. Pencegahan primer.
 1. Merupakan tindakan preventif yang dilakukan sebelum munculnya suatu penyakit atau disfungsi dan dilakukan pada orang yang sehat jasmani dan rohani
 2. Non terapeutik, tidak menggunakan tindakan terapeutik, tidak menggunakan identifikasi gejala penyakit
- b. Pencegahan sekunder.
 1. Ini adalah tindakan pencegahan yang ditujukan untuk orang-orang dengan masalah kesehatan dan penyakit, serta mereka yang berisiko mengalami komplikasi atau lebih buruk
 2. Pencegahan sekunder melibatkan: membuat diagnosis dan memberikan tindakan yang tepat untuk mengurangi keparahan penyakit dan memungkinkan pasien pulih secepat mungkin.

3. Pencegahan terhadap komplikasi banyak dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain dengan fasilitas yang memadai.
 4. Pencegahan sekunder terdiri dari teknik skrining dan pengobatan dini penyakit untuk membatasi cedera dengan menghindari atau memperlambat perkembangan penyakit.
3. Pencegahan Tersier.
1. Tindakan pencegahan ini diterapkan jika terjadi kesalahan atau kegagalan permanen dan/atau tidak dapat diubah
 2. Tindakan pencegahan ini terdiri dari meminimalkan konsekuensi penyakit dan cedera dengan mengambil langkah-langkah untuk menghindari komplikasi dan penurunan kesehatan.
 3. Aktivitas Anda ditujukan untuk rehabilitasi, bukan diagnosis atau intervensi.



Gambar 1.1. Gernas wujudkan Indonesia Sehat
Sumber : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Bakhtiar, A. 2013. *Filsafat Ilmu*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Hariadi, M. 2020. *Pentingnya Filsafat Terhadap Kesehatan di Masyarakat* - *Kompasiana.com*. Available at: <https://www.kompasiana.com/muhammad31410/5fa016c6d541df3e4b46eed2/pentingnya-filsafat-terhadap-kesehatan-di-masyarakat> (Accessed: 18 February 2023).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *GERMAS Wujudkan Indonesia Sehat*. Available at: <https://www.kemkes.go.id/article/view/16111500002/germas-wujudkan-indonesia-sehat.html> (Accessed: 18 February 2023).
- Mansyur, A.R. 2020. 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- MELLO, A. de *et al.* 1998. *Awareness: butir-butir mutiara pencerahan / Anthony de Mello*. Edited by Herlambang. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wardhana, M. 2016. *Filsafat Kedokteran*. Vaikuntha International Publication.

BAB 2

KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Dadang Darmawan

2.1 Pendahuluan

Berbagai ilmu yang ada di dunia ini tidak lahir begitu saja, tetapi mempunyai perjalanan panjang. Perubahan yang terjadi bukan semata-mata berubah tetapi selalu berdasarkan dari pertimbangan yang terkait dengan masalah kesehatan yang terjadi pada waktu itu. Sejarah diperlukan untuk memberikan nilai-nilai luhur bagi yang memahami pentingnya sejarah. Sejarah kesehatan masyarakat di dunia dan di Indonesia juga selalu berhubungan. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan berupa pencegahan dan pemberantasan penyakit. Pokok keilmuan kesehatan masyarakat terdiri dari dua disiplin keilmuan yaitu biomedis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Ranah ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni yang bersinergi dalam bidang preventif dan promotif.

2.2 Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Asclepius merupakan dokter pertama yang dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Asclepius mempunyai asisten yang bernama Higeia. Higeia seorang asisten yang kemudian menjadi istrinya. Higeia juga melakukan upaya-upaya

kesehatan tetapi dengan cara yang berbeda dari Asclepius. Perbedaannya terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Asclepius melakukan pendekatan dengan pengobatan penyakit. Sedangkan Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui hidup seimbang seperti menghindari makanan/ minuman yang beracun, makan makanan yang bergizi (baik) cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang sudah jatuh sakit Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik, daripada dengan pengobatan/ pembedahan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin maju, seolah-olah timbul garis pemisah dalam masyarakat luas antara kedua kelompok profesi tersebut, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*Curative Health Care*) dan pelayanan preventif (*Preventif Health Care*). Perbedaan kedua kelompok ini sebagai berikut:

1. Pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan secara individual, cenderung bersifat reaktif artinya petugas kesehatan pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Lalu jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Dan pasien ditangani lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara partial, padahal manusia terdiri dari kesehatan biologis psikologis dan sosial, yang terlibat antara aspek satu dan lainnya.
2. Pendekatan Preventif sasaran atau pasien adalah masyarakat bukan perorangan. Masalah yang ditangani pada umumnya adalah masalah-masalah berupa masalah masyarakat bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat lebih bersifat kemitraan. Pendekatan lebih menggunakan cara proaktif, artinya tidak

menunggu adanya masalah, tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan melakukan tindakan. Pasien dilihat sebagai makhluk yang utuh dengan pendekatan holistik, terjadinya penyakit tidak semata karena terganggunya sistem biologis, melainkan juga aspek psikologi dan sosial.

2.3 Definisi Kesehatan Masyarakat

Beberapa definisi kesehatan masyarakat antara lain :

1. Ilmu kesehatan masyarakat (*public health*) menurut Profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan individu terkait kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis, perawatan, diagnosis dini pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Berdasarkan definisi menurut Winslow dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat mempunyai dua aspek teoritis (ilmu atau akademik) dan praktis (aplikatif). Kedua aspek ini masing-masing mempunyai peran dalam kesehatan masyarakat. Dari aspek teoritis kesehatan masyarakat perlu didasari dan didukung dengan hasil-hasil penelitian. Artinya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat (aplikasi) harus didasarkan pada temuan-temuan (*evident based*) hasil kajian ilmiah (penelitian). Sebaliknya kesehatan masyarakat juga harus terapan (*applied*) artinya hasil-hasil studi kesehatan

masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program.

2. Menurut Prayitno (1994) dalam pandangan yang sempit mungkin dapat dikatakan bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat itu adalah ilmu yang mempelajari sehat dan sakit saja, dan dalam arti yang luas ternyata Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang lebih menitikberatkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam IKM dikenal adanya 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri atas : *Promotive* (meningkatkan pemahaman kesehatan), *Preventive* (meningkatkan upaya pencegahan penyakit), *Protective* (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit), *Curative* (upaya penyembuhan terhadap penyakit), dan *Rehabilitative* (upaya pemulihan).
3. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948)

2.4 Tujuan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat mempunyai tujuan secara umum adalah untuk derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur Panjang untuk seluruh masyarakat. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

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

2. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam memahami tentang pengertian sehat sakit.
- 2) Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
- 3) Tertangani/ terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan Kesehatan

2.5 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kesehatan masyarakat secara garis besar dapat dibagi menjadi beberapa fase dan perkembangan :

1. Sebagai awal periode keilmuan, terdiri dari dua disiplin ilmu yaitu ilmu bio-medis (*medical biology*) dan ilmu sosial.
2. Sesuai perkembangan zaman, ilmu kesehatan masyarakat men- cakup beberapa disiplin ilmu antara lain: ilmu biologi, ilmu kedokteran, kimia, fisika, lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, pendidikan, dan lain-lain. Sehingga disebut sebagai keilmuan yang multidisiplin.
3. Pilar utama dari ilmu kesehatan masyarakat adalah:
 - 1) Sanitasi Lingkungan
 - 2) Epidemiologi
 - 3) Kesehatan Kerja.
 - 4) Biostatistik/Statistik Kesehatan
 - 5) Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
 - 6) Administrasi Kesehatan Masyarakat
 - 7) Gizi Kesehatan Masyarakat

2.6 Prinsip-prinsip Kesehatan Masyarakat

Prinsip-prinsip Kesehatan Masyarakat yang harus diketahui dan dilaksanakan sehingga usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik, adalah :

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan tindakan pencegahan (preventif), dari pada pengobatan (kuratif)
2. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara-cara yang ringan biaya dan berhasil baik
3. Dalam melaksanakan kegiatan lebih menitik beratkan pada masyarakat, baik sebagai pelaku (subjek) dan sasaran (objek) atau dengan kata lain " suatu usaha dari , oleh dan untuk masyarakat "
4. Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku maka sasaran yang diutamakan adalah masyarakat yang terorganisir.
5. Ruang lingkup usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan masalah-masalah kesehatan masyarakat yang jika tidak segera diatasi akan menimbulkan malapetaka.

Selain itu prinsip Kesehatan Masyarakat yang lain adalah :

1. Sasaran pelayanan meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan Kesehatan masyarakat adalah metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan Kesehatan.
3. Kegiatan utama pelayanan Kesehatan masyarakat adalah di masyarakat bukan di rumahsakit.
4. Tenaga Kesehatan adalah tenaga yang generalis

5. Peran tenaga Kesehatan yang terpenting adalah sebagai pendidik (*health education*) dan pembantu (*change agent*)
6. Praktik Kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat
7. Praktik Kesehatan masyarakat di pengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya
8. Praktik Kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat.
9. Praktik Kesehatan masyarakat adalah gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat.

2.7 Sasaran Kesehatan Masyarakat

Seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok, baik yang sehat maupun sakit, terutama mereka yang beresiko tinggi dalam masyarakat merupakan sasaran Kesehatan masyarakat :

1. Individu. Individu adalah kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Masalah kesehatan yang dialami individu karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri disebabkan suatu hal, akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Maka tenaga kesehatan diperlukan untuk membantu individu tersebut dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Tenaga kesehatan melakukan promosi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemauan menuju kemandirian
2. Keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan. Antara anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi. Akibatnya, jika salah

satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, hal itu akan berpengaruh terhadap anggota yang lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan sebagai berikut: keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan, keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (*decision making*) dalam perawatan kesehatan, dan keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat

3. Kelompok Khusus. Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasai yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk di antaranya adalah:
 - 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan seperti; ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.
 - 2) Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan, di antaranya penderita penyakit menular dan tidak menular.
 - 3) Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, di antaranya; wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, kelompok-kelompok pekerja tertentu, dan lain-lain.
 - 4) Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, di antaranya; panti werda, panti asuhan, pusat-pusat

rehabilitasi dan penitipan anak.

2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

Faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan masyarakat menurut Hendrick L Blum adalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik.

1. Lingkungan

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural ataupun buatan manusia) dan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya dalam status kesehatan masyarakat. Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik maka akan semakin sulit didapatkan. Misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga keberlangsungan hidup, jika individu/ masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/ masyarakat semakin tinggi tingkat pendidikan individu/ masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

2. Perilaku

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat bergantung pada perilaku masyarakat itu sendiri. Hal lain yang mempengaruhi kesehatan adalah kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku lain yang melekat pada diri seseorang. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami tansisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan mempengaruhi derajat kesehatan. Pada masyarakat tradisional dimana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/ masyarakat senantiasa berolahraga. Pada masyarakat modern dimana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/ masyarakat terbiasa beraktivitas menggunakan kendaraan seperti sepeda motor, sehingga individu/ masyarakat kurang berolahraga. Kondisi seperti ini dapat berisiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolahraga dan mengkonsumsi makanan cepat saji. Contoh lainnya seperti perokok dini yang akan menyebabkan risiko terkena kanker paru.

3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat Kesehatan masyarakat, karena keberadaan fasilitas Kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan perawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan Kesehatan.

Ketersediaan fasilitas sangat berpengaruh dengan tempat, apakah dapat dijangkau oleh masyarakat atau tidak, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Serta program pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik.

4. Genetik atau keturunan

Faktor genetik/ keturunan ini juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang ditimbulkan lewat genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak lahir. Misalnya penyakit keturunan seperti diabetes melitus, epilepsy, asma bronkial, retardasi mental, hipertensi dan buta warna. Dengan demikian dapat diinterpretasikan bahwa dalam tubuh seseorang kemungkinan sudah membawa bibit penyakit turunan (orang tua dari bayi tersebut baik dari pihak ibu ataupun ayahnya atau keduanya membawa gen turunan). Hanya saja proses waktu yang akan menjawab kapan timbulnya keluhan penyakit turunan dimaksud.

DAFTAR PUSTAKA

- Citra Trisna, et.al. 2022. *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Zahir Publishing .,
- Ida Untari. 2017. *Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Thema Publishing .
- Induniasih, & Wahyu, R. 2021. *Promosi Kesehatan*. Bantul Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Rachmat, R.H.B. 2016. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Di Indonesia*. Cetakan 1. Gadhjah Mada University Press: Yogyakarta

BAB 3

FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Karolus Ngambut

3.1 Pendahuluan

Apa itu filsafat kesehatan masyarakat? pertanyaan tersebut merupakan pertanyaan besar dan sangat luas. Sebelum menjawab pertanyaan apa itu filsafat kesehatan, maka terlebih dahulu akan dijelaskan tentang filsafat dan perkembangan kesehatan masyarakat sebagaimana yang tertuang dalam judul bab ini. Bagian pertama membahas tentang filsafat dan ragam definisi filsafat, obyek kajian filsafat. Pada bagian kedua menguraikan tentang kesehatan masyarakat, mulai dari definisi sampai pada perubahan paradigma (*shift paradigma*) dalam bidang kesehatan masyarakat. Pada bagian ketiga membahas tentang filsafat kesehatan masyarakat.

3.2 Filsafat

Filsafat merupakan studi mengenai ilmu pengetahuan, tentang kebijaksanaan untuk mencari dan menemukan kebenaran yang hakiki. Kata filsafat berasal dari bahasa Yunani, *philo* bermakna cinta dan *sophia* artinya kebijaksanaan. Secara harafiah, filsafat dapat dimaknai sebagai sikap seseorang yang senantiasa mencintai kebijaksanaan yang hakiki (kearifan, *wisdom*, dan hikmat). Para Filsuf tidak tertarik untuk menghimpun pengetahuan yang sudah ditemukan oleh orang lain, namun tertarik pada proses untuk mencari pengetahuan yang belum ditemukan oleh orang lain dan selalu berusaha untuk menemukan kebenaran yang hakiki yaitu kebenaran sejati (*ultimate truth*).

Jujun S. Suriasumantri dalam bukunya *Filsafat Ilmu: Sebuah Pengantar Populer* pernah menulis demikian:

Alkisah, bertanyalah seorang awam kepada ahli filsafat yang arif bijaksana. "Coba sebutkan kepada saya berapa jenis manusia yang terdapat dalam kehidupan ini berdasarkan pengetahuannya."

Filsuf itu menarik napas panjang dan berpantun.

"Ada orang yang tahu ditahunya.

Ada orang yang tahu ditidaktahunya.

Ada orang yang tidak tahu ditahunya.

Ada orang yang tidak tahu ditidaktahunya.

"Bagaimanakah caranya agar saya mendapatkan pengetahuan yang benar?" sambung orang awam itu penuh hasrat dalam ketidaktahuannya. "Mudah saja," jawab filsuf itu. "Ketahuilah apa yang kau tahu dan ketahuilah apa yang kau tidak tahu." (Suriasumantri, 1985)

Dialog dalam kutipan diatas mennggambarkan bahwa pengetahuan dimulai dengan rasa ingin tahu, kepastian dimulai dengan rasa ragu-ragu, dan filsafat dimulai dengan kedua-duanya. Berfilsafat didorong untuk mengetahui yang telah diketahui dan yang belum diketahui. Berfilsafat berarti selalu rendah hati bahwa tidak semuanya pernah kita ketahui dalam kesemestaan yang tiada batas. Berfilsafat berarti mawas diri dan mengoreksi diri, dan berani untuk terus terang, seberapa jauh sebenarnya kebenaran yang dicari telah kita jangkau (Suriasumantri, 1985)

Filsafat adalah upaya dan hasil dari pemikiran serta renungan manusia dengan akal (budi) dan kalbunya (hati nurani) tentang segala sesuatu secara rasional, kritis, sistematis, spekulatif, dan runtut serta sungguh-sungguh mendasar dan meluas untuk terus mencari sampai menemukan kebenaran yang hakiki. Bagi filsuf, berfilsafat berarti berpikir dan merenungkan segala sesuatu dengan sungguh-sungguh secara mendalam dan mendasar untuk

menemukan jawaban segala pertanyaan sampai ke akar-akarnya untuk dapat memahami hakikat segala sesuatu.

Jauh sebelum lahirnya filsafat, segala fenomena dalam alam semesta ini senantiasa di hubungkan dengan mitos, atau zaman mitosentris. Misalnya gempa bumi yang terjadi pada saat ini karena dewa bumi menggoyang kepalanya. Zaman terpenting lahirnya filsafat pada zama Yunani Kuno dengan tokoh yang paling terkenal adalah Sokrates ($\pm$ 470 – 400 SM), Plato (428-348 SM) dan Aristoteles (384-322 SM). Sejak saat itu, mulailah pergesaran paradigma bahwa fenomena yang terjadi dalam alam semesta ini tidak selalu dikaitkan dengan Dewa / Dewi yang marah.

Filsafat kadang-kadang dinamakan *science of sciences* (induk dari ilmu pengetahuan). Pada masa sebelum lahir dan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi para filsuf telah meletakkan landasan bagi semua disiplin atau cabang ilmu, baik disiplin ilmu alam maupun disiplin ilmu sosial dan humaniora. Dengan filsafat kebenaran ilmu pengetahuan selalu dipertanyakan dan ditinjau ulang. Wajar jika teori dan pemikiran dalam berbagai ilmu pengetahuan selalu berubah dan terus berubah..

3.3 Defenisi filsafat

Seperti di sampaikan sebelumnya, bahwa kata filsafat berasal dari bahasa Yunani, *philo* bermakna cinta dan *sophia* artinya kebijaksanaan. Dalam bahasa Inggris disebut *philosophy*, yang secara harafiah dipahami sebagai sikap yang senantiasa mencintai kebijaksanaan (Dawson, 2009). Para filsuf memberikan definisi tersendiri tentang filsafat sebagai berikut (Amin, 2012):

- a. Plato (427-348 SM), filsafat merupakan upaya untuk mencapai pengetahuan dan mengetahui tentang kebenaran yang sebenarnya
- b. Aristoteles (384-322 SM): filsafat adalah ilmu yang menyelidiki tentang segala yang ada. filsafat juga merupakan ilmu pengetahuan meliputi kebenaran yang

terkandung dalam ilmu-ilmu metafisika, logika, retorika, etika, ekonomi, politik dan estetika

- c. Francis Bacon (1561-1626 M): filsafat adalah induk dari semua ilmu. Filsafat menangani semua pengetahuan sebagai bidangnya.
- d. Rene Descartes (1590-1650 M): filsafat adalah kumpulan segala pengetahuan dimana Tuhan, alam dan manusia menjadi pokok penyelidikan.
- e. Immanuel Kant (1724-1804 M): filsafat adalah ilmu pengetahuan yang menjadi pokok dan pangkal dari segala pengetahuan, yang tercakup dalam empat persoalan: Apakah yang dapat kita ketahui? Apakah yang seharusnya kita ketahui? Sampai di mana harapan kita? Apakah yang dinamakan manusia?
- f. G.W.F. Hegel (1770-1831 M): filsafat adalah landasan maupun pencerminan dari peradaban. Sejarah filsafat merupakan pengungkapan sejarah peradaban dan begitu pula sebaliknya.
- g. G. John Dewey (1859-1952 M): filsafat adalah alat untuk membuat penyesuaian di antara tradisi yang lama dan baru dalam sebuah peradaban.
- h. Bertrand Russell (1872-1970 M): filsafat adalah alat untuk mengkritisi ilmu pengetahuan untuk menghindari ketidakselarasan pada asas ilmu tersebut.

Sama seperti bidang ilmu yang lainnya, demikian juga filsafat dimana setiap filsuf dapat memberikan definisinya sendiri tentang filsafat seperti tersebut diatas (Dawson, 2009), Namun dari beragam definisi tersebut maka penulis menarik simpulan bahwa filsafat adalah ilmu yang menyelidiki segala sesuatu dengan mendalam mengenai ketuhanan, alam semesta, dan manusia sehingga dapat menghasilkan pengetahuan tentang bagaimana sikap manusia setelah mencapai pengetahuan itu.

Ada dua hal mengenai makna filsafat, yang pertama adalah ditinjau dari segi etimologi (kata) filsafat terdiri atas dua suku kata yaitu kata *philos* yang juga berarti mencari dan mencintai; sedangkan *sophia* artinya kebenaran dalam arti kebijaksanaan (hikmat). Filsafat artinya ajaran atau orang yang mencapai taraf tertinggi pengetahuan dan mencintai kebenaran dalam arti kebijaksanaan. Hal yang kedua adalah filsafat merupakan suatu proses yang terus menerus mengenai aktivitas pikiran yang menghasilkan kebenaran yang kemudian menjadi pandangan hidup seseorang atau suatu kelompok manusia tertentu.

(Dawson, 2009) menawarkan tiga cara atau metodologi utama merumuskan definisi filsafat yaitu pendekatan konten, dan pendekatan 'sikap'.

1. Pendekatan "metodologi" berpendapat bahwa filsafat berbeda dari disiplin ilmu lain karena memerlukan penggunaan metodologi tertentu.
2. Pendekatan 'konten' menunjukkan bahwa filsafat memiliki seperangkat perhatian atau subjek tradisional tertentu. Contoh dari pendekatan ini termasuk fokus pada bertanya (dan berusaha menjawab) pertanyaan mendasar tentang diri dan dunia kita, atau dalam bentuk yang lebih biasa, filsafat dianggap sebagai daftar sub-disiplin (misalnya etika, metafisika, epistemologi). dan estetika dll).
3. Pendekatan "sikap" berpendapat bahwa filsafat bukanlah metode atau subjek, tetapi lebih merupakan sikap (misalnya pengembangan sifat skeptis dan bertanya).

Menurut George F. Kneller, tidak ada satu pun definisi yang cukup memuaskan. Filsafat kita anggap sebagai aktivitas berpikir manusia dalam tiga modus berikut.

- a. *Spekulatif*, yaitu cara berpikir secara sistematis tentang segala sesuatu yang ada untuk upaya pencarian tentang

tatanan dari keseluruhan pengetahuan dan pengalaman. Namun spekulatif bukan berarti tanpa dasar.

- b. *Preskriptif*, yaitu berupaya menentukan standar pengujian nilai, tindakan, dan apresiasi seni. Mengkaji apa yang dimaksud dengan benar dan salah, baik dan buruk, indah dan jelek.
- c. *Analitis*, yaitu memusatkan perhatian pada kata-kata dan maknanya atau menyelidiki pengertian tertentu. misalnya, “sebab”, “pikiran”, “kebebasan akademis”, dan “kesamaan kesempatan” agar dapat menilai makna yang sesuai dalam konteks yang berbeda-beda. (Kneller, 1971).

3.4 Objek Filsafat

Filsafat sebagai kegiatan pikir manusia (*reflective thinking*) menyelidiki objek yang tidak terbatas.

- a. Objek material ialah menyelidiki segala sesuatu yang tak terbatas dengan tujuan memahami hakikat ada (realitas dan wujud). Objek material filsafat kesemestaan, keuniversalan, dan keumuman bukan partikular secara mendasar atau sedalam-dalamnya.
- b. Objek formal ialah metodologi, sudut, atau cara pandang khas filsafat, pendekatan dan metode untuk meneliti atau mengkaji hakikat yang ada dan mungkin ada —baik yang konkret fisik dan bukan fisik; abstrak dan spiritual; maupun abstrak logis, konsepsional, rohaniah, nilai-nilai agama, dan metafisika, bahkan mengenai Tuhan pencipta dan penguasa alam semesta.

(Amin, 2012) membagi obyek filsafat menjadi tiga bagian penting, yaitu ontology, epistemology dan aksiologi (Liliweri, 2018)

a. *Ontologi*

Ontologi, dalam bahasa Yunani terdiri dari dua kata; *on: being*, dan *logos; Logic*. Ontologi ialah *The theory of being qua being* atau teori tentang keberadaan sebagai keberadaan. Ontologi membahas apa yang ingin kita ketahui, seberapa jauh kita ingin tahu, dengan kata lain lain, suatu pengkajian mengenai teori tentang "ada".

Ontologi berbicara tentang aspek yang ada (*being*), kenyataan (*reality*), eksistensi (*existence*), esensi (*essence*), substansi (*substance*), yang satu (*the one*), jamak (*many*) dan perubahan (*change*) maka sesungguhnya ontology adalah filsafat itu sendiri, sebab dia berfikir tentang hal yang ditelaah oleh filsafat secara empiris rasional maupun supra rasional.

Orang mempertanyakan 'sesuatu' apa? atau 'sesuatu' yang mana? yaitu sesuatu tentang apa saja, baik berbentuk benda materi atau non-materi atau sering disebut dengan istilah abstrak. Hingga kemudian kita mendapatkan 'hakekat' dari sesuatu tersebut. Tanpa suatu kajian ontologi tentang suatu hal, mustahil adanya suatu pembahasan yang mendalam dan melebar karena secara akar pembahasan belum terungkap. Jika suatu kajian telah dikaji secara ontologis maka serta merta akan mengungkap berbagai hal yang berkaitan dengan kajian tersebut.

b. *Epistemology*

Epistemology adalah cara mendapatkan pengetahuan yang benar, karena epistemology itu adalah teori pengetahuan, dan merupakan kelanjutan yang tak terpisahkan dari ontologi. Proses epistemology atau teori suatu pengetahuan yang sedang diamati dan dicari,

didasarkan atas pertimbangan sikap skeptis atau ragu-ragu. Sikap skeptis menjadi landasan dalam mencari tahu tentang berbagai hal yang melingkupinya.

Inti dari epistemology adalah mendiskusikan hakikat ilmu pengetahuan dari aspek sumber, cara mendapatkan, struktur, ruang lingkup dan membedakan diantara yang benar dan yang palsu serta menjelaskan kebenaran yang diyakini betul-betul benar. Epistemology adalah filsafat ilmu pengetahuan atau ilmu yang membedah dirinya sendiri untuk menemukan kebenaran yang sesungguhnya (Amin, 2012)

a. Aksiologi

Aksiologi berasal dari kata *Axios* (bahasa Yunani) yang berarti nilai, dan kata *Logos* yang berarti; teori. Secara harafiah, Aksiologi bermakna teori tentang nilai. Teori nilai yang berkaitan dengan kegunaan dari pengetahuan yang diperoleh dari berbagai capaian hasil kajian atau penelitian manusia yang diperoleh dari ilmu pengetahuan dan teknologi. Dalam perkembangannya, aksiologi melahirkan dua cabang cabang filsafat yang menjadi salah satu cabang induk suatu pengetahuan yaitu etika dan estetika.

3.5 Filsafat kesehatan masyarakat

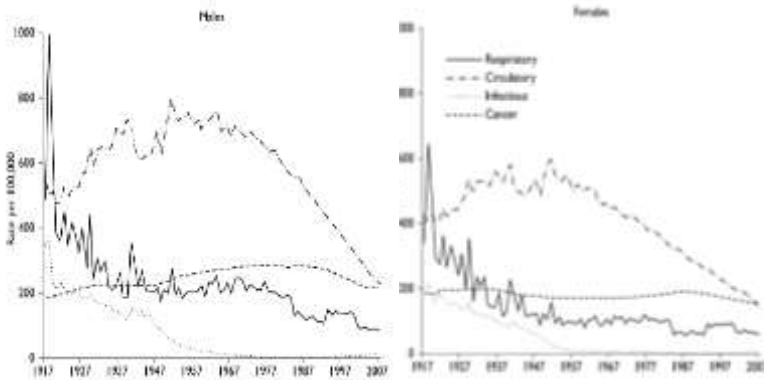
Sebelum membahas filsafat kesehatan masyarakat yang merupakan inti dari bab ini, pada bagian kedua ini penulis menjelaskan secara singkat tentang sehat atau kesehatan, mulai dari definisi, sejarah perkembangan dan paradigma kesehatan kesehatan pada abad ke-21 yang melandasi filosofi kesehatan masyarakat modern.

Bahwa kesehatan masyarakat telah menjadi perhatian banyak orang selama berabad-abad dan namun hingga kini terus menjadi masalah utama dalam sejarah peradaban manusia.

Sementara itu, upaya untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan juga terus berubah sebagai dampak dari perubahan masalah kesehatan tersebut yang tergambarkan dari berbagai indikator kesehatan masyarakat seperti AKI, AKB dan insiden berbagai penyakit menular dan tidak menular.

Pada pertengahan abad ke-20 awal hingga awal abad ke-21, angka kematian dan kesakitan lebih didominasi oleh penyakit menular; seperti tuberkulosis, malaria, demam berdarah, Diare, Tifus dan lain sebagainya. Ilmu kedokteran pada saat itu telah banyak memberikan sumbangan pemikiran dan menghasilkan banyak pengetahuan baru tentang penyakit dan upaya pengendaliannya melalui berbagai kegiatan riset yang telah membawa kemajuan dalam bidang kedokteran yang sangat bermanfaat bagi banyak orang.

Bersamaan dengan peningkatan peradaban manusia yang ditandai dengan kondisi perumahan dan sanitasi, penyediaan air dan makanan yang aman secara bakteriologis, perbaikan kondisi hidup, dan peningkatan ekonomi (pendapatan) dan pendidikan, kemajuan besar dalam bidang kesehatan pun telah dicapai khususnya pada abad ke-21. Hal ini ditelusuri dalam sejarah kesehatan masyarakat global yang menunjukkan kejadian penyakit menular terus terkontrol, dan yang terkini, adalah terkendalinya pandemi Covid19 dengan ditemukannya vaksin sebagai suatu bentuk kemajuan ilmu kesehatan masyarakat. Angka kematian ibu dan bayi yang terus menurun baik global seperti pada grafik berikut ini. Selain itu bertambahnya proporsi populasi penduduk yang hidup sampai usia tua merupakan beberapa contoh terkait dengan kemajuan kesehatan.



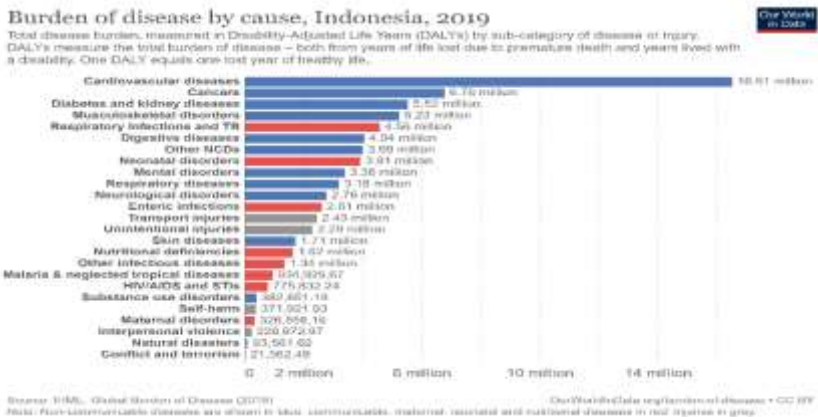
Gambar 3.1. Angka kematian global menurut jenis penyakit dan sex (Koelen & Ban, 2004).

Kemajuan dalam bidang kesehatan masyarakat tentunya tidak merata bagi seluruh negara. Sebagian besar penduduk global masih menderita sakit dengan tingkat kematian yang tinggi terutama di negara dunia ketiga di belahan Benua Afrika. Selain itu, ancaman kesehatan yang baru juga muncul sebagai konsekuensi dari perubahan iklim. Pada tingkat global terjadinya perubahan profil penyakit pada masyarakat dari penyakit menular ke penyakit kronis dan tidak menular. Data menunjukkan bahwa akibat penyakit tidak menular seperti cancer, hipertensi, stroke, diabetes mellitus saat ini menyumbang sekitar 60 persen dari beban penyakit global (Max Roser, Hannah Ritchie, & Fiona Spooner, 2021).

Adanya perubahan status kesehatan masyarakat di berbagai belahan dunia tidak terlepas dari kondisi ekonomi. Masyarakat yang hidup di negara industri diuntungkan oleh kemajuan ekonomi dan ilmu pengetahuan, pada sisi lain, risiko kesehatan yang sangat tinggi terjadi di negara yang miskin, karena risiko kesehatan umumnya terkait dengan kemiskinan itu sendiri,

seperti stunting, air bersih, sanitasi dan hygiene (*Water WSanitation and Higiene/WASH*) yang buruk, dan praktik seksual yang tidak aman berdampak pada kejadian penyakit menular seksual/HIV/AIDS (WHO, 2022). https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Indonesia).

Pergesaran pola penyakit juga terjadi di indonesia sebagaimana terlihat pada grafik berikut ini. Beban penyakit akibat cardioarculer jauh lebih banyak dari pada jenis penyakit lainnya.



Angka kesakitan dan kematian telah meningkat dalam beberapa dekade terakhir karena masalah kesehatan seperti kanker, penyakit kardiovaskular (termasuk tekanan darah tinggi, kolesterol darah tinggi), obesitas, penyakit pernapasan (termasuk asma), kecanduan akibat penyalahgunaan zat (misalnya alkohol atau penyalahgunaan narkoba) dan gangguan mental (misalnya depresi, demensia). Masalah kesehatan tersebut disebabkan oleh faktor biologis, juga oleh perilaku manusia dan kondisi lingkungan fisik. Selain itu, pertumbuhan ekonomi, peningkatan kesejahteraan, dan peningkatan konsumsi sejalan dengan peningkatan aktivitas industri, sehingga menuntut kesehatan lingkungan yang tinggi. Oleh karena itu, peningkatan dan keberlanjutan tingkat kesehatan

yang dapat diterima tetap menjadi tantangan utama. Upaya yang cukup besar tetap diperlukan untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas dan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.

Perubahan pola penyebab masalah kesehatan yang buruk, berdampak pada upaya dan langkah-langkah untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi kesehatan juga berubah. Upaya kesehatan masyarakat selama berabad-abad adalah upaya untuk menyembuhkan penyakit dengan obat-obatan, dan mencegah penyebaran penyakit, terutama dengan menggunakan imunisasi. Diketahui bahwa kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor (determinan) dan terjadi pada berbagai tingkatan dalam masyarakat, termasuk individu, keluarga, komunitas dan masyarakat luas, organisasi dan layanan kesehatan, lingkungan serta aspek kebijakan baik pada level lokal, nasional dan global.

Hal ini berdampak pada pendekatan kesehatan masyarakat menjadi lebih luas dan kompleks, yang tidak saja fokus pada upaya pengobatan penyakit menular tetapi juga melakukan pengendalian penyakit tidak menular. Meskipun demikian, pengobatan penyakit yang sudah ada tetap penting, namun lebih banyak penekanan diperlukan pada pencegahan. Selain itu, peningkatan kesehatan tidak lagi dianggap sebagai tanggung jawab sektor kesehatan saja namun perlu melibatkan banyak pemangku kepentingan dari berbagai sektor dalam masyarakat, dan mencakup berbagai kerjasama lintas sektoral. Sehingga kemajuan dalam kesehatan masyarakat harus dicapai melalui kombinasi perubahan struktural dan tindakan individu.

Berupaya untuk mewujudkan kesehatan masyarakat yang lebih baik merupakan salah satu tantangan utama pada abad ke-21. Perubahan pola masalah kesehatan dan penyebab penyakit seperti tergambar diatas mendorong untuk mempertimbangkan perlindungan kesehatan dan peningkatan kesehatan masyarakat dari perspektif yang luas. Isu-isu terkini seperti stres, kondisi lingkungan kerja yang tidak sehat, aksesibilitas dan mutu layanan

kesehatan, dan dampak pencemaran lingkungan terhadap kesehatan semakin diakui sebagai masalah yang menjadi perhatian banyak orang. Untuk mengatasi masalah tersebut keterlibatan lintas sektor sangat penting seperti sektor kesehatan, media, pengusaha, akademisi dan masyarakat ikut terlibat dalam upaya mewujudkan kesehatan masyarakat.

Pertanyaan 'Apa itu kesehatan?' tampaknya sederhana, tetapi jawabannya tidak mudah. Sulit untuk mendefinisikan kesehatan dalam hal kriteria yang obyektif dan terukur. Ada banyak upaya untuk mendefinisikan kesehatan dengan cara yang bermakna. Selama berabad-abad, kesehatan didefinisikan dalam hal tidak adanya cacat fisik dan dapat berakтивitas. Definisi ini berasal dari sudut pandang medis-biologis, misalnya orang yang menderita penyakit kronis atau cacat fisik dianggap tidak sehat. Sangat mudah untuk melihat bahwa definisi ini agak sempit, karena hanya memasukkan faktor fisik.

Ilmu sosiologi kesehatan masyarakat menggambarkan tentang persepsi orang tentang sehat dan atau sakit, dan kesehatan masyarakat di pandang memiliki aspek objektif dan subjektif (Sarwono, 2017). Seseorang mungkin terinfeksi penyakit tanpa merasa sakit, atau sebaliknya, seseorang mungkin merasa sakit tanpa menderita penyakit. Definisi yang paling umum diterima adalah definisi yang dirumuskan dalam konstitusi WHO tahun 1948: *Health is complete physical, mental and social well-being, not merely negatively as the absence of disease or infirmity* (sehat adalah keadaan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, sosial dan mental yang utuh, dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan (Grad, 2002). Definisi WHO tersebut menempatkan kesehatan dalam konteks yang lebih luas. Dan secara bertahap diterima bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor. Pada umumnya disebut sebagai determinan, yang dapat dikategorikan ke dalam tiga kelompok: penentu endogen, penentu eksogen, dan sistem kesehatan.



Gambar 3.2. Determinan kesehatan masyarakat (Koelen & Ban, 2004).

Kesehatan masyarakat telah banyak dikemukakan oleh para ahli dan praktisi kesehatan masyarakat. Defenisi yang banyak diadopsi adalah defenisi kesehatan masyarakat yang di rumuskan oleh Winslow pada tahun 1920. Winslow mendefenisikan kesehatan masyarakat adalah:

"ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan mempromosikan kesehatan melalui upaya pengorganisasian masyarakat untuk sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi di komunitas, pendidikan individu dalam personal hygiene, pengorganisasian untuk diagnosis dini dan pengobatan pencegahan penyakit, untuk memastikan setiap setiap individu dalam masyarakat dapat memenuhi standar kehidupan yang memadai terkait pemeliharaan kesehatan (Winslow 1920).

Dari perseptkfif politik, kesehatan masyarakat di defenisikan sebagaimana yang di uraikan oleh Coggon 2012 yang mengidentifikasi 'tujuh wajah kesehatan masyarakat sebagai berikut (Coggon, 2012)

1. Kesehatan masyarakat adalah alat politik. Dalam hal ini kesehatan masyarakat digunakan sebagai alasan kuat untuk merumuskan suatu kebijakan. Dalam konteks ini kesehatan tersirat misi social, karena dianggap sebagai barang yang diperlukan, dengan demikian sebagai alasan penting untuk bertindak.
2. Kesehatan masyarakat adalah urusan pemerintah. Pandangan ini menganggap bahwa kesehatan masyarakat merupakan tugas pemerintah, baik yang berhubungan dengan instansi tertentu atau kekuasaan pemerintah yang mempengaruhi kesehatan.
3. Kesehatan masyarakat beroperasi dalam infrastruktur sosial; hal ini dapat digunakan untuk menggambarkan organisasi masyarakat sehubungan dengan masalah kesehatan. Paragraf infrastruktur social di masyarakat seperti komunitas social, antara kelompok kelompok dalam masyarakat, relasi antar struktur social pembentuk masyarakat sangat penting dan dapat mempengaruhi kondisi kesehatan masyarakat.
4. Kesehatan masyarakat merupakan urusan para profesional. Hal ini dimaksudkan bahwa urusan kesehatan masyarakat adalah urusan para profesional semata. Dari pandangan ini, lahir berbagai jenis profesional dalam bidang kesehatan. Menurut undang undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, terdapat kurang lebih 13 jenis tenaga kesehatan di Indonesia (*UU_NO_36_2014.pdf*, 2014). Dalam konteks layanan kesehatan dasar seperti puskesmas minimal harus memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan yang wajib ada di puskesmas agar dapat menjalankan fungsinya sebagaimana mestinya. Sembilan jenis tenaga tersebut adalah dokter, dokter gigi, tenaga farmasi, perawat, bidan, ahli gizi, sanitarian, analis kesehatan dan promotor kesehatan. (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

5. Kesehatan masyarakat dapat digunakan sebagai kualifikasi untuk mewakili kemungkinan manfaat atau kerugian dalam suatu populasi.
6. Kesehatan masyarakat adalah moral perusahaan: setiap anggota masyarakat dapat merugikan atau menguntungkan orang lain melalui tindakan mereka.
7. Kesehatan masyarakat adalah kesehatan penduduk; kesehatan penduduk baik secara agregat atau dengan distribusi.

Dalam konteks kesehatan sebagai alat politi, para politisi menghasilkan kebijakan kesehatan, dimana Prince 1958 menyebutkan bahwa upaya untuk mengimplementasikan berbagai kebijakan kesehatan melalui tindakan kesehatan masyarakat maka hal pertama yang harus di lakukan adalah mengenal masyarkat atu komunitas sasaran (Prince, 1958).

3.6 Perubahan Paradigm Kesehatan masyarakat

Dalam perspektif kesehatan masyarakat, kondisi kesehatan pada kelas pekerja adalah konsekuensi yang tidak dapat dihindari dari hukum keseimbangan alam (Livezey & Darwin, 1953; Malthus, 1798). Hal ini bertentangan dengan dengan pandangan Marks dan Engels bahwa hubungan antara kemiskinan dan penyakit sebagai fenomena sosial, bukan merupakan fenomena individu. Kemiskinan total dan penyakit pada kelas pekerja, Engels menyebutnya sebagai 'pembunuhan sosial", karena tidak semua orang hidup dalam kondisi yang sama (Collyer, 2015). Thesis Thomas McKeown bahwa pentingnya pertumbuhan ekonomi, peningkatan standar hidup, dan perbaikan gizi sebagai sumber utama dari sebagian besar sejarah dalam kesehatan negara-negara maju (Szreter, 2002). Teori kedokteran modern menyatakan bahwa penyakit berasal dari entitas patogen alami seperti bakteri atau kuman. Pendapat ini masif pada abad pertengahan setelah

ditemukannya kuman sebagai penyebab wabah kolera dan wabah Flu Spanyol tahun 1918-1919 (Blevins & Bronze, 2010; Snow, 1858; Yapijakis, 2009).

Sejak ditemukannya kuman sebagai penyebab penyakit, metode epidemiologi tradisional yang berorientasi pada pengobatan menjadi pilihan dalam upaya mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Menurut para ahli, metode epidemiologi tradisional tersebut tumpul karena tidak mampu membedah kompleksitas masalah kesehatan hari ini (Krieger, 1994; van Der Maesen & Nijhuis, 2000a), menurut mereka, masalah kesehatan masyarakat sangatlah kompleks, karena kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, social dan politik (Collyer, 2015; Herzlich, 1983; Minkler, Wallace, & McDonald, 1994).

Eko-epidemiologi yang diperkenalkan sejak awal abad ke-20 lebih menekankan pada tiga teori utama tentang penyakit (Krieger, 2001). Pertama adalah teori psikososial, yang menekankan bahwa ketidakseimbangan *agent (penyebab penyakit)* – *host* (perantara) dan *environment* (lingkungan) merupakan penyebab terjadinya penyakit. Kedua, penyakit adalah produksi sosial / politik ekonomi kesehatan. Jika ditelusuri dalam akar sosiologisnya, pandangan ini berakar pada pandangan Karl Marks, bahwa perubahan masyarakat dipengaruhi oleh bangunan dasar yaitu struktur ekonomi. Menurut Marks, bahwa sejarah peradaban manusia dipengaruhi oleh struktur kekuasaan dalam bidang ekonomi. Marks mau mengatakan bahwa sejarah itu dibuat oleh penguasa (Frans Magnis Suseo, 2014). Ketiga adalah teori eko-sosial. Teori ini berakar pada pandangan bahwa penyakit adalah masalah social bukan hanya sekedar masalah hadirnya bibit penyakit dalam tubuh (McMichael, 1999; Susser & Susser, 1996).

Menuurt (Sell, 2018), pendekatan kesehatan masyarakat yang berorientasi pada epidemiologi penyakit dan pengobatan (*curative*) adalah tindakan yang berorientasi pada pasar yang dalam perspektif administrasi publik, model pendekatan ini berakar pada

teori Management Publik Baru (*New Public Managemet / NPM*) (Denhardt, 2000). Pendekatan kesehatan yang berorientasi ekonomi pasar cenderung bersifat kapitalis dimulai pada abad ke-21. Dalam perspektif struktural tantangan mendasar dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage / UHC*) dalam era perdagangan dan kapitalisme abad ke-21 yaitu kapitalisme keuangan; perdagangan bebas, *intangible* dan rantai nilai global yang mempengaruhi sistem kesehatan (Sell, 2018).

Pendekatan NPM yang bercirikan orientasi pasar dimana pemerintah mewirauasakan birokrasi dari pada melayani publik (*steering rather than serving*). Publik dijadikan “pelanggan” yang harus dipuaskan dalam konteks layanan kesehatan (Marx, 1977). Pendekatan NPM berakar pada teori birokrasi Weber yang mempunyai ciri stuktural yang ketat dan akuntabilitas (Weber, 2005).. Salah satu fokus dari birokrasi yang menganut NPM adalah pada akuntabilitas. Akuntabilitas pada pendekatan NPM diarahkan pada pemenuhan standar kinerja untuk memproduksi hasil, publik direkomendasikan sebagai pasar yang terdiri atas pelanggan individu yang masing masing bertindak dalam satu cara untuk melayani kepentingannya sendiri (Thompson & Riccucci, 2015). Dalam konteks akuntabillitas, maka akuntabilitas bersifat akuntabilitas internal administrasi (Behn, 2002).

Pendekatan kesehatan masyarakat yang bercirikan *Eco-epidemiologi* yang lebih beroreintasi pada faktor determinan kesehatan masyarakat yaitu ekonomi, pendidikan, pekerjaan, perumahan (Richard Wilkinson and Michael Marmot, 2003; World Health Organization(WHO), 1986). Jika ditelusuri, pendekatan tersebut berakar pada theori Karl Marx bahwa bangunan dasar (basis) mempengaruhi bangunan atas (institusional dan tatanan kesadaran kolektif), termasuk kesehatan masyarakat (Frans Magnis Suseo, 2014). Dalam konteks administrasi public, pendekatan *eco-epidemiologi* sejalan dengan konsep Layanan Publik Baru (*New Publik Sevice / NPS*) yang berakar pada teori

demokrasi (Denhardt & Denhardt, 2000). Dalam Konteks NPS masyarakat diikutsertakan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Akuntabilitas birokrasi dalam hal ini adalah akuntabilitas eksternal (Romzek & Dubnick, 2007).

3.7 Perdebatan Filosofi kesehatan masyarakat

Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya bahwa terdapat tiga objek filsafat, jika ingin mempelajari ilmu kesehatan masyarakat. Ketiga objek filsafat tersebut adalah ontologi, epistemologi dan aksiologi. Sejak tahun 1990-an terjadi perdebatan filosofis tentang kesehatan masyarakat, perdebatan tersebut berakar pada orientasi ontologis para ilmuwan. Perdebatan tersebut muncul berkaitan dengan dua pandangan tentang "masyarakat" dan "kesehatan" atau "*Public*" dan "*Health*". Pandangan pertama tentang "*public*" atau "masyarakat" melahirkan dualisme pemahaman, yaitu *public* didefinisikan sebagai individu sehingga melahirkan pendekatan individu yang diwujudkan dalam praktek pengobatan atau publik dalam konteks yang lebih luas dalam konteks sosial, ekonomi dan politik, pendekatan ini melahirkan pendekatan epidemiologi untuk pengendalian penyakit. Perdebatan yang kedua berkaitan dengan "kesehatan" yang pertama berkaitan dengan pemahaman bahwa kesehatan berkaitan dengan faktor medis, sakit dan penyakit, sedangkan pandangan yang kedua bahwa sehat atau kesehatan berkaitan dengan berbagai faktor determinan ekonomi, sosial dan politik (van Der Maesen & Nijhuis, 2000b).

Penulis mencoba menguraikan sebatas garis besar tiga aspek utama dalam filosofi kesehatan masyarakat berikut ini.

a. Ontologi kesehatan masyarakat

Seperti penjelasan sebelumnya bahwa aspek ontologi merupakan landasan dalam pengembangan ilmu, karena aspek ontologi mengarahkan kita pertanyaan tentang apa yang ingin kita ketahui, seberapa jauh kita ingin tahu,

dengan kata lain lain, suatu pengkajian mengenai teori tentang "ada". Dalam konteks kesehatan masyarakat, aspek ontology kesehatan masyarakat sangat luas, sejalan dengan perkembangan kesehatan masyarakat. Pada abad ke-18, tema kajian tentang kesehatan masyarakat didominasi oleh tema yang terkait dengan penyakit yang di sebabkan oleh kuman, hal ini di dukung oleh ditemukannya mikroskop yang dapat mendeteksi kuman. Pada akhir abad ke-20 tema kajian kesehatan masyarakat mulai bergeser menyusul diakuinya berbagai teori determinan social kesehatan masyarakat (World Health Organization, 1999) sehingga muncul kajian *Eco-Epidemiology* .

b. Epistemologi kesehatan masyarkaak

Sebagaimana diketahui bahwa epistemologi merupakan teori pengetahuan itu sendiri, bagaimana mendapatkan pengetahuan kesehatan masyarakat. Terkait dengan hal tersebut, maka mempelajari ilmu kesehatan masyarakat dapat di lakukan degan berbagai pendekatan. Sebelum abad 21, pendekatan ilmu kesehatan masyarakat didominasi oleh pendekatan positivisme dalam mengkaji fenomena kesehatan masyarakat. Memasuki awal abad 21, seiring dengan perubahan sosial ekonomi dan politik, paradigma kesehatan masyarakat juga berubah, dan menjadi paradigma yang lebih kompleks. Kajian kesehatan masyarakat yang berorientasi pada pendekatan post positivisme juga sudah mulai bermuncuan.. muncul berbagai kajian dengan pendekatan eko epidemiologi sebagai jawaban atas kajian kesehatan masyarkaak klasik yang berorientasi pada upaya penyembuhan penyakit tanpa banyak memperhatikan faktor determinan lainnya yang mempengaruhi kesehatan.

c. Aksiologi Kesehatan masyarakat

Di akui bahwa kesehatan masyarakat merupakan hal yang sangat penting bagi perkembangan peradaban manusia, dalam era modern, kesehatan dipandang sebagai modal utama dalam pelaksanaan pembangunan. Hal ini menunjukkan bahwa kajian kesehatan masyarakat memiliki nilai manfaat

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Saidul. 2012. *Filsafat Barat Abad 21*. Riau, Indonesia: Dauat Riau.
- Behn, Robert D. 2002. Rethinking democratic accountability. In *Political Science Quarterly* (Vol. 117, pp. 530–532). <https://doi.org/10.2307/798293>
- Blevins, Steve M., & Bronze, Michael S. 2010. Robert Koch and the “golden age” of bacteriology. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(9), 744–751. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.12.003>
- Coggon, John. 2012. What makes health public? In *What Makes Health Public?* <https://doi.org/10.1017/cbo9781139061032.002>
- Collyer, Fran. 2015. Karl Marx and Frederick Engels: Capitalism, Health and the Healthcare Industry. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, (June), 1–710. <https://doi.org/10.1057/9781137355621>
- Dawson, Agus. 2009. The Philosophy of Public Health. In *Keele University, UK*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp106>
- Denhardt, Robert B. 2000. The New Public Service : Serving Rather than Steering. *Public Administration Review*, 549–557. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00117>
- Denhardt, Robert B., & Denhardt, Janet Vinzant. 2000. The new public service: Serving rather than steering. *Public Administration Review*. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00117>
- Frans Magnis Suseo. 2014. *Pemikiran Carl Marx: Dari sosialisme utopis ke perselisihan revisionisme*. Retrieved from <https://www.goodreads.com/book/photo/3183649-pemikiran-karl-marx>

- Grad, Frank P. 2002. Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983–984.
- Herzlich, Claudine. 1983. Death is a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France (Book). *Sociology of Health & Illness*, 5(3), 361–362. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491869>
- Kementerian Kesehatan RI. Permenkes RI nomor 43., Kemenkes RI §. 2019.
- Kneller, George F. 1971. *introduction to the philosophy of education*. London: Macmillan Publishing Company.
- Koelen, Maria A., & Ban, Anne W. van den. 2004. *Health education and health promotion*. <https://doi.org/10.3920/978-90-8686-665-6>
- Krieger, Nancy. 1994. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X)
- Krieger, Nancy. 2001. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. 668–677.
- Liliweri, Alo. 2018. *Paradigma Penelitian Ilmu Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Livezey, R. L., & Darwin, Charles. 1953. On the Origin of Species by Means of Natural Selection. *American Midland Naturalist*. <https://doi.org/10.2307/2485224>
- Malthus, Thomas Robert. 1798. An Essay on the Principle of Population An Essay on the Principle of Population An Essay on the Principle of Population. *Library*. <https://doi.org/10.1093/fmls/cqi148>
- Marx, Karl. 1977. Capital: Volume One. In *Karl Marx Selected Writings*.

- Max Roser, Hannah Ritchie, & Fiona Spooner. 2021, September 16. Burden of disease - Our world in data. Retrieved April 22, 2023, from Our world in data website: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
- McMichael, A. J. 1999. Prisoners of the Proximate: Loosening the Constraints on Epidemiology in an Age of Change. *American Journal of Epidemiology*, 149(10), 887–895. <https://doi.org/10.1093/00005053-190701000-00007>
- Minkler, Meredith, Wallace, Steven P., & McDonald, Marian. 1994. The Political Economy of Health: A Useful Theoretical Tool for Health Education Practice. *International Quarterly of Community Health Education*. <https://doi.org/10.2190/t1y0-8aru-rl96-lpdu>
- Prince, Julius S. 1958. *A public philosophy in Public Health*. 48, 903–912. Retrieved from <https://sci-hub.se/10.2105/ajph.48.7.903>
- Richard Wilkinson and Michael Marmot. 2003. Social Determinant Of Health: The Solid Facts. In *World Health Organization Regional Office for Europe*. <https://doi.org/10.1007/BF01030200>
- Romzek, Barbara S., & Dubnick, Melvin J. 2007. Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy Author (s): Barbara S. Romzek and Melvin J . Dubnick Source : Public Administration Review , Vol . 47 , No . 3 (May - Jun ., 1987), pp . 227-238 Published by : Blackwell Publis. *Public Administration Review*, 47(3), 227–238. <https://doi.org/10.2307/975901>
- Sarwono, Solita. 2017. *Sosiologi kesehatan: beberapa konsep beserta aplikasinya*. Yogyakarta, Indonesia: Gadjah Mada University Press.

- Sell, Susan K. 2018. 21st-Century Capitalism: Structural Challenges for Universal Health Care. *Globalization and Health*, 15(Suppl 1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0517-3>
- Snow, John. 1858. John Snow (physician). *Cities*.
- Suriasumantri, Jujun S. 1985. *Filsafat ilmu: Sebuah pengantar populer*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Susser, Mervyn, & Susser, Ezra. 1996. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674–677. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>
- Szreter, Simon. 2002. Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92(5), 722–725. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.722>
- Thompson, Frank J., & Riccucci, Norma M. 2015. *REINVENTING GOVERNMENT*. (May). <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.1.1.231>
- UU_NO_36_2014.pdf*. (2014). (1).
- van Der Maesen, Laurent J. G., & Nijhuis, Harry G. J. 2000a. Continuing the debate on the philosophy of modern public health: Social quality as a point of reference. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), 134–142. <https://doi.org/10.1136/jech.54.2.134>
- van Der Maesen, Laurent J. G., & Nijhuis, Harry G. J. 2000b. Continuing the debate on the philosophy of modern public health: Social quality as a point of reference. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), 134–142. <https://doi.org/10.1136/jech.54.2.134>
- Weber, Max. 2005. The Protestant Ethic and The Spirit of Capitalism. In *Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group*. <https://doi.org/10.1029/jd094id12p14865>

- WHO. 2022. World health statistics 2022 (Monitoring health of the SDGs). In *WHO*. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.
- World Health Organization(WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. , World Health Organization Regional Office for Europe § (1986).
- World Health Organization. 1999. Determinants of Health the Solid Facts. In Richard Wilkinson and Michael Marmot (Ed.), *World Health Organization* (Vol. 2). Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Yapijakis, Christos. 2009. Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. *In Vivo*.

BAB 4

SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Dian Agnesa Sembiring

4.1 Pendahuluan

Sejarah kesehatan masyarakat sudah dimulai sejak zaman Yunani kuno dengan munculnya tokoh mitologi Asclepius dan Higeia. Asclepius diyakini sebagai sosok dokter pertama dan Higeia merupakan asisten dan istrinya. Pendekatan Asclepius yaitu pengobatan penyakit (kuratif) sedangkan Higeia memiliki pendekatan masalah kesehatan dengan melakukan pola hidup seimbang (preventif) (Surahman and Supardi, 2016). Oleh sebab itu muncul dua kelompok dalam penanganan masalah kesehatan, yaitu: (1)Kelompok asclepius yang melakukan pendekatan kuratif, seperti profesi dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi lainnya yang melakukan pengobatan penyakit fisik, mental, psikis, dan sosial. (2)Kelompok Higeia yang melakukan pendekatan preventif dan promotif kesehatan sebelum terjadinya penyakit, seperti profesi petugas kesehatan masyarakat, lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat di berbagai jenjang (Notoatmodjo, 2011).

Oleh karena sejarah panjang perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai sejak belum berkembangnya ilmu pengetahuan modern, maka perlu diuraikan secara spesifik mengenai perkembangan kesehatan masyarakat di dunia dan di Indonesia, terutama perkembangan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di Indonesia.

4.2 Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Dunia

Perkembangan kesehatan masyarakat dimulai sejak peradaban kuno Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma melalui dokumen-dokumen tertulis terkait upaya menanggulangi penyakit dan masalah kesehatan masyarakat. Dokumen tertulis tersebut berisi peraturan mengenai drainase pemukiman, pembuangan air limbah, pengaturan air minum, pembangunan tempat pembuangan kotoran dan sebagainya. Meskipun saat itu pembangunan sumur dan tempat pembuangan kotoran bukan karena alasan kesehatan, namun karena kotoran manusia dan minum air kali yang kotor menimbulkan rasa, bau dan pandangan yang kurang sedap. Selain itu, terdapat juga aturan tentang pembangunan rumah, pemeliharaan hewan, peninjauan area publik seperti warung makan, bar, tempat prostitusi, dll (Maisyarah *et al.*, 2021; Sari *et al.*, 2021).

Pada permulaan abad pertama hingga awal abad ke-7, terjadi berbagai penyakit menular dan menjadi epidemi bahkan endemik di beberapa wilayah dunia, seperti penyebaran kolera dari Timur Tengah-Asia Selatan ke Afrika, endemi kolera di India, serta penyebaran lepra dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa (Pakpahan *et al.*, 2021).

Pada abad ke-14, terjadi wabah pes. Wabah ini disebut *The Black Death* karena lebih dari 60 juta jiwa meninggal dan wabah paling dahsyat terdapat di Cina dan India. Adapun wabah pes ini berlangsung hingga abad ke-18. Selain itu wabah kolera dan tipus juga berlangsung, yang mana lebih dari satu di antara enam orang meninggal pada tahun 1603. Penyakit tipus dan disentri juga menjadi wabah saat itu. Pada tahun 1628, William Harvey menerbitkan temuan mengenai sirkulasi darah. Lalu tahun 1629, *London Bills of Mortality* menentukan penyebab kematian saat persalinan dan tahun 1639 Hukum Massachusetts mewajibkan pencatatan kelahiran dan kematian. Selanjutnya pada tahun 1660

Universitas Leyden memperkuat pendidikan anatomi dan tahun 1661 John Graunt mendirikan statistik medis. Pada tahun 1661, Rene Descartes menerbitkan tulisan tentang fisiologi. Tahun 1673 Antony van Leeuwenhoek menemukan mikroskop untuk mengamati sperma dan bakteri. Selanjutnya tahun 1667 cacar dan malaria mewabah di Eropa. Penyakit difteri, tifus dan disentri juga mewabah pada tahun 1759.

Upaya kesehatan masyarakat dilakukan oleh Edwin Chardwick secara ilmiah pada tahun 1832. Chardwick menjadi ketua komisi penyelidikan dan penanganan wabah kolera di Inggris yang dibentuk oleh Parlemen Inggris. Penyelidikan tersebut memberikan hasil bahwa wabah terjadi akibat dari :

1. Kondisi sanitasi jelek. Hal ini disebabkan aliran pembuangan kotoran manusia dan air kotor dekat dengan sumber air penduduk berupa sumur.
2. Makanan di pasar yang dijual oleh masyarakat banyak dikerubungi oleh lalat dan kecoa.
3. Aliran air limbah tidak teratur dan terbuka.
4. Ketidakmampuan membeli makanan bergizi karena biaya kebutuhan hidup lebih tinggi daripada masyarakat.

Laporan tersebut juga disertai dengan data statistik yang sudah dianalisis secara lengkap dan terpercaya. Oleh sebab itu parlemen Inggris mengeluarkan peraturan tertulis mengenai usaha meningkatkan kesehatan masyarakat, sanitasi lingkungan, tempat kerja dan pabrik, dll.

Ilmu pengetahuan sangat berkembang di abad ke-18 hingga 19, terutama yang berdampak pada kesehatan (Gerstman, 2013; Celentano and Szklo, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh John Snow (1813-1858) menghasilkan teori penyakit infeksi secara umum, yang mana adanya korelasi Sungai Thames sebagai sumber air minum penduduk terhadap kematian akibat kolera di London. Akibatnya, banyak orang mulai memperhatikan sanitasi

lingkungan, seperti pengusahaan air minum bersih, ventilasi rumah, pembuangan sampah dan kotoran manusia (Surahman and Supardi, 2016).

Pada abad ke-19, masalah kesehatan sudah dilihat secara komprehensif serta multisektoral sehingga tidak hanya dilihat dari fenomena biologis saja. Berbagai vaksin dan penyebab penyakit juga ditemukan, asam karbol sebagai sterilisasi ruang operasi oleh Joseph Lister, serta ether untuk anestesi operasi ditemukan oleh Wilham Marton. Departemen Kesehatan di Amerika dibentuk pada tahun 1855 pertama kalinya, yang mana berfungsi sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, perbaikan, dan pengawasan sanitasi masyarakat. Oleh sebab itu sanitasi lingkungan menjadi tanggung jawab pribadi dan kesehatan ibu mulai diperhatikan karena berpengaruh terhadap kualitas manusia di masa depan. Pada tahun 1872 terbentuk *American Public Health Association* (Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika) hasil dari pertemuan para pemerhati kesehatan masyarakat seluruh dunia di New York (Sari *et al.*, 2021). Selain itu pendidikan tenaga kesehatan profesional mulai dikembangkan di seluruh dunia, seperti pendirian pelopor Fakultas Kedokteran di Baltimore Amerika oleh John Hopkins pada tahun 1893. Sekolah kedokteran juga mulai menyebar ke Eropa dan Canada yang memperhatikan kurikulum berkaitan dengan kesehatan masyarakat.

Tulchinsky dan Varavikova dalam Pakpahan *et al.*, (2021) menuliskan sejarah perkembangan kesehatan di dunia yaitu: penemuan basil tifoid dan organisme malari oleh Laveran serta organisme kusta oleh Hansen pada tahun 1880; penemuan basil tuberkel dan organisme tuberculosis oleh Robert Koch pada tahun 1882; program asuransi kesehatan nasional untuk pekerja dan keluarganya di Jerman oleh Otto von Bismarck, dan penemuan vaksin antraks oleh Louis Pasteur pada tahun 1883; penemuan organisme Difteri, *Staphylococcus*, *Streptococcus* pada tahun 1884; pengembangan vaksin rabies oleh Pasteur pada tahun 1885;

penemuan basil coli oleh Escherich; pengembangan vaksin rabies oleh Pasteur, pengembangan vaksin difteri oleh Emil Von Behring, dan penemuan sinar X sebagai pencitraan diagnostik oleh Wilhem Roentgen pada tahun 1895; pengembangan serum ATS (anti-tetanus) sebagai kekebalan pasif oleh Edmond Nocard, pendirian *London School of Hygiene and Tropical Medicine* pada tahun 1897; penemuan sintesa asam asetilsalisilat (aspirin) oleh Felix Hoffman; terjadinya pandemi flu Spanyol pada tahun 1918- 1919 dan mengakibatkan 20juta jiwa meninggal dunia; pengembangan vaksin TT (Tetanus Toksoid) pada tahun 1924; pengembangan vaksin pertussis pada tahun 1926; penemuan penisilin oleh Alexander Fleming pada tahun 1926; pengembangan pap smear sebagai deteksi dini kanker serviks oleh George Papanicolaou pada tahun 1928; serta pengesahan peraturan mengenai Medicare dan Medicaid di Amerika Serikat pada tahun 1965 .

Perkembangan epidemiologi modern sudah dimulai sejak tahun 1950 yang memperlihatkan terdapat hubungan yang kuat antara kebiasaan merokok terhadap perkembangan penyakit kanker paru oleh hasil studi dokter-dokter di Inggris. Pada tahun 1968, WHO (Badan Kesehatan Dunia) mengeluarkan pernyataan bawah kesehatan merupakan hak asasi bagi semua manusia. Oleh sebab itu setiap negara wajib memberikan hak tersebut bagi penduduknya. Sampai saat ini, sejarah perkembangan kesehatan masyarakat juga dapat dilihat dalam penanganan COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) yang menyebar dari Wuhan, China ke seluruh dunia. Seluruh dunia mengambil sikap mulai dari melaksanakan protokol kesehatan (mencuci tangan, isolasi/ *lockdown*, menjaga jarak, menggunakan masker) serta vaksinasi COVID-19.

4.3 Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia

Sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia sudah bermula sejak abad ke-16 pada saat zaman penjajahan Belanda yang dirangkum seperti di bawah ini (Surahman and Supardi, 2016; Pakpahan *et al.*, 2021; Sari *et al.*, 2021):

- a. Masuknya penyakit kolera di Indonesia pada tahun 1927 dan mengakibatkan wabah pada tahun 1937;
- b. Pelatihan dukun bayi untuk menekan angka kematian bayi oleh Gubernur Jenderal Deandels pada tahun 1807 dan pendaftaran para dukun bayi sebagai penolong praktik persalinan pada tahun 1930;
- c. Berdirinya pendidikan kedokteran pertama di Indonesia yaitu *School Tot Opleiding Van Indiche Arsten* atau biasanya disebut STOVIA oleh dr. Bosch pada tahun 1851. Selanjutnya di Surabaya berdiri pula pendidikan kedokteran pertama yaitu *Nederland Indische Arsten School* (NIAS) pada tahun 1913. Kemudian pada tahun 1947 STOVIA berganti nama menjadi Fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia (FK-UI);
- d. Pendirian Pusat Laboratorium Kedokteran di Bandung pada tahun 1888 dan berubah menjadi Lembaga Eykman sejak tahun 1938 yang juga menyebabkan pendirian laboratorium lainnya di wilayah Indonesia lainnya (Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta);
- e. Masuknya penyakit pes pada tahun 1922 yang menyebabkan epidemi di beberapa wilayah di Indonesia sejak tahun 1933 s.d 1935;
- f. Pengamatan oleh Hydrich (petugas kesehatan Pemerintah Belanda) terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian di Banyumas–Purwokerto pada tahun 1925, yang menyebabkan dikembangkannya suatu daerah percontohan melalui pendidikan/penyuluhan kesehatan terkait sanitasi

lingkungan, penggunaan kelambu, pemberantasan penyakit cacing tambang, pengobatan ibu hamil dan anak, serta higiene sekolah;

- g. Adapun kegiatan itu merupakan awal kesehatan masyarakat di Indonesia.
- h. Penyemprotan pestisida DDT terhadap rumah-rumah penduduk sebagai program pemberantasan pes serta melakukan vaksinasi massal sejak tahun 1935 s.d 1941;
- i. Masuknya penyakit cacar dari Singapura pada tahun 1948;
- j. Program *Bandung Plan* diperkenalkan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah pada tahun 1951. Konsep ini sebagai memperkenalkan bahwa aspek kuratif (rumah sakit) dan preventif (puskesmas) tidak dapat dipisahkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat.
- k. Proyek Bekasi didirikan oleh Dr. Y Sulianti pada tahun 1956 sebagai model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia dan sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan. Dan guna melancarkan penerapan konsep ini, terpilih 8 desa yang menjadi cikal bakal puskesmas yaitu: Inderapura (Sumatra Utara), Lampung, Bojong Loa (Jawa Barat), Sleman, Godean (Yogyakarta), Mojosari (Jawa Timur), Kesiman (Bali), dan Barabai (Kalimantan Selatan).
- l. Berdirinya pendidikan kesehatan lainnya, yaitu Akademi Kontrolir Kesehatan, Akademi Gizi, serta Fakultas Kesehatan pada tahun 1952. Selain itu pemerintah juga membuka Fakultas Kesehatan Masyarakat pertama kali di Universitas Indonesia pada tahun 1965.
- m. Munculnya falsafah kesehatan Indonesia pada tahun 1960, yang selanjutnya diatur lebih komprehensif sebagai Undang-Undang tentang kesehatan.

- n. Berdirinya lembaga kesehatan nasional pada tahun 1965, selanjutnya berdiri pula lembaga-lembaga lainnya seperti: Biofarma, riset kesehatan nasional dan higiene perusahaan.
- o. Pengembangan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) di Indonesia pada tahun 1968.

4.3.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Indonesia

Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) serta Balai Pengobatan sejak dahulu sudah beroperasi secara sendiri-sendiri (Pakpahan *et al.*, 2021). Oleh sebab itu Puskesmas diawali melalui integrasi seluruh balai tersebut. Selanjutnya dr. Achmad Dipodilogo dalam seminarnya pada akhir tahun 1967 merumuskan suatu program kesehatan masyarakat terpadu yang disesuaikan berdasarkan kemampuan dan kondisi masyarakat Indonesia saat itu. Konsep Puskesmas yang dirumuskan mengacu pada Konsep Bandung dan Proyek Bekasi, yang mana disepakati bahwa sistem puskesmas terdiri dari : (1) Puskesmas Tipe A (dipimpin oleh dokter penuh); (2) Puskesmas Tipe B (dipimpin oleh dokter tidak penuh); dan (3) Puskesmas Tipe C (dipimpin oleh tenaga paramedis). Selanjutnya Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakernas) Indonesia pertama kali diadakan pada tahun 1968 dan memperkenalkan konsep pelayanan kesehatan di Puskesmas yang dibagi menjadi empat tingkatan, yaitu puskesmas tingkat desa, tingkat kecamatan, tingkat kawedanan, serta tingkat kabupaten (Sari *et al.*, 2021).

Pada tahun 1969, disepakati hanya terdapat dua sistem puskesmas yaitu : Tipe A (dikelola dokter) dan Tipe B (dikelola paramedis). Selanjutnya pada tahun 1970 disepakati pula bahwa hanya ada satu jenis Puskesmas, yaitu puskesmas dengan satu wilayah kerja tingkat kecamatan atau wilayah tertentu dengan komposisi penduduk sebanyak 30.000 – 50.000 jiwa. Adapun konsep ini bertahan sampai akhir Pelita II pada tahun 1979.

Selanjutnya Pelita III (1979/ 1980) memperkecil wilayah kerja Puskesmas menjadi 30.000 penduduk.

Puskesmas merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan layanan kuratif, preventif dan promotif dengan terpadu, menyeluruh serta mudah dijangkau masyarakat dan memiliki dua belas kegiatan pokok, yaitu: (1)kesehatan ibu dan anak; (2)keluarga berencana; (3)kesehatan lingkungan; (4)pencegahan penyakit menular; (5)pendidikan kesehatan masyarakat; (6)pengobatan; (7)perawatan kesehatan masyarakat; (8)usaha kesehatan gizi; (9)usaha kesehatan sekolah; (10)usaha kesehatan jiwa; (11)laboratorium, serta (12)statistik (pencatatan dan pelaporan) (Surahman and Supardi, 2016; Pakpahan *et al.*, 2021; Sari *et al.*, 2021).

Pengembangan manajerial penilaian stratifikasi puskesmas dimulai pada tahun 1979 yang terdiri dari tiga strata, yaitu: (1)Puskesmas Strata Satu (prestasi sangat baik); (2)Puskesmas Strata Dua (prestasi rata-rata/standar); (3)Puskesmas Strata Tiga (prestasi bawah rata-rata). Pengembangan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana (Posyandu) dimulai pada tahun 1984 sebagai tanggung jawab Puskesmas, dengan fokus program mencakup: kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi, penanggulangan penyakit diare dan imunisasi. Adapun tujuan pengembangan posyandu sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan, yaitu :

- a. Percepatan penurunan angka kematian bayi dan balita, serta angka kelahiran;
- b. Percepatan NKKBS (penerimaan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera);
- c. Berkembangnya kegiatan masyarakat seturut kemampuan dan kebutuhannya.

Puskesmas masih berkembang sampai sekarang dan menjadi fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan preventif dan promotif di wilayah kerjanya. Aturan tertulis resmi pemerintah terbaru mengenai Puskesmas terdapat di Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019.

DAFTAR PUSTAKA

- Celentano, D. D. and Szklo, M. 2019. *Gordis Epidemiology*. VI. Philadelphia: Elsevier.
- Gerstman, B. B. 2013. *Epidemiology Kept Simple*. III. San Jose, USA: Wiley-Blackwell.
- Maisyarah *et al.* 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. 2nd edn. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pakpahan, M. *et al.* 2021. *Pengantar Kesehatan Masyarakat*. Edited by M. J. F. Sirait. Pekanbaru: Yayasan Kita Menulis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43. 2019. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Indonesia. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/138635/permenkes-no-43-tahun-2019>.
- Sari, N. P. *et al.* 2021. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edited by J. Simarmata. Pekanbaru: Yayasan Kita Menulis.
- Surahman and Supardi, S. 2016 . *Kesehatan Masyarakat PKM*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 5

PRINSIP KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Dian Jayantari Putri K. Hedo

5.1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari tentang kesehatan dalam suatu komunitas. Ilmu kesehatan masyarakat berfokus pada pencegahan (Anggreny, 2022). Pada dasarnya ilmu kesehatan masyarakat menekankan pada prinsip pencegahan atau preventif yang menekankan pada suatu keadaan sehat. Sehat berarti individu dan komunitas berada dalam kondisi optimal terkait kesehatannya yang meliputi berbagai aspek dalam kehidupannya yaitu aspek fisik, mental, spiritual, sosial, dan finansial (Taylor, 2018). Ilmu kesehatan masyarakat berfokus pada keadaan sehat yang dimiliki oleh individu dan juga masyarakat. Masyarakat merupakan sekelompok manusia yang hidup dan bekerjasama satu sama lain di dalam kelompoknya, melakukan pengorganisasian dan identifikasi diri sebagai suatu kesatuan sosial yang diikat dalam norma dan batasan-batasan tertentu yang telah berlaku dan telah disepakati (Sartika, 2022).

Masyarakat merupakan faktor yang bersifat multicausal yang memerlukan solusi dan upaya kesehatan yang berasal dari multi disiplin ilmu (Sartika, 2022).

Ilmu kesehatan masyarakat memiliki fokus dan penekanan yang berbeda dengan ilmu berbasis kesehatan lainnya, yaitu misalnya ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan. Kedua bidang ilmu tersebut menekankan pada intervensi dan pengobatan pada level individu serta pemberian asuhan keperawatan kepada individu sebagai pasien. Sedangkan ilmu kesehatan masyarakat menekankan pada upaya peningkatan kesehatan (*health*

promotion) dan pencegahan penyakit (*disease prevention*). Pencegahan penyakit pada bidang ilmu kesehatan masyarakat meliputi lima tahapan pencegahan (*five level of prevention*) yaitu *health promotion, specific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation, dan rehabilitation* (Hasnidar, 2020).

5.2 Merubah Perilaku, Mempromosikan Kesehatan, dan Mencegah Penyakit

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan bidang ilmu yang menerapkan adanya berbagai upaya pemecahan masalah kesehatan melalui beberapa bentuk perilaku dan kegiatan kesehatan. Terdapat upaya kesehatan yang bersifat langsung dan tidak langsung, yaitu upaya pencegahan munculnya penyakit dan upaya optimalisasi keadaan kesehatan melalui perubahan perilaku, serta melakukan pendampingan dan terapi sosial, psikis, dan fisik (Nuryadin, 2022).

Secara spesifik penerapan ilmu kesehatan masyarakat mencakup beberapa kegiatan berikut yaitu 1. Pemberantasan penyakit menular dan tidak menular 2. Perbaikan sanitasi lingkungan 3. Perbaikan lingkungan pemukiman penduduk 4. Pemberantasan vector penyakit 5. Pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat 6. Pelayanan kesehatan ibu dan anak 7. Pengawasan sanitasi di tempat umum 8. Pembinaan gizi masyarakat 9. Pengawasan obat dan minuman aman 10. Pembinaan peran serta dan pemberdayaan kesehatan masyarakat di bidang kesehatan.

Penerapan berbagai kegiatan dan upaya kesehatan di bidang ilmu kesehatan masyarakat termasuk di dalam 7 pilar utama bidang ilmu kesehatan masyarakat yaitu:

1. Epidemiologi; merupakan ilmu yang mempelajari tentang frekuensi, sebaran, determinan, sekaligus penanggulangan masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan dengan pendekatan kuantitatif

2. Biostatistik; merupakan ilmu yang digunakan sebagai pendekatan dalam melakukan kajian terhadap masalah kependudukan.
3. Kesehatan Lingkungan; merupakan ilmu kesehatan yang melakukan kajian dan fokus intervensi pada lingkungan dan kondisi yang berkontribusi pada kesehatan.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku; merupakan ilmu yang melakukan kajian dan fokus pada perilaku kesehatan yang ditampilkan oleh individu dan komunitas, dimana di dalam bidang ilmu ini terdapat berbagai keterlibatan berbagai disiplin ilmu lain misalnya psikologi kesehatan, psikologi sosial, antropologi kesehatan, konseling, dan sosiologi kesehatan
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat; merupakan ilmu kesehatan masyarakat yang mengkaji seputar proses perencanaan, pengorganisasian, penilaian, pengawasan, dan evaluasi administrasi kesehatan.
6. Gizi Masyarakat; merupakan bidang ilmu yang memiliki obyek kajian tentang nutrisi yang diperlukan untuk menunjang kesehatan.
7. Kesehatan Kerja; merupakan bidang ilmu yang memiliki fokus dan kegunaan untuk memberikan perlindungan optimal kepada pekerja dari kondisi sakit yang ditimbulkan dan terkait dengan pekerjaannya (Sartika, 2022).

Pada dasarnya ilmu kesehatan masyarakat memiliki tujuan mendasar terkait kesehatan yang terbagi menjadi dua tujuan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum terkait kesehatan adalah yang meliputi tentang peningkatan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri. Sedangkan tujuan khusus terkait kesehatan adalah peningkatan kesehatan individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat melalui

pemahaman tentang kondisi sehat dan sakit. Selain itu kondisi khusus juga mencakup adanya peningkatan kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan, serta pemberian pelayanan kesehatan kepada kelompok masyarakat rawan, dan memerlukan penanganan tindak lanjut kesehatan (Ruger, 2020).

Upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dapat dilakukan pada beberapa sasaran terapan ilmu kesehatan masyarakat. Sasaran kesehatan masyarakat terdiri dari tiga kelompok yaitu pada kelompok individu, kelompok keluarga, dan kelompok khusus. Sasaran individu merupakan sasaran yang berupa perorangan dengan status dan kondisi kesehatannya. Sasaran keluarga merupakan sasaran unit terkecil dalam masyarakat. Sedangkan sasaran kelompok khusus adalah kelompok yang terdiri dari sekelompok orang yang memiliki kesamaan karakteristik yang membuat mereka menjadi kelompok rawan terkait kesehatan misalnya kelompok ibu hamil, bayi baru lahir, balita, anak usia sekolah, dan kelompok usia lanjut (Sartika, 2022).

Upaya perubahan perilaku untuk mencapai peningkatan kesehatan dan penghindaran keadaan sakit dapat dilakukan dengan beberapa kegiatan. Terdapat beberapa hal yang menjadi dasar penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut, yaitu:

1. Pelaksanaan kegiatan kesehatan masyarakat perlu dapat diterima oleh seluruh unsur masyarakat
2. Pelaksanaan kegiatan mencakup upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat
3. Pelaksanaan kegiatan melibatkan peran dan kontribusi aktif masyarakat
4. Pelaksanaan kegiatan masyarakat melibatkan berbagai bidang disiplin ilmu yang terkait
5. Pelaksanaan kegiatan melibatkan berbagai bentuk dan jenis kerja sama lintas sektor dan lintas program dari berbagai lembaga dan instansi.

Berbagai upaya dan kegiatan kesehatan masyarakat dapat digolongkan menjadi empat jenis upaya yaitu yang meliputi upaya

promotif, upaya preventif, upaya kuratif, dan upaya rehabilitatif. Upaya promotif adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan. Upaya promotif dapat dilakukan dengan peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan personal, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga teratur, istirahat cukup dan melakukan kegiatan rekreasi secara seimbang. Berbeda dengan upaya promotif, upaya preventif merupakan upaya yang bertujuan untuk mencegah munculnya suatu penyakit. Upaya preventif dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi pada bayi, anak, ibu hamil, serta melakukan pemeriksaan kesehatan deteksi penyakit secara dini. Upaya yang juga dapat dilakukan terkait kesehatan adalah upaya kuratif. Upaya kuratif bertujuan untuk melakukan intervensi pengobatan secara tepat dan adekuat untuk memulihkan kesehatan. Selain upaya kuratif, terdapat juga upaya rehabilitatif yaitu upaya untuk mendukung pemulihan kesehatan para penderita penyakit yang baru pulih dari sakit. Upaya rehabilitatif berfungsi untuk memperbaiki kelemahan fisik, mental, dan sosial pasien sebagai akibat penyerta dari penyakitnya. Upaya ini dapat dilakukan dengan latihan fisioterapi (Anggreny, 2022).

5.3 Penerapan Prinsip Kesehatan Masyarakat

Terdapat beberapa pandangan dan kajian yang menyatakan tentang prinsip kesehatan masyarakat. Beberapa prinsip kesehatan masyarakat tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut.

Secara umum prinsip kesehatan masyarakat menekankan pada beberapa hal yaitu 1. Kesehatan masyarakat menekankan pada pendekatan dan tindakan promotif (promosi kesehatan) dan preventif (pencegahan). Kesehatan masyarakat cenderung kurang memiliki penekanan pada pendekatan kuratif (pengobatan) seperti pada ilmu kesehatan lainnya 2. Kesehatan masyarakat memiliki fokus intervensi dan penanganan kesehatan pada level masyarakat atau sekelompok orang yang sehat dan sakit 3. Kesehatan masyarakat memiliki pandangan bahwa lingkungan sebagai faktor

eksternal memiliki kontribusi signifikan pada keadaan sehat dan sakit pada masyarakat 4. Kesehatan masyarakat berfokus pada pelaksanaan berbagai upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat secara terorganisir untuk mengoptimalkan derajat kesehatan masyarakat 5. Kesehatan masyarakat menganggap masyarakat sebagai objek dan subjek dalam melakukan upaya kesehatan 6. Kesehatan masyarakat memiliki pendekatan multisectoral untuk melakukan berbagai upaya kesehatan (Hasnidar, 2020; Sartika, 2022).

Secara mendasar, kesehatan masyarakat terdiri dari beberapa unsur yaitu: 1. Berbasis masyarakat secara setara, adil, dan tanpa diskriminasi dan perlakuan khusus 2. Memiliki orientasi untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan dengan memastikan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai berupa air bersih, sanitasi yang baik, perumahan sehat, pangan bernutrisi dan bebas dari racun, serta pengelolaan limbah rumah tangga yang baik 3. Dalam pelaksanaannya selalu melibatkan upaya multi disiplin dan keahlian, baik dalam sektor kesehatan maupun non kesehatan 4. Menekankan pada adanya partisipasi, keterlibatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan berbagai upaya dan program kesehatan 5. Adanya organisasi dan kebijakan yang sistematis dan efektif dalam mengatur pelaksanaan berbagai upaya kesehatan di masyarakat (Anggreny, 2022).

Terdapat beberapa prinsip dalam melakukan berbagai upaya dan intervensi kesehatan dengan pendekatan kesehatan masyarakat yaitu 1. Penekanan pada usaha promotif dan preventif 2. Penekanan pada efektivitas dan efisiensi pelaksanaan upaya kesehatan di masyarakat yaitu dengan mengupayakan penggunaan penghematan biaya untuk hasil yang optimal 3. Pelibatan masyarakat dalam upaya kesehatan yaitu dari, untuk dan oleh masyarakat 4. Pelaksanaan berbagai kegiatan dan upaya dalam suatu aturan yang tegas dan mengikat 5. Penggunaan pendekatan

grounded dimana upaya yang direncanakan dilakukan berbasis keadaan dan masalah yang sebenarnya terjadi di masyarakat (Anggreny, 2022).

Terdapat beberapa prinsip pokok dalam melakukan pelayanan kesehatan masyarakat. Beberapa diantaranya adalah: 1. Memiliki sasaran pelayanan yang jelas dan terukur yaitu yang meliputi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat 2. Penggunaan metode pemecahan masalah dalam pelayanan kesehatan 3. Penekanan pada fokus kegiatan pelayanan kesehatan di masyarakat, bukan di fasilitas kesehatan kuratif seperti rumah sakit 4. Berpedoman pada peran tenaga kesehatan yang signifikan adalah sebagai pendidik kesehatan dan fasilitator perubahan untuk mencapai kondisi kesehatan yang optimal 5. Penggunaan berbagai aspirasi dan sumber dari masyarakat sebagai dasar dan landasan perencanaan dan pelaksanaan berbagai upaya kesehatan 6. Praktik kesehatan masyarakat dipengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya 7. Praktik kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat 8. Praktik kesehatan masyarakat merupakan gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat.

Ilmu Kesehatan Masyarakat memiliki fungsi utama yang disebut "*the three core functions of public health*", yaitu yang meliputi: 1. *Assesment* kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data, informasi kesehatan, statistik status kesehatan, kebutuhan kesehatan komunitas, dan epidemiologi kesehatan. 2. *Policy Development*, yang bertujuan meningkatkan penggunaan pendekatan ilmiah untuk mengambil suatu keputusan kesehatan 3. *Assurance*, yaitu memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan secara efektif dan optimal oleh berbagai penyedia jasa kesehatan kepada penerima dan pengguna jasa (Anggreny, 2022).

5.4 Mengupayakan Masyarakat Sehat dengan Prinsip Kesehatan Masyarakat

Kesehatan merupakan hal yang perlu diupayakan dan selalu ditingkatkan derajatnya bagi setiap individu maupun kelompok dan masyarakat. Ilmu kesehatan masyarakat memiliki beberapa fungsi dasar yang bertujuan untuk mengupayakan kesehatan. Fungsi dasar kesehatan masyarakat yaitu adalah 1. Surveillance dan penilaian status kesehatan masyarakat 2. Identifikasi ancaman masalah kesehatan pada masyarakat 3. Perlindungan kesehatan 4. Kesiapsiagaan dan manajemen bencana kedaruratan 5. Pencegahan penyakit secara primer dan sekunder 6. Promosi dan pendidikan kesehatan 7. Inisiasi dan pelaksanaan penelitian kesehatan 8. Evaluasi terkait kualitas dan efektivitas pelayanan kesehatan 9. Kapasitas staf kesehatan 10. Inisiasi pengembangan dan perencanaan kebijakan kesehatan (Anggreny, 2022; Nuryadin, 2022; Sartika, 2022).

Upaya kesehatan masyarakat juga dapat dilakukan dalam berbagai kegiatan variatif yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung pada masyarakat. Beberapa kegiatan kesehatan yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan intervensi dan asuhan langsung kepada individu, kelompok, dan masyarakat, melakukan promosi kesehatan, konseling dan pemecahan masalah kesehatan, memberikan rujukan terkait kesehatan, melakukan asuhan dan pemberdayaan kesehatan komunitas, melakukan peran di dalam masyarakat sebagai penghubung, koordinator, dan advokasi kesehatan, melakukan bimbingan dan pembinaan kesehatan, menjadi panutan dan tokoh kesehatan yang dapat mengkomunikasikan dan mempersuasi hal-hal terkait kesehatan secara efektif, serta melakukan kajian dan penelitian untuk kepentingan kesehatan.

Berbagai penerapan upaya kesehatan yang dilakukan memerlukan dukungan dari adanya kebijakan terkait kesehatan yang berlaku untuk individu maupun kelompok dan masyarakat.

Pengembangan kebijakan kesehatan dapat dilakukan dengan menerapkan beberapa strategi misalnya dengan melibatkan instansi atau lembaga pemerintah sebagai penentu kebijakan di tingkat pusat hingga daerah. Strategi yang juga dapat dilakukan adalah dengan mengadakan diskusi dan dengar pendapat secara publik untuk memperoleh aspirasi dari masyarakat terkait kesehatan. Selain itu juga dapat dilakukan pemantauan dan evaluasi penyediaan layanan kesehatan yang ada, merencanakan program kesehatan masyarakat beserta tindak lanjut operasionalnya, mengembangkan kebijakan melalui investigasi dan kajian ilmiah terkait isu-isu kesehatan, memberdayakan masyarakat sipil terkait upaya-upaya kesehatan, dan menjamin ketersediaan berbagai sarana dan prasarana kesehatan yang memadai dan adekuat bagi masyarakat (Hasnidar, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggreny, D. E. 2022. 'Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat', in Munandar, A. (ed.) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: CV. MEDIA SAINS INDONESIA, pp. 1–265.
- Hasnidar. 2020. 'Sejarah Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat', in *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis, pp. 1–252.
- Nuryadin, A. A. 2022. 'Dasar dan Latar Belakang Ilmu Kesehatan Masyarakat', in Media, T. (ed.) *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Sukoharjo: Tahta Media Group, pp. 1–117.
- Ruger, J. P. 2020. 'Positive Public Health Ethics: Toward Flourishing and Resilient Communities and Individuals', *The American Journal of Bioethics*, 20(7), pp. 44–54. doi: 10.1080/15265161.2020.1764145.
- Sartika. 2022. 'Konsep Dasar, Ruang Lingkup, dan Tujuan Ilmu Kesehatan Masyarakat', in Munandar, A. (ed.) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: CV. MEDIA SAINS INDONESIA, pp. 1–265.
- Schneider, M.-J. and Schneider, H. S. 2017. *Introduction to Public Health*. Fifth Edit. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Taylor, S. E. 2018. *Health Psychology*. Tenth Edit. New York: McGraw Hill Education.

BAB 6

PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Patemah

6.1 Pendahuluan

Dalam bab ini akan mempelajari pendekatan kesehatan masyarakat. Untuk bisa melakukan pendekatan kepada masyarakat, maka perlu dipelajari dahulu tentang kesehatan masyarakat terlebih dahulu. pengetahuan tentang kesehatan masyarakat akan mengantarkan kita ke dalam pendekatan kesehatan masyarakat. Banyak disiplin ilmu yang menjadi dasar dari ilmu kesehatan masyarakat, diantaranya yaitu, Kimia, Biologi, Fisika, Kesehatan Lingkungan, Kedokteran, Sosiologi, Pendidikan, Antropologi, Psikologi, dan lain-lain. Berdasarkan atas kenyataan yang ada ini, maka ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu yang multidisiplin. (Pandemi & Literatur, 2022)

6.2 Pendekatan Kesehatan Masyarakat Dari Kesepakatan Global

Pendekatan kesehatan masyarakat dan bentuk-bentuk partisipasi masyarakat yang telah menjadi kesepakatan global adalah *Primary Health care (PHC)*, Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), dan Pos Yandu. (Nasrul, 1998)

6.2.1 *Primary Health care (PHC)*

Pengertian dari *Primary Health care (PHC)*, adalah suatu pelayanan kesehatan pokok dengan menggunakan dasar metoda dan teknologi praktis, ilmiah serta sosial dimana individu keluarga yang ada dalam masyarakat secara umum dapat menerima dengan

berpartisipasi sepenuhnya, dan dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara sehingga mereka dapat memelihara setiap tingkat dari perkembangan dalam semangat untuk dapat hidup mandiri (*self reliance*) dan untuk menentukan nasibnya sendiri (*self determination*).

Tujuan umum dari *PHC* adalah suatu usaha atau cara dalam menemukan akan kebutuhan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, untuk mencapai tingkat kepuasan masyarakat yang mendapatkan atau menerima layanan kesehatan. (Nasrul, 1998)

Tujuan khusus dari *PHC* adalah:

1. Pelayanan yang diberikan harus dapat mencapai atau menjangkau keseluruhan dari penduduk yang membutuhkan pelayanan.
2. Pelayanan yang diberikan kepada penduduk harus dapat diterima sesuai kebutuhan dari penduduk yang dilayani
3. Pelayanan yang diterima oleh masyarakat harus berdasarkan pada kebutuhan medis dari populasi yang mendapatkan pelayanan
4. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber -sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat

PHC memiliki 5 (lima) prinsip dasar yaitu:

1. Pemerataan upaya kesehatan. Prinsip ini mengupayakan agar semua lapisan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.
2. Penekanan pada upaya preventif. Pada upaya ini dimaksudkan adanya pencegahan pada masyarakat agar tidak menderita suatu penyakit.
3. Menggunakan teknologi tepat guna. Penggunaan teknologi yang tepat guna ini dimaksudkan sesuai dengan kondisi kebutuhan masyarakat.

4. Melibatkan peran serta masyarakat. Dalam prinsip ini membutuhkan peran aktif masyarakat dalam mencapai kesehatannya. Peran aktif dan partisipasi dari masyarakat akan membuat keberhasilan dari kegiatan yang sudah diprogramkan.
5. Melibatkan kerjasama lintas sektoral. Kerjasama dari lintas sektor akan sangat dibutuhkan untuk membantu keberhasilan dari kegiatan yang sudah di programkan.

6.2.2 Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)

Pengertian dari pembangunan kesehatan masyarakat adalah suatu rangkaian aktifitas atau kegiatan yang ada dimasyarakat yang dilakukan dengan dasar kebersamaan atau gotong royong dan swadaya dalam usaha untuk menolong dirinya sendiri mengatasi masalah kesehatan dan untuk memenuhi kebutuhannya yang berkaitan dengan bidang lainnya untuk mencapai kehidupan yang sehat dan sejahtera.

Tujuan umum dari PKMD adalah suatu usaha atau upaya dalam meningkatkan kemampuan dari masyarakat untuk dapat menolong dirinya sendiri yang berhubungan dengan kesehatannya untuk meningkatkan mutu dari kehidupannya. (Huda *et al.*, 2017)

Tujuan khusus dari PKMD adalah:

1. Menumbuhkan dan membangun akan kesadaran dan potensi yang dimiliki oleh masyarakat dalam menolong dirinya sendiri dalam rangka untuk meningkatkan mutu dari hidupnya.
2. Mengembangkan akan kemampuan masyarakat dan prakarsa dalam berperan aktif dan berswadaya dalam usaha untuk peningkatan kesejahterannya.
3. Menghasilkan atau melahirkan masyarakat yang mempunyai kemampuan terampil dan berperan aktif dalam aktifitas atau kegiatan untuk pembangunan desa

4. Meningkatkan kesehatan dari masyarakat dengan memenuhi indikator yang ada yaitu: menurunnya angka terjadinya kesakitan, terjadinya penurunan angka kematian bayi dan balita, menurunnya angka kelahiran dan penurunan angka dari kurang gizi yang terjadi pada balita.

Prinsip-prinsip dari PKMD yaitu:

1. Kegiatan yang akan dilakukan di masyarakat dimulai dari kegiatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada saat itu. Jadi langkah pertama kali yang dilakukan yaitu dengan kegiatan untuk membantu apa yang menjadi kebutuhan dimasyarakat, walaupun kegiatan itu tidak ada kaitannya dengan kesehatan masyarakat. Keadaan ini menunjukkan bahwa tidak semata-mata atau terbatas pada aspek kesehatan saja yang menjadi utama penyelesaian kebutuhan, akan tetapi juga menyangkut aspek lain diluar kesehatan yang secara tidak langsung juga akan menunjang kesehatan dari masyarakat.
2. Diperlukan kerjasama yang baik untuk melakukan pembinaan pada kegiatan masyarakat yaitu antar dinas/instansi/lembaga lain yang bersangkutan, dan dengan masyarakat.
3. Bila masyarakat yang bersangkutan tidak mampu untuk memecahkan masalahnya ataupun kebutuhannya, maka pelayanan yang diberikan langsung dengan sektor yang bersangkutan.

Hal-hal yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan PKMD adalah:

1. Mengembangkan masyarakat dengan tepat dan benar akan pengertian tentang kesehatan dan program yang dilakukan oleh pemerintah.

2. Pengembangan dan pembinaan kepada masyarakat akan kesadaran tentang potensi serta sumberdaya, kemampuan dan keberanian yang dimilikinya untuk berperan secara aktif dan bersawadaya untuk meningkatkan mutu dari hidupnya dan kesejahteraannya.
3. Persiapan mental bagi pihak penyelenggara pelayanan, agar mampu menyadari akan hak dan potensi masyarakat dalam menolong dirinya sendiri dalam mencapai hidup yang sejahter
4. Pembina harus peka dengan aspirasi yang berasal dari masyarakat dan yang berperan aktif secara tepat dan wajar.
5. Adanya keterbukaan serta interaksi yang dinamis dan berkesinambungan antara para pembina ataupun antara pembina dengan masyarakat, sehingga akan memunculkan pola pikir yang dapat mendukung dari kegiatan PKMD.

6.2.3 Pos Yandu

Pengertian dari pos yandu adalah suatu forum untuk komunikasi, alih teknologi dan pemberian pelayanan kesehatan masyarakat oleh dan untuk masyarakat yang memiliki nilai strategis untuk mengembangkan sumberdaya manusia sejak dini. Posyandu menjadi pusat kegiatan dari masyarakat untuk pelayanan kesehatan serta keluarga berencana yang diselenggarakan dan dikelola untuk dan oleh masyarakat dengan mendapatkan dukungan teknis yang berasal dari petugas kesehatan dalam rangka untuk mencapai NKKBS. (Wibawati et al., 2015)

Tujuan pokok dari Posyandu adalah:

1. Untuk mempercepat penurunan penurunan ibu dan bayi
2. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi ibu dalam menurunkan IMR
3. Untuk mempercepat penerimaan NKKBS

4. Untuk meningkatkan kemampuan dari masyarakat dalam mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan lain yang dapat menunjang untuk peningkatan hidup sehat
5. Untuk pendekatan serta pemerataan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan Berdasarkan letak geografis
6. Untuk peningkatan dan pembinaan dari peran serta masyarakat sebagai alih teknologi dalam swakelola usaha kesehatan masyarakat

Lokasi dan letak posyandu adalah:

1. Tempat yang dipilih berada di lokasi yang mudah dijangkau atau didatangi oleh masyarakat
2. Masyarakat sendiri yang menentukan lokasi posyandu
3. Bila tidak memungkinkan bisa menggunakan tempat rumah warga atau balai desa dan pos-pos yang ada di RT atau RW.

Posyandu menggunakan sistem 5 (lima) meja dengan rincian sebagai berikut:

1. Meja I bertugas untuk pendaftaran dan untuk pencatatan bayi, balita, ibu menyusui, ibu hamil dan pasangan usia subur (PUS)
2. Meja II bertugas untuk melakukan penimbangan pada balita dan ibu hamil
3. Meja III bertugas untuk melakukan pengisian KMS
4. Meja IV bertugas untuk mengevaluasi berat badan dari balita, ibu hamil yang beresiko, Pasangan usia subur (PUS) yang belum mengikuti program KB, pemberian penyuluhan, dan pelayanan untuk pemberian tablet zat besi, vitamin, oralit, kondom dan pemberian pil ulangan.

5. Meja V bertugas untuk pemeriksaan ibu hamil, pemberian imunisasi, pemeriksaan kesehatan serta pengobatan, dan pemberian layanan kontrasepsi.

6.3 Pendekatan Kesehatan Masyarakat Dari Undang-Undang Kesehatan

Di dalam Undang-undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 pasal 47 dinyatakan bahwa: “Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan”. Pendekatan yang dilakukan meliputi kegiatan promotif dan preventif dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, tanpa mengabaikan kegiatan kuratif dan rehabilitatif. (Wulandari *et al.*, 2019)

6.2.1 Promotif

Layanan kegiatan untuk promotif adalah upaya untuk pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam rangka untuk peningkatan status kesehatan yang lebih optimal, dengan jalan meningkatkan akan pengetahuan dari masyarakat. Kegiatan ini mentik beratkan pada pemberian pendidikan atau sosialisasidan penyuluhan yang diberikan kepada orang sehat dengan berlandaska pada paradigma sehat. Paradigma sehat ialah pemberian pelayanan yang difokuskan agar semua orang tetap dalam kondisi yang sehat dan bagi yang akan menjadi sehat kembali. Layanan kegiatan untuk promotive atau promosi ini menjadi tugas bagi setiap individu terutama tugas tenaga kesehatan dengan biaya yang bisa dijangkau oleh semua stakeholder. (Pakpahan *et al.*, 2022)

6.2.2 Preventif

Preventif adalah usaha layanan kesehatan yang mengupayakan pencegahan akan terjadinya suatu penyakit. Dengan bertambahnya usia serta aktifitas seseorang maka akan ada perubahan pada fungsi organ manusia sehingga ada beberapa dari penyakit yang akan lebih dominan untuk dialami oleh kelompok beresiko dari sasaran tertentu. Kelompok-kelompok yang mempunyai resiko untuk timbulnya suatu penyakit misalnya kelompok orang dengan kebiasaan merokok akan lebih beresiko untuk menderita penyakit TBC, kelompok wanita hamil akan beresiko mengalami anemia, kelompok anak usia sekolah akan beresiko mengalami diare, kelompok karyawan dengan bekerja lebih banyak dengan aktifitas duduk akan beresiko mengalami sakit didaerah pinggang, dan untuk kelompok buruh pabrik dengan aktifitas penggunaan mesin yang menggunakan tangan akan mempunyai resiko menderita penyakit carpal tunnel syndrome, dan lain sebagainya. Pelayanan yang khusus diberikan pada kelompok beresiko ini disebut dengan upaya preventif. Preventif adalah upaya pelayanan yang luas sehingga dalam upaya layanannya dibagi kembali menjadi 5 (lima) yang dikenal dengan *Five Level Prevention*. Berikut adalah *Five Level Prevention* dari Leavel dan Clark: (Pakpahan *et al.*, 2022)

1. Level 1: Peningkatan Kesehatan (*health promotion*). Pada level 1 ini upaya yang dilakukan yaitu upaya untuk promotif yang difokuskan untuk orang yang sehat agar tidak mengalami atau menderita suatu penyakit. Upaya yang dilakukan yaitu dengan menjaga kondisi daya tahan tubuh yang tetap dalam keseimbangan, menghindari faktor penyebab timbulnya suatu penyakit, dan menerapkan perilaku untuk hidup sehat dan bersih. Contohnya yaitu meningkatkan pengetahuan dari siswa dalam melakukan cuci tangan, memberikan sosialisasi akan hidup yang bersih dan sehat di dalam lingkungan sekolah, pemberian

- penyuluhan dalam membentuk sikap ergonomic dalam melakukan pekerjaan, melakukan perbaikan pada sanitasi lingkungan, dan lain-lain.
2. Level 2: Pencegahan umum dan khusus (*general dan specific prevention*), yaitu suatu upaya untuk melakukan pencegahan pada orang sehat yang mempunyai resiko tinggi menderita suatu penyakit. Kegiatan umum yang dilaksanakan pada level ini yaitu dengan pemberian imunisasi, penggunaan alat pelindung diri (APD), isolasi untuk penderita dengan penyakit yang menular, dan mengontrol sumber penyebab pencemaran lingkungan dengan membersihkan kamar mandi dan menempatkan khusus untuk sumber polutan.
 3. Level 3: Penegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*early diagnosis and prompt treatment*) adalah suatu usaha kesehatan dalam mencari sedini mungkin akan kemungkinan terjadinya suatu penyakit yang akan diderita oleh masyarakat dan sedini mungkin untuk pemberian pengobatan. Contoh kegiatan ini adalah upaya untuk screening penyakit (screening kanker payudara, kanker rahim, dll), tracing penderita penyakit menular, general check up dan lain-lain.
 4. Level 4: Pembatasan Kecacatan (*disability limitation*). Pada level 4 ini upaya yang dilakukan berfokus pada orang yang sudah menderita sakit agar sakitnya tidak menjadi lebih parah, sehingga tidak menderita penyakit lain yang menyertainya, dan segera mendapatkan kesembuhan. Pada upaya ini difokuskan untuk melanjutkan upaya pengobatan pada orang sakit. Upaya ini dilakukan dengan pemberian pengetahuan kepada masyarakat mengenai masalah yang ditimbulkan jika pemberian pengobatan tidak tuntas, hal ini di karenakan kadangkala ada masyarakat tidak melakukan mengobati penyakitnya dengan tuntas.

Pemberian pengetahuan kepada lansia yang menderita sakit sendi tentang perilaku yang boleh dan tidak boleh dilakukan.

5. Level 5: Pemulihan Kesehatan (*rehabilitation*). Pada level 5 ini dilakukan upaya untuk mengembalikan agar orang yang sakit dapat hidup secara normal di lingkungan masyarakat. Usaha yang dilakukan yaitu dengan pemberian bimbingan psikologi dalam menambah rasa percaya dirinya untuk hidup ditengah masyarakat, pemberian pelatihan untuk pasien yang mengalami kecacatan agar tetap dapat untuk bekerja serta berkarya sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya, upaya untuk latihan fisik/ terapi dalam melatih anggota gerak agar tetap berfungsi dengan baik.

6.2.3 Kuratif

Kuratif adalah suatu upaya kesehatan untuk pemberian pengobatan kepada orang yang sedang sakit, dengan tujuan agar sembuh dan tidak menjadi parah. Terapi yang diberikan bisa berupa perkataan, gerakan, dan pemberian obat yang diberikan oleh profesi yang ahli dibidangnya.(Pakpahan *et al.*, 2022)

6.2.4 Rehabilitatif

Rehabilitatif adalah suatu upaya yang diberikan kepada pasien untuk pemeliharaan dan pemulihan agar tidak mengalami kecacatan. Sasarannya yaitu fokus pada orang yang baru sembuh dari penyakit. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan pengetahuan mengenai perawatan pasca persalinan, terapi latihan untuk permasalahan gerak, dan lain-lain.(Pakpahan *et al.*, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Huda, R. K., Nugroho, A. M., & Yatnawijaya, B. 2017. Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan Kajian Green Building di Universitas Mulawarman Samarinda. *Jurnal Mahasiswa Jurusan Arsitektur*, 5(4).
- Nasrul, E. 1998. *Dasar-dasar Keperawatan-Effendy* (pp. 1–294).
- Pakpahan, M., Salman, Sirait, A., Budiatty, W. O. S., Sinaga, T. R., Sianturi, E., Ashari, A. E., Doloksaribu, L. G., Nasution, G. S., & Simamora, J. P. 2022. Pengantar Kesehatan Masyarakat. *Yayasan Kita Menulis*, 16.
- Pandemi, M., & Literatur, C.-K. 2022. *Pendekatan Kesehatan Masyarakat dan Upaya Mengatasi Kesehatan Mental di Masa Pandemi COVID-19 : Kajian Literatur. December*, 0–19.
- Wibawati, I. P., Zauhar, S., Publik, J. A., Administrasi, F. I., & Brawijaya, U. 2015. *(Studi pada Pusat Kesehatan Masyarakat Dinoyo, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang)*. 11, 1–5.
- Wulandari, C., Setiyarini, D. W., Bariroh, K., Laraswati, L., Azhari, M. F., & Ibnu Aziz, R. A. 2019. Upaya Peningkatan Status Kesehatan Kelompok Rentan dengan Pendekatan Pembelajaran dan Pemberdayaan Masyarakat. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, 5(2), 167. <https://doi.org/10.22146/jpkm.29999>

BAB 7

PRINSIP KESEHATAN

Oleh Pratiwi Ramlan

7.1 Pendahuluan

Kesehatan adalah konsep yang luas. Menurut definisi WHO, kesehatan adalah suatu kondisi sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau ketidakmampuan.

Menurut WHO, ada tiga komponen penting yang merupakan satu kesatuan definisi sehat (Hidayat, 2017)(Febriani, 2021), yaitu :

1. Sehat jasmani

Penampilan fisik seseorang dengan kulit bersih, mata cerah, rambut ditata indah, pakaian rapi, tubuh berotot, napas bersih, nafsu makan sehat, tidur nyenyak, kelincahan, dan fisiologi tubuh normal merupakan indikator utama kesehatan fisik.

2. Sehat mental

Kesehatan mental dan kesehatan fisik selalu terkait satu sama lain dalam pepatah kuno "jiwa yang sehat berada dalam tubuh yang sehat" (*mens sana in corpore sano*). Ciri-ciri orang dengan mentalitas yang sehat adalah mereka selalu puas dengan diri mereka sendiri, mereka selalu gembira, riang, dan bersenang-senang, dan mereka tidak menunjukkan bukti perjuangan psikologis. Dapat bergaul dengan baik dan dapat menerima kritik serta tidak mudah tersinggung dan marah, selalu memahami dan toleran terhadap kebutuhan orang lain. dapat mempertahankan

pengendalian diri, tidak mudah tergerak oleh emosi, dan tidak mudah takut, iri hati, atau memusuhi orang lain.

3. Sehat spiritual

Sebagai bagian penting dari kehidupan sehari-hari masyarakat, spiritualitas adalah elemen baru yang ditambahkan ke dalam definisi kesehatan WHO. Setiap orang membutuhkan pendidikan formal dan informal, kesempatan untuk bepergian, kesempatan untuk mendengarkan musik dan lagu, kesempatan untuk mendengarkan khotbah spiritual seperti ceramah agama, dan hal-hal lain untuk menjaga keseimbangan mental yang dinamis dan tidak monoton.

Kesehatan sebagai makna menjadi sehat dalam banyak dimensi hidup. Dalam hal ini, termasuk emosi, fisik, pekerjaan, intelektual, keuangan, sosial, lingkungan, dan spiritual. Dimensi ini saling berhubungan, satu dimensi dibangun di atas dimensi yang lain. Selain itu, dalam multikultural dunia, kesehatan mencakup area yang mungkin tidak ditentukan dalam diskusi singkat, misalnya, trauma bersifat universal pengalaman manusia, bahwa budaya dan keyakinan spiritual mempengaruhi persepsi dan semua yang kegiatan yang dilakukan (Saputra and Suryadi, 2022). Singkatnya, kesehatan adalah tentang bagaimana menjalani hidup dengan sukacita dan merasa puas dengan kesehatan yang dialami. Ketika khawatir tentang uang (misalnya, utang atau mampu membeli apa yang di butuhkan), terkadang manusia mengalami kecemasan (emosional). Hal ini dapat menyebabkan masalah medis (fisik), dan masalah di tempat kerja (pekerjaan). Ketika ini terjadi, manusia bahkan mungkin mempertanyakan perasaannya sendiri makna dan tujuan (spiritual) (Victoria State, 2014).

Pada saat yang sama, ketika manusia tidak bekerja (okupasi), manusia mungkin kehilangan kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain (sosial), dan mungkin tidak mampu

membeli makanan yang baik dan perawatan kesehatan, manusia sebagai manusia harus tetap sehat (fisik). Manusia bahkan mungkin perlu memindahkan tempat tinggalnya ke tempat yang terasa aman dan terjamin (lingkungan).

7.2 Dimensi Kesehatan

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik, maka ada beberapa prinsip pokok yang harus terpenuhi (Hidayat, 2017)(Romalita and Yusriani, 2020), yaitu :

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan tindakan pencegahan (preventif) daripada pengobatan (kuratif).
2. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara-cara yang ringan biaya dan berhasil baik.
3. Dalam melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan pada masyarakat, baik sebagai pelaku (subjek) dan sasaran (objek) atau dengan kata lain 'suatu usaha dari, oleh dan untuk masyarakat'
4. Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku makan sasaran yang diutamakan adalah asyarakat yang terorganisir.
5. Ruang lingkup usaha lebih mengutamakan masalah-masalah kesehatan masyarakat daripada kesehatan perorangan karena bila tidak ditanggulangi dengan segera dapat mengancam kesehatan dan keselamatan masyarakat luas (Olang, Manik and Simamora, 2019).



EIGHT DIMENSIONS OF WELLNESS*

*Source: Adapted from Swarbrick, M. (2006). A Wellness Approach. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 311–314.

7.2.1 Menciptakan Keseimbangan

Menciptakan keseimbangan dalam hidup manusia adalah bagian penting dari kesehatan. Secara keseluruhan, kehidupan yang seimbang bisa berarti banyak hal, tergantung pada budaya, keadaan, sumber daya, dan faktor lainnya. Keseimbangan berarti memastikan manusia memiliki waktu untuk melakukan hal-hal yang membuat manusia merasa bahagia dan terpenuhi. Ini termasuk bekerja (dibayar atau tidak dibayar), bersenang-senang, menghabiskan waktu bersama keluarga dan teman-teman, berpartisipasi dalam komunitas, aktif secara fisik—termasuk secara seksual—berdoa, dan bersantai dan tidur.

Karena manusia masing-masing memiliki kebutuhan, preferensi, dan kemampuan individu, apa yang manusia pertimbangkan "keseimbangan" juga akan terlihat berbeda. Dan penting bagi manusia untuk menyeimbangkan kembali dari waktu

ke waktu, untuk menyesuaikan dengan apa yang terjadi dalam hidup manusia (Subandi *et al.*, 2023).

Saat manusia mencoba melewati masa-masa sulit — apakah itu stres, penyakit, trauma, atau tantangan emosional—keseimbangan sangatlah penting. Di masa-masa ini, kebiasaan manusia dan rutinitas dapat membantu manusia mendapatkan kembali perasaan kendali itu. Ini berarti fokus pada diri manusia sendiri serta peran yang manusia mainkan dalam kehidupan orang lain—seperti menjadi siswa, teman, orang tua, pasangan, rekan kerja, jemaah, penghobi, anggota komunitas, dan warga negara.

Peran dan hubungan manusia membantu menentukan siapa manusia, apa yang memberi manusia tujuan, dan bagaimana hidup manusia saling bergantung pada orang lain, hewan, dan lingkungan. Terlibat dalam kehidupan dan hubungan memberikan ukuran keseimbangan dan kesehatan secara keseluruhan. Misalnya, berenang memiliki manfaat fisik (membangun kekuatan, meningkatkan sirkulasi), serta manfaat sosial (bertemu orang lain) dan emosional (menghilangkan stres). Tapi manusia tidak harus berenang beberapa putaran setiap minggu untuk menjadi sehat; masuk ke kolam bahkan sesekali adalah langkah besar (Balmer, Anderson and West, 2023).

Memiliki lingkungan hidup yang aman dan bersih membantu manusia meraa teratur dan terkendali. Itu bisa cara untuk melakukan aktivitas fisik juga, dan menawarkan kesempatan bagi pasangan dan keluarga untuk melakukannya bekerja sama. Di sisi lain, hanya menemukan waktu untuk bersantai dapat membantu menemukan keseimbangan hidup manusia. "Waktu istirahat" dapat memberikan ruang yang manusia butuhkan untuk memik rkan situasi atau pekerjaan melalui perasaan manusia, atau biarkan manusia beristirahat (Shevchenko *et al.*, 2020).

7.2.2 Menerima Dukungan Dari Orang Lain

Sebagian besar dari manusia tahu sesuatu yang manusia lakukan yang membuat manusia merasa nyaman dengan diri manusia sendiri, atau di dalam keseimbangan. Ini bisa berbeda dengan mengajak anjing manusia jalan-jalan, atau menyeimbangkan buku cek manusia.

Dan langkah apa pun ke arah itu, seperti menemukan rute jalan kaki baru atau mengumpulkan tanda terima dari dompet, adalah positif. Namun, terkadang manusia mungkin menginginkan saran dari keluarga dan teman. Tidak apa-apa juga, dan memang begitu di mana dukungan dari orang lain masuk.

Berbicara dengan seseorang yang pernah mengalami hal serupa—entah itu kesehatan mental masalah, kecanduan, trauma, masalah rasa sakit, merokok, diabetes, intimidasi, atau pelecehan—membuat manusia merasa kurang sendirian. Ketika manusia menyadari orang lain memiliki perasaan dan pengalaman yang sama dan memilikinya bisa maju dan berkembang, itu bisa memberi manusia kepercayaan diri untuk maju juga (Zhang *et al.*, 2019).

Dengan kelompok pendukung, manusia dapat mengharapkan:

1. Masukan yang mendukung dari orang-orang dengan berbagai latar belakang yang memiliki pengalaman mirip dengan manusia;
2. Kesempatan untuk mendukung orang lain dengan kehadiran, kasih sayang, gagasan, dan empati manusia; Dan
3. Orang yang dapat menyarankan layanan atau sumber daya yang mungkin tidak kami pertimbangkan.

Manusia dapat menemukan orang-orang yang mendukung di banyak tempat—komunitas atau gereja/sinagog/ kelompok masjid/kuil, di tempat kerja, atau melalui upaya sukarela, untuk beberapa nama.

7.2.3 Menghargai Rutinitas dan Kebiasaan

Memiliki rutinitas dan kebiasaan yang ditentukan sendiri dapat menawarkan keseimbangan dan kepuasan pribadi. Rutin dan kebiasaan umumnya ditentukan oleh kebutuhan dasar manusia (gizi/pangan, papan, afiliasi sosial, keamanan, dll.), dan berbagai peran yang manusia tempati dalam masyarakat. Kebiasaan manusia mempengaruhi apa yang manusia makan, apa yang manusia pakai, bagaimana manusia berhubungan dengan orang lain, bagaimana manusia bekerja, bagaimana manusia membelanjakan atau menghemat uang, dan banyak lagi.

Kebiasaan menjadi tertanam dalam diri manusia — dan seringkali sulit untuk diubah. Misalnya, manusia mungkin merendahkan diri atau merasa membutuhkan sesuatu atau orang tertentu untuk membantu manusia melewati masa sulit titik. Manusia bisa belajar sebaliknya.

Tuntutan hidup, stres, krisis, atau trauma dapat memengaruhi atau mengubah rutinitas dan kebiasaan manusia. Ini bisa emosional (kecemasan, depresi), sosial (rewel, terisolasi, marah), atau fisik (lelah, gelisah) ketidakseimbangan (Holod *et al.*, 2022).

Membangun kebiasaan baru yang lebih baik yang mendukung tujuan dan nilai kesehatan manusia dapat dilakukan menantang, tetapi sepadan. Mengembangkan rutinitas dan kebiasaan yang lebih sehat dalam hidup manusia dapat menyebabkan perasaan positif (emosional), kepuasan hubungan (sosial), peningkatan energi (fisik), inspirasi (emosional), dan perasaan bahwa manusia menggunakan bakat kreatif, keterampilan, dan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas (pekerjaan, intelektual, spiritual).

Manusia mungkin sudah memiliki latihan rutin yang membuat manusia merasa lebih baik, seperti mindfulness latihan, meditasi atau yoga, atau menelepon teman (Henrico, 2022). Bahkan bisa jadi menghindari berita di malam, atau menghabiskan

lebih sedikit waktu online. Anda, sebagai ahlinya sendiri, akan tahu apa yang berhasil dan apa yang tidak di semua dimensi. Ketika Anda tidak yakin, Anda dapat bertanya kepada seseorang dan pikirkan bersama tentang apa yang masuk akal dan langkah selanjutnya apa yang paling berhasil.

Kami juga dapat mempertimbangkan:

1. Aktif dalam kegiatan yang memiliki tujuan. Jika rutinitas harian manusia kurang bermakna, manusia bisa merasa tertekan atau tidak berdaya.
2. Meningkatkan aktivitas yang berkontribusi pada kesehatan manusia. Berbicara dengan seorang teman di awal hari ini dapat membantu menetapkan niat atau rencana yang baik untuk hari itu.
3. Istirahat malam yang nyenyak. Insomnia secara nyata dapat mempengaruhi hubungan sosial, reaksi fisik dan emosional, produktivitas, dan kemampuan manusia untuk berkonsentrasi dan menyelesaikan tugas.
4. Menyadari jumlah interaksi sosial yang tepat. Penting untuk mengetahui batasan manusia.
5. Mengingat bahwa perubahan zona waktu atau waktu musim panas dapat memengaruhi suasana hati manusia dan rutinitas kami; menyesuaikan kembali adalah normal.
6. Menggunakan rutinitas yang cocok untuk manusia. Kalender membantu manusia mengingat kapan atau seberapa sering manusia ingin menyelesaikan sesuatu, seperti mengganti oli, membersihkan kulkas, merayakan prestasi, telepon teman atau anggota keluarga, periksa catatan keuangan manusia, dan menjadwalkan pemeriksaan fisik tahunan.
7. Mengulangi suatu perilaku hingga menjadi otomatis, seperti minum obat. Daftar periksa membantu kami memastikan bahwa tugas-tugas penting tidak dilupakan.

8. Menciptakan gaya hidup sehat bisa menjadi tantangan, tetapi menemukan informasi yang tepat, dukungan, dan sumber daya serta melacak kemajuan kami dapat membantu kami mencapainya.

7.2.4 Meningkatkan Kesehatan Fisik

Tubuh yang sehat. Kebiasaan kesehatan fisik yang baik. Nutrisi, olahraga, dan kesehatan yang sesuai peduli. Ini membentuk dimensi fisik kesehatan. Beberapa cara manusia bisa sampai ke sana mungkin memilih hal-hal yang membuat tubuh manusia terasa enak dan memangkas kembali hal-hal itu menjatuhkan kami. Manusia juga bisa merasa lebih baik dengan menciptakan rutinitas yang menyeimbangkan aktivitas ketidakaktifan, dan itu dapat dikelola dalam kewajiban dan kebutuhan manusia. Tubuh manusia cerdas dan belajar mendengarkannya lebih dalam mungkin sangat penting dan memberdayakan (Shevchenko *et al.*, 2020).

7.2.5 Meningkatkan Kesehatan Intelektual

Dimensi Kesehatan Intelektual melibatkan banyak hal yang membuat otak manusia tetap aktif dan kecerdasan manusia berkembang. Dalam arti luas, dimensi ini dapat melibatkan melihat perbedaan perspektif suatu masalah dan mempertimbangkannya. Melalui sejumlah aktivitas—mulai dari mempelajari peristiwa terkini hingga mengatur malam permainan di rumah atau pusat komunitas—Anda dapat memperluas perspektif dan memahami beragam poin dari melihat.

7.2.6 Meningkatkan Kesehatan Finansial

Ada banyak definisi tentang apa yang dimaksud dengan baik secara finansial, tetapi secara keseluruhan, itu Dimensi Kesehatan Finansial melibatkan hal-hal seperti pendapatan, hutang, dan tabungan, serta pemahaman seseorang tentang proses dan sumber daya keuangan. Kepuasan seseorang dengan situasi

keuangan mereka saat ini dan prospek masa depan juga berperan(Balmer, Anderson and West, 2023).

7.2.7 Meningkatkan Kesehatan Lingkungan

Dimensi Kesehatan Lingkungan melibatkan kemampuan untuk menjadi aman dan merasa aman. Ini dapat mencakup:

1. Mengakses udara bersih, makanan, dan air;
2. Melestarikan wilayah tempat manusia tinggal, belajar, dan bekerja;
3. Menempati lingkungan yang menyenangkan dan merangsang yang mendukung kesejahteraan manusia; Dan
4. Mempromosikan pembelajaran, kontemplasi, dan relaksasi di tempat dan ruang alami.

7.2.8 Meningkatkan Kesehatan Spiritual

Dimensi Kesehatan Spiritual adalah konsep luas yang mewakili keyakinan pribadi seseorang dan nilai-nilai dan melibatkan memiliki makna, tujuan, dan rasa keseimbangan dan kedamaian. Dia termasuk:

1. Mengenali pencarian manusia akan arti dan tujuan dalam keberadaan manusia; Dan
2. Mengembangkan apresiasi terhadap kehidupan dan kekuatan alam yang ada di alam semesta

7.2.9 Meningkatkan Kesehatan Sosial

Dimensi Kesehatan Sosial melibatkan hubungan yang sehat dengan teman, keluarga, dan masyarakat, dan memiliki minat dan kepedulian terhadap kebutuhan orang lain dan umat manusia(Group *et al.*, 2021).

7.2.10 Meningkatkan Kesehatan Emosional

Dimensi Kesehatan Emosional melibatkan kemampuan untuk mengekspresikan perasaan, menyesuaikan diri tantangan

emosional, mengatasi tekanan hidup, dan menikmati hidup. Itu termasuk mengetahui milik manusia kekuatan serta apa yang ingin manusia tingkatkan, dan hidup dan bekerja sendiri tetapi membiarkan orang lain membantu manusia dari waktu ke waktu.

7.2.11 Meningkatkan Kesehatan kerja

Dimensi Kesehatan Kerja melibatkan partisipasi dalam aktivitas yang menyediakan makna dan tujuan serta mencerminkan nilai-nilai pribadi, minat, dan keyakinan, termasuk pekerjaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Balmer, D.F., Anderson, H. and West, D.C. 2023. 'Program Evaluation in Health Professions Education: An Innovative Approach Guided by Principles', *Academic Medicine*, 98(2), pp. 204–208. Available at: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005009>.
- Febriani, N.A. 2021. 'Pajjappi (Mantra) Sebagai Pengobatan Tradisional Masyarakat Bugis Di Desa Bila', *Aceh Anthropological Journal*, 5(2), p. 176. Available at: <https://doi.org/10.29103/aaj.v5i2.5626>.
- Group, P.C. *et al.* 2021. 'Inhaled budesonide for COVID-19 in people at higher risk of adverse outcomes in the community: interim analyses from the PRINCIPLE trial', *medRxiv*, p. 2021.04.10.21254672.
- Henrico, K. 2022. 'Sustaining student wellness in higher educational institutions: Possible design principles and implementations strategies', *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.4102/td.v18i1.1114>.
- Hidayat, R. 2017. 'Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal', *Syariah Jurnal Hukum dan Pemikiran*, 16(2), p. 127. Available at: <https://doi.org/10.18592/sy.v16i2.1035>.
- Holod, A. *et al.* 2022. 'Spa and Wellness Industry Modernization As a Factor of the Marketing Policy of Regional Tourism Development', *International scientific journal 'Internauka'. Series: 'Economic Sciences'* [Preprint], (9(65)). Available at: <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2022-9-8235>.
- Olang, J., Manik, M.J. and Simamora, O. 2019. 'Nurses' Knowledge of Early Warning Score At a Private Hospital in Eastern Indonesia', *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, 7(1), p. 9. Available at: <https://doi.org/10.19166/nc.v7i1.2140>.

- Romalita, Y. and Yusriani 2020. 'DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf11108> Implementasi Prinsip Keterbukaan dalam Pemberdayaan Terhadap Keaktifan Kader Kesehatan untuk Mencegah Risiko Kematian Ibu Yuni Romalita', 11(3), pp. 39–42.
- Saputra, A. and Suryadi, A. 2022. 'Prinsip Pengelolaan Pendidikan Kesehatan Mental Berbasis Islam', *Perspektif*, 1(4), pp. 412–427. Available at: <https://jurnal.jkp-bali.com/perspektif/article/view/204>.
- Shevchenko, H. *et al.* 2020. 'Management of wellness and recreation in urban agglomerations', *Problems and Perspectives in Management*, 18(1), pp. 231–241. Available at: [https://doi.org/10.21511/ppm.18\(1\).2020.20](https://doi.org/10.21511/ppm.18(1).2020.20).
- Subandi, M.A. *et al.* 2023. 'The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia', *PLoS ONE*, 18(3 March), pp. 1–16. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802>.
- Victoria State, G. 2014. *Principles for health and wellbeing professional practice across*.
- Zhang, C. *et al.* 2019. 'Research progress of gut flora in improving human wellness', *Food Science and Human Wellness*, 8(2), pp. 102–105. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fshw.2019.03.007>.

BAB 8

PROGRAM KESEHATAN

Oleh Susi Susilawati

8.1 Definisi Program Kesehatan

Program atau gerakan kesehatan merupakan kegiatan yang dikembangkan oleh pemerintah dan suatu upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Contoh sebuah gerakan bidang kesehatan yang sukses dijalankan dengan dukungan bidang lainnya adalah Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Tuti, 2020).

Program atau kegiatan kesehatan merupakan *framework* yang dipakai oleh individu atau lembaga untuk melaksanakan suatu transformasi dibidang kesehatan. Kumpulan program kesehatan berjangka pendek dan jangka panjang merupakan bagian dari program kesehatan. Rancangan suatu proyek kesehatan yang baik berawal dari apakah proyek tersebut sungguh-sungguh dapat dilaksanakan apa tidak dan pada akhir hasilnya harus memiliki impact yang positif kepada masyarakat luas. (Nainggolan and Herning Sitabuana, 2022).

Penyusunan suatu program kesehatan dilandaskan pada dampak kinerja (*impact*) dari perancangan program yang baik, yaitu pencapaian prioritas dan pencapaian visi, misi dan sasaran rencana organisasi kesehatan (Windari, 2014; Nur Fiqhi Utami and Mutiarin, 2017). Dua jenis pengelompokan Program Kemenkes adalah program generik dan teknis.

Program generik atau umum seperti:

1. *Support* Manajemen
2. Pendidikan & *Training* Vokasi
3. Riset dan Inovasi IPTEK

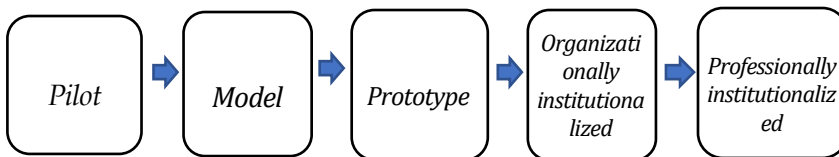
Program teknis seperti:

1. Pencegahan & Pengendalian suatu Penyakit
2. Kesehatan Masyarakat
3. Pelayanan Kesehatan & JKN.

8.2 Manajemen Program Kesehatan

8.2.1 Evolusi Program

Evolusi program di definisikan sebagai siklus perkembangan suatu program yang terjadi dalam organisasi. Fase evolusi program meliputi *pilot*; *model*; *prototype*; *organizationally institutionalized*; dan *professionally institutionalized* (Mahendrahata *et al.*, 2022).



Gambar 8.1. Bagan Fase Evolusi Program

Fase *pilot*, program masih bersifat sangat sederhana, berskala terbatas, lebih ditujukan untuk menentukan apakah fisible atau dapat menghasilkan suatu dampak pada sasaran dengan kondisi tertentu (Aufa *et al.*, 2020). *Model* memiliki format intervensi yang lebih baku daripada pilot dan dirancang untuk implementasi dalam periode yang lebih panjang, tetapi pada umumnya rancangan tersebut masih spesifik bagi konteks tertentu (Sulaeman, 2015). *Prototype* memiliki komponen yang lebih generik sehingga lebih mudah untuk di replikasi diberbagai ruang lingkup (Paembonan and Nurhidayah, 2021).

Selanjutnya program terlembagakan secara organisasi (*organizationally institutionalized*) sebagai layanan rutin yang disediakan dari tahun ke tahun. Pada fase *Professionally*

institutionalized kegiatan-kegiatan program, telah menjadi bagian dari standar profesi yang terkait sehingga terintegrasi dalam praktik sehari-hari.

8.2.2 Siklus Manajemen Program

Tahapan siklus manajemen program terdiri dari tahapan penilaian kebutuhan (*need assessment*), pengembangan program (*program development*), implementasi program (*program implementation*), dan tahapan evaluasi program (*program evaluation*) (CSAHS, 1994) (Mahendrahata *et al.*, 2022).

1. Penilaian kebutuhan, suatu proses identifikasi isu-isu khusus pada kelompok sasaran dan fokus dari keikutsertaan pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam suatu program atau kegiatan (Ridha, 2018). Beberapa aktivitas yang dilakukan dalam tahapan penilaian kebutuhan adalah sebagai berikut:
 - a. Konsultasi dengan berbagai pihak dari dalam dan luar organisasi yang mengetahui tentang masalah kesehatan tersebut dan terkena dampaknya. Topik bahasan ini adalah sifat masalah yang dirasakan, siapa yang berpengaruh, cara menghubungi dan melibatkan komunitas, jenis program yang telah dicoba, kinerja program sebelumnya, dan siapa aktor yang harus melakukan konsultasi.
 - b. Mengumpulkan, menganalisis data dan informasi tentang masalah dari berbagai sumber. Topik bahasan ini adalah informasi demografi, faktor sosial dan ekonomi, data mortalitas dan morbiditas, dan laporan tentang pencapaian program sebelumnya.
 - c. Penilaian terhadap konteks organisasi tempat program akan dilaksanakan. Penilaian berupa kajian terhadap kebijakan dari instansi terkait, laporan tahunan,

rencana strategis, prioritas saat ini, dan keterkaitan dengan program lainnya.

- d. Melakukan penilaian terhadap semua informasi yang telah diperoleh untuk memilih masalah kesehatan, kelompok sasaran, pengaturan, dan fokus untuk program.

2. Pengembangan program (*program development*) amat dibutuhkan dengan beberapa pertimbangan, yaitu sebagai berikut:

- a) Untuk menilai suatu keberhasilan program dan/atau kekurangan rencana sebelumnya dan bagaimana menggunakan informasi yang diterima dalam kondisi saat ini;
- b) Untuk membuat lebih jelas fungsi *stakeholder* yaitu memastikan kesiapan dan kapasitas sumber daya dan dampaknya terhadap skala dan jangkauan program;
- c) Untuk mengetahui aspek program sebelumnya agar dapat disesuaikan dengan program yang akan dilakukan pada waktu ini;
- d) Untuk meyakinkan bahwa program yang dilaksanakan bersifat nyata dan dapat dicapai; dan
- e) Untuk memastikan pendekatan yang dianjurkan dapat diterima dalam konteks institusi/lembaga saat ini (sulaeman *et al.*, 2012).

Metode pengembangan program dapat dilakukan melalui analisis vertikal (*vertical analysis*); *logical framework approach (LFA)*; *Planning Approach to Community Health (PATCH)*; *MAPP (Mobilizing for Action through Planning and Partnership)* dan *CHIP (Community Health Improvement Process)* (Wardani, 2014; Mukti, 2019).

Aktivitas yang dilakukan pada tahapan pengembangan program meliputi hal – hal berikut:

- a. Mengembangkan dokumen perencanaan yang berisikan rumusan tujuan dan strategi program berdasarkan hasil analisis terhadap isu permasalahan.
- b. Mengembangkan pembagian peran tim dan pemangku kepentingan utama yang dapat terlibat dalam program.
- c. Meninjau kesiapan keterampilan dan kemampuan sumber daya manusia (SDM), sumber pendanaan (alokasi pendanaan, alternatif sumber pendanaan lain, dan kerjasama dengan donor) dan dukungan masyarakat.
- d. Memastikan program realistis dan dapat dicapai melalui pertimbangan kesenjangan sumber daya dan tujuan program, manfaat jangka pendek dan jangka panjang, peluang biaya untuk melaksanakan program, manfaat melakukan program tersebut jika dibandingkan dengan program alternatif, dan memastikan hasil yang diharapkan sesuai dengan tingkat sumber daya yang dibutuhkan menjalankan program.
- e. Pengorganisasian tugas; dapat mencakup perencanaan tugas yang dibutuhkan untuk menerapkan setiap strategi, susunan tugas, siapa yang akan melakukan setiap tugas, kontrol kualitas, indikator penilaian pelaksanaan tugas, sumber daya yang tersedia untuk menjalankan tugas, dan mengembangkan pedoman pelaksanaan program.
- f. Pembuatan kerangka waktu (*time frame*), mencakup keseluruhan waktu untuk mencapai tujuan dengan mempertimbangkan alokasi waktu untuk penyelesaian tugas dan mengantisipasi waktu untuk aktivitas,

seperti mobilisasi, perjalanan, konsultan, latihan, serta rapat.

- g. Pengembangan strategi komunikasi; mencakup pengembangan strategi berdasarkan jenis informasi, kepada siapa dan format komunikasi yang dapat berupa model komunikasi profesional (laporan, surat kabar, seminar, *workshop* dan konferensi), model komunikasi yang lebih luas (media masa) dengan pertimbangan kesempatan untuk meningkatkan profil program (Jatmika *et al.*, 2019).

3. Implementasi program (*Program implementation*) merupakan tahap sesudah pengembangan program yang mencakup: cara untuk menjamin kualitas implementasi, menindaklanjuti kesempatan, dan menyimpan serta mengomunikasikan perkembangan suatu program yang dilakukan (Febriandini *et al.*, 2016; Aidha, 2017).

- a. Menjamin kualitas implementasi dengan cara memastikan apa yang harus dicapai, mengklarifikasi peran, tanggung jawab, dan harapan, serta menetapkan sistem pemantauan dan membuat rencana kontingensi.
- b. Menindaklanjuti peluang/kesempatan dengan cara meningkatkan profil program atau orang-orang yang terlibat, mempertahankan hubungan dengan pemangku kepentingan dari berbagai macam latar belakang, mengidentifikasi peluang untuk memperluas dampak program dengan mempengaruhi pengembangan kebijakan, sifat penyediaan layanan, dan tingkat keterlibatan masyarakat.
- c. Mengomunikasikan kemajuan/perkembangan suatu program yang meliputi dokumentasi kemajuan, berkomunikasi dengan organisasi setempat, pemangku kepentingan, dan kelompok sasaran untuk membuat

mereka sadar akan kemajuan program dan memastikan dukungan terus menerus.

4. Evaluasi Program (*program evaluation*) mencakup beberapa kegiatan seperti pengembangan rencana evaluasi, menilai atau memperhitungkan hasil program, dan mengomunikasikan hasil evaluasi serta menyampaikannya (Aditama, Zulfikar and R., 2013; Davik, 2016; Kareba, 2020).
 - a. Pengembangan rencana evaluasi meliputi aktivitas klarifikasi tujuan evaluasi, memilih skala dan ruang lingkup, menentukan metodologi, dan mengorganisasi pelaksanaan evaluasi.
 - b. Menilai hasil program dengan cara mengukur hasil terhadap tujuan dan indikator, menganalisis pola dan konsistensi data, menafsirkan hasil, membuat kesimpulan dan rekomendasi.
 - c. Penyampaian hasil dan rekomendasi meliputi melaporkan temuan evaluasi kepada pemangku kepentingan; penyajian dalam konferensi; penerbitan di jurnal dan di seminasi ke masyarakat umum.

8.3 Program Kesehatan Indonesia

8.3.1 Program Indonesia Sehat

Program ini merupakan suatu proyek yang diciptakan pemerintah agar rakyat Indonesia berperilaku sehat dan bersih, hidup dilingkungan yang sehat, serta dapat memperoleh pelayanan kesehatan berkualitas dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatannya (Ichsan, 2020). Program Indonesia Sehat ini antara lain:

- a) Pembangunan Indonesia Sehat
- b) Penegakan *Primary Health Care* (PHC), dan
- c) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program-program ini dilaksanakan menggunakan desain *continuum of care & intervensi* berdasarkan pada risiko (*health risk*).

1) Program Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Program KIS ini diliris pada tanggal 3 November 2014 (Simbolon and dkk, 2019). Fungsi dari program ini antara lain :

- a) Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat menjamin dan meyakinkan semua rakyat Indonesia mendapatkan manfaat dari pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan JKN dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan.
- b) Perluasan kategori Penerima Bantuan Iuran yaitu Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial & Bayi yang Baru Lahir.
- c) Peserta JKN merasakan manfaat pelayanan preventif, promotif dan *skrining* penyakit yang dilakukan secara mendalam dan terkonsolidasi.

2) Program Nusantara Sehat (NS)

Dalam menciptakan Indonesia Sehat Kemenkes membuat program Nusantara Sehat atau yang disingkat NS, yang mana program ini merupakan bagian dari penegakan pelayanan kesehatan primer. Program ini melakukan penambahan kuantitas, penyebaran, susunan dan kualitas tenaga kesehatan yang merupakan suatu kelompok dengan *background* yang berbeda-beda dari mulai seorang dokter, perawat hingga tenaga kesehatan (*design team based*). Program Nusantara Sehat ini bukan hanya semata-mata fokus kepada aktivitas *kuratif* (pengobatan) melainkan juga fokus pada pelayanan *promotif & preventif* dengan tujuan menjaga kesehatan individu dan wilayah yang sangat membutuhkan kegiatan-kegiatan tersebut, hal ini

selaras dengan prinsip Nawa Cita “membangun dari pinggiran” (Yulianti, Utoyo and Atika, 2022).

3) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN merupakan program yang dibentuk pemerintah Indonesia yang berfungsi memberikan kejelasan atas jaminan kesehatan secara global untuk semua masyarakat Indonesia agar bisa hidup dengan produktif, sehat dan sejahtera (Sabrina, 2015).

JKN adalah salah satu program asuransi berbentuk BPJS (Badan penyelenggara Jaminan Sosial) kesehatan. Jaminan ini dibentuk dengan tujuan semua rakyat Indonesia mempunyai peluang yang sama untuk memperhatikan kesehatannya sendiri dengan lebih optimal dan baik. Hanya dengan menyisihkan sedikit uang, semua orang dapat mendaftarkan diri sebagai peserta JKN. BPJS kesehatan merupakan badan penyelenggara perlindungan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah (Kusumaningrum and Azinar, 2018).

4) Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

PIS-PK adalah suatu proyek yang menggunakan desain layanan kesehatan yang menggali informasi faktor resiko terjadinya penyakit dan untuk meninjau status kesehatan keluarga. Program ini bertujuan untuk peningkatan akses dan mutu/kualitas pelayanan di wilayah puskesmas dan sekitarnya, dimana data yang didapatkan dari riwayat kesehatan keluarga bisa berguna untuk intervensi permasalahan kesehatan yang terjadi, (Afrianti and Pujiyanto, 2020).

8.3.2 Program Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana (KIA-KB)

Tujuan umum dari dibentuknya program KIA-KB ini adalah :

- a. Terlaksananya hidup sehat dengan tercapainya derajat kesehatan, baik ibu maupun keluarga dengan tujuan mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil dan Bahagia Sejahtera).
- b. Mengoptimalkan derajat kesehatan yang berguna untuk memantau perkembangan anak secara optimal di mana hal tersebut adalah landasan pengembangan kualitas anak.

Sedangkan untuk tujuan khusus program KIA-KB yaitu:

- a. Mengoptimalkan sikap, perilaku dan pengetahuan ibu, dalam menangani kesehatan individu maupun keluarga dengan menerapkan teknologi yang akurat dan usaha pembinaan kesehatan.
- b. Memaksimalkan upaya pendidikan tentang kesehatan balita dan anak secara individu dikeluarga maupun ditaman kanak-kanak.
- c. Memperluas jangkauan dan mengoptimalkan kualitas pelayanan Ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui serta kesehatan anak.
- d. Mengoptimalkan penguatan dan keikutsertaan masyarakat dan keluarga untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan ibu dan anak melalui cakupan pengetahuan ibu (Puskesmas Andalas, 2020).

Kegiatan pelayanan program KIA-KB seperti; pemeriksaan kehamilan (ANC), perawatan nifas, pelayanan KB (pil, suntik, implan, IUD & kondom), kesehatan reproduksi remaja serta calon pengantin, DDTK, imunisasi, pengobatan bayi dan balita (Nita and Fitri, 2021; Mutika *et al.*, 2022).

8.3.3 Program Pembinaan Gizi Masyarakat

- 1) **Program Suplementasi Gizi** (Nurina, 2016; Setiowati and Budiono, 2019).
 - a. Penyediaan dan pemberian PMT, penyuluhan dan pemulihan ibu hamil (KEK) & balita *wasting*.
 - b. Pemberian vitamin A kepada balita.
 - c. Pemberian TTD (Tablet Tambah Darah) kepada remaja puteri & ibu hamil.
- 2) **Program Surveilans Gizi** (Suarjana, Pomalingo and Parhusip, 2022)
 - a. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita.
 - b. *Skrining* (deteksi dini) secara aktif dan konfirmasi kasus gizi buruk.
 - c. Konfirmasi status gizi.
- 3) **Program Pendidikan Gizi** (Khodijah, 2016).
 - a. Pendidikan dan konseling ASI eksklusif, PMBA (pemberian makananan bayi dan anak) serta informasi gizi dengan pedoman isi piringku.
 - b. Pendidikan dan bimbingan tentang permasalahan suplementasi gizi makro (PMT ibu hamil & balita) dan gizi mikro (tablet tambah darah dan vitamin A).
 - c. Pemberdayaan masyarakat dengan cara melakukan percepatan penurunan angka *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada anak.

8.3.4 Program Kesehatan Lingkungan

- 1) Program *Stop* BABS (Buang Air Besar Sembarangan) (Davik, 2016).
- 2) Program CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun) (Friskarini and Sundari, 2020).
- 3) Program Pengelolaan Air Minum & Makanan.

- 4) Program Pengelolaan Sampah & limbah cair Rumah Tangga.

Output :

Meningkatnya pembangunan sanitasi *hygiene* dilingkungan rumah tangga melalui peningkatan *demand* dan *supply* (Ihsani and Santoso, 2020).

Outcome :

Berkurangnya penyakit diare dan penyakit yang diakibatkan lingkungan seperti *stunting*, serta yang berhubungan dengan perilaku seseorang melalui dibentuknya situasi sanitasi total (Iryanto, Joko and Raharjo, 2021; Qisti *et al.*, 2021).

8.3.5 Program Kesehatan Kerja

- 1) Program Peningkatan Kualitas Lingkungan Kerja dan Penanganan Penyakit Akibat Kerja (Prabarini *et al.*, 2023).
 - a. Tempat kerja sehat
 - b. Pojok ASI
 - c. Penanganan penyakit akibat kerja
 - d. Penilaian status kesehatan pekerja
 - e. Penyediaan kantin dan upaya penyediaan makanan bagi pekerja.
- 2) Program Peningkatan Kualitas Kesehatan Pekerja (Suarjana, Pomalingo and Parhusip, 2022).
 - a. GP2SP (Gerakan Perempuan Sehat Produktif)
 - b. POS UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja) meliputi; Pelatihan P3K, Pembinaan dan Pelatihan Keselamatan Kerja.
 - c. K3 FASYANKES dan Perkantoran.
 - d. Melakukan olahraga ditempat kerja minimal 1 kali dalam seminggu.

8.3.6 Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan promosi kesehatan adalah memberikan informasi dengan harapan dapat membawa dampak kepada masyarakat tentang program atau kegiatan yang telah direncanakan pemerintah (Hayuningtyas, 2022).

Direktorat Promosi Kesehatan secara khusus menjadi bagian dari semua kegiatan promosi kesehatan yang diperuntukan untuk masyarakat (Rodiah, Rosfiantika and Yanto, 2016).

Kegiatan promosi kesehatan berlangsung dimasyarakat dapat menjadi suatu media yang efektif dan berdampak baik untuk menghimpun data yang selanjutnya dilakukan pengolahan data dan analisis kemudian diperuntukan menjadid informasi penunjang untuk membuat perencanaan dan penerapan diberbagai program promkes yang akan dilakukan berikutnya.

Kegiatan promosi kesehatan masyarakat dapat dilaksanakan berupa rekomendasi dari pemerintah melalui lembaga yang berhubungan dengan kesehatan, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Program Indonesia Eliminasi Tuberkulosis Tahun 2030 (Supinganto, Setyawati and Metri, 2020).
- 2) Program GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat); pengawasan pasar sehat, Gemarikan (Gerakan memasyarakatkan Makan Ikan), Kampanye hidup sehat melalui media, meningkatkan aktivitas fisik, Gema Cermat (Gerakan masyarakat Cerdas Menggunakan Obat), penguatan pendidikan dan PHBS, ketersediaan makanan sehat dan perbaikan status gizi, *skrining* & pengendalian penyakit serta meningkatkan mutu lingkungan (Tedi, Fadly and R, 2018; Rahmawaty *et al.*, 2019).

8.3.7 Program Pencegahan Penanggulangan Penyakit

Berikut ini beberapa program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit antara lain (Luth, Meriwijaya and Syaqq, 2022) :

- 1) Menyediakan imunisasi dasar lengkap dan vaksinasi untuk anak.
- 2) Melaksanakan kegiatan *skrining* atau deteksi dini PTM dan PM, yang terdiri dari; pemeriksaan tekanan darah, Pemeriksaan IVA (inspeksi visual dengan asam asetat), Gula darah, asam urat, kolesterol dan pemeriksaan kanker payudara.
- 3) Menyediakan unit pengendalian dan penanganan penyakit menular, meliputi; pemberantasan sarang nyamuk DBD, program eliminasi TB, program pengendalian *HIV/AIDS* dan PIMS.

Kementerian kesehatan meluncurkan 8 (delapan) inovasi program kesehatan pada tahun 2019, diantaranya:

1) Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes)

Rifaskes berfungsi mendukung Kemenkes dalam meninjau fasilitas layanan kesehatan yang baik, yang ditujukan untuk masyarakat. Rifaskes direncanakan dapat memberikan saran berupa kebijakan untuk penguatan sebaran pelayanan kesehatan semesta dan perbaiki Jaminan Kesehatan Nasional yang diikuti oleh rumah sakit, apotik, klinik, laboratorium kesehatan, bidan dan dokter praktek mandiri. (Anorital, Muljati and Andayasari, 2016).

2) E-pengawasan Intern

Inovasi ini berguna untuk memantau semua kegiatan di Kemenkes sehingga semua kegiatan bersih & bebas dari korupsi. Data yang termasuk pada inovasi ini yaitu audit, review, evaluasi, dan pemantauan secara efisien dan akurat yang terhubung dengan teknologi (Awaliah and S, 2023).

3) Aplikasi Pelaporan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir

Aplikasi ini berguna mengontrol angka kematian ibu & bayi. Masyarakat dapat berperan memberikan informasi melalui *smartphone* dengan menggunakan aplikasi ini, yang tersedia *playstore* (Santi *et al.*, 2022).

4) Aplikasi *Mobile* GERMAS

Inovasi ini sudah selaras dengan standar inspeksi lingkungan sehingga dapat membantu masyarakat menjumpai lokasi makanan sehat, terhindar dari penyakit. Seluruh lokasi makan di aplikasi ini sudah divalidasi pemerintah daerah (Hayuningtyas, 2022).

5) *e-consultation*

E-elektronik merupakan kolaborasi luar negeri di bidang kesehatan. Pedoman ini sudah dijelaskan secara rinci untuk kepentingan kesehatan masyarakat (Cahyawati, Lestari and Saniathi, 2021).

6) *QR Code*

Inovasi ini berguna untuk memindai *QR code* agar bisa memperoleh informasi secara efisien dan akurat. Informasi kesehatan akan tersedia dengan detail dan lengkap (Kurniawan and Utomo, 2018).

7) Pedoman Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Dalam Mencapai Pencegahan *Stunting* di Indonesia
(Amirah, Efendy and Harahap, 2022).

8) Sinkarkes (Sistem Karantina Kesehatan)

Sistem ini adalah sistem berbasis *online* yang berhubungan dengan vaksinasi internasional untuk perjalanan ke luar negeri, baik melalui udara (bandara), laut (pelabuhan) dan pos lintas batas. Masyarakat diyakinkan aman ketika hendak melakukan perjalanan (Yohanes, Lestari and Yetti, 2021).

8.4 Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan

Tujuan program dipengaruhi oleh sebuah rancangan yang baik. Faktor yang menjadi keberhasilan dalam sebuah penerapan program yaitu berkaitan dengan pelaksanaan pengawasan dan pemantauan. Kegiatan *monitoring* dilakukan pada sesuatu yang terjadi untuk mencapai tujuan (Elfindri, 2011).

Kesesuaian kegiatan yang dilakukan dengan perencanaan yang telah disusun merupakan kegiatan *monitoring*. Kegiatan ini dilakukan untuk mengarahkan kegiatan yang tidak sesuai dengan rencana, membetulkan jika terjadi penyimpangan sumber daya dan mengusahakan agar tujuan tercapai optimal (Andini and Nugraha, 2018).

Dalam pelaksanaannya, *monitoring* memiliki prinsip, antara lain :

1) Dibuat sederhana

Sistem *monitoring* dibuat sesuai daya serap dan ketersediaan sumber daya, untuk menghindari terjadinya kesulitan dalam penerapannya dilapangan.

2) Tujuan yang jelas

Fokus pada hal yang sesuai dan berkaitan dengan aktivitas dan tujuan program.

3) Dilakukan tepat waktu

Merupakan hal yang pokok dari *monitoring* karena tersedianya data *on time* sangat dibutuhkan oleh pihak yang menggunakan data, agar dapat menyelesaikan suatu masalah dengan tepat waktu. Bukan hanya itu, untuk memperoleh data akurat dalam meninjau objek.

4) Informasi harus akurat dan objektif.

Informasi yang diperoleh dari penerapan program harus akurat & objektif sehingga dapat meminimalisir terjadinya kesalahan atau masalah, untuk menangani hal tersebut dibutuhkan cara untuk melihat konsistensi dan akuratnya suatu data.

5) Bersifat partisipatif dan transparan.

Dibutuhkan keterlibatan *stakeholder* dalam membuat suatu *design* program, implementasi dan hasil yang bisa di akses seluruh pengguna.

6) *Monitoring* dan evaluasi dibuat *flexible*

Bisa menyesuaikan dengan kebutuhan dan tetap mengacu kepada ketentuan SOP.

7) Bersifat *action – oriented*

Pengambilan keputusan dan intervensi yang dilakukan mengacu kepada hasil *monitoring* yang dilakukan. Analisa kebutuhan sejak awal perlu dilaksanakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk digunakan dalam pelaksanaan intervensi yang akan dilakukan.

8) *Dilakukan secara cost-effective.*

Peran *monitoring* & evaluasi dilakukan oleh pakar yang berwenang dalam pengumpulan data, menganalisis masalah yang muncul, dan memberikan alternatif solusi pemecahan masalah yang tepat dan efektif.

8.4.1 Monitoring Efektif Transformasi Kesehatan

Rencana strategis Kemenkes Tahun 2020–2024 mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan No.13 Tahun 2022 selayaknya didukung oleh sistem *monitoring* yang efektif untuk pencapaian target indikator yang telah ditetapkan. Transformasi kesehatan menggunakan sistem *monitoring* sebagai berikut :

- a) **Sederhana dan mudah dimengerti**; bentuk *tools* yang digunakan dalam bentuk matriks seperti variabel indikator, daftar permasalahan, strategi yang digunakan, person in charge kegiatan, dan waktu yang harus dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan.
- b) **Indikator**; indikator kinerja program unit utama, unit satuan kerja, dan indikator khusus lainnya.

- c) **Pelaksanaan *Monitoring* dilakukan minimal 1 bulan sekali**, atau berdasarkan target waktu tertentu dan dilakukan secara berkelanjutan.
- d) ***Monitoring flexible***, fokus pada aspek teknis, manajemen pelaksanaan dan dukungan program.

Komitmen pimpinan menjadi indikator *monitoring* yang efektif. Pemimpin adalah penggerak utama yang memegang otoritas organisasi. Sistem *monitoring* dapat dilaksanakan secara optimal jika kepemimpinan dikelola dengan baik oleh seorang pemimpin (Hasibuan, 2021).

Penerapan pelaksanaan program adalah komitmen yang merupakan ujung tombak dari manajemen program baik pemimpin maupun individu dan setiap pegawai didalamnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, W., Zulfikar, Z. and R., B. 2013. 'Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Boyolali', *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(6), p. 243. doi:10.21109/kesmas.v7i6.33.
- Afrianti, F. and Pujiyanto. 2020. 'Obstacles of the Implementation of the Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK)', 25 (Sicph 2019), pp. 188–197. doi:10.2991/ahsr.k.200612.026.
- Aidha, Z. 2017. 'Analisis Implementasi Pemberdayaan Masyarakat Dalam Strategi Promosi Kesehatan Dan Pengaruhnya Terhadap Partisipasi Masyarakat Dalam Pencegahan Gizi Buruk Pada balita Di Kecamatan Helvetia Medan', *Jurnal Jumantik*, 2(1,2), pp. 149–200.
- Amirah, A., Efendy, I. and Harahap, J. 2022. 'Pengaruh Startegi Komunikasi Perubahan Perilaku Terhadap Program Penurunan Percepatan Stunting di Kabupaten Labuhan batu Tahun 2022', *Journal IAKMI* [Preprint], (November).
- Andini, A. and Nugraha, G. (2018) 'Optimalisasi Penggunaan Point of Care Testing (POCT) Bagi Kader Kesehatan Desa Keboguyang Guna Peningkatan *Monitoring* Kesehatan Desa', pp. 491–499.
- Anorital, Muljati, S. and Andayasari, L. 2016. 'Overview Of The Availability Of Human Resources And Dental Health Services In Indonesiaan Public Health Centers (Advanced Research Analysis of Health Facilities , 2011)', *Buletin Penelitian kesehatan*, 44(3), pp. 197–204.
- Aufa, B. Al *et al.* 2020. 'Using the reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance framework in the evaluation of community-based adolescent care pilot program', *Kesmas*, 15(4), pp. 175–181. doi:10.21109/KESMAS.V15I4.3812.

- Awaliah, F. and S, D.S. 2023. 'Analisis Penerapan Pendekatan Audit Jarak Jauh Dampak dari Pandemi Covid-19 (Studi Kasus : Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI)', *Owner: Riset & Jurnal Akuntansi*, 7, pp. 742–752.
- Cahyawati, P.N., Lestarini, A. and Saniathi, N.K.. 2021. 'Konsultasi Online Dan Pendampingan Masyarakat Dalam Rangka Pencegahan Penularan Covid-19', 20(24), pp. 123–128.
- Davik, F.I. 2016. 'Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop BABS di Puskesmas Kabupaten Probolinggo', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), p. 107. doi:10.20473/jaki.v4i2.2016.107-116.
- Elfindri. 2011. 'Beberapa Teknik *Monitoring* dan Evaluasi (MONEV)', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(3), pp. 106–128.
- Febriandini, A.P. *et al.* 2016. 'Studi Implementasi Program Kesehatan Ibu Dan Anak Di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang', *Journal Of Public Policy And Management Review*, 5(2), pp. 1–14.
- Friskarini, K. and Sundari, T.R. 2020. 'Pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun (Tantangan Dan Peluang) Sebagai Upaya Kesehatan Sekolah Di Sekolah Dasar Negeri Kecamatan Bogor Utara Kota Bogor', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 19(1), pp. 21–34. doi:10.22435/jek.v19i1.3058.
- Hasibuan, R. 2021. *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Masyarakat*. Edited by M. Nasrudin. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Hayuningtyas, R.D. 2022. 'Penggunaan Aplikasi Online “ PHR Germas ” bagi Kalangan Masyarakat Kelurahan Kertosari Kecamatan Babadan Kabupaten Ponorogo', *Journal Of Community Engagement In Health*, 5(2), pp. 165–168. doi:https://doi.org/10.30994/jceh.v5i22.397.

- Ichsan, C. 2020. 'Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas', *Higeia Journal of Public Health*, 4(Special 4), pp. 774–784. doi:<https://doi.org/10.15294/higeia.v4iSpecial%204/37888>.
- Ihsani, I. and Santoso, M.B. 2020. 'Edukasi Sanitasi Lingkungan Dengan Menerapkan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (Phbs) Pada Kelompok Usia Prasekolah Di Taman Asuh Anak Muslim Ar-Ridho Tasikmalaya', *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 6(3), p. 289. doi:10.24198/jppm.v6i3.22987.
- Ikrimah, Maharso and Noraida. 2019. 'Hubungan Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga Dengan Kejadian Diare', *JURNAL KESEHATAN LINGKUNGAN: Jurnal dan Aplikasi Teknik Kesehatan Lingkungan*, 15(2), pp. 655–660. doi:10.31964/jkl.v15i2.134.
- Iryanto, A.A., Joko, T. and Raharjo, M. 2021. 'Literature Review: Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Balita Di Indonesia', *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(1), pp. 1–7. doi:10.47718/jkl.v11i1.1337.
- Jatmika, S.E.D. *et al.* 2019. *Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan, K-Media*.
- Kareba, L. 2020. 'Evaluasi Sistem Pelaksanaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas Marawola Kabupaten Sigi', *Jurnal Ilmiah Kesmas IJ*, 20(2), pp. 114–122.
- Khodijah, S. 2016. 'Program Pendidikan Gizi pada Orangtua untuk Membangun Pola Makan Sehat Anak Usia Dini (Penelitian Tindakan Kolaborasi di PAUD Kenanga Kota Bandung)', *Tunas Siliwangi: Jurnal Program Studi Pendidikan Guru PAUD STKIP Siliwangi Bandung*, 2(1), pp. 159–180. Available at: <http://www.e-journal.stkipsiliwangi.ac.id/index.php/tunas-siliwangi/article/view/314>.

- Kurniawan, A.A. and Utomo, D.W. 2018. 'QR Code Mobile sebagai Pendukung Rekam Medik', *Jurnal Informatika: Jurnal Pengembangan IT (JPIT)*, 03(01), pp. 86–95.
- Kusumaningrum, A. and Azinar, M. 2018. 'Kepesertaan Masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional Secara Mandiri', *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 2(1), pp. 149–160. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>.
- Luth, Meriwijaya and Syaqiq, M. 2022. 'Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan Penyebaran Penyakit Infeksi Menular Seksual Masa Pandemi Covid-19 Di Kabupaten Batang', *Journal Publicuho*, 5(3), pp. 929–945.
- Mahendrahata, Y. *et al.* 2022. *Manajemen Program Kesehatan*. Edited by Faradila. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mukti, Y.I. 2019. 'Sistem Informasi *Monitoring* Kesehatan Masyarakat Berbasis Web Menggunakan Metode Unified Modelling Language', *Jusikom: Jurnal Sistem Komputer Musirawas*, 4(1), pp. 1–8. doi:10.32767/jusikom.v4i1.403.
- Mutika, W.T. *et al.* 2022. 'Evaluasi Pelayanan KIA-KB', *Jurnal Sains Kebidanan*, 4(1), pp. 1–6. doi:10.31983/jsk.v4i1.8407.
- Nainggolan, V. and Herning Sitabuana, T. 2022. 'Jaminan Kesehatan Bagi Rakyat Indonesia Menurut Hukum Kesehatan', *SIBATIK JOURNAL: Jurnal Ilmiah Bidang Sosial, Ekonomi, Budaya, Teknologi, dan Pendidikan*, 1(6), pp. 907–916. doi:10.54443/sibatik.v1i6.109.
- Nita, S.I. and Fitri, I. 2021. 'Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Puskesmas', *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(1), pp. 101–113. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>.

- Nur Fiqhi Utami, A. and Mutiarin, D. 2017. 'Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I Kabupaten Sleman Tahun 2016', *Journal of Governance and Public Policy*, 4(1), pp. 39–70. doi:10.18196/jgpp.4171.
- Nurina, R. 2016. 'Program Pemberian Makanan Tambahan untuk Peningkatan Status Gizi Ibu Hamil dan Balita di Kecamatan Cilamaya Kulon dan Cilamaya Wetan, Karawang', *Jurnal Resolusi Konflik, CSR dan Pemberdayaan (CARE)*, 1(1), pp. 44–49.
- Paembonan, S. and Nurhidayah. 2021. 'Penerapan Metode Prototype Pada Perancangan Sistem', *Journal of Software Engineering Ampera*, 2(1), pp. 2775–2488. Available at: <https://journal-computing.org/index.php/journal-sea/index>.
- Prabarini, P.W. *et al.* 2023. 'Analisis Determinan Faktor Lingkungan Fisik terhadap Upaya Pencegahan Penyakit Akibat Kerja (PAK) di Industri Papan Semen Cor', *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(1), pp. 1–7. doi:10.37148/arteri.v4i1.242.
- Puskesmas Andalas. 2020. 'Laporan Tahunan Puskesmas Andalas', pp. 1–100.
- Qisti, D.A. *et al.* 2021. 'Analisisis Aspek Lingkungan Dan Perilaku Terhadap Kejadian Diare Pada Balita Di Tanah Sareal', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(6), pp. 1661–1668.
- Rahmawaty, E. *et al.* 2019. 'Sodialisasi Dan harmonisasi Gerakan masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Dan Program Indonesia Sehat Dengan pendekatan Keluarga (PIS-PK) Di Kota Sukabumi', *Journal Link*, 15(1), pp. 27–31. doi:10.31983/link.v15i1.4385.
- Ridha, M.R. 2018. 'Model Analytical Hierarchy Process Untuk Penilaian Desa Dalam Program Desa Maju Inhil Jaya', *Sistemasi*, 6(1), p. 14. doi:10.32520/stmsi.v6i1.21.

- Rodiah, S., Rosfiantika, E. and Yanto, A. 2016. 'Startegi Promosi Kesehatan Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut', *Sosiohumaniora*, 18(1), pp. 55–60.
- Sabrina, Q. 2015. 'Kebijakan dan Manajemen Publik Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Haji Surabaya', *Kebijaksanaan dan Manajemen Publik*, 3(2), pp. 54–62.
- Santi, M.W. *et al.* 2022. 'Pengembangan dan Implementasi E-Posyandu dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kematian Ibu, Bayi dan Stunting', *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), pp. 1–16. doi:10.30604/jika.v7i1.653.
- Setiowati, K.D. and Budiono, I. 2019. 'Perencanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita', *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*, 3(1), pp. 109–120.
- Simbolon, N.R.B. and dkk. 2019. 'Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Implementation of the Indonesia Healthy Card Program', *Strukturasi: Jurnal Ilmiah Magister Administrasi Publik*, 1(2), pp. 147–155.
- Suarjana, I. wayan G., Pomalingo, M.F. and Parhusip, B.R. 2022. 'Penerapan Ergo-Mechanical Design Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Kesehatan Pekerja CV . Victorina', *Journal Abdimas Jatibara*, 1(1), pp. 73–82.
- Sulaeman, E.S.. B.M.. W. 2015. 'Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED Pada The Application of PRECEDE-PROCEED Model in Community Empowerment Planning in Health Sector Based on the Need Assessment of Public Health', *Jurnal Kedokteran Yarsi*, 23(3), pp. 149–164.
- Sulaeman, E.S. *et al.* 2012. 'Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga', *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(4), p. 186. doi:10.21109/kesmas.v7i4.54.

- Supinganto, A., Setyawati, I. and Metri, N.K. 2020. 'Pelatihan pemantapan konsep pencegahan penularan penyakit menular tuberkulosis bagi remaja masjid', *Jurnal masyarakat mandiri (JMM)*, 4(2), pp. 4–6. doi:<https://doi.org/10.31764/jmm.v4i2.1967>.
- Tedi, Fadly and R, R. 2018. 'Hubungan Program GERMAS Terhadap Kebiasaan Hidup Masyarakat Yang Telah Dan Belum Mendapatkan Sosialisasi Diwilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Sukarama Palembang', *Jurnal Kesehatan Palembang (JPP)*, 13(1), pp. 54–60.
- Tuti, E. al. 2020. 'Evaluasi Penerapan Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) Di Kota Bengkulu Evaluation of the Implementation of Movement Programs for Healthy Living Communities (Germas) in Bengkulu City Tuti Anggriani Utama, Dara Himalaya, Suci Rahmawati Fmipa Pr', *Journal Of Nursing And Public Health*, 8(2), pp. 91–99.
- Wardani, R.K. 2014. 'Analisi Penetapan Prioritas Program Upaya Kesehatan Dasar (Puskesmas) Pada Tingkat Pemerintah Daerah (Studi Eksploratif Di Kota Bogor Tahun 2013)', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 03(04), pp. 199–212.
- Windari, E.N. 2014. 'Efektivitas Pelaksanaan Program Kesehatan Lingkungan pada UPTD Kesehatan Kari Kabupaten Kabupaten Kuantan Singingi', *Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dengan Caput Succedaneum Di Rsud Syekh Yusuf Gowa Tahun*, 4(2014), pp. 9–15.
- Yohanes, R., Lestari, Y. and Yetti, H. 2021. 'Evaluation Of Successful Implementation Of Health Quarantine Information System In Calss II Port Health Office Padang In 2020', XV(01), pp. 138–147.
- Yulianti, A., Utoyo, B. and Atika, D.B. 2022. 'Kinerja Program Nusantara Sehat di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan', *Jurnal Administrativa*, 4(1), pp. 141–156.

BAB 9

FILSAFAT KESEHATAN MASYARAKAT MODERN

Oleh Muh. Risal Tawil

9.1 Pemikiran Yang Mewarnai Ilmu Kesehatan Masyarakat

9.1.1 Pemikiran Pareto

Pola pemikiran ini mengacu pada ontologi utilitarian mekanistik-atomistik, mengikuti proposisi para filsuf moral Anglo-Saxon, seperti Hobbes, Locke dan Hume, dengan ekonom Pareto sebagai eksponen mereka yang sangat menonjol. Ontologi ini menguatkan epistemologi positivistik (empiris) dan individualistis. Pemikiran dalam mazhab ini sangat dipengaruhi oleh ilmu-ilmu biofisik yang berkembang bersama dengan interpretasi Cartesian. Inilah yang mendasari perkembangan ilmu-ilmu ekonomi, sosiologis dan medis saat ini. Dalam istilah Roy Bhaskar, “Sebenarnya ada satu doktrin sosial yang refleksinya mencakup utilitarianisme, teori politik liberal, dan teori ekonomi neo-klasik, yang bersifat individualistis dengan asumsi bahwa hal ini dapat menjadi agregasi umum dan diterima sebagai realitas (Shchedrina, 2021). Menurut Jozef Schumpeter, ontologi ini membuka jalan bagi metodologi individualisme yang menyatakan bahwa kompleksitas itu sesungguhnya tidak ada. Konfigurasi kompleks harus dipecahkan menjadi bagian-bagian kecil agar dapat dipahami secara spesifik (De Haro, 2020; Shchedrina, 2021). Fakta luar biasa dalam hal ini adalah bahwa pada tahun 1930-an, ahli fisiologi Henderson memperkenalkan Pareto kepada ilmuwan sosial seperti Parsons dan Merton di Amerika Serikat. Niat Henderson adalah

untuk menunjukkan kedekatan intrinsik antara pendekatan ilmiah dalam memahami biofisika dan pengaruhnya pada aspek ekonomi, politik dan sosiologis (Tesar, 2021).

9.1.2 Pemikiran Weber

Pemikiran ini terkait erat dengan ontologi voluntaristik yang merujuk pada karya Kant, dengan Weber sebagai eksponennya yang terdepan. Pandangan ini juga terkait dengan epistemologi individualistis yang berorientasi pada hermeneutika. Berbeda dengan pemikiran pertama, Weber menekankan perbedaan hakiki dalam sifat ilmu fisika dan ilmu sosial sebagai hal yang paling pertama harus didekati secara positivistik. Ujungnya adalah menyangkut intensionalitas apriori dari tindakan manusia, yang hanya dapat dipahami melalui penerapan metodologi hermeneutik individualisme. Diungkapkan bahwa antara fakta objektif dan tindakan manusia tidak ada korespondensi dan refleksi langsung. Menurut Wright Mills, hanya afinitas elektif yang dapat menunjukkan antara fakta/realitas secara material dan tindakan simbolik. Oleh Jürgen Habermas disebutkan bahwa perbedaan dari pemikiran Pareto dan Weber adalah pentingnya dimensi simbolis dari tindakan dan peristiwa manusia. Pendekatan neo-Kantian yang luas dari Weber dan Parsons dipisahkan dengan tidak menghubungkan sistem tindakan empiris terhadap dimensi simbolik intrinsiknya. Ide dan kepentingan (oleh Weber) atau nilai dan motif budaya (oleh Parsons) berujung dan menyatu dalam tatanan sosial. Kedua pendekatan ini menafsirkan tindakan sebagai realisasi selektif dari nilai-nilai budaya (Kraaijeveld, 2021).

9.1.3 Pemikiran Marx

Pemikiran ini merupakan warna dari ontologi materialistis yang dibawa oleh Marx dan Engels dengan basis dialektik. Penjelasan tentang ini diuraikan oleh Hegel, bahwa ontologi ini berhubungan erat dengan relasional dan epistemologi kolektivistik. Sedangkan menurut Vanberg, perbedaan pokok dari pemikiran Pareto maupun Weber adalah penerapan "Doktrin Emergenz" (yang juga mewarnai pemikiran Durkheim). Tesis yang dikembangkan adalah realitas ontologis yang dilandasi oleh asosiasi, hubungan personal, konfigurasi individual, dan fenomena yang muncul. Ini tidak cukup dipahami hanya melalui penjelasan tentang sifat dan tindakan individu yang berpartisipasi. Penentu untuk pola ketiga ini, didasarkan pada hubungan-hubungan yang terjadi secara dialektik (Kuklick, 2019). Bertell Ollman secara khusus menekankan bahwa inilah inti dari kesulitan kita dalam memahami Marxisme selama ini, yang pokok bahasannya bukan hanya individu dalam masyarakat, melainkan masyarakat dalam konteks relasional. Dalam pemikiran Marx, analogi ilmu-ilmu alam dan biologi yang dikaitkan dengan penelitian hukum dan sosio-historis menjadi ciri khas utama, termasuk juga dalam pemikiran Durkheim.

9.1.4 Pemikiran Durkheim

Pemikiran keempat oleh Durkheim merupakan ontologi fungsionalistik. Filosofi ini harus dipahami dalam konteks sosial sebagaimana di terangkan oleh Voltaire, Rousseau, de Saint-Simon dan Comte. Ontologi Durkheim juga sangat dipengaruhi oleh biofisika abad ke-19. Konfigurasi sosial (yang kemudian berkembang menjadi sistem sosial) ditentukan oleh kebutuhan biologis. Sudut pandang ontologisnya berkaitan dengan epistemologi kolektivistik dan positivistic yang mengkaji subsistem sosial dan organ-organnya. Dalam

pandangan ini, keutuhan sosial sebagai kelompok dianggap sebagai fakta sosial yang menjadi realitas sosial dan tidak dapat direduksi. Hal inilah yang memunculkan penjelasan sosial. Analisis fenomena diarahkan pada sifat fungsionalitasnya sehingga mampu menciptakan pandangan social yang lebih luas. Pola pemikiran ini mengilhami perdebatan modern tentang kohesi sosial dan pengucilan sosial, yang juga menjadi bagian penting bagi ilmu kesehatan masyarakat modern. Graham Room menjelaskan hal ini dari sudut pendekatan kemiskinan dengan mengatakan bahwa penelitian tentang kemiskinan akan selalu berbasis pada pemikiran filsuf Anglo-Saxon abad ke-19. Merekalah yang meletakkan dasar pandangan masyarakat liberal, yang melahirkan dikotomi dan persaingan yang bermuara pada kebijakan sosial. Tujuan dari kebijakan sosial ini adalah untuk memastikan bahwa setiap orang memiliki sumber daya yang cukup untuk dapat bertahan dalam arena persaingan ini. Sebaliknya, gagasan tentang pengucilan sosial sebagai antitesa dari kekalahan dalam persaingan adalah bahan kajian dari sosial kontinental yang diteliti para filsuf Prancis. Hal inilah yang kemudian memunculkan hierarki status sosial dengan serangkaian hak dan kewajiban bersama dalam sebuah komunitas atau negara (Schroeder dan Dodig-Crnkovic, 2020).

9.2 Pokok Kajian Ilmu Kesehatan Masyarakat

Intisari dari filosofi ilmu kesehatan masyarakat modern pada dasarnya meliputi; (1) subjek individu sebagai makhluk sosial, dan (2) hubungan timbal balik antara kondisi sosial dan tindakan subjek individu ini. Dua hal pokok ini diwarnai oleh kombinasi pemikiran antara Marx dan Durkheim (Wilson, 2021; Sahoo, Behera dan Behura, 2022). Perlu dicatat bahwa konsep umum yang digunakan seperti fakta, masyarakat, kelompok, penyakit, subjek, kesetaraan, dan ketimpangan,

kemudian disederhanakan secara spesifik menjadi agent, host, dan environment sebagai bahasan utama ilmu kesehatan masyarakat. Setiap kajian menyiratkan hubungan khusus baik ontologis maupun epistemologis. Dalam laporan Evans, kesetaraan menjadi hal utama bagi ilmu kesehatan masyarakat. Menurut Piagam Ottawa, manusia sebagai makhluk sosial harus memperoleh Kesehatan sebagai hak asasi. Namun konsep yang diterapkan di Amerika Serikat ini berbeda dengan konsep kesehatan masyarakat yang di Kanada (Tatara, 2002).

Konsep tentang kesehatan masyarakat yang berbasis pada kualitas sosial banyak dikembangkan dari pemikiran Pareto. Ekonom Friedrich Hayek secara implisit telah menjelaskan kesimpulan ini. Sebagai eksponen sejati dari pola Pareto, ia menyangkal bahwa kata sosial mengacu pada aspek realitas objektif. Ia menyatakan bahwa negara konstitusional bukanlah negara konstitusional, hati nurani sosial bukanlah hati nurani, keadilan sosial bukanlah keadilan. Ia mempertegas bahwa apa yang tertulis dan diundangkan belum tentu berwujud secara nyata sesuai apa yang diharapkan. Dalam realisme empiris semacam ini, menurut Andrew Collier, seseorang yang menyangkal realitas semacam ini tidak didasari pengalaman, tetapi dari fenomena yang muncul. Sebaliknya, seorang realis transendental adalah orang yang mengklaim bahwa mekanisme semacam itu dapat dibuktikan nyata melalui argumen transendental (Dawson, 2016; Ho, 2022).

Dengan menerapkan empat pola pemikiran yang berbeda, kita belajar untuk memahami mengapa paradigma kesehatan modern dan pertumbuhan ekonomi merupakan kajian teoretis dari ontologis dan epistemologis pola Pareto. Douglas Weed juga mendasarkan studinya pada pemikiran ini. Namun demikian, sifat komplementer dari kesehatan dan ekonomi inilah yang memperlebar kesenjangan antara kuantitas dan kualitas, antara supply dan demand layanan,

antara ketersediaan fasilitas dan jumlah kasus, antara tradisi dan teknologi, antara kemampuan dan keinginan, antara keahlian medis dan etika, dan hal-hal lain yang mewarnai masalah kesehatan masyarakat modern (Saad dan Prochaska, 2020).

9.2.1 Pandangan Foucault dan Kesehatan Masyarakat

Perbedaan di antara pemikiran para filsuf juga memungkinkan kita untuk menginterpretasikan gagasan Michel Foucault tentang kekuasaan dalam kaitannya dengan kesehatan masyarakat. Usulan Ivan Illich tentang birokrasi medis sebagai penyebab ketimpangan pelayanan hanya merupakan sebagian kecil dari keseluruhan kisah kesehatan masyarakat (Weed, 1999; Folker *et al.*, 2021). Alan Sheridan menyimpulkan bahwa menurut Foucault, kekuasaan adalah efek dari bekerjanya hubungan sosial, antar kelompok dan antar individu. Kekuasaan bukan kesatuan karena tidak memiliki esensi. Setiap kelompok dan setiap individu menjalankan kekuasaan dan tunduk padanya. Hasilnya adalah penaklukan individu pada kekuasaan pada tingkat mikro, di mana subjek individu dapat berupa warga negara, tahanan, dan pasien. Konsep ini adalah interpretasi yang menolak esensi dari pemikiran Marx dan Durkheim. Foucault juga menolak prinsip pemikiran Pareto. Dalam gagasannya, rumah sakit jiwa di era positivisme baru bukanlah tempat observasi, diagnosis, dan perawatan pasien. Baginya itu adalah ruang yuridis di mana seseorang dituduh. Sebagaimana mereka yang dinyatakan gila harus dihukum di dalam rumah sakit jiwa. Seabad kemudian, positivisme ini memaksakan mitos objektivitas ilmiahnya dan menyamarkan fakta bahwa itu adalah pertunjukan sihir. Sejalan dengan anggapan tentang sifat dan penerapan kekuasaan, hal ini bisa terjadi karena keterlibatan pasien itu sendiri. Ini membuka jalan bagi pasien untuk tunduk pada kebenaran medis. Sehingga ilmu kedokteran dimasa ini

diartikulasikan sebagai ratu dari semua ilmu. Dalam pandangan Foucault, ilmu kedokteran telah menjadi ilmu yang membedakan antara patologi (kelainan) dan kesehatan (normalitas). Atas dasar ini, teori Foucault dianggap sebagai interpretasi dari pola pemikiran Weber (Ashcroft, 2010).

9.3 Filsafat Kesehatan Masyarakat Modern

Pada abad ke-19, orientasi kesehatan masyarakat lama dari penanggulangan penyakit menular kepada penyakit tidak menular dan reorientasi penanganan kuratif menuju preventif dan protektif, memanfaatkan kajian lingkungan, biologis, dan perilaku yang diarahkan pada wilayah perkotaan dengan tidak hanya memanfaatkan pendekatan epidemiologi ilmiah alami semata. Orientasi ilmiah tunggal yang menjadi andalan dimasa lalu ini tidak dapat memahami publik sebagai realitas dalam konfigurasi sosial. Dalam perspektif ini, dianggap public/masyarakat sebagai kata benda tetap merupakan metafora untuk agregasi individu (Weed, 1999; Ashcroft, 2010). Oleh karena itu banyak filsuf secara logis menolak komunitas/publik sebagai konfigurasi sosial dengan karakteristik tertentu yang disebabkan oleh hubungan politik, ekonomi, norma, nilai sosial tertentu, maupun orientasi terkait lainnya. Steve Wing mempertegas bahwa kesehatan masyarakat modern tidak hanya membahas konteks intelektual dengan pandangan publik sebagai kumpulan individu yang terpapar dan tidak terpapar (diatomisasi). Karena pertanyaan tentang dari mana paparan berasal, mengapa kelompok tertentu terpapar dan bukan yang lain, siapa yang diuntungkan dari paparan, atau perubahan lain apa yang terjadi dari paparan bukanlah telaah epidemiologi di masa depan. Akan banyak kompleksitas social baru yang harus di analisis dalam bidang perilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan, genetika, dan mutasi agent penyakit (Sahoo, Behera dan Behura, 2022).

9.3.1 Kasus Bronx

Pendekatan epidemiologis telah menjelaskan fenomena yang terjadi pada masyarakat di distrik Bronx, New York City. Jonanthan Kozol telah menyajikan gambaran penting yang dicapai melalui pendekatan epidemiologi. “Pada tahun 1991, dilaporkan dari 84 orang, lebih dari setengahnya berusia 21 tahun atau lebih muda, telah dibunuh di kantor polisi. Setahun kemudian, sepuluh orang ditembak mati di sebuah jalan bernama Beekman Avenue. Pada Hari Valentine tahun 1993, tiga anak lagi dan tiga orang dewasa ditembak mati di lantai ruang tamu sebuah apartemen, enam blok dari taman yang ada di area tersebut. Bagaimana psikologi dan kesehatan mental anak-anak yang tumbuh di sini?” Lalu orang-orang yang berkunjung ke institusi kesehatan di Bronx pada saat yang sama dihadapkan pada pelayanan kesehatan yang amat buruk, dimana banyak pasien harus menunggu di ruang gawat darurat selama dua hari untuk dirawat, banyak anak-anak sakit yang terlantar, pria meringis dengan luka tembak, pasien dengan AIDS yang dibiarkan sendiri, maupun isolasi orang-orang tua batuk darah tanpa penanganan yang baik (Stratton, 2013).

Dalam konsep atomisasi Paretonian, setiap orang di Bronx seharusnya memiliki kesempatan yang sama untuk hidup dan memperoleh pelayanan. Setiap orang memiliki hak yang sama untuk tidak mengakses kesempatan ini sehingga tidak perlu mati di jalanan. Apalagi fenomena disaat itu hanya dianggap sebagai kasus personal dan Tindakan yang diberikan mengacu pada penanganan individu. Sebagai agregat, maka Bronx dijadikan sebagai fenomena sosial dari sebuah diagnosis social yang salah. Para analis lalu membangun hipotesis bahwa menggunakan lebih dari satu pola pemikiran filsuf akan memungkinkan untuk lebih memahami keadaan Bronx secara menyeluruh dan lebih mendalam. Dari situ, dapat dirancang kebijakan dan strategi tepat untuk mengubah kondisi yang merusak kesehatan masyarakat. Bronx mengilustrasikan bahwa melakukan tindakan dan memilih

kebijakan tertentu, atau tidak melakukan dan memilih apa pun merupakan opsi yang hanya dapat dipahami dengan perspektif ontologis dan epistemology disaat itu. Situasi sosial yang memprihatinkan di Bronx ikut mendorong penguatan teori kualitas sosial, yang didalamnya juga membahas kesehatan masyarakat dalam masyarakat modern yang akan sangat berbeda dengan kesehatan masyarakat sebelumnya. Inilah alasan Vincente Navarro merekomendasikan pendekatan kualitas sosial dalam menyelesaikan problematika kesehatan masyarakat ini. Disebutkan bahwa pertama-tama, kita harus memahami proses modernisasi untuk menghidupkan kembali perdebatan tentang kesehatan masyarakat agar pendekatannya lebih paripurna dan holistik. Yang sebelumnya perdebatan tentang epidemiologi dan kesehatan masyarakat menjadi tabu dilakukan. Dengan kata lain, mereka mengabaikan realitas sosial kehidupan modern sehari-hari. Pendekatan kualitas sosial dimaksudkan untuk mengembangkan teori yang dapat digunakan untuk membuat konsep realitas baru ini. Untuk mengatasi proses modernisasi ini secara memadai, kesehatan masyarakat modern membutuhkan orientasi baru, berbeda dari kesehatan masyarakat lama (higienitas-biologis) menuju pendekatan kesehatan masyarakat baru (promosi, prevensi, dan proteksi kesehatan) (Hessler, 2013; Nyswander, 2015). Kesehatan masyarakat modern berarti mempertimbangkan masalah hubungan sosial dan ekonomi modern, sekaligus mengantisipasi bentuk baru ketidaksetaraan, eksklusi, dan marginalisasi kelompok penduduk. Modern dalam hal ini adalah tentang fenomena sosial, ekonomi, budaya, politik, dan teknologi.

9.3.2 Ketimpangan Sosial dan Kesehatan Masyarakat Modern

Untuk memahami hasil interaksi antara sistem sosial dan kondisi kehidupan, menurut banyak ilmuwan sosial, konsep Marxis dan konsep Weber tidak cukup kuat untuk memecahkan fenomena ini. Ulrich Beck menyatakan bahwa

kita sedang menyaksikan pergeseran dari produksi industri dalam konteks kelas sosial tertentu menjadi produksi risiko global bagi semua orang. Hal ini terjadi sebagai konsekuensi modernisasi proses industri dan intervensi dari negara sehingga kelas-kelas tradisional di Eropa Barat menghilang. Tumbuhnya individualisasi adalah konsekuensi dari hubungan ekonomi modern, bukan hasil dari filsafat postmodern. Individualisasi dan sikap monetaris yang terkait menstimulasi tumbuhnya ketidaksetaraan dan kesenjangan sosial baru. Menurut para ilmuwan Inggris, kesenjangan sosial ini merupakan inti masalah kesehatan masyarakat modern. Mengacu pada hal ini, Michael Benzeval berpendapat bahwa di Inggris angka kematian pada semua umur adalah dua sampai tiga kali lebih tinggi pada kelompok sosial yang miskin daripada mereka yang lebih kaya. Orang yang hidup dalam keadaan kurang beruntung juga dapat mengalami lebih banyak penyakit dan kecacatan. Namun, yang sangat mengkhawatirkan adalah ketidaksetaraan ekonomi tampaknya tumbuh lebih cepat di Inggris sejak pecahnya perang dunia kedua (Dawson, 2016).

Perdebatan tentang ketidakadilan kesehatan memaksa para ilmuwan untuk mengembangkan teori baru tentang sebab dan akibat. Michael Burry secara khusus menyampaikan gagasan bahwa akan ada peningkatan kesehatan masyarakat pada periode pasca perang, dan tidak mungkin terjadi di masa depan tanpa redistribusi pendapatan dan kekayaan yang besar. Apalagi, debat ketidakadilan kesehatan menjadi hal yang kurang menarik sehingga pertumbuhan dan perkembangannya menjadi lambat. Ada juga kemungkinan bahwa penyediaan layanan kesehatan yang minim didorong oleh ketidakmampuan ekonomi dan lemahnya komitmen sosial sebuah negara. Beberapa sosiolog kesehatan telah mengembangkan penelitian baru tentang perubahan sosial dan budaya yang telah

memunculkan perdebatan ketidakadilan kesehatan. Oleh M Blaxter dan S Macintyre, Burry menyebutkan bahwa konsekuensi dari kapitalisme yang tidak terorganisir dan kurangnya intervensi negara dalam sektor kesehatan akan menyebabkan hadirnya struktur kelas sosial baru dan memberi dampak melemahnya ekonomi lokal dan regional. Inilah yang memicu hadirnya ketidakadilan kesehatan.

9.3.3 Kajian Filosofis Ilmu Kesehatan Masyarakat Modern

1. Kajian Weed

Douglas Weed dalam studinya menyimpulkan bahwa teoretisi sosiologis kesehatan seperti Nijhuis dan Van der Maesen tidak mengilustrasikan dengan kuat orientasi ontologis tentang bagaimana pengambilan keputusan kesehatan masyarakat dibuat. Weed berupaya untuk menunjukkan bahwa menggunakan dan memilih satu atau lebih dari empat pola pemikiran tertentu dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat akan membantu membuat kebijakan dan strategi yang efektif. Weed berpendapat bahwa kesehatan masyarakat, baik dengan epidemiologi sebagai inti kajian ilmiahnya maupun telaah yang berakar pada pemikiran Paretonian, tidak berorientasi secara logis untuk memahami kondisi sosial tertentu saja (yang didalamnya membahas masalah kesehatan masyarakat) (Weed, 1999). Hal ini dipandang tidak menyentuh jantung kesehatan masyarakat modern. Kesehatan masyarakat modern harus ditelaah secara terpisah dengan melibatkan determinan dan konsekwen yang kompleks. Kesehatan masyarakat akan berimplikasi pada individu, kelompok, masyarakat atau komunitas, negara, bangsa, bahkan dunia. Kesehatan masyarakat justru menjadi salah satu penentu kualitas kehidupan masyarakat modern. 4 pola pemikiran dibawah ini dapat

menjadi dasar untuk menganalisis lebih tajam fenomena, situasi, dan perkembangan kesehatan masyarakat masa depan (van Der Maesen dan Nijhuis, 2000; Nyswander, 2015).

Tabel 9.1. Pola pemikiran dasar dalam kesehatan masyarakat modern

Pola pemikiran	Ontologi	Epistemologi	Perspektif
Pareto	Mechanistic-atomistic based utilitarianism	Positivistic orientation, methodological individualism	Disease perspective
Weber	Intentionalistic based voluntarism	Hermeneutic orientation, relational methodological individualism	Illness perspective
Marx	Dialectically based materialism	Positivistic orientation, relational methodological collectivism	Illness/sickness perspective
Durkheim	Organically based functionalism	Positivistic orientation, methodological collectivism	Sickness perspective

2. Kajian Etika Medis

Sebagian besar ilmuwan sependapat dengan Weed bahwa kajian mendalam tentang sebuah konsep harus diawali dengan pertanyaan epistemologis dan etis (Lim, 2020; Lockshin, Crow dan Barbhैया, 2022). Dalam

presentasinya tentang skrining kanker sebagai contoh fenomena kesehatan masyarakat, Weed mengacu pada paradoks pencegahan yang dikembangkan oleh Rose, dimana disebutkan jika skrining dapat memberikan manfaat bagi populasi, tetapi juga dapat menyebabkan kerugian bagi subjek yang menjalaninya. Program skrining harus dilihat sebagai bagian dari sistem dan prosedur medis yang bertujuan untuk diagnosis penyakit. Adapun hasil medisnya akan sangat bermanfaat bagi individu yang bersangkutan maupun masyarakat. Pertanyaan etis Weed diarahkan untuk pada masalah etika medis. Weed secara tegas membedakan antara sisi kebijakan yang berorientasi medis seperti prosedur medis dengan sisi kebijakan kesehatan masyarakat seperti variabel kualitas sosial (pengetahuan, sikap, tindakan) yang terkait dengan aspek kesehatan.

Eksplorasi pertanyaan etis dalam kedokteran itu rumit, karena kerangka acuan dasarnya adalah pemikiran Pareto, di mana pertanyaan etis ini direduksi menjadi interaksi preferensi moral dari subjek individu. Tertanam dalam pola ini bahwa pertimbangan etis sangatlah kompleks. Menurut Charles Taylor, kombinasi spesifik antara etika dan individualitas harus didasarkan pada model penelusuran ilmu alam dimana argumen teori dalam ilmu alam mengharuskan netralitas dari reaksi antroposentris diri kita sendiri. Untuk itu disarankan agar individu tidak mudah menyimpulkan argumen dengan alasan praktis maupun reaksi moral yang bersifat spontan (Walker *et al.*, 2021). Masih menurut Taylor, individu perlu memperbaiki kemampuan untuk membuat penilaian kualitatif agar mampu membedakan antara sesuatu yang baik dan yang buruk. Oleh karenanya Weed menentukan tindakan screening kanker nya hanya dari sudut pandang

ilmiah berdasarkan pengetahuan tentang efek samping, toleransi obat, dosis aman, indikasi, dan hal ilmiah lainnya tanpa melibatkan reaksi moral dan penilaian subyektifnya (Monajemi dan Namazi, 2020). Bukti ilmiah yang dikemukakan dan pendekatan yang dijalankan Weed tentu berbeda dan tidak tepat untuk menyelesaikan masalah sosial dan kesehatan anak-anak seperti yang terjadi di Bronx.

3. Kajian Etis Kesehatan Masyarakat

Kajian ini diawali dengan pertanyaan, apakah bisa 4 pola pemikiran sebagaimana tersebut diatas membantu memecahkan persoalan-persoalan etis kesehatan masyarakat?. Pemikiran Durkheim dianggap akan menimbulkan beberapa masalah karena dalam perspektif ini, fakta sosial adalah entitas sui generis, yang memiliki kekuatan penjas secara intrinsik. Menurut Durkheim, masyarakat yang dipahami sebagai konfigurasi fakta sosial adalah sumber kekuatan moral. Sedangkan menurut Habermas, Durkheim di sini menciptakan paradoksnya sendiri. Habermas berargumen bahwa dinamika keadaan sosial anomik saat ini harus dilihat sebagai hasil dari proses entitas itu sendiri bukan dari sudut yang lain. Habermas juga mempertanyakan bagaimana proses diferensiasi sosial yang negatif dapat berfungsi sebagai sumber kode moral baru? (Möller, 2015; Ismaili M'hamdi, 2021).

Untuk pertanyaan etis kesehatan masyarakat modern, mungkin lebih menarik untuk merujuk pada pola pemikiran Weber. Ia secara khusus membedakan antara *is* dan *should*, sebuah perbedaan yang mendapat perhatian besar dalam sejarah filsafat sosial modern. Arnold Brecht mencatat, dalam studi klasiknya tentang filsafat politik, "Konsep tentang seharusnya dan konsep yang menyimpang hanyalah cara berpikir formal, yang secara gramatikal telah diungkapkan

oleh aliran imperatif, sama seperti konsep formal tentang masa lalu dan masa depan yang juga secara gramatikal diungkapkan oleh aliran preteritum dan futurum. Tidak ada konten substantif tertentu yang dapat diturunkan dari cara berpikir formal ini. Dengan menggunakan tesis Brecht, maka analisis Douglas Weed dapat dipahami mengapa pertanyaan etis tidak berasal dari pertanyaan ontologis dan epistemologis. Untuk ini, dibutuhkan tingkat penalaran yang berbeda. Tesis Brecht secara jelas membedakan antara etika (prinsip etis), pertanyaan etis, ontologis, dan epistemologis (Dawson, 2009; Lee dan Zarowsky, 2015; Johnson dan Johnson, 2021).

Terkait perdebatan tentang pertanyaan etis, sangat menarik untuk melihat diskusi kritis Petersen dan Lupton tentang pendekatan kesehatan masyarakat modern, misalnya dalam Proyek Kota Sehat. Diskusi mereka didasarkan pada perspektif Foucault. Kesehatan masyarakat modern dapat dilihat sebagai serangkaian system politik, hukum, kekuasaan, pengetahuan, dan teknologi mutakhir yang dikemas dalam suatu manajemen untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, social, dan kualitas hidup individu maupun masyarakat. Menurut pendapat mereka, kesehatan masyarakat modern akan sepenuhnya terfokus pada apa yang disebut tubuh sehat dan produktif dengan strategi pokok berupa perubahan gaya hidup. Aspek lingkungan juga ikut menentukan pencapaian derajat sehat yang optimal, walaupun wacana lingkungan cenderung menggunakan asumsi bahwa masa depan lingkungan dapat diprediksi secara rasional melalui pengumpulan informasi yang lengkap untuk mengontrol efek masa depan. Masih menurut Petersen dan Lupton, kesehatan masyarakat modern pada intinya adalah usaha moral berupa resep kesadaran tentang bagaimana kita harus menjalani hidup dan mengatur tubuh, baik secara individu maupun kolektif. Aspek lain yang menjadi daya tarik

dari konsep kesehatan masyarakat modern adalah lahirnya gagasan "pemberdayaan" dan advokasi perubahan sosial dan lingkungan. Lebih lanjut mereka menganalisis dan memberi kritik terhadap ide dan program "partisipasi masyarakat" dalam konsep kesehatan masyarakat modern (Zimmerman, 2017; Ho, 2022). Ada kesulitan yang dihadapi dalam mengartikulasikan teori dan mengembangkannya menjadi praktik sosial, dimana perkembangan demokrasi, hukum, dan ekonomi kadang tidak memihak pada partisipasi masyarakat.

4. Hubungan Etika dan Kualitas Sosial Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat

Skema konseptual dari Foucault diapandang sebagai salah satu pemikiran yang sangat merangsang untuk menghadirkan dan menganalisis pertanyaan etis termasuk pada bidang kesehatan masyarakat modern. Namun oleh Petersen dan Lupton menyatakan bahwa kesehatan masyarakat modern menyiratkan bentuk pemikiran relativisme, dimana kebutuhan maupun penghargaan sepenuhnya bergantung pada struktur pikiran manusia sehingga klaim atas realitas objektif akan dinilai sebagai arogansi. Selanjutnya, Doyal dan Gough berkomentar secara implisit tentang perspektif Foucault dengan menyatakan bahwa pikiran tersebut adalah relativis yang konsisten dimana orang yang menganggap seluruh kehidupan sosial sebagai "konstruksi", yang kebenarannya ditentukan oleh masing-masing yang mengalaminya. Selain itu, kesimpulan Roy Bhaskar tentang kekeliruan epistemik dapat menguatkan studi dari Peterson dan Lupton juga. Pernyataan tentang keberadaan sesungguhnya dapat direduksi atau dianalisis lebih jelas, sehingga pertanyaan ontologis selalu dapat diubah menjadi argumen epistemologis. Hal ini yang mempengaruhi pandangan

dunia segala sesuatu bersifat dinamis dan tidak bergantung pada apa pun, dan segalanya dapat diselidiki oleh sains (West-Oram, 2021).

Oleh karena itu, dinamika masyarakat harus dipahami secara mendalam baik sebagai totalitas dari proses tindakan manusia maupun sebagai hasil tindakan manusia. Untuk memberi pemahaman yang valid tentang masyarakat sebagai subjek kesehatan masyarakat, maka berbagai variable penyebab maupun akibat yang dapat mempengaruhi perilaku manusia secara individu maupun dalam konteks komunitas perlu dianalisis lebih lanjut (Lee dan Zarowsky, 2015; Ho, 2022). Tantangan bagi kesehatan masyarakat modern adalah memperbaiki kondisi sosial yang berkaitan dengan kesehatan. Dengan melakukan itu, kita sebenarnya telah memenuhi nilai dan norma kita sebagai manusia. Inilah yang menjadi sumber utama dari pertanyaan etis kesehatan masyarakat. Berbagai teori sosial, psikologi, ekonomi, budaya, lingkungan, pemerintahan, hukum, keamanan, termasuk manajemen dan administrasi yang terkait dengan manusia dan masyarakat menjadi ranah kajian baru kesehatan masyarakat modern yang telah dan akan terus dieksplorasi untuk menyingkap tirai pengetahuan baru sekaligus menjawab tantangan ini (Wilson, 2021; Sahoo, Behera dan Behura, 2022). Paling tidak disadari bahwa mengkaji dan menemukan mutiara baru dalam lautan pengetahuan kesehatan masyarakat merupakan upaya moral dan tugas mulia sebagai mahluk pembelajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ashcroft, R. E. 2010. "The Philosophy of Public Health," *Journal of Public Health*, 32(1), hal. 141–141. doi: 10.1093/PUBMED/FDP106.
- Dawson, A. 2009. "Editorial: Political philosophy and public health ethics," *Public Health Ethics*, 2(2), hal. 121–122. doi: 10.1093/PHE/PHP020.
- Dawson, A. 2016. "The Philosophy of Public Health," *The Philosophy of Public Health*, hal. 1–194. doi: 10.4324/9781315554716.
- Folker, A. P. *et al.* 2021. "Practice-guided public health philosophy," *Health Promotion International*, 36(6), hal. 1775–1782. doi: 10.1093/HEAPRO/DAAB082.
- De Haro, S. 2020. "Science and Philosophy: A Love–Hate Relationship," *Foundations of Science*, 25(2), hal. 297–314. doi: 10.1007/S10699-019-09619-2.
- Hessler, K. 2013. "Hard Cases: Philosophy, Public Health, and Women's Human Rights," *Journal of Value Inquiry*, 47(4), hal. 375–390. doi: 10.1007/S10790-013-9389-6.
- Ho, D. 2022. "The Pandemic Dilemma: When Philosophy Conflicts with Public Health," *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 31(1), hal. 1–3. doi: 10.1017/S0963180121000414.
- Ismaili M'hamdi, H. 2021. "Neutrality and Perfectionism in Public Health," *American Journal of Bioethics*, 21(9), hal. 31–42. doi: 10.1080/15265161.2021.1907479.
- Johnson, M. T. dan Johnson, E. A. 2021. "Examining the ethical underpinnings of universal basic income as a public health policy: Prophylaxis, social engineering and 'good' lives," *Journal of Medical Ethics*, 47(12), hal. E71. doi: 10.1136/MEDETHICS-2020-106477.
- Kraaijeveld, S. R. 2021. "Experimental Philosophy of Technology," *Philosophy and Technology*, 34(4), hal. 993–1012. doi: 10.1007/S13347-021-00447-6.

- Kuklick, B. 2019. "After Philosophy and the Mirror of Nature," *Analyse und Kritik*, 41(1), hal. 3–22. doi: 10.1515/AUK-2019-410103.
- Lee, L. M. dan Zarowsky, C. 2015. "Foundational values for public health," *Public Health Reviews*, 36(1). doi: 10.1186/S40985-015-0004-1.
- Lim, H. Y. F. 2020. "Ethics Education for Successful Infectious Disease Control of COVID-19," *Asian Bioethics Review*, 12(2), hal. 243–251. doi: 10.1007/S41649-020-00124-4.
- Lockshin, M. D., Crow, M. K. dan Barbhuiya, M. 2022. "When a Diagnosis Has No Name: Uncertainty and Opportunity," *ACR Open Rheumatology*, 4(3), hal. 197–201. doi: 10.1002/ACR2.11368.
- van Der Maesen, L. J. G. dan Nijhuis, H. G. J. 2000. "Continuing the debate on the philosophy of modern public health: Social quality as a point of reference," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), hal. 134–142. doi: 10.1136/jech.54.2.134.
- Möller, A. 2015. "Disability from a public health perspective," *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, hal. 81–84. doi: 10.1177/1403494814568601.
- Monajemi, A. dan Namazi, H. 2020. "Health lag: Medical philosophy reflects on covid-19 pandemic," *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 13, hal. 1–8. doi: 10.18502/JMEHM.V13I28.5045.
- Nyswander, D. B. 2015. "Public health education: Sources, growth and operational philosophy," *International Quarterly of Community Health Education*, 36(1), hal. 5–18. doi: 10.1177/0272684X15619090.
- Saad, J. M. dan Prochaska, J. O. 2020. "A philosophy of health: life as reality, health as a universal value," *Palgrave Communications*, 6(1). doi: 10.1057/S41599-020-0420-9.

- Sahoo, A. K., Behera, H. C. dan Behura, A. K. 2022. "Philosophy of sustainable development: understanding public health," *Environment, Development and Sustainability*, 24(10), hal. 12248–12262. doi: 10.1007/S10668-021-01945-5.
- Schroeder, M. J. dan Dodig-Crnkovic, G. 2020. "Contemporary natural philosophy and philosophies—part 2," *Philosophies*, 5(3). doi: 10.3390/PHILOSOPHIES5030022.
- Shchedrina, T. G. 2021. "What is philosophy?," *Voprosy Filosofii*, (9), hal. 68–74. doi: 10.21146/0042-8744-2021-9-68-74.
- Stratton, S. J. 2013. "Cholera in haiti: Redefining emergency public health philosophy," *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(3), hal. 195–196. doi: 10.1017/S1049023X13000320.
- Tatara, K. 2002. "Philosophy of public health: Lessons from its history in England," *Journal of Public Health Medicine*, 24(1), hal. 11–15. doi: 10.1093/PUBMED/24.1.11.
- Tesar, M. 2021. "'Philosophy as a Method': Tracing the Histories of Intersections of 'Philosophy,' 'Methodology,' and 'Education,'" *Qualitative Inquiry*, 27(5), hal. 544–553. doi: 10.1177/1077800420934144.
- Walker, A. *et al.* 2021. "Ethical issues in genetics and infectious diseases research: An interdisciplinary expert review," *Ethics, Medicine and Public Health*, 18. doi: 10.1016/J.JEMEP.2021.100684.
- Weed, D. L. 1999. "Towards a philosophy of public health," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2), hal. 99–104. doi: 10.1136/JECH.53.2.99.
- West-Oram, P. 2021. "Solidarity is for other people: Identifying derelictions of solidarity in responses to COVID-19," *Journal of Medical Ethics*, 47(2), hal. 65–68. doi: 10.1136/MEDETHICS-2020-106522.

- Wilson, J. 2021. "Philosophy for Public Health and Public Policy: Beyond the Neglectful State," *Philosophy for Public Health and Public Policy: Beyond the Neglectful State*, hal. 1–274. doi: 10.1093/OSO/9780192844057.001.0001.
- Zimmerman, F. J. 2017. "Public Health Autonomy: A Critical Reappraisal," *Hastings Center Report*, 47(6), hal. 38–45. doi: 10.1002/HAST.784.

BAB 10

PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT MODERN

Oleh Febriantika

10.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat modern adalah cabang ilmu kesehatan yang mempelajari faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan penyakit pada tingkat populasi. Prinsip kesehatan masyarakat modern meliputi pendekatan holistik untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat, termasuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan(1,2,3,4,5).

Pada umumnya, prinsip kesehatan masyarakat modern mencakup empat hal utama, yaitu:

1. Mencegah penyakit dan cedera sejak dini melalui promosi kesehatan, edukasi, dan perubahan perilaku.(5,6,7)
2. Menjaga kesehatan masyarakat dengan memperbaiki lingkungan fisik dan sosial, termasuk peningkatan akses terhadap layanan kesehatan dan pengurangan ketimpangan kesehatan.(12,13,14,15)
3. Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan publik melalui pengumpulan dan analisis data kesehatan untuk memahami faktor-faktor risiko dan prevalensi penyakit.(26,27)
4. Mengembangkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien, serta memastikan kebijakan tersebut diimplementasikan secara efektif.(34,35)

10.2 Mencegah Penyakit Dan Cedera Sejak Dini Melalui Promosi Kesehatan, Edukasi, Dan Perubahan Perilaku.(5,6,7).

Mencegah penyakit dan cedera sejak dini sangatlah penting untuk memperbaiki kesehatan masyarakat. Salah satu cara yang efektif adalah dengan promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan. Hal ini bisa dilakukan melalui berbagai kampanye seperti mempromosikan gaya hidup sehat, mengatur pola makan yang seimbang, dan olahraga teratur. (5)

Gaya hidup sehat mencakup kebiasaan-kebiasaan baik, seperti menjaga pola makan yang seimbang dan melakukan olahraga secara rutin. Pola makan sehat seharusnya mengandung nutrisi-nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh agar berfungsi dengan optimal, seperti buah-buahan, sayuran, protein sehat, biji-bijian, dan lemak sehat dalam takaran yang sesuai. Selain itu, berolahraga secara teratur juga memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Dengan menerapkan gaya hidup sehat, termasuk mengonsumsi makanan sehat dan berolahraga secara teratur, kita dapat menjaga kesehatan tubuh dan menghindari penyakit.

Melakukan olahraga dapat meningkatkan kesehatan jantung, mengurangi risiko obesitas, serta membantu mengontrol tekanan darah dan kadar gula darah, serta meningkatkan kesehatan mental dan emosional. Dengan menerapkan gaya hidup sehat, termasuk mengonsumsi makanan sehat dan berolahraga teratur, dapat membantu mencegah penyakit dan menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan

Selain itu, edukasi juga memegang peranan penting dalam mencegah penyakit dan cedera. Edukasi bisa dilakukan melalui berbagai cara seperti seminar, lokakarya, atau kampanye. Misalnya, kampanye imunisasi bisa membantu

mencegah terjadinya penyakit yang disebabkan oleh virus atau bakteri. (9,10)

Untuk mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat di masyarakat, edukasi yang efektif menjadi kunci utamanya. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk memberikan edukasi yang efektif adalah melalui seminar, lokakarya, atau kampanye.

Sebagai contoh, kampanye imunisasi dapat membantu mencegah penyakit yang disebabkan oleh virus atau bakteri dengan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya vaksinasi. Edukasi juga dapat memberikan informasi tentang manfaat mengadopsi gaya hidup sehat, seperti menjaga pola makan yang seimbang dan berolahraga teratur, serta membantu masyarakat memahami risiko dari perilaku yang tidak sehat, seperti merokok atau mengonsumsi alkohol secara berlebihan. Dengan demikian, melalui edukasi yang efektif, masyarakat dapat lebih menyadari pentingnya menjaga kesehatan dan menerapkan perilaku sehat sejak dini.

Perubahan perilaku juga merupakan faktor penting dalam mencegah penyakit dan cedera. Melalui perubahan perilaku, seseorang bisa menerapkan gaya hidup yang lebih sehat. Hal ini bisa dilakukan melalui penyuluhan, konseling, atau program dukungan untuk berhenti merokok atau minum alkohol. Dengan melakukan perubahan perilaku, seseorang dapat menurunkan risiko terkena penyakit atau cedera dan membantu memperbaiki kesehatan masyarakat secara keseluruhan.(11,12)

Perubahan perilaku merupakan kunci penting dalam mencegah penyakit dan cedera. Melalui perubahan perilaku, individu dapat memperbaiki kesehatannya dan mempengaruhi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Salah satu contoh perubahan perilaku yang penting adalah mengadopsi gaya hidup sehat, termasuk mengatur pola makan yang seimbang

dan olahraga teratur. Selain itu, edukasi dan kampanye tentang imunisasi juga dapat membantu mengubah perilaku dan mempromosikan kesehatan masyarakat.

Penyuluhan dan konseling juga merupakan metode efektif untuk memperkenalkan perubahan perilaku pada individu. Misalnya, program dukungan untuk berhenti merokok atau minum alkohol dapat membantu individu mengurangi atau menghentikan kebiasaan buruk tersebut. Dengan mengubah perilaku buruk, individu dapat mencegah terjadinya penyakit dan cedera serta meningkatkan kualitas hidup mereka.

Dalam skala yang lebih luas, perubahan perilaku dapat membantu memperbaiki kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Misalnya, ketika sejumlah besar individu melakukan perubahan perilaku positif, prevalensi penyakit tertentu di masyarakat dapat menurun. Oleh karena itu, perubahan perilaku merupakan aspek penting dalam strategi pencegahan penyakit dan cedera serta mempromosikan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

10.3 Menjaga kesehatan masyarakat dengan memperbaiki lingkungan fisik dan sosial, termasuk peningkatan akses terhadap layanan kesehatan dan pengurangan ketimpangan kesehatan.(12,13,14,15).

Menjaga kesehatan masyarakat tidak hanya melibatkan faktor-faktor individual seperti perilaku dan gaya hidup sehat, tetapi juga lingkungan fisik dan sosial di sekitar mereka. Salah satu cara untuk memperbaiki kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk pemeriksaan kesehatan berkala, vaksinasi, dan perawatan medis yang dibutuhkan.(16,17)

Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas merupakan hal penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Dengan meningkatkan akses terhadap pemeriksaan kesehatan berkala, misalnya, maka seseorang bisa mendeteksi penyakit atau masalah kesehatan lainnya sejak dini sehingga bisa mendapatkan perawatan yang diperlukan lebih awal dan mengurangi risiko komplikasi atau kerusakan kesehatan yang lebih serius.

Vaksinasi juga merupakan langkah penting dalam mencegah penyebaran penyakit menular yang dapat berdampak pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan vaksinasi, seseorang bisa mendapatkan perlindungan dari penyakit yang sering menyebar dalam populasi, seperti flu, pneumonia, dan hepatitis B. Selain itu, dengan meningkatkan akses terhadap layanan perawatan medis yang dibutuhkan, seseorang bisa mendapatkan perawatan yang tepat saat mengalami kondisi kesehatan yang memerlukan intervensi medis, seperti luka parah, patah tulang, atau masalah kesehatan lainnya.

Selain itu, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan juga harus diiringi dengan pengurangan ketimpangan kesehatan. Hal ini penting karena kesenjangan kesehatan dapat berdampak negatif pada kesejahteraan masyarakat. Misalnya, kelompok masyarakat tertentu mungkin memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan atau informasi kesehatan, dan ini bisa menyebabkan ketidaksetaraan dalam tingkat kesehatan di antara kelompok masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk memperbaiki akses terhadap layanan kesehatan dan memastikan bahwa semua orang dapat mendapatkan layanan kesehatan yang sama tanpa memandang latar belakang sosial atau ekonomi mereka.

Pengurangan ketimpangan kesehatan juga menjadi faktor penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Ini

melibatkan upaya untuk mengurangi kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan dan sumber daya kesehatan antara kelompok yang berbeda, seperti kelompok berpenghasilan rendah, minoritas etnis, dan kelompok rentan lainnya. (18,19).

Pengurangan ketimpangan kesehatan adalah upaya untuk mengurangi kesenjangan dalam kesehatan antara kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda. Faktor-faktor seperti pendapatan, etnisitas, pendidikan, dan status sosial dapat mempengaruhi kesehatan seseorang dan kelompok masyarakatnya. Untuk mengurangi ketimpangan kesehatan, diperlukan upaya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan sumber daya kesehatan, serta untuk mempromosikan kesadaran tentang pentingnya kesehatan dan mencegah penyakit.

Beberapa contoh upaya pengurangan ketimpangan kesehatan antara lain:

Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan sumber daya kesehatan yang berkualitas bagi kelompok-kelompok masyarakat yang kurang terlayani atau tidak terlayani, seperti kelompok berpenghasilan rendah, minoritas etnis, dan kelompok rentan lainnya.

Menyediakan pendidikan kesehatan yang memadai dan mudah diakses, serta mempromosikan kesadaran tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit.

Mengembangkan program-program kesehatan yang spesifik untuk kelompok-kelompok masyarakat yang memerlukan perhatian khusus, seperti program kesehatan reproduksi bagi wanita, program pencegahan penyakit menular bagi kelompok berisiko tinggi, dan program kesehatan mental bagi kelompok yang memerlukan dukungan psikologis.

Peningkatan lingkungan fisik juga merupakan faktor penting dalam menjaga kesehatan masyarakat, seperti memperbaiki sanitasi, pencegahan kontaminasi lingkungan,

dan penyediaan akses ke air bersih. Faktor lingkungan sosial juga berperan penting dalam kesehatan masyarakat, seperti memperbaiki akses ke pendidikan dan kesempatan kerja yang layak.(20,21)

Terdapat banyak faktor lingkungan fisik dan sosial yang berperan penting dalam kesehatan masyarakat. Perbaikan sanitasi dan air bersih dapat membantu mencegah penyebaran penyakit dan infeksi. Pencegahan kontaminasi lingkungan juga penting untuk mencegah terjadinya penyakit yang disebabkan oleh polusi udara atau limbah industri.

Sanitasi dan air bersih adalah dua faktor lingkungan fisik yang sangat penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Akses yang terbatas atau kurangnya sanitasi dan air bersih dapat menyebabkan penyebaran penyakit dan infeksi. Hal ini terutama terjadi di daerah-daerah yang belum memiliki infrastruktur sanitasi dan air bersih yang memadai. Orang-orang di daerah tersebut mungkin tidak memiliki akses ke toilet, tempat cuci tangan, atau air bersih yang aman untuk diminum, mandi, atau memasak.

Pencegahan kontaminasi lingkungan juga merupakan faktor penting dalam kesehatan masyarakat. Polusi udara dan limbah industri dapat menyebabkan terjadinya penyakit pernapasan, kanker, dan masalah kesehatan lainnya. Selain itu, kontaminasi air dan tanah oleh bahan kimia dan limbah dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius.

Upaya untuk mencegah kontaminasi lingkungan meliputi pengawasan dan regulasi terhadap polusi udara dan limbah industri, penggunaan teknologi yang lebih bersih dan ramah lingkungan, dan pengurangan penggunaan bahan kimia berbahaya. Selain itu, juga penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga lingkungan dan bagaimana cara melakukannya dengan aman dan bertanggung jawab.(22,23)

Selain itu, akses yang lebih baik ke pendidikan dan kesempatan kerja yang layak dapat membantu meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi masyarakat, yang pada akhirnya dapat membantu meningkatkan kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, orang yang memiliki pendidikan dan kesempatan kerja yang layak cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap sumber daya kesehatan dan dapat memilih gaya hidup yang lebih sehat.

Terdapat korelasi yang kuat antara pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan masyarakat. Orang yang memiliki pendidikan dan kesempatan kerja yang layak cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap sumber daya kesehatan dan dapat memilih gaya hidup yang lebih sehat. Pendidikan yang baik dapat membantu individu memahami dan mengimplementasikan perilaku yang lebih sehat, seperti makan makanan bergizi dan berolahraga secara teratur. Selain itu, pendidikan dan kesempatan kerja yang layak dapat membantu meningkatkan kesejahteraan ekonomi individu dan keluarga mereka, sehingga mendorong mereka untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas.

Terkait dengan kesempatan kerja, kondisi kerja yang sehat dan aman juga berperan penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Tempat kerja yang buruk dapat meningkatkan risiko cedera dan penyakit yang terkait dengan pekerjaan, seperti asma, dermatitis, dan keracunan bahan kimia. Oleh karena itu, perbaikan kondisi kerja dan keselamatan kerja dapat membantu mengurangi risiko terjadinya cedera dan penyakit akibat kerja.(24,25)

10.4 Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan publik melalui pengumpulan dan analisis data kesehatan untuk memahami faktor-faktor risiko dan prevalensi penyakit.(26,27)

Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan publik melalui pengumpulan dan analisis data kesehatan adalah bagian penting dari upaya menjaga kesehatan masyarakat. Dengan memahami faktor-faktor risiko dan prevalensi penyakit, kita dapat mengembangkan strategi dan intervensi yang efektif untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang ada.(28,29)

Pengumpulan data kesehatan dilakukan melalui berbagai cara, seperti survei, pemeriksaan kesehatan, dan pemantauan epidemiologi. Data kesehatan yang dikumpulkan kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko dan prevalensi penyakit dalam populasi tertentu. Informasi yang diperoleh dari analisis ini dapat digunakan untuk mengembangkan kebijakan kesehatan publik, program pencegahan dan pengobatan, serta mengalokasikan sumber daya kesehatan secara efektif.

Contoh dari pengumpulan dan analisis data kesehatan adalah survei kesehatan nasional, seperti National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) di Amerika Serikat, dan Studi Kesehatan Nasional Indonesia (Risikesdas) di Indonesia. Survei ini mencakup pengumpulan data tentang faktor-faktor risiko seperti perilaku merokok, kebiasaan makan, dan aktivitas fisik, serta data klinis seperti tekanan darah, kadar gula darah, dan kadar kolesterol. Data ini kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi tren dan pola kesehatan populasi, serta memandu pengembangan kebijakan kesehatan publik.

Pengumpulan data kesehatan melibatkan pengumpulan informasi tentang prevalensi penyakit, faktor risiko, dan determinan kesehatan lainnya dari populasi yang dituju. Data ini dapat diperoleh dari survei kesehatan, catatan medis, atau sistem surveilans kesehatan. Selanjutnya, data ini harus dianalisis untuk memahami masalah kesehatan yang ada, memperkirakan prevalensi penyakit, menentukan faktor risiko yang berkaitan dengan masalah kesehatan, dan menentukan intervensi yang efektif untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang ada.(30,31)

Pengumpulan data kesehatan dan analisisnya menjadi dasar untuk membuat kebijakan dan intervensi kesehatan yang efektif. Data ini dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti survei kesehatan, sistem rekam medis, dan surveilans kesehatan. Survei kesehatan dapat memberikan informasi tentang prevalensi penyakit dan faktor risiko, sedangkan sistem rekam medis dapat memberikan data tentang kondisi kesehatan individu dan pengobatan yang diterima. Sedangkan, sistem surveilans kesehatan digunakan untuk memantau dan mengendalikan penyakit menular.

Setelah data dikumpulkan, analisis dilakukan untuk memahami masalah kesehatan yang ada, memperkirakan prevalensi penyakit, menentukan faktor risiko, dan menentukan intervensi yang efektif. Analisis data kesehatan dilakukan dengan menggunakan berbagai teknik statistik dan matematika, seperti regresi dan analisis multivariat, untuk menentukan hubungan antara faktor risiko dan masalah kesehatan yang ada.

Contoh dari pengumpulan data kesehatan adalah survei kesehatan yang dilakukan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) setiap lima tahun. Survei ini memberikan informasi tentang kesehatan masyarakat, seperti prevalensi penyakit, faktor risiko, dan akses ke layanan kesehatan. Informasi ini dapat

digunakan untuk mengembangkan strategi dan intervensi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (32,33)

Selain survei kesehatan, terdapat juga beberapa sumber data kesehatan yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan publik. Beberapa sumber data tersebut antara lain adalah:

kesehatan dan faktor risiko yang berkontribusi terhadap kondisi kesehatan pasien Sistem surveilans kesehatan: Sistem ini mencatat kasus penyakit dan infeksi yang dilaporkan oleh tenaga medis atau laboratorium. Informasi ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi wabah penyakit dan menerapkan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian yang diperlukan.

Catatan medis: Catatan medis yang diambil dari pasien yang telah menjalani perawatan kesehatan dapat memberikan informasi tentang riwayat.

Data mortalitas: Data ini mencatat jumlah kematian yang terjadi dalam populasi dan penyebab kematian. Informasi ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan publik yang signifikan dan mengembangkan intervensi untuk mencegah kematian yang tidak perlu.

Sumber data kesehatan tersebut dapat digunakan untuk mengembangkan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan berkelanjutan. Sebagai contoh, data surveilans kesehatan dapat digunakan untuk memantau dan mengendalikan wabah penyakit, sementara data mortalitas dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab kematian yang dapat dicegah dan mengembangkan intervensi yang tepat untuk mencegahnya.

10.5 Mengembangkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien, serta memastikan kebijakan tersebut diimplementasikan secara efektif.(34,35)

Mengembangkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien merupakan langkah penting dalam upaya menjaga kesehatan masyarakat. Kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat harus didasarkan pada data kesehatan yang akurat dan harus diimplementasikan secara efektif untuk mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan.(36,37)

Kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien harus mempertimbangkan faktor-faktor sosial, lingkungan, dan ekonomi yang berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat. Selain itu, kebijakan dan intervensi tersebut juga harus melibatkan partisipasi masyarakat dan berfokus pada pencegahan dan pengendalian penyakit serta promosi kesehatan. Implementasi kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat harus memperhatikan faktor-faktor seperti kecukupan sumber daya manusia, keuangan, dan infrastruktur yang dibutuhkan untuk mendukung program kesehatan.

Untuk mengembangkan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif, perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti pemerintah, sektor swasta, organisasi masyarakat sipil, dan masyarakat umum. Proses pengembangan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat harus transparan, melibatkan partisipasi publik, dan mempertimbangkan kepentingan semua pihak yang terlibat.(38,39).

Melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam pengembangan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat memiliki beberapa manfaat, antara lain:

1. Mendapatkan masukan dan perspektif yang berbeda dari berbagai pemangku kepentingan, sehingga kebijakan dan intervensi yang dihasilkan dapat lebih holistik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
2. Memperkuat dukungan untuk implementasi kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat, karena berbagai pemangku kepentingan merasa memiliki kebijakan dan intervensi tersebut.
3. Meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam pengambilan keputusan, karena melibatkan partisipasi publik dan mempertimbangkan kepentingan semua pihak yang terlibat.
4. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam pengembangan kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat adalah dengan mengadakan pertemuan, konsultasi, atau forum diskusi terbuka.
5. Setelah kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat dikembangkan, langkah berikutnya adalah memastikan implementasi yang efektif. Hal ini dapat dicapai dengan memastikan bahwa sumber daya yang diperlukan tersedia dan teralokasi dengan baik, memperhatikan faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi penerimaan dan kepatuhan terhadap kebijakan dan intervensi, serta memantau dan mengevaluasi pelaksanaan kebijakan dan intervensi untuk memastikan keberhasilannya.(40,41).

Memastikan implementasi yang efektif dari kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat membutuhkan langkah-langkah yang sistematis dan berkelanjutan. Menurut *World*

Health Organization (WHO), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memastikan implementasi yang efektif termasuk:

1. Tersedianya sumber daya yang diperlukan, seperti tenaga kesehatan, obat-obatan, peralatan medis, dan dana yang cukup.
2. Pengakuan dan perhatian terhadap faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi penerimaan dan kepatuhan terhadap kebijakan dan intervensi.
3. Peningkatan kapasitas dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan petugas yang terlibat dalam implementasi kebijakan dan intervensi.
4. Pengawasan dan pemantauan yang teratur dan berkala untuk memastikan keberhasilan pelaksanaan kebijakan dan intervensi serta memberikan umpan balik untuk perbaikan jika diperlukan.
5. Evaluasi sistematis untuk menilai dampak kebijakan dan intervensi terhadap kesehatan masyarakat dan mengevaluasi efektivitas dan efisiensi implementasi.

Contoh kebijakan dan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif adalah kampanye vaksinasi massal, kampanye anti-rokok, program promosi kesehatan yang melibatkan masyarakat, dan kebijakan lingkungan yang bertujuan untuk mencegah polusi udara dan air. (42,43).

Tujuan yang berbeda namun sama-sama bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kampanye vaksinasi massal bertujuan untuk melindungi masyarakat dari penyakit menular yang dapat dicegah dengan vaksin, kampanye anti-rokok bertujuan untuk mengurangi angka perokok dan dampak buruk merokok terhadap kesehatan, program promosi kesehatan yang melibatkan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan

mengadopsi perilaku sehat, dan kebijakan lingkungan bertujuan untuk mencegah dampak buruk polusi udara dan air terhadap kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Public Health 101: Healthy People - Healthy Populations" oleh Richard Riegelman dan Brenda Kirkwood diterbitkan oleh Jones & Bartlett Learning pada tahun 2020.
- Introduction to Public Health" oleh Mary-Jane Schneider pertama kali diterbitkan pada tahun 2001 oleh Jones and Bartlett Publishers. Buku ini telah diterbitkan dalam beberapa edisi terbaru, termasuk edisi keempat pada tahun 2018.
- Introduction to Public Health" ditulis oleh Mary-Jane Schneider dan diterbitkan pertama kali pada tahun 2005 oleh Jones and Bartlett Publishers. Buku ini telah mengalami beberapa revisi, dengan edisi terbaru yaitu edisi ke-6 yang diterbitkan pada tahun 2020.
- Global Health 101" oleh Kevin McCracken dan David R. Phillips diterbitkan pada tahun 2020.
- Berman, P., & Snyder, S. J. 2016. Kesehatan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., & Gillespie, K. N. 2003. Evidence-based public health. New York: Oxford University Press.
- Rimal, R. N., & Real, K. 2003. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. Human communication research, 29(3), 370-399.
- Adams, K. M., Lindell, K. C., Kohlmeier, M., & Zeisel, S. H. (Eds.). 2013. Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease. Academic Press.
- Kesehatan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan" oleh Berman dan Snyder. 2016,

- "Behavior Change Models in Health Promotion Practice and Research" oleh Karen Glanz, Barbara K. Rimer, dan K. Viswanath yang diterbitkan di jurnal American Journal of Public Health pada tahun 2008.
- Lohiya, A., Lodha, R., & Daga, S. R. 2021. Health behavior and lifestyle changes during COVID-19 pandemic. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(8), 2778-2784
- Marmot, M. G. 2015. *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing.
- World Health Organization. 2018. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Greenberg, M. R., Shroff, Z. C., & Bhatia, R. (Eds.). 2016. *Social and behavioral foundations of public health*. Sage Publications.
- World Health Organization. 2019. Universal health coverage. Diakses dari [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- National Institute of Environmental Health Sciences. 2020. Environmental health topics: Health disparities. Diakses dari https://www.niehs.nih.gov/research/programs/geh/climatechange/health_impacts/disparities/index.cfm
- World Health Organization. 2021. Health equity. https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1
- Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Health equity. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/index.htm>

- Centers for Disease Control and Prevention. 2018. Social determinants of health: Know what affects health. <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>
- World Health Organization. 2017. Environmental health. https://www.who.int/health-topics/environmental-health#tab=tab_1
- World Health Organization. 2018. Water, sanitation and hygiene. https://www.who.int/water_sanitation_health/en/
- United Nations Environment Programme. 2016. Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/
- World Health Organization. 2019. Social determinants of health. https://www.who.int/social_determinants/en/
- National Institute for Occupational Safety and Health. 2019. Workplace safety and health topics. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/default.html>
- World Health Organization. 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Retrieved from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Surveillance systems. Retrieved from <https://www.cdc.gov/surveillance/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2021. National Health and Nutrition Examination Survey. <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Riset Kesehatan Dasar 2018. <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Public health surveillance. Diakses pada 25 April 2023, dari <https://www.cdc.gov/surveillance/index.html>
- World Health Organization. 2021. Health statistics and information systems. Diakses pada 25 April 2023, dari <https://www.who.int/healthinfo/en/>
- World Health Organization. 2020. Health statistics and information systems. Diakses dari <https://www.who.int/healthinfo/en/>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Data sources. Diakses dari https://www.cdc.gov/nchs/data_access/data_sources.htm
- World Health Organization. 2016. Public health policy. Retrieved from https://www.who.int/topics/public_health_policy/en/
- Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Public health interventions. Retrieved from <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/publichealthinterventions/index.html>
- Komarudin, H. 2012. Kebijakan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Salemba Medika.
- World Health Organization. 2017. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2018. Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. <https://www.who.int/docs/default-source/health-systems-publications/nqps-handbook-print-version.pdf>

- National Institute for Health and Care Excellence. 2019. Developing NICE guidelines: The manual. <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction-and-overview>.
- World Health Organization. 2015. Health policy and systems support unit. Implementation research toolkit. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2018. Monitoring and evaluating digital health interventions: A practical guide to conducting research and assessment. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2017. Health promotion. https://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Tobacco. <https://www.cdc.gov/tobacco/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Vaccines & immunizations. <https://www.cdc.gov/vaccines/index.html>.

BAB 11

APLIKASI PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT MODERN

Oleh Dwi Astuti Sih Apsari

11.1 Pengertian Aplikasi Kesehatan atau Healthcare App

Kemajuan teknologi digital dalam bidang komputasi dan komunikasi, tidak hanya berimbas pada aktivitas sosial-ekonomi pada masyarakat modern, tetapi juga mendorong pada perubahan cara-cara layanan kesehatan yang dapat dinikmati manusia. Aplikasi Kesehatan (*Healthcare App*) telah terbukti dapat menggeser, kalau tidak dikatakan sekedar menambah, cara-cara layanan kesehatan yang ada selama ini.

Aplikasi pada mulanya merupakan program komputer yang dibuat untuk menjalankan fungsi atau fungsi-fungsi agar pengguna jasa aplikasi dapat menggunakan aplikasi secara mudah dan praktis. Menurut Hengky W. Pramana, aplikasi adalah perangkat lunak yang dibuat untuk memenuhi kebutuhan beragam fungsi, seperti: sistem bisnis, permainan, layanan masyarakat, periklanan, maupun hampir semua fungsi-fungsi dari buatan manusia (Cyntia, 2019). Dengan demikian, Aplikasi Kesehatan yang dimaksud adalah program berbasis aplikasi untuk memberikan pelayanan dan jasa pelayanan kesehatan. Indonesia saat ini memiliki beragam aplikasi kesehatan yang tersedia dan mudah didapatkan.

Aplikasi kesehatan ini dapat membantu mendapatkan layanan dan jasa kesehatan dari jarak jauh melalui sistem telemedicine (Aplikasi telemedicine berpotensi merevolusi

layanan kesehatan di Indonesia, 2022). Dalam aplikasi kesehatan ini, beberapa dokter menawarkan layanan konsultasi jarak jauh, tidak perlu bertatap-muka secara langsung. Dokter-dokter dalam aplikasi ini adalah dokter yang handal, profesional dan memiliki lisensi medis secara resmi. Oleh karena itu, siapapun tidak perlu meragukan untuk mempertanyakan aplikasi tersebut. Layanan yang ditawarkan oleh para dokter ini juga bervariasi sesuai dengan fitur programnya. Beberapa contoh layanan yang tersedia adalah konsultasi medis, pengobatan dan pengelolaan obat. Selain itu, aplikasi ini dapat digunakan untuk membeli resep obat dari dokter penanggung jawab. (Pentingnya aplikasi kesehatan bagi masyarakat, 2022)

Adanya Aplikasi Kesehatan tidak hanya sebagai bentuk perkembangan teknologi, tetapi juga mempermudah akses pelayanan kesehatan. Dengan adanya aplikasi ini, memungkinkan dokter membuat diagnosis berdasarkan hasil konsultasi pasien. Selain itu, ada beberapa alasan lain mengapa Aplikasi Kesehatan menjadi aplikasi penting bagi masyarakat modern, seperti sebagai sarana penyebaran berbagai informasi terkait kesehatan.

Tujuan penyebaran informasi ini adalah untuk memberikan pendidikan masyarakat dalam meningkatkan kesadaran kesehatan. Untuk mendistribusikan jangkauan informasi ini secara merata ke seluruh lapisan masyarakat, aplikasi dapat ditautkan ke media sosial dan menggunakan bahasa yang mudah diterima masyarakat. Seiring bertambahnya jumlah pengguna jejaring sosial saat ini, aplikasi-aplikasi ini terus bertambah, sebagai bentuk layanan kepada pengguna. Dengan koneksi aplikasi dan media sosial, bidang pendidikan juga berkembang. Tujuan lain dari aplikasi kesehatan adalah agar masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan secara daring (online). Aplikasi ini penting karena

konsultasi online memungkinkan dokter mendiagnosis dan merawat pasien dari jarak jauh, sementara pasien tidak perlu datang ke ruang praktik dokter dan mengantri.

Bahkan, Aplikasi Dukungan Pasien Perawatan Kesehatan dirancang untuk perawatan berkelanjutan. Artinya, penggunaan aplikasi ini tidak hanya berhenti pada diagnosis, tetapi juga digunakan untuk mendukung tindakan kesehatan lebih lanjut terhadap pasien. Contohnya adalah mengobati kondisi pasien setelah pemberian obat, mengingatkan untuk meminum obat, hingga merencanakan pengobatan. Pengaplikasiannya juga sangat mudah, bisa dilakukan melalui SMS atau format lainnya. Selain mudah pengaplikasiannya, kenyamanan, kecepatan dan efisiensi, menjadi pertimbangan lain mengapa aplikasi-aplikasi kesehatan ini dimanfaatkan oleh sejumlah banyak manusia.

11.2 Pentingnya Aplikasi Kesehatan atau Pengembangan Aplikasi Kesehatan

Aplikasi kesehatan merupakan salah satu kunci yang memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan secara daring (online). Konsultasi dokter terpilih dapat dilakukan melalui aplikasi ini tanpa harus mengunjungi praktik dokter, klinik atau rumah sakit. Menggunakan fitur-fitur aplikasi itu mudah karena sistem operasinya dirancang agar sederhana dan lugas. Pengguna aplikasi kesehatan akan menerima layanan kesehatan yang komprehensif mulai dari saran dan pengobatan hingga pemeriksaan pendahuluan dan lanjutan. Belum lagi, di masa Pandemi Covid-19, ketika mobilitas menjadi sangat terbatas, sehingga memaksa mengubah pola-pola terkait dengan kesehatan masyarakat.

Indonesia sebagai sebuah negara kepulauan, dengan ketersediaan dokter maupun tenaga kesehatan yang sangat

terbatas, Aplikasi Kesehatan dapat menjadi solusi tercepat untuk mendapatkan informasi dan layanan kesehatan.

Pada Rumah Sakit atau Klinik Kesehatan, bila sebelumnya seseorang dirawat di klinik atau rumah sakit, dan karenanya seseorang itu mendapatkan layanan kunjungan terbatas per hari; pada dewasa ini sedang mengalami pergeseran bentuk layanan. Melalui aplikasi kesehatan, kunjungan terbatas itu tidak lagi terjadi, karena dokter dan tenaga kesehatan justru dapat “ditemui” sewaktu-waktu tanpa harus menunggu waktu layanan kunjungan. Frekuensi pertemuan yang tak terbatas itu memungkinkan komunikasi kesehatan antara dokter-pasien menjadi lebih efektif, meski tidak bertemu secara langsung (*Pentingnya Aplikasi Kesehatan Untuk Masyarakat*, 2022).

Contoh-contoh pengembangan Aplikasi Kesehatan berbasis android dapat disebut antara lain: Halodoc Doctors, Alodokter, HiDok, Good Doctor, KlikDokter, YesDok, Bidanku, K24KLIK, SehatQ, Riliv, Alomedia, Hallobumil, Kimia Farma Mobile, MySiloam, Wysa, SATUSEHAT Mobile, PrimaKu, Amaha, Intellect, U by Prodia, dll.

11.3 Manfaat Aplikasi Kesehatan

Sejumlah besar manfaat aplikasi kesehatan telah dirasakan oleh masyarakat sebagai pengguna aplikasi, terutama dalam memberi dampak positif bagi kehidupan kesehatan masyarakat. Aplikasi Kesehatan hadir lebih mudah dan cepat dengan berbagai layanan kesehatan yang berhubungan dengan menyelamatkan nyawa, menyembuhkan pasien, meningkatkan kualitas hidup masyarakat, dan meningkatkan kehidupan orang lain.

Efek positif Aplikasi Kesehatan ini di dalamnya termasuk juga pada capaian-capaian manfaat berikut:

1. Mempermudah akses pasien terhadap pelayanan kesehatan
Dengan ponsel, calon pasien dapat mengakses berbagai informasi dan layanan kesehatan dari mana saja, sehingga memudahkan pasien untuk menerima layanan kesehatan, berkonsultasi dengan dokter, dan membeli obat melalui aplikasi.
2. Mengurangi waktu tunggu pasien. Layanan perawatan kesehatan mendapat manfaat dari kemajuan teknologi. Pasien tidak perlu menunggu lama untuk mendapatkan layanan penelitian dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Pasien hanya perlu membuat janji temu dengan dokter secara online dan dia bahkan bisa menghubungi dokter tanpa bertemu langsung.
3. Bantu dokter dengan diagnose. Ketika dokter mendiagnosa penyakit pasien, mereka dibantu oleh peralatan medis canggih seperti stetoskop, memungkinkan dokter untuk memeriksa pasien lebih dekat dan meresepkan obat yang sesuai.
4. Posisi pasien lebih mudah dan aman. Informasi pasien dapat dikumpulkan menggunakan teknologi sehingga informasi pasien tetap bersih dan tersimpan dengan baik. Juga, lebih mudah bagi pejabat atau dinas kesehatan untuk menemukan dan mengambil informasi.
5. Mencegah penyebaran penyakit. Aplikasi Peduli Lindungi memungkinkan masyarakat untuk mengetahui kondisi kesehatan masing-masing dan juga memudahkan masyarakat untuk mendapatkan informasi mengenai klasifikasi daerah terdampak Covid 19 saat ini. Dengan demikian, penyebaran penyakit juga lebih mudah dihindari (Wiyata, 2022)

11.4 Aplikasi Kesehatan Lainnya

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI meluncurkan 4 aplikasi kesehatan pada Kamis, 8 November 2022 dalam Pameran Pengembangan Kesehatan dan Produk Kesehatan Rumah Tangga. Keempat aplikasi tersebut adalah (a) Sehat Pedia, (b) Indonesia *Health Facility Finder* (IHeFF), (c) e-postBorder Alkes PKRT dan (d) e-sign.

1. Aplikasi HealthyPedia

Dengan mengusung tagline “Untuk Indonesia yang Lebih Sehat”, Aplikasi SehatPedia merupakan program teknologi kesehatan yang disesuaikan dan difasilitasi bagi masyarakat untuk mendapatkan informasi kesehatan yang akurat, kredibel dan terpercaya. Aplikasi ini terutama didukung oleh dokter dari 33 rumah sakit yang merupakan rumah sakit vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, dan dapat memberikan konsultasi kesehatan kepada masyarakat.

Aplikasi ini menyediakan berbagai fungsi yang menyediakan informasi terkait kesehatan, antara lain fungsi konsultasi interaktif (*live chat*), artikel kesehatan, informasi seputar layanan kesehatan, pendaftaran rawat jalan *online* dan *e-practice*. Pada menu aplikasi Layanan, tersedia enam sajian, berupa (a) Konsultasi, (b) Covid-19, (c) Artikel, (d) Reservasi, (e) Live Fit, dan (f) PodKes.

Masyarakat dapat berkonsultasi dengan dokter yang telah bergabung dengan SehatPedia melalui *live chat* untuk penyakit medis, tips kesehatan dan konsultasi medis lainnya. Selain itu, pengembangan konten aplikasi akan terus dilakukan dan meningkatkan partisipasi dan kerjasama rumah sakit di seluruh Indonesia untuk dapat bergabung.

Dua unggulan layanan yang patut diperlitungkan dari SehatPedia ini adalah Live Fit dan PodKes. Live Fit

disajikan untuk menjaga fisik tetap sehat dan bugar, menghitung waktu dan kalori, aktivitas olahraga, hingga menghadirkan insight, agar aktivitas fisik terpantau dan terkontrol dengan baik.

PodKes selain menyajikan artikel, juga menyajikan audio podcast dari nara sumber terpercaya. Beragam topic PodKes dapat diakses, misalnya Konsultasi Kesehatan, Diet, Makanan, Kebugaran, Kesehatan Jiwa, dan Parenting.

Alamat aplikasi ini adalah <https://sehatpedia.kemkes.go.id/>.

2. Aplikasi IHeFF (*Indonesian Health Facility Finder*)

Aplikasi ini berbasis android, untuk meningkatkan pelayanan kesehatan secara lebih efektif. Dengan aplikasi ini, siapapun dapat dengan mudah menemukan Puskesmas dalam radius 3 km menggunakan perangkat GPS (Global Positioning System). Selain itu, dengan aplikasi ini bisa mendapatkan informasi lengkap tentang puskesmas dan tenaga kesehatan, Rumah Sakit dengan ketersediaan tempat tidur, bahkan informasi tentang apotek terdekat.

3. Aplikasi e-postBorder Alat Kesehatan PKRT

Aplikasi Kementerian Kesehatan ini dibuat untuk mengatur kontrol perbatasan elektronik. Aplikasi tersebut meningkatkan pemantauan alat kesehatan (Alkes), probe untuk diagnostik in vitro dan perawatan kesehatan di rumah (Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga, PKRT). Pengendalian tata niaga lintas batas merupakan wujud komitmen Kementerian Kesehatan dalam melayani masyarakat, terutama dalam mencari informasi alat kesehatan yang aman, bermutu, dan bermanfaat, diagnosis in vitro, dan PKRT.

4. **Aplikasi Tanda Tangan Digital (e-Sign)**

Aplikasi ini memfasilitasi ekspor dan impor perangkat PKRT medis untuk efektivitasnya. Melalui aplikasi ini, Kementerian Kesehatan berupaya untuk terus meningkatkan pelayanan publik yang efektif, efisien, dan bertanggung jawab untuk mewujudkan Indonesia yang sehat dan sejahtera. Keempat aplikasi tersebut merupakan salah satu jenis inovasi kesehatan yang dilatarbelakangi oleh perkembangan era digital. Selain itu, untuk keberhasilan dan kesinambungan program ini, diharapkan kerjasama dan komitmen semua pimpinan, dokter, humas dan komunitas rumah sakit, serta masyarakat dapat mensosialisasikan program ini secara memadai dan memanfaatkannya untuk berkembang kemudahan akses pelayanan bagi masyarakat Indonesia (Rokom, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Aplikasi Telemedicine Berpotensi Merevolusi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. 2022. February 4). <https://www.balaibaturaja.litbang.kemkes.go.id/>.
- Cyntia, C. 2019, July 30. *PENGARUH APLIKASI ALODOKTER TERHADAP KESADARAN HIDUP SEHAT MASYARAKAT*. <http://repository.radenfatah.ac.id/>.
- Pentingnya Aplikasi Kesehatan untuk Masyarakat*. 2022, March 1. <https://gits.id/blog/pentingnya-aplikasi-kesehatan-masyarakat/>.
- Rokom. 2018, November 9. *5 dampak positif perkembangan teknologi di bidang-kesehatan/*. <https://lik.ac.id/blog/5-dampak-positif-perkembangan-teknologi-di-bidang-kesehatan/>.
- Wiyata, I. B. 2022, September 30. *5 dampak positif perkembangan teknologi di bidang-kesehatan/*. <https://lik.ac.id/blog/5-dampak-positif-perkembangan-teknologi-di-bidang-kesehatan/>.

BIODATA PENULIS



Dr. Lumastari Ajeng Wijayanti, S.Kp., M.Kes., Sp.Mat

Dosen Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi
Sarjana Terapan Kebidanan Kediri

Penulis lahir di Kabupaten Nganjuk Jawa Timur tanggal 16 Desember 1961. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Kediri. Penulis diangkat sebagai PNS tahun 1986 dari lulusan SPK Gambiran lulus tahun 1984. Kemudian penulis ijin belajar dalam menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Akper Karya Husada Kediri lulus tahun 1991, selanjutnya dapat Tugas Belajar (Tubel) pada waktu menempuh pendidikan S1, S2, dan S3. S1 Keperawatan di PSIK-FK UNPAD Bandung lulus tahun 1999, S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2004, Spesialis1 (Maternitas) di Universitas Indonesia lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan program Doktor di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2019. Sampai sekarang penulis bekerja sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Kediri, Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 64 B Kota Kediri 64114.

BIODATA PENULIS



Dadang Darmawan M.Kes

Dosen Program Studi Keperawatan STIKes RS. Dustira

Penulis lahir di Bandung tanggal 10 Juli 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan STIKes RS. Dustira. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan promosi Kesehatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Pernah menulis buku Komunikasi Dalam Keperawatan

BIODATA PENULIS



Karolus Ngambut, SKM, MKes

Dosen Program Studi Sanitasi
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan

Penulis lahir di Gencor Mangarai Flores tanggal 01 Mei 1974. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sanitasi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan. Menyelesaikan pendidikan Diploma 3 pada Akademi Kesehatan Lingkungan, dan melanjutkan pendidikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin-Makasar. Pernah mengikuti *short course* pada program *Australian Leadership Award Fellowship (ALAF)* pada tahun 2008-2009 pada Griffith University - QLD Australia.

Menekuni bidang ilmu kesehatan lingkungan dan Kesehatan masyarakat dengan focus pada aspek tata kelola kolaborasi lintas sektor dalam penanganan masalah kesehatan , perencanaan dan promosi kesehatan.

BIODATA PENULIS



Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Singaperbangsa Karawang

Penulis lahir di Medan dan saat ini bekerja sebagai dosen tetap PNS di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia.

Penulis memiliki pengalaman kerja praktisi di RS selama 6 tahun sebagai sekretaris direktur dan staf *quality & risk* di Siloam Hospitals Group. Oleh sebab itu anak pertama dari dua bersaudara ini memiliki minat keilmuan di bidang administrasi rumah sakit dan kesehatan masyarakat.

Penulis mulai menekuni bidang menulis sejak menjadi dosen. Saat ini sudah ada dua karya penulis sudah dimuat di media, baik media digital maupun media cetak daerah. Menulis merupakan *skill* baru yang terus menerus perlu dilatih dan harapannya penulis bisa mengeluarkan minimal tiga tulisan secara rutin setiap tahunnya.

BIODATA PENULIS



Dian Jayantari Putri K. Hedo, S. Psi., M. Kes.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Penulis lahir di Denpasar pada 20 Juli 1991. Pada tahun 2009 penulis menempuh pendidikan S1 di Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Kemudian pada tahun 2020 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Pendidikan, Perilaku, dan Promosi Kesehatan. Penulis berprofesi sebagai praktisi di BKKBN sejak tahun 2017 hingga sekarang. Penulis memulai ketertarikannya di bidang penulisan ilmiah pada tahun 2020. Penulis telah menyelesaikan beberapa penulisan ilmiah yang berupa 20 jurnal penelitian dan 15 terbitan buku. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah dan memperoleh penghargaan atas artikelnya sebagai makalah dan penyaji lisan terbaik pada *International Conference on Public Health* tahun 2021 di Universitas Sebelas Maret, Surakarta dan pada *Strada International Conference on Health* tahun 2021 di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia. Tema riset yang penulis minati adalah di bidang Psikologi Positif, Psikologi Kesehatan, Psikologi Perkembangan, Perilaku Kesehatan, serta Promosi Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Patemah, S.SiT., M.Kes.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 17 Mei 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D1V Kebidanan dan melanjutkan Study S2 pada Jurusan MKIA di Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2013.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan Pendidikan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Selain menulis buku, penulis juga mengembangkan diri dan ilmu pengetahuan dibidang praktisi di ATMA HOME CARE.

Email Penulis: patemah@widyagamahusada.ac.id
pamungkaspatemah@gmail.com
patemah17@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



apt. Pratiwi Ramlan, S.Farm., M.AP

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidenreng
Rappang

Penulis lahir di Parepare tanggal 29 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidenreng Rappang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi Universitas Muslim Indonesia (2008), Program Apoteker di Universitas Islam Indonesia (2009) dan melanjutkan S2 pada Jurusan Administrasi Publik pada STISIP Muhammadiyah Sidrap (2017).

BIODATA PENULIS



Susi Susilawati, SKM.,MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten

Penulis lahir di Majalengka tanggal 17 Februrari 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Penulis menekuni bidang promosi kesehatan, pengembangan dan pemberdayaan masyarakat. Pengembangan program kesehatan masyarakat menjadi pengalaman utama yang dimiliki penulis. Saat ini penulis menjadi pengurus organisasi profesi Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) DKI Jakarta sebagai Ketua bidang Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat. Kegiatan yang dilakukan banyak berkaitan dengan program kesehatan masyarakat dan pengembangannya.

BIODATA PENULIS



Muh. Risal Tawil, SKM, M.Kes

Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Jurusan Kesehatan Politeknik Baubau

Penulis lahir di Usuku Wakatobi tanggal 27 Nopember 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Jurusan Kesehatan Politeknik Baubau. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea Makassar lalu melanjutkan pendidikan S2 Magister Kesehatan pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, dan kini dalam tahap penyelesaian studi S3 di Program Doktor STIE Amkop Makassar. Penulis menekuni kajian bidang manajemen kesehatan dan banyak menulis paper terkait sumber daya manusia kesehatan.

BIODATA PENULIS



Dra. Dwi Astuti Sih Apsari, M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten

Penulis lahir di Malang tanggal 2 Mei 1964. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Pendidikan Tata Rias, Jurusan Pendidikan Kesejahteraan Keluarga di IKIP Jakarta dan melanjutkan S2 pada Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Penulis menekuni bidang menulis dimulai ketika menjadi dosen di Universitas Negeri Malang, dengan menulis bahan ajar untuk keperluan mengajar dan sebagai bahan bacaan mahasiswa.