

# **ILMU SOSIAL KESEHATAN MASYARAKAT (ISKM)**

**Dian Mahanani ND  
Nuruniyah  
Anom Dwi Prakoso  
Lyliana Endang Setianingsih  
Frida Lina Br Tarigan  
Nita Putriasti Mayarestya  
Adhar Arifuddin  
A Fahira Nur  
Derry Trisna Wahyuni S  
Arlia  
Ramli Bidullah  
Bambang Suhartawan  
Taswin**



**GET PRESS INDONESIA**

# ILMU SOSIAL KESEHATAN MASYARAKAT (ISKM)

## **Penulis :**

Dian Mahanani ND  
Nuruniyah  
Anom Dwi Prakoso  
Lyliana Endang Setianingsih  
Frida Lina Br Tarigan  
Nita Putriasti Mayarestya  
Adhar Arifuddin  
A Fahira Nur  
Derry Trisna Wahyuni S  
Arlia  
Ramli Bidullah  
Bambang Suhartawan  
Taswin

## **ISBN :**

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

**Penyunting :** Ilda Melisa., A.Md., Kep

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

**Penerbit :** GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

## **Redaksi :**

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah  
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat  
Website : [www.getpress.co.id](http://www.getpress.co.id)  
Email : [adm.getpress@gmail.com](mailto:adm.getpress@gmail.com)

Cetakan pertama, Juni 2024

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

## **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 Ilmu Sosial Kesehatan Masyarakat (ISKM) ini.

Buku Ini Membahas Determinan Sosial Kesehatan, Pencegahan Penyakit, Analisis Kebijakan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Perilaku Kesehatan, Edukasi Kesehatan, Epidemiologi Sosial, Kesehatan Global, Ketidaksetaraan Kesehatan, Pengembangan Kebijakan Kesehatan, Partisipasi Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, Evaluasi Program Kesehatan.

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, Juni 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                                                                                          | <b>i</b>  |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>                                                                                              | <b>ii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                                                                                            | <b>ix</b> |
| <b>BAB 1 DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN .....</b>                                                                       | <b>1</b>  |
| 1.1 Pendahuluan.....                                                                                                 | 1         |
| 1.2 Determinan Sosial Kesehatan Ibu & Anak.....                                                                      | 1         |
| 1.2.1 Tantangan Determinan Sosial Kesehatan Ibu<br>Dan Anak.....                                                     | 3         |
| 1.2.2 Faktor yang melingkupi Determinan Kesehatan<br>Sosial.....                                                     | 6         |
| 1.3 Pertimbangan Sistem Kesehatan Sebagai Penentu<br>Struktural Kesehatan Ibu .....                                  | 9         |
| 1.4 Ikhtiar Kebijakan dan Praktik Yang Ada Untuk<br>Mengatasi faktor penentu Struktural dan social<br>kesehatan..... | 11        |
| 1.4.1 Cuti keluarga berbayar.....                                                                                    | 11        |
| 1.4.2 Cakupan asuransi kesehatan .....                                                                               | 11        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                                                  | 14        |
| <b>BAB 2 PENCEGAHAN PENYAKIT .....</b>                                                                               | <b>15</b> |
| 2.1 Pencegahan Penyakit.....                                                                                         | 15        |
| 2.2 Tujuan Pencegahan Penyakit.....                                                                                  | 15        |
| 2.3 Strategi Pencegahan Penyakit .....                                                                               | 15        |
| 2.4 Perencanaan pencegahan Penyakit .....                                                                            | 18        |
| 2.5 Konsep Dasar Pencegahan Penyakit Berdasarkan<br>Riwayat Alamiah Penyakit.....                                    | 20        |
| 2.6 Tingkat Pencegahan Penyakit .....                                                                                | 20        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                                                  | 27        |
| <b>BAB 3 ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN .....</b>                                                                      | <b>29</b> |
| 3.1 Pendahuluan.....                                                                                                 | 29        |
| 3.1.1 Definisi Kebijakan Kesehatan.....                                                                              | 30        |
| 3.1.2 Ruang lingkup dan pentingnya analisis<br>kebijakan Kesehatan .....                                             | 31        |
| 3.1.3 Kerangka kerja analisis kebijakan Kesehatan .....                                                              | 32        |
| 3.2 Pemahaman Masalah Kesehatan.....                                                                                 | 34        |

|                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.1 Identifikasi dan pemahaman masalah kesehatan Masyarakat.....                                   | 35        |
| 3.2.2 Pengumpulan data dan informasi terkait masalah Kesehatan.....                                  | 37        |
| 3.2.3 Penggunaan data untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan.....                                | 38        |
| 3.3 Teori Kebijakan Kesehatan.....                                                                   | 39        |
| 3.3.1 Review teori-teori kebijakan Kesehatan .....                                                   | 39        |
| 3.3.2 Penerapan Teori Kebijakan Kesehatan.....                                                       | 40        |
| 3.4 Metode Analisis Kebijakan Kesehatan .....                                                        | 42        |
| 3.4.1 Pengenalan metode analisis kebijakan Kesehatan..                                               | 42        |
| 3.4.2 Studi kasus: penerapan metode analisis pada kebijakan kesehatan era Covid-19 di Indonesia..... | 43        |
| 3.5 Proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan.....                                            | 45        |
| 3.5.1 Tahapan proses pengambilan keputusan kebijakan Kesehatan.....                                  | 46        |
| 3.5.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan Keputusan .....                                     | 47        |
| 3.5.3 Peran pemangku kepentingan dalam proses pengambilan Keputusan.....                             | 47        |
| 3.6 Evaluasi Kebijakan Kesehatan.....                                                                | 48        |
| 3.6.1 Konsep dasar evaluasi kebijakan Kesehatan .....                                                | 48        |
| 3.6.2 Metode evaluasi kebijakan Kesehatan .....                                                      | 49        |
| 3.6.3 Implementasi evaluasi dalam skenario kebijakan kesehatan .....                                 | 52        |
| 3.7 Tantangan dan Trend dalam Analisis Kebijakan Kesehatan.....                                      | 55        |
| 3.7.1 Tantangan umum dalam analisis kebijakan Kesehatan.....                                         | 55        |
| 3.7.2 Trend terkini dalam pengembangan kebijakan Kesehatan.....                                      | 57        |
| 3.7.3 Diskusi kasus-kasus terbaru dan aplikasi analisis kebijakan kesehatan .....                    | 60        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                                                 | 65        |
| <b>BAB 4 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT .....</b>                                                           | <b>69</b> |
| 4.1 Pendahuluan .....                                                                                | 69        |

|                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| 4.2 Ruang Lingkup dan Tahapan Pemberdayaan Masyarakat ..... | 70         |
| 4.2.1 Ruang Lingkup Pemberdayaan Masyarakat.....            | 70         |
| 4.2.2 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat.....                  | 72         |
| 4.3 Partisipasi Dalam Pemberdayaan Masyarakat.....          | 73         |
| 4.3.1 Bentuk-bentuk Partisipasi Masyarakat.....             | 73         |
| 4.3.2 Tingkatan Partisipasi Masyarakat.....                 | 74         |
| 4.4 Strategi dan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat .....   | 75         |
| 4.5 Metode Pemberdayaan Masyarakat.....                     | 78         |
| 4.5.1 Rapid Rural Appraisal.....                            | 78         |
| 4.5.2 Participatory Rural Appraisal .....                   | 78         |
| 4.5.3 Focus Group Discussion .....                          | 79         |
| 4.5.4 Participatory Learning and Action .....               | 80         |
| 4.6 Evaluasi dan Pemantauan Pemberdayaan Masyarakat ..      | 81         |
| 4.6.1 Pengukuran Keberhasilan Program Pemberdayaan.....     | 82         |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                         | 84         |
| <b>BAB 5 PERILAKU KESEHATAN .....</b>                       | <b>85</b>  |
| 5.1 Konsep Perilaku.....                                    | 85         |
| 5.2 Perilaku Kesehatan.....                                 | 88         |
| 5.3 Domain Perilaku.....                                    | 93         |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                         | 107        |
| <b>BAB 6 EDUKASI KESEHATAN .....</b>                        | <b>109</b> |
| 6.1 Pengertian Edukasi Kesehatan .....                      | 109        |
| 6.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan .....                | 109        |
| 6.3 Tujuan Edukasi Kesehatan.....                           | 112        |
| 6.4 Strategi Edukasi Kesehatan .....                        | 112        |
| 6.5 Sasaran Edukasi Kesehatan .....                         | 114        |
| 6.6 Metode Edukasi Kesehatan.....                           | 115        |
| 6.7 Media Edukasi Kesehatan.....                            | 117        |
| 6.7.1 Tujuan penggunaan media .....                         | 117        |
| 6.7.2 Penggolongan Media Edukasi Kesehatan .....            | 117        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                         | 119        |
| <b>BAB 7 EPIDEMIOLOGI SOSIAL.....</b>                       | <b>121</b> |
| 7.1 Pendahuluan dan Konsep Dasar Epidemiologi Sosial.....   | 121        |
| 7.1.1 Definisi Epidemiologi Sosial.....                     | 121        |
| 7.1.2 Sejarah dan Perkembangan Epidemiologi Sosial .....    | 122        |

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.1.3 Hubungan dengan Epidemiologi Sosial dengan Disiplin Lain ..... | 124        |
| 7.2 Faktor Sosial yang Mempengaruhi Kesehatan .....                  | 127        |
| 7.2.1 Status Sosial Ekonomi .....                                    | 127        |
| 7.2.2 Kesenjangan Kesehatan .....                                    | 128        |
| 7.2.3 Lingkungan Sosial dan Fisik .....                              | 131        |
| 7.3 Metode Penelitian dalam Epidemiologi Sosial .....                | 132        |
| 7.3.1 Desain Penelitian.....                                         | 132        |
| 7.3.2 Pengukuran dan Data.....                                       | 135        |
| 7.3.3 Analisis Statistik.....                                        | 145        |
| 7.4 Studi Kasus dan Aplikasi Praktis .....                           | 151        |
| 7.4.1 Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular .....              | 151        |
| 7.4.2 Kebijakan Kesehatan .....                                      | 154        |
| 7.4.3 Intervensi dan Program Kesehatan.....                          | 158        |
| 7.5 Tantangan dan Masa Depan Epidemiologi Sosial.....                | 160        |
| 7.5.1 Tantangan Metodologis.....                                     | 160        |
| 7.5.2 Perubahan Sosial dan Kesehatan Global .....                    | 161        |
| 7.5.3 Inovasi dan Pendekatan Baru.....                               | 162        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                 | 164        |
| <b>BAB 8 KESEHATAN GLOBAL.....</b>                                   | <b>167</b> |
| 8.1 Epidemiologi Penyakit Menular Global.....                        | 167        |
| 8.1.1 Definisi dan Ruang Lingkup.....                                | 167        |
| 8.1.2 Penyakit Menular Utama.....                                    | 168        |
| 8.1.3 Strategi Pengendalian dan Pencegahan.....                      | 170        |
| 8.1.4 Tantangan dan Solusi .....                                     | 172        |
| 8.2 Ketimpangan Kesehatan dan Akses Layanan Kesehatan .....          | 173        |
| 8.2.1 Determinasi Sosial Kesehatan .....                             | 173        |
| 8.2.2 Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan.....                      | 174        |
| 8.2.3 Keadilan Kesehatan .....                                       | 175        |
| 8.3 Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Global.....                 | 177        |
| 8.3.1 Penyakit Tidak Menular (PTM) .....                             | 177        |
| 8.3.2 Faktor Risiko Global .....                                     | 179        |
| 8.3.3 Pencegahan dan Pengelolaan .....                               | 180        |
| 8.3.4 Kasus Studi .....                                              | 181        |
| 8.4 Sistem Kesehatan Global dan Kebijakan Kesehatan .....            | 182        |
| 8.4.1 Struktur dan Fungsi Sistem Kesehatan .....                     | 182        |
| 8.4.2 Kebijakan Kesehatan Global .....                               | 184        |

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.4.3 Pembiayaan Kesehatan.....                                                         | 185 |
| 8.4.4 Inovasi dan Teknologi dalam Kesehatan .....                                       | 186 |
| 8.5 Tantangan dalam Mendukung Akses Universal Terhadap Layanan Kesehatan.....           | 188 |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                     | 190 |
| BAB 9 KETIDAKSETARAAN KESEHATAN .....                                                   | 193 |
| 9.1 Definisi Ketidaksetaraan Kesehatan .....                                            | 193 |
| 9.2 Fakta – Fakta Ketidaksetaraan Kesehatan dan Penyebabnya Menurut WHO .....           | 193 |
| 9.2.1 Ketidaksetaraan Kesehatan Adalah Perbedaan Sistematis Dalam Hasil Kesehatan ..... | 194 |
| 9.2.2 Angka Kematian Anak dibawah 5 Tahun .....                                         | 194 |
| 9.2.3 Kematian Ibu.....                                                                 | 194 |
| 9.2.4 TBC adalah Penyakit Kemiskinan.....                                               | 194 |
| 9.2.5 Kematian Dini Akibat Penyakit Tidak Menular .....                                 | 195 |
| 9.2.6 Harapan Hidup.....                                                                | 195 |
| 9.2.7 Ketidaksetaraan Kesehatan Yang Mengkhawatirkan.....                               | 195 |
| 9.2.8 Ketidaksetaraan Kesehatan Di Perkotaan .....                                      | 195 |
| 9.2.9 Dampak Ketidaksetaraan Kesehatan Terhadap Keuangan Masyarakat.....                | 196 |
| 9.2.10 Ketidaksetaraan Kesehatan Yang Terus-Menerus Menghambat Pembangunan .....        | 196 |
| 9.3 Ketidaksetaraan Akses Kesehatan Di Indonesia.....                                   | 196 |
| 9.3.1 Ketersediaan Pelayanan Kesehatan .....                                            | 197 |
| 9.3.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan .....                                               | 197 |
| 9.4 Contoh ketidaksetaraan Sosial dibidang kesehatan .....                              | 198 |
| 9.4.1 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....                                           | 198 |
| 9.4.2 Ketidaksetaraan Ekonomi.....                                                      | 198 |
| 9.4.3 Ketidaksetaraan Sosial-Ekonomi dan Gizi .....                                     | 199 |
| 9.4.4 Ketidaksetaraan Kesehatan Mental.....                                             | 199 |
| 9.4.5 Kesetaraan Gender dalam Akses Pelayanan Kesehatan .....                           | 199 |
| 9.4.6 Ketidaksetaraan Kesehatan Masyarakat Minoritas .....                              | 199 |
| 9.5 Upaya Mengatasi Ketidaksetaraan Kesehatan.....                                      | 199 |
| 9.5.1 Mendukung agar kesehatan menjadi lebih baik.....                                  | 199 |
| 9.5.2 Meningkatkan kerjasama lintas sektoral.....                                       | 200 |

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| 9.5.3 Peningkatan Kesehatan Masyarakat .....                      | 200        |
| 9.5.4 Pelayanan kesehatan dengan teknologi digital .....          | 200        |
| 9.5.5 Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan .....       | 200        |
| 9.5.6 Edukasi tentang kesehatan untuk masyarakat .....            | 201        |
| 9.6 Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik.....                    | 201        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                              | 202        |
| <b>BAB 10 PENGEMBANGAN KEBIJAKAN KESEHATAN .....</b>              | <b>205</b> |
| 10.1 Pendahuluan .....                                            | 205        |
| 10.2 Tahap-tahap pengembangan Kebijakan kesehatan.....            | 207        |
| 10.2.1 Proses kebijakan dalam beberapa tahap .....                | 207        |
| 10.2.2 Pendekatan pengembangan kebijakan kesehatan .....          | 209        |
| 10.3 Komponen Kebijakan.....                                      | 210        |
| 10.4 Proses Pembuatan pengembangan kebijakan Kesehatan .....      | 212        |
| 10.4.1 Perumusan Masalah.....                                     | 212        |
| 10.3.2 Formulasi Kebijakan .....                                  | 213        |
| 10.3.3 Implementasi Kebijakan .....                               | 213        |
| 10.3.4 Monitoring Kebijakan.....                                  | 214        |
| 10.3.5 Evaluasi Kebijakan .....                                   | 214        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                              | 216        |
| <b>BAB 11 PARTISIPASI MASYARAKAT .....</b>                        | <b>219</b> |
| 11.1 Definisi Partisipasi Masyarakat.....                         | 219        |
| 11.2 Konsep Partisipasi Masyarakat.....                           | 220        |
| 11.3 Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat ....         | 222        |
| 11.4 Model Partisipasi Masyarakat.....                            | 223        |
| 11.5 Partisipasi Masyarakat Bidang Kesehatan.....                 | 226        |
| 11.6 Penerapan Partisipasi Masyaraakt Dalam Bidang Kesehatan..... | 227        |
| 11.6.1 Partisipasi Masyarakat Dalam Penanggulangan Stunting.....  | 227        |
| 11.6.2 Partisipasi Masyarakat dalam Kegiatan Posyandu.....        | 227        |
| 11.6.3 Partisipasi masyarakat melawan Covid-19 .....              | 228        |
| 11.6.4 Partisipasi Masyarakat dalam pencegahan Diare .            | 230        |

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| 11.6.5 Partisipasi Masyarakat dalam Gerakan         |            |
| Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).....                | 231        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 232        |
| <b>BAB 12 KESEHATAN LINGKUNGAN .....</b>            | <b>235</b> |
| 12.1 Pendahuluan.....                               | 235        |
| 12.2 Aspek-aspek Penting Kesehatan Lingkungan ..... | 236        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 258        |
| <b>BAB 13 EVALUASI PROGRAM KESEHATAN .....</b>      | <b>259</b> |
| 13.1 Pendahuluan.....                               | 259        |
| 13.2 Definisi Evaluasi Program Kesehatan .....      | 260        |
| 13.3 Tujuan Evaluasi Program Kesehatan .....        | 261        |
| 13.4 Prinsip Evaluasi Program Kesehatan.....        | 262        |
| 13.5 Jenis Evaluasi Program Kesehatan .....         | 263        |
| 13.6 Ruang Lingkup Evaluasi Program Kesehatan ..... | 264        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 271        |
| <b>BIODATA PENULIS</b>                              |            |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabel 2.1.</b> Tingkat Pencegahan dan Kelompok Targetnya<br>Menurut Fase Penyakit.....                  | 25 |
| <b>Tabel 2.2.</b> Hubungan Kedudukan Perjalanan Penyakit,<br>Tingkat Pencegahan dan Upaya Pencegahan ..... | 25 |



# **BAB 1**

## **DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN**

*Oleh Dian Mahanani ND*

### **1.1 Pendahuluan**

Membangun sumberdaya manusia pada suatu bangsa dipengaruhi oleh banyak sektor diantaranya adalah sektor kesehatan. Sektor kesehatan memiliki peranan penting dalam pembangunan sumber daya manusia. Hal ini telah dirumuskan dalam SDG's. Peningkatan kesehatan diarahkan pada pembangunan Sumberdaya yang memiliki kualitas baik secara fisik, mental dan sosialnya. Sehingga sumberdaya manusia dapat produktif secara Ekonomi dan sosial.

### **1.2 Determinan Sosial Kesehatan Ibu & Anak**

Kementerian Kesehatan RI pada seminar hasil kajian kesehatan ibu dan bayi baru lahir menyatakan bahwa pada saat ini, Angka Kematian Ibu telah meningkat dari tahun 2022 dari 4005 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023 menjadi 4129 per 1000 kelahiran hidup (SDKI). Artinya, masih terdapat sekitar 9.800 ibu meninggal per tahun atau 1 ibu meninggal seap jam yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Hasil peningkatan tersebut, bila dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi. Oleh karena itu, untuk mencapai target SDGs 2022, yaitu AKI sebesar 4129 per 100.000 kelahiran hidup, diperlukan upaya yang lebih keras dan strategis (Badan penelitian&pengembangan Kes, 2012).

Demikian juga, Angka Kematian Bayi sudah menurun dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI) dan angka kelahiran balita juga sudah menurun dari 97 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI). Meskipun angka ini diprediksi akan dapat mencapai target MDGs 2015, yakni Angka Kematian Bayi sebesar 23 per 1.000

kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Hal ini perlu menjadi dasar dalam meningkatkan pembangunan Kesehatan sehingga terfokus pada upaya pencapaian target yang diperlukan meskipun berada pada tahap yang paling sulit.

Sebenarnya beberapa indikator kesehatan ibu dan anak telah memperoleh kemajuan yang cukup besar. Hal itu disebabkan karena menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, cakupan pemeriksaan antenatal K1 (kontak pertama) telah mencapai 92,7%, cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 82,2%, cakupan kunjungan neonatal pertama 71,4%, dan hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa cakupan KB akf cara modern sebesar 57,2%. Hasil laporan run yang dihimpun dari Dinas Kesehatan Provinsi tahun 2011 menunjukkan bahwa cakupan K1 sebesar 95,71%; K4 sebesar 86,77%; serta persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 87,40%. Angka di atas memperlihatkan bahwa cakupan pemeriksaan sudah cukup tinggi, walaupun masih terdapat disparitas yang cukup besar antar provinsi diantaranya provinsi di pulau Jawa-Bali jika di bandingkan dengan provinsi lainnya.

Harapan yang masih belum sesuai dengan yang telah diupayakan terhadap penurunan angka kematian ibu dapat menjadi dasar sebagai evaluasi yang menyeluruh. Sehingga dapat memberikan perbaikan di setiap tahap pengupayaan perubahan strategi. Selain itu isu global perlahan mulai turun andil dalam mempengaruhi kinerja system pelayanan Kesehatan. Terhadap hal ini WHO mengkaji Determinan Sosial Kesehatan.

Pertemuan dunia tentang determinan social Kesehatan di Rio de Janeiro. Yang diselenggarakan di Brazil Pada tanggal 19-21 Oktober 2011. Didapatkan hasil "Determinan sosial kesehatan adalah suatu keadaan, seseorang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja hingga menjadi tua termasuk didalamnya kondisi kesehatan. keadaan ini dipengaruhi oleh perputaran uang, kekuasaan, dan sumber daya di tingkat dunia, nasional hingga lokal. Determinan sosial kesehatan bertanggung jawab atas ketidakadilan dalam kesehatan-ketidakadilan ini seharusnya dihindari dalam status kesehatan, baik dilihat dalam suatu negara maupun antar negara." Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan anak berlaku tidak jauh

berbeda dengan determinn social Kesehatan dikarenakan Kesehatan ibu dan anak adalah bagian dari Kesehatan. Determinan Kesehatan ibu dan anak dan determinan social Kesehatan berlaku sama. Yang didapati pada determinan social Kesehatan ibu dan anak yaitu bahwa ibu dan anak merupakan salah satu kelompok rentan yang menjadi tolak ukur kinerja sistem kesehatan sebuah wilayah. Determinan social Kesehatan perlu dan sangt penting untuk dilakukan pengkajian untuk dapat memahami serta memecahkan masalah- masalah Kesehatan pada suatu lingkungan.

### **1.2.1 Tantangan Determinan Sosial Kesehatan Ibu Dan Anak**

Sebagaimana bidang kesehatan yang menjadi induknya, bidang kesehatan ibu dan anak juga memiliki determinan sosial yang cukup pelik. Determinan-determinan ini turut berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja upaya pelayanan kesehatan ibu dan anak. Alih-alih memandang determinan sosial sebagai sebuah masalah, kita bisa menempatkan determinan sosial ini sebagai sebuah tantangan untuk diselesaikan, dan bahkan bisa kita jadikan sebagai senjata untuk keberhasilan pembangunan kesehatan ibu dan anak yang local spesifik. Beberapa hal determinan sosial kesehatan ibu dan anak yang berpotensi sebagai tantangan upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak yaitu :

#### **1. Ekonomi**

Menurut data yang dirilis Badan Pusat Statistik pada tahun 2009, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan salah satu indikator pertumbuhan ekonomi suatu negara/wilayah/daerah. Pertumbuhan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya infrastruktur ekonomi. PDRB adalah jumlah nilai tambah bruto yang dihasilkan seluruh unit usaha dalam wilayah tertentu, atau merupakan jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit ekonomi. PDRB atas dasar harga berlaku menggambarkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung dengan menggunakan harga pada seap tahun, sedangkan PDRB atas dasar harga konstan menunjukkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung menggunakan harga pada satu tahun tertentu sebagai tahun dasar

penghitungannya. PDRB atas dasar harga berlaku dapat digunakan untuk melihat pergeseran struktur ekonomi, sedang harga konstan dapat digunakan untuk mengetahui pertumbuhan ekonomi dari tahun ke tahun. Dengan demikian, PDRB merupakan indikator untuk mengatur sampai sejauh mana keberhasilan pemerintah untuk mendayagunakan sumber daya yang ada, sehingga dapat digunakan sebagai bahan perencanaan dan pengambilan keputusan.

## **2. Geografis**

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, yang memiliki 13.487 pulau. Jumlah tersebut merujuk pada pulau yang telah selesai diindenifikasi dan diberi nama untuk didasarkan pada PBB (Kristan, 2011). Keadaan ini jauh lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah sesungguhnya pada kepulauan yang dimiliki negara yang terletak pada peta Indonesia. Sedaknya, pada tahun 1987 Pusat Survei dan Pemetaan ABRI (Pussurta ABRI) menyatakan bahwa jumlah pulau di Indonesia adalah sebanyak 17.508. Keadaan ini memicu disparitas aksesibilitas ibu dan anak dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Keadaan yang sering kali diakibatkan oleh biaya perjalanan transportasi secara fisik berupa transportasi laut yang cenderung memiliki harga yang cukup mahal. Masalah mahalnya transportasi laut bukanlah masalah transportasi satu-satunya terkait aksesibilitas pelayanan kesehatan .

## **3. Religi**

Pemerintahan Indonesia mengakui 6 (enam) agama , yaitu Terdiri dari: Agam Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha, dan Konghucu. Namun, kenyataan yang berlaku di masyarakat masih banyak religi-religi lain, yang bahkan sudah ada dan tumbuh sebelum agama-agama resmi tersebut hadir di Indonesia, termasuk juga sempalansempalan dari agama-agama resmi, yang meski dak diakui, tetapi eksis di masyarakat. Kepercayaan yang terus berkembang di masyarakat Indonesia dapat mempengaruhi secara nyata pada status kesehatan ibu dan anak.

Hal ini sejalan dengan ritual dan/atau pantangan yang terkadang bertentangan dengan nilai-nilai kesehatan modern yang telah teruji secara ilmiah. • Suku. Dengan bentangan geografis yang sangat luas.

#### **4. Suku**

Indonesia memiliki kekayaan budaya yang sangat banyak dengan letak geografis yang sangat Luas yaitu sekitar 300 kelompok etnis atau suku. Etnis dan suku memiliki warisan budan masing-masing yang terus berkembang dari abada ke abad. India, Arab, Cina, Eropa hingga termasuk Indonesia yaitu melayu memiliki kebudayaan yang mempengaruhi Kebudayaan suku-suku di Indonesia. Dalam praktek keseharian, keberagaman suku bangsa dapat berpengaruh pada kebiasaan pemberian makanan baik pada ibu hamil, anak, kebiasaan atau tradisi pantangan pada ibu hamil, menyusui, tradisi menghadapi persalinan dan juga tradisi perawatan ibu pasca persalinan juga ttermasuk tradisi tenaga penolong persalinan.

#### **5. Bahasa**

Konsekuensi dari banyaknya suku bangsa adalah juga bahasa yang berbeda-beda pula. Bahkan dalam satu suku bisa juga terdiri dari bermacam jenis dan tingkatan. Misalnya di pulau jawa, Suku jawa tergolong dalam suku bangsa Indonesia , namun meiliki variasi yang antar masing masing beberapa perbedaan, misal pada Bahasa, dan loga jawa setiap wilayah. Dengan banyaknya Bahasa ini menjadi tantangan bagi setiap tenaga Kesehatan yang bertugas pada setiap daerah yang mungkin tidak sesuai dengan kebudayaannya sendiri. Untuk terus dapat melakukan pendekatan dengan masyarakat agar apa yang disampaikan baik informasi perubahan perilaku Kesehatan dan khususnya Kesehatan ibu dan anak dapat tersampaikan dan diterima oleh masyarakat.

#### **6. Politik**

Otonomi daerah disetiap masing-masing Kota/kabupaten terus berkembang sehingga dapat menimbulkan banyak

permasalahan. Sektor politik memiliki pemahaman tentang bidang Kesehatan yang terbatas pada hal kuratif dan rehabilitative membuat badan Kesehatan tidak terlalu berkembang dalam upaya pembangunan.

Pemahaman yang tidak tepat dan tidak terfokus inilah yang tidak hanya terjadi pada aktor eksekutif saja, tapi juga terjadi pada para legislator. Tidak berhenti pada tantangan tentang pola pemahaman yang salah, para aktor kebijakan di level lokal ini, bahkan beberapa di antaranya, menjadikan bidang kesehatan sebagai mesin uang, salah satu penghasil PAD (Pendapatan Asli Daerah). Rumah Sakit dan Puskesmas ditarget untuk menghasilkan pendapatan tersendiri. Jika dengan strategi seperti ini tentu saja akan menghambat pembangunan bidang Kesehatan yang mungkin juga tidak akan berkembang bahkan dapat mengalami kemunduran.

### **1.2.2 Faktor yang melingkupi Determinan Kesehatan Sosial**

Sejalan dengan beberapa kajian tentang determinan social kesehatannya lainnya, hasil penelian yang dirilis oleh University of Kansas Tahun 2010 merekomendasikan tiga faktor yang melingkupi determinan sosial kesehatan, yaitu:

#### **1. Kempangan Pendapatan.**

Kempangan pendapatan Mendeskripsikan tentang seberapa jauh pendapatan didistribusikan secara merata antar penduduk pada suatu wilayah. Negara Amerika Serikat misalnya, sebagai salah satu daerah yang paling sering melakukan pengukuran terkait hal ini, negara ini menunjukkan trend yang meningkat selama empat dekade terakhir.

#### **2. Keterkaitan Sosial.**

Berbagai penelian menunjukkan bahwa ada 'rasa memiliki', entah itu di keluarga besar, jaringan pertemanan, relawan atau keikutsertaan dalam organisasi sosial, atau perkumpulan keagamaan, berkaitan dengan hidup yang lebih lama dan kesehatan yang lebih baik, serta partisipasi masyarakat.

#### **3. Rasa Keberhasilan Pribadi atau Bersama.**

Rasa keberhasilan ini mengacu pada peranan masyarakat itu sendiri. Hal ini tentang kendali atas kehidupan mereka. Orang dengan rasa keberhasilan yang tinggi cenderung bisa hidup lebih lama, menjaga kesehatan dengan lebih baik, dan berpartisipasi lebih aktif dalam kehidupan.

Dibeberapa kesempatan WHO merekomendasikan 10 (sepuluh) faktor yang harus di perhatikan apabila ingin melakukan kajian atau penilaian tentang determinan sosial kesehatan. Rekomendasi, yang dirilis buku '*Social Determinants of Health – The Solid Facts*' (Marmot & Wilkinson, 2003), ini meliputi:

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Faktor Ekonomi | Pengangguran merupakan salah satu faktor ekonomi yang paling penting yang mempengaruhi status kesehatan seseorang. Dampak negatif kesehatan biasanya dimulai ketika seseorang pertama kali merasakan pekerjaannya mulai terancam. Isu terkait lain adalah ketidakpastian pekerjaan dan pengangguran, termasuk kecemasan dan depresi karena hal tersebut, penyalahgunaan wewenang, kekerasan domestik, dan penyakit fisik.                                                                                                                 |
| Inklusi Sosial | Inklusi sosial menggambarkan keterkaitan dan memiliki kohesi antara seseorang dengan komunitasnya. Hal ini telah terbukti memiliki hubungan yang langsung dengan kesehatan yang lebih baik dan tingkat kemiskinan yang lebih rendah. Saat seseorang terpaksa memilih jam kerja yang lebih banyak, mereka memiliki waktu yang lebih sedikit untuk rekreasi. Pengucilan sosial ini akan memperkecil peluang untuk berpartisipasi, beraktivitas, dan akses dalam kehidupan bermasyarakat. Hal ini adalah dampak utama dari kemiskinan. Untuk |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | bersosialisasi dengan teman, keluarga, kegiatan sosial,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pendidikan                                               | Pendidikan yang lebih baik, dan benar hanya pekerjaan yang lebih baik dan kemakmuran yang lebih sejahtera, tetapi juga kontrol yang lebih besar atas kehidupan seseorang. Orang dengan pendidikan yang lebih baik memiliki lebih banyak pilihan dalam kesehatan, perumahan, karir, dan hal lain yang memengaruhi kualitas hidup mereka.                                                                                                                     |
| Bias Ras atau Etnis                                      | Bias suku dan diskriminasi adalah bentuk pengecilan dalam kehidupan sosial, yang sering mengakibatkan perbedaan dalam tingkat kesehatan, pendidikan atau jenis layanan lainnya di masyarakat. Suku tertentu terkadang mendapat perlakuan yang kurang tepat dengan banyaknya isu diskriminasi.                                                                                                                                                               |
| Penerimaan Komunitas atas Perilaku atau Praktik Tertentu | Beberapa kegiatan atau perilaku, seperti keanggotaan geng, alkohol dan penyalahgunaan obat, atau merokok, mungkin diterima sebagai bagian dari budaya masyarakat. Masyarakat atau Komunitas yang melakukan penerimaan atas perilaku tersebut dapat menyebabkan lebih banyak orang yang akan mengadopsi perilaku tersebut.                                                                                                                                   |
| Faktor Budaya                                            | Budaya dapat mempengaruhi determinan Sosial Kesehatan beberapa aspek budaya itu. Yang pertama adalah gender, kedua adalah kebiasaan atau adat pola makan dapat mempengaruhi, setiap budaya memiliki pola makan atau jenis makanan yang dikonsumsi berbeda-beda tentu mempengaruhi kondisi Kesehatan seseorang. Keyakinan atau agama, sikap terhadap kebiasaan budaya, keyakinan tentang penyebab penyakit berpengaruh dalam setiap individu dalam mengambil |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | keputusan , termasuk hambatan bahasa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Pengaruh Media     | Media, termasuk film, radio, majalah, dan televisi, dapat membantu atau menghalangi upaya peningkatan status kesehatan melalui pesan yang dikirim tentang kesehatan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Politik            | Hampir semua masalah kesehatan bersifat polis pada beberapa tingkatan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kondisi Lingkungan | Lingkungan yang kurang layak, seperti tempat tinggal atau perumahan yang buruk , fasilitas umum seperti jalan yang masih perlu perbaikan, bising, dan lingkungan yang tidak bersih dapat mempengaruhi mereka yang mengalaminya setiap hari.                                                                                                                                                                                                                           |
| Geografis          | Lokasi sering kali memiliki banyak hubungan dengan apakah seseorang menerima pelayanan yang dibutuhkan pada waktu yang tepat. Hal ini tidak hanya berlaku pada wilayah kecil namun juga pada daerah perkotaan, bahwasannya wilayah dengan pendapatan ekonomi yang rendah atau miskin sering kali memiliki akses yang lebih rendah pada makanan dan Pelayanan kesehatan yang terjangkau dibandingkan dengan lingkungan atau wilayah dengan pendapatan yang lebih baik. |

### 1.3 Pertimbangan Sistem Kesehatan Sebagai Penentu Struktural Kesehatan Ibu

Peneliti kebijakan kesehatan telah mengidentifikasi empat ciri utama sistem layanan kesehatan AS yang mengakibatkan kerugian kesehatan bagi individu.

**Pertama**, sistem kesehatan AS mengalami hambatan finansial dalam memberikan layanan, kekurangan penyedia layanan kesehatan primer, dan kesenjangan penting dalam kualitas layanan.

**Kedua**, banyak orang Amerika tinggal di lingkungan terstruktur yang menghasilkan prevalensi perilaku tidak sehat

tertentu yang lebih tinggi dibandingkan di negara-negara maju lainnya (konsumsi lebih banyak kalori per kapita, tingginya angka resep dan penyalahgunaan obat-obatan terlarang, lebih banyak kecelakaan lalu lintas yang melibatkan alkohol).

**Ketiga**, dibandingkan dengan negara-negara maju lainnya, Amerika Serikat tertinggal dalam hal pencapaian pendidikan, dan ketimpangan pendapatan yang besar telah mengakibatkan terkonsentrasinya sumber daya di kalangan segelintir penduduk, yang berdampak buruk terhadap kesehatan penduduk dan kesenjangan kesehatan, termasuk kematian ibu dan bayi.

**Keempat**, masyarakat Amerika tinggal di lingkungan yang tidak mendorong aktivitas fisik dan hidup dalam komunitas yang lebih tersegregasi secara ras (sebagian besar merupakan akibat dari pengurangan jumlah penduduk).

Dengan menggabungkan ciri-ciri ini dengan tren peningkatan angka kematian dan kesakitan ibu, kita dapat menyimpulkan bahwa perempuan hamil yang beragam mungkin menghadapi hambatan dalam mendapatkan layanan kesehatan bagi wanita sehat, yang mungkin menyebabkan mereka menunda mendapatkan layanan kesehatan pada saat mereka sangat membutuhkannya. Kurangnya penyedia layanan kesehatan primer (*misalnya*, perawat bidan, dokter kandungan, perawat) menempatkan beragam perempuan pada risiko penundaan atau kelalaian dalam dua aktivitas penting selama periode perinatal: mencari layanan kesehatan pada tahap awal kehamilan dan membangun kepercayaan dengan penyedia layanan. Risiko ini semakin besar pada wanita yang memiliki penyakit bawaan saat hamil atau memiliki penyakit penyerta pada masa perinatal. Kombinasi faktor-faktor multilevel ini meningkatkan risiko kesakitan dan kematian ibu dan mencerminkan penyebab-penyebab yang lebih mendasar dan hilangnya investasi, seperti (1) departemen kesehatan masyarakat yang tidak lagi menyediakan layanan medis langsung; (2) kekurangan dokter kandungan, perawat bidan, dan perawat wanita sehat di komunitas berpenghasilan rendah yang sebagian besar memiliki ras dan etnis yang beragam; dan

(3) upaya pengumpulan data yang bervariasi antar wilayah dan negara bagian.

## **1.4 Ikhtiar Kebijakan dan Praktik Yang Ada Untuk Mengatasi faktor penentu Struktural dan social kesehatan**

Untuk mengatasi penyebab kesenjangan kesehatan ibu yang mengakar, diperlukan intervensi yang beragam dan berkelanjutan di setiap tingkat. Disahkannya kebijakan-kebijakan berbasis bukti yang menjunjung tinggi prinsip-prinsip keadilan reproduksi mungkin mulai mengurangi pengalaman buruk yang tidak proporsional terhadap kesehatan ibu di antara kelompok-kelompok yang terpinggirkan secara sosial. Dalam studi ini, kami menyoroti beberapa solusi kebijakan dan praktik yang dapat membantu memajukan kesetaraan kesehatan, yang didefinisikan sebagai “jaminan kondisi kesehatan yang optimal bagi semua orang dengan menghargai semua populasi secara setara, mengakui dan memperbaiki ketidakadilan yang terjadi di masa lalu, dan menyediakan sumber daya sesuai dengan kebutuhan.”

### **1.4.1 Cuti keluarga berbayar**

Kurangnya cuti keluarga yang dibayar dianggap sebagai krisis kesehatan masyarakat dalam konteks AS. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa waktu istirahat setelah melahirkan untuk pemulihan dan transisi tanpa mengkhawatirkan uang adalah kunci kesehatan ibu dan bayi. Amerika Serikat adalah satu dari dua negara di dunia, selain Papua Nugini, yang tidak memiliki kebijakan nasional yang menjamin cuti berbayar bagi orang tua baru. Undang-Undang Kesehatan dan Cuti Keluarga tahun 1993 mengatur cuti yang tidak dibayar, namun hampir separuh pekerja di AS tidak memenuhi syarat, dan banyak dari mereka tidak mampu mendapatkan cuti tanpa bayaran.

### **1.4.2 Cakupan asuransi kesehatan**

Memastikan akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dan komprehensif sepanjang hidup seorang perempuan sangatlah penting untuk menjamin hasil kesehatan

ibu yang optimal jika dan ketika ia memilih untuk bereproduksi. Penelitian baru yang substansial menunjukkan peningkatan signifikan dalam akses terhadap jaminan kesehatan bagi wanita usia subur yang dicapai melalui penerapan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Pasien dan Perawatan Terjangkau (ACA) untuk memperluas kelayakan Medicaid bagi orang dewasa yang berpenghasilan hingga 138% dari tingkat kemiskinan federal.

Sebuah tinjauan terhadap penelitian baru menemukan bahwa perluasan kelayakan Medicaid meningkatkan kesehatan perempuan usia subur dengan meningkatkan akses terhadap perawatan pencegahan; mengurangi dampak kesehatan yang merugikan sebelum, selama, dan setelah kehamilan; dan mengurangi angka kematian ibu. Selain itu, negara-negara bagian yang melakukan ekspansi mengalami penurunan kesenjangan kulit hitam-putih secara signifikan dalam hal hasil kelahiran yang merugikan segera setelah kebijakan tersebut diberlakukan dan penurunan angka kematian bayi sebesar 50%, dengan penurunan terbesar terjadi pada bayi kulit hitam/Afrika-Amerika.

Hingga saat ini, 36 negara bagian dan District of Columbia telah mengadopsi perluasan Medicaid di bawah ACA dan menawarkan kesempatan kepada wanita berpenghasilan rendah untuk melanjutkan cakupan Medicaid terkait kehamilan mereka setelah periode 60 hari pascapersalinan. Di 14 negara bagian yang belum mengadopsi perluasan Medicaid, perempuan harus memenuhi syarat ulang untuk Medicaid pasca melahirkan agar tetap mengikuti program tersebut. Namun, banyak wanita di negara bagian ini menjadi tidak memiliki asuransi setelah perlindungan terkait kehamilan berakhir 60 hari pascapersalinan karena pendapatan mereka terlalu tinggi untuk memenuhi syarat Medicaid, meskipun bayi mereka memenuhi syarat untuk menjalani tahun pertama kehidupannya. Mengingat dampak dan besarnya peran Medicaid dalam hasil kesehatan ibu, cakupan pembiayaan selama setahun penuh setelah kelahiran Medicaid dapat membantu mengatasi kesenjangan yang diderita perempuan di negara-negara yang tidak berkembang.

Seringkali perempuan mengalami kesulitan dalam sistem perawatan yang tidak dirancang untuk mengakomodasi kebutuhan mereka selama trimester keempat, yaitu 12 minggu setelah melahirkan, yaitu masa pemulihan dari kelahiran dan transisi untuk mengasuh dan merawat bayi dan diri mereka sendiri. Karena sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas, sangat penting bagi perempuan dan para pendukungnya untuk mendapatkan pendidikan untuk mengenali dan kemampuan untuk mengambil tindakan terhadap gejala-gejala yang mengkhawatirkan atau darurat setelah pulang ke rumah. Memperpanjang Medicaid setidaknya selama 12 bulan akan memastikan akses berkelanjutan terhadap layanan. Saat ini, cakupan perawatan pada trimester keempat terbatas pada satu kali kunjungan bagi ibu yang melahirkan secara normal dan dua kali kunjungan bagi ibu yang melahirkan secara sesar.

Pendekatan seperti menggabungkan perawatan untuk ibu dan anak selama 3 bulan pertama pascapersalinan dan memperluas cakupan Medicaid untuk orang tua dapat mendukung perawatan terpadu bagi ibu dan bayi untuk memenuhi kebutuhan holistik mereka. Hal ini dapat mencakup sumber daya seperti doula, petugas kesehatan masyarakat, dan bidan untuk memastikan dukungan yang komprehensif. Di sebagian besar negara bagian tempat perempuan kulit hitam melahirkan, mereka tidak memiliki akses terhadap perawat bidan yang terintegrasi dengan baik dalam sistem layanan kesehatan perinatal. Selain itu, hingga saat ini hanya dua negara bagian (Minnesota dan Oregon) yang menyediakan layanan doula sebagai bagian dari cakupan Medicaid mereka ; sepertiga (California) telah mengusulkan program percontohan di 14 wilayah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggorodi, Rina, 2009. Dukun Bayi dalam Persalinan oleh Masyarakat Indonesia. J.Makara Seri Kesehatan 2009;13:9-14
- Badan Pusat Stask, 2009. Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia. Badan Pusat Statsik, Jakarta
- Dhalgren G, Whitehead M., 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Jacobs, Bart, Por Ir, Maryam Bigdeli, Peter Leslie Annear and Wim Van Damme, 2012.
- Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Health Policy and Planning Journal, 2012; 27: halaman 288-300
- Kemenkes RI. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562/Menkes/Per/Xii/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Soekanto, Sarjono. 1990. Sosiologi Suatu Pengantar. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Mubarak, Wahit. Nurul Cahyan, Iga Mainur. Pengantar & Teori Ilmu Sosial
- Budaya Dasar Kebidanan. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta 2012.

# **BAB 2**

## **PENCEGAHAN PENYAKIT**

*Oleh Nuruniyah*

### **2.1 Pencegahan Penyakit**

Pencegahan adalah suatu tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data atau keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologi (Nasry, 2006).

Konsep pencegahan adalah suatu bentuk upaya sosial untuk mempromosikan, memberi perlindungan, dan mempertahankan kesehatan pada suatu populasi tertentu (National Public Health Partnership, 2006).

Pencegahan penyakit adalah Langkah - langkah dan tindakan yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan seseorang terkena penyakit atau kondisi kesehatan yang dapat merugikan seseorang.

### **2.2 Tujuan Pencegahan Penyakit**

Tujuan pencegahan penyakit adalah mencegah perluasan penyakit dan kesakitan sebelum sempat berlanjut dan berkembang luas. Dimana upaya pencegahan penyakit diharapkan dapat mengatasi masalah yang terjadi pada individu, keluarga, dan Masyarakat. Sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan (Budiarto, 2013).

### **2.3 Strategi Pencegahan Penyakit**

Strategi Pencegahan Penyakit adalah strategi pencegahan yang meliputi sasaran dan kegiatan pencegahan yang beranekaragam sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi setiap individu atau masyarakat serta tingkat pencegahan penyakit. Sasaran pencegahan dapat dilakukan baik oleh individu maupun organisasi Masyarakat yang terlibat.

Untuk melakukan pencegahan dimasyarakat dapat dilakukan melalui usaha yang sudah ada pada Masyarakat yang bersifat tradisional terutama pencegahan dasar, dan pusat pelayanan kesehatan yang tersedia di Masyarakat.

Pelaksanaan usaha pencegahan yang terencana dan terprogram dapat bersifat wajib maupun sukarela, seperti melakukan pemberian imunisasi dasar, memperbaiki sanitasi lingkungan, menyediakan air minum, dan peningkatan status gizi masyarakat melalui pemberian makanan tambahan dan berbagai usaha yang dilakukan dalam meningkatkan derajat kesehatan dalam pencegahan penyakit serta gangguan kesehatan lainnya (Bustan, 2006).

Tingkat pencegahan penyakit dilakukan berbagai usaha sesuai dengan sasaran untuk memperbaiki dan meningkatkan standar lingkungan hidup seperti memperbaiki perumahan dan meningkatkan sistem pendidikan serta meningkatkan sistem kehidupan sosial.

Adapun usaha pencegahan penyakit secara umum dikenal berbagai strategi pelaksanaan yang tergantung pada jenis.

Adapun sasaran kegiatan dalam meningkatkan derajat kesehatan antara lain (Bustan, 2007):

1. Pendekatan dapat dilakukan sendiri yang bersifat umum kepada individu maupun Masyarakat sesuai dengan kehidupan Masyarakat sekitar dan berdasarkan program pelayanan kesehatan yang sudah ada.
2. Usaha pencegahan yang dilakukan secara terprogram baik secara umum maupun sukarela antara lain seperti pelaksanaan pemberian dasar imunisasi, pengadaan air bersih dan peningkatan gizi yang bertujuan untuk mengubah kebiasaan agar terhindar dari penyakit.
3. Usaha meningkatkan standar hidup dan lingkungan antara lain perbaikan sistem pendidikan dan social ekonomi yang berada diluar bidang kesehatan.

Usaha untuk mencegah dan menanggulai keadaan luar biasa antara lain wabah dan bencana alam. Selain itu ada juga pencegahan darurat antara lain usaha pencegahana dan penanggulangan wabah

penyakit, usaha pencegahan penyakit yang diakibatkan bencana alam maupun akibat perang.

Dalam menilai derajat kesehatan dapat dilihat dari situasi morbiditas dan mortalitas untuk program pencegahan penyakit, beberapa hal yang harus dipertimbangkan diluar kesehatan seperti program persediaan makanan, keadaan keamanan, program perekonomian termasuk pendapatan per kapita, keadaan lapangan kerja dan tingkat pengangguran, program kehidupan sosial, adat prilaku, kebijakan pemerintah dan lain-lain (Nur Nasry Noor, 2008).

Penyakit dapat dicegah dan kesehatan dapat dipromosikan melalui perubahan lingkungan. Lingkungan merupakan tempat utama yang dapat menimbulkan suatu penyakit, Adapun strategi lingkungan yang dapat dilakukan, antara lain :

1. Strategi lingkungan pada masyarakat luas

Untuk meningkatkan strategi dalam menjangkau sumber daya yang dapat mempetahankan pejammu terhadap penyakit, dapat dilakukan pendekatan agar lingkungan fisik, biologi dan social berubah pada Masyarakat sehingga mengurangi terpaparnya dengan pejamu terhadap agen yang berbahaya. Contoh dilingkungan bologi yaitu dengan melakukan penanaman pohon sebagai pejangga polusi udara.

2. Strategi lingkungan resiko tinggi

Sebagai alternatif dari strategi lingkungan untuk masyarakat luas yaitu strategi lingkungan yang berisiko tinggi terhadap timbulnya suatu penyakit. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat dengan melakukan strategi pengorganisasian masyarakat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian dikalangan masyarakat miskin dengan memberdayakan kehidupannya lebih baik lagi (Nasrin, dkk, 2002)

3. Strategi Pejamu Pencegahan penyakit dan promosi kesehatan

Lingkungan Masyarakat dapat dirubah dengan strategi melindungi pejamu atau mengidentifikasi sebagian kecil yang tergolong dalam resiko tinggi yang telah diidentifikasi ataupun melakukan upaya yang dapat mengubah potensi pejamu.

Berikut strategi pejamu untuk mencegah penyakit:

- a. Strategi pejamu yang dilakukan pada masyarakat lurus

Para pejamu secara keseluruhan di dalam masyarakat luas dapat melindungi mereka sendiri dari serangan penyakit. Contoh media masa yang digunakan untuk mengingatkan Masyarakat tentang bahaya rokok.

b. Strategi pejamu dengan risiko tinggi

Suatu penyakit telah diketahui melalui studi epidemiologi analitik, dapat mengidentifikasi suatu penyakit atau kecelakaan serta menawarkan pelayanan khusus terhadap pencegahan penyakit. Contohnya anak peminum alkohol mempunyai risiko tinggi untuk menjadi seorang yang peminum. Oleh karena itu pendidikan tentang bahaya alkohol harus tersampaikan pada anak, sehingga mereka tidak menjadi pecandu alkohol.

c. Strategi *Milestone*

Strategi yang begitu Panjang yang menggambarkan suatu keadaan berbasis panjang yang melintas suatu area monumental tertentu. Seperti pemberian pendidikan sekolah yang ada di daerah terpencil untuk perubahan yang lebih baik.

## 2.4 Perencanaan pencegahan Penyakit

Gambaran yang diberikan melalui langkah-langkah dalam membuat perencanaan kesehatan secara umum yang disebut dengan *Planning of Oral Health Services*, WHO (1980), Adapun langkah-langkah dalam membuat perencanaan sebagai program pencegahan mengacu pada :

1. Identifikasi Masalah

Suatu penyakit dapat dicegah dalam kondisi tertentu agar masalah dapat teratasi, dengan mengumpulkan sejumlah data seperti data demografi, dan keberagaman populasi, keadaan lingkungan, sumber tenaga dan sumber daya yang tersedia, serta status kesehatan. untuk pencegahan tingkat nasional, selain data demografi, diperlukan juga untuk mengumpulkan data penting lainnya, antara lain data masuknya percapita penduduk, tingkatan penyakit lain di masyarakat, angka kesakitan dan kematian, jumlah kecenderungan dalam standar kehidupan. Untuk program pencegahan diperlukan juga merencanakan sumber tenaga yang dibutuhkan.

## 2. Menetapkan Tujuan

Untuk mengetahui masalah yang ada data yang didapatkan harus dianalisis. Tujuan program harus diteliti terlebih dahulu setelah mendapatkan hasil analisis, tujuan program pencegahan harus realistis dan berdasarkan sumber yang akurat sehingga mendapatkan hasil yang spesifik dalam pencegahan penyakit. Tujuan pencegahan penyakit dapat dipertimbangkan agar mencapai Tingkat penyakit yang rendah dan mempertahankannya tetap rendah sesuai yang ada ditujuan. Data yang diperlukan dikumpulkan dan dilanjutkan dengan dianalisis atau yang disebut dengan analisis situasi, sehingga masalah yang terjadi dapat diidentifikasi.

## 3. Memilih Tindakan (*Alternatif Metode*)

Tindakan dipilih untuk mengidentifikasi masalah kesehatan agar tujuan dapat tercapai serta menganalisis keuntungan dan kerugian dalam metode alternatif ini. Para tenaga kesehatan dan anggota Masyarakat yang mewakili komunitas yang mempunyai masalah kesehatan harus terlibat langsung dalam proses perencanaan pencegahan.

Pada tingkat nasional, pertama yang harus dipertimbangkan adalah data yang akurat dan penetapan tujuan kesehatan secara nasional. Kedua, mengidentifikasi strategi pencegahan agar tujuan dapat dicapai. Ketiga, informasi semua tenaga kesehatan dan perencana kesehatan harus diberi informasi tentang tujuan dan strategi serta harus mengerti bagaimana tujuan dan strategi tersebut berasal.

## 4. Melaksanakan Program Pencegahan

Pelaksanaan program pencegahanyang penting dilakukan, antara lain: perencanaan pendahuluan yang sesuai, pengorganisasian dan administrasi yang tepat, kelompok sasaran yang terpilih, memenuhi kebutuhan sumber tenaga dan biaya.

## 5. Evaluasi Program Pencegahan

evaluasi program pencegahan yang telah direncanakan padasaat membuat perencanaan harus melibatkan Masyarakat karna dalam perencanaan harus jelas tujuannya dan sesuai dengan program. Pada tahap evaluasi dapat dilihat apa saja

program yang telah dilaksanakan dengan melihat secara nyata tujuan yang dapat diukur dengan hasil yang didapatkan. Semua kegiatan dalam pelaksanaan harus dievaluasi, bukan hanya mengukur seberapa besar penurunan pencegahan penyakit telah tercapai, tapi juga mengevaluasi apakah metode tepat digunakan untuk mencapai tujuan dalam melibatkan Masyarakat.

Adapun kriteria yang dapat digunakan pada saat proses evaluasi dan re-evaluasi, antara lain:

1. Survei epidemiologi harus dilakukan untuk membandingkan tujuan program dengan pencapaian yang sesungguhnya, dengan memperhatikan: Memeriksa kelompok umur yang sama pada awal survei dengan pada waktu evaluasi
2. Menggunakan tim yang sama
3. Memakai indeks yang sama
4. Indikator kualitatif dan kuantitatif digunakan dalam jangka waktu tidak lebih dari 5 tahun Untuk evaluasi.

## **2.5 Konsep Dasar Pencegahan Penyakit Berdasarkan Riwayat Alamiah Penyakit**

Dalam melakukan upaya pencegahan diperlukan Riwayat penyakit alamiah sebelumnya. Artinya, dengan mengetahui perjalanan penyakit dari waktu ke waktu serta perubahan yang terjadi di setiap masa/fase, dapat dipikirkan upaya pencegahan yang harus dilakukan sehingga menghambat perkembangan penyakit agar tidak menjadi lebih berat. bahkan dapat disembuhkan (Mead, 2002).

## **2.6 Tingkat Pencegahan Penyakit (Irmawan, Mandey and Dali, 2018)**

1. Pencegahan pada tingkat dasar (*Primordial*)

Primordial prevention adalah usaha mencegah agar tidak terjadinya resiko atau mempertahankan keadaan resiko rendah dalam masyarakat terhadap penyakit secara umum. Merawat dan menjaga kebiasaan hidup sehat yang dapat mencegah atau

mengurangi tingkat resiko terhadap penyakit tertentu atau terhadap berbagai penyakit secara umum yang merupakan usaha yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit. Bentuk lain dari pencegahan ini biasanya melakukan usaha untuk mencegah timbulnya perilaku baru dalam masyarakat atau mencegah penerus yang sedang tumbuh untuk tidak mengikuti atau melakukan kebiasaan hidup yang dapat mendatangkan risiko terhadap berbagai penyakit seperti kebiasaan berperilaku merokok dan minum alkohol. Sasaran pencegahan tingkat dasar ini diutamakan pada kelompok masyarakat usia muda dan remaja, tidak mengabaikan orang dewasa dan kelompok manula. Oleh karena itu, dapat dipastikan bahwa pertahanan terhadap keadaan dasar atau status kesehatan Masyarakat yang bersifat positif dapat mencegah terjadinya penyakit atau faktor risiko dapat berkembang luas atau memberikan efek patologis yang dapat menimbulkan penyakit, yang merupakan pencegahan awal. Pencegahan awal primordial merupakan upaya yang positif dalam mempertahankan kondisi kesehatan agar melindungi Masyarakat dari hal yang negatif, semua ini merupakan faktor yang bersifat sosial atau berhubungan dengan gaya hidup atau pola makan.

Epidemiologi sangat penting dilakukan dalam upaya pencegahan datangnya penyakit karena termasuk dalam upaya pencegahan primordial.

## 2. Pencegahan tingkat pertama (*Primer*)

Berdasarkan faktor resiko (*risk faktor*) Pencegahan yang dilakukan dengan sasaran utamanya yang sehat dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui promosi kesehatan dalam mencegah penyakit tertentu. Hubungan interaksi antara pejamu (*host*), penyebab (*agent/pemapar*), lingkungan, dan proses kejadian penyakit merupakan pencegahan tingkat pertama didasarkan pada. Secara garis besar, usaha pencegahan tingkat pertama dapat dibagi dalam usaha peningkatan khusus.

Usaha pencegahan secara umum untuk meningkatkan derajat kesehatan (*health promotion*) dapat dilakukan secara

optimal baik perorangan dan Masyarakat. Usaha pencegahan khusus yang ditunjukkan kepada pejamu atau pada penyebab untuk meningkatkan pertahan tubuh maupun untuk menurunkan risiko terhadap penyakit tertentu merupakan pengertian dari *Specific protection*.

Strategi pokok dalam usaha pencegahan, antara lain:

- a. Strategi pada sasaran populasi yang dilakukan secara keseluruhan dan
- b. Strategi yang mempunyai kekurangan dan kelebihan dengan sasaran yang terbatas pada kelompok Masyarakat yang berisiko tinggi (*high risk group*).

Sasaran untuk menentukan strategi, pertama harus lebih bersifat radikal, memiliki potensi yang luas pada populasi dan sesuai dengan sasaran perilaku. Rasio antara manfaat dengan tingkat risiko mungkin cukup rendah, oleh karena itu dilihat secara individual kurang bermanfaat.

Motivasi subjek dan pelaksana cukup tinggi serta rasio antara manfaat dengan tingkat risiko cukup baik, tetapi juga memiliki kelemahan, antara lain sulit memilih kelompok dengan risiko tinggi efeknya sangat rendah dan hanya bersifat temporer serta kurang sesuai untuk sasaran perilaku, merupakan strategi kedua yang sangat mudah diterapkan secara individual.

Faktor perilaku dapat memperbesar tingkat risiko, oleh sebab itu sasaran harus ditunjukkan pada unsur penyebab agar dapat mengurangi atau menghilangkan sumber penyebab dan dapat menghindari atau mengurangi setiap faktor yang terjadi. Untuk penyakit menular dengan sasaran khusus ditujukan pada penyebab kausal seperti desinfeksi, sterilisasi, pasteurisasi, karantina dan lain-lain. sedangkan untuk penyakit tidak menular (bukan infeksi) dengan jalan menghilangkan sumber aelergen, sumber keracunan, dan sumber pencemaran kimiawi maupun radiasi.

Sasaran dapat ditujukan pada lingkungan fisik seperti pengadaan air dan jamban. selain itu dapat juga pada sasaran lingkungan biologis seperti pemberantasan serangga atau

ditujukan pada lingkungan sosial melalui perbaikan dan peningkatan derajat terhadap sosial masyarakat. Adapun sasaran pencegahan tingkat pertama ini dapat pula ditujukan pada faktor penjamu seperti perbaikan gizi, pemberian imunisasi, peningkatan kehidupan sosial dan psikologis individu dan masyarakat serta peningkatan ketahanan fisik individu.

### 3. Pencegahan tingkat kedua (Sekunder)

Sasaran utama pada mereka yang baru terkena penyakit atau yang terancam akan menderita penyakit tertentu melalui diagnosis dini serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat.

Pencegahan ini, dilakukan agar tidak terjadinya penyebaran luas penyakit dan terjadinya wabah penyakit menular serta mencegah terjadinya komplikasi berkelanjutan wabah penyakit Tujuan utama pencegahan tingkat kedua ini, antara lain untuk mencegah meluasnya penyakit atau terjadinya wabah pada penyakit menular dan untuk menghentikan proses penyakit lebih lanjut serta mencegah komplikasi.

Salah satu kegiatan pencegahan tingkat kedua adalah menemukan penderita secara aktif pada tahap dini. Kegiatan ini meliputi:

- a. Pemeriksaan rutin yang dilakukan pada kelompok populasi tertentu seperti pegawai negeri, buruh pekerja perusahaan tertentu, murid sekolah dan mahasiswa serta kelompok tentera, termasuk pemeriksaan kesehatan bagi calon mahasiswa, calon pegawai, calon tentera, serta bagi mereka yang membutuhkan surat keterangan kesehatan untuk kepentingan tertentu;
- b. Penyaringan (*screening*) yakni pencarian penderita secara dini untuk penyakit yang secara klinis belum tampak pada penduduk secara umum atau pada kelompok risiko tinggi;

Surveilans epidemiologi yakni melakukan pencatatan dan pelaporan secara teratur-menerus untuk mendapatkan

keterangan tentang proses penyakit yang ada dalam masyarakat, termasuk keterangan tentang kelompok risiko tinggi.

Selain itu, pemberian pengobatan dini pada mereka kelompok resiko tinggi penyakit menular tertentu yang sedang dalam proses patogenesis dengan pemberian kemoprofilaksis.

Sasaran utama pada mereka yang baru terkena penyakit atau yang terancam akan menderita penyakit tertentu melalui diagnosa dini serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat. Salah satu kegiatan pencegahan tingkat kedua adanya penemuan penderita secara aktif pada tahap dini. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan berkala, penyaringan (*screening*) yakni pencarian penderita dini untuk penyakit yang secara klinis belum tampak pada penduduk secara umum pada kelompok resiko tinggi dan pemeriksaan kesehatan atau keterangan sehat (Noor, 2002).

#### 4. Pencegahan tingkat ketiga (*Tersier*)

Sasaran utama pada penderita penyakit tertentu, dengan melakukan usaha untuk mencegah bertambah beratnya penyakit atau mencegah terjadinya cacat serta program rehabilitas. Mencegah proses penyakit lebih lanjut merupakan tujuan utama antara lain pengobatan dan perawatan pada pasien khusus penderita kencing manis, tekanan darah tinggi, gangguan saraf dan lain-lain serta mencegah terjadinya cacat maupun kematian karena penyebab tertentu, serta usaha rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/medis (seperti pemasangan protese), rehabilitasi mental (*psychorehabilitation*) dan rehabilitasi sosial, sehingga setiap individu dapat menjadi anggota masyarakat yang produktif dan berdaya guna. Pencegahan tingkat pertama; kedua; dan ketiga tersebut, dalam pelaksanaannya saling berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga sering dijumpai keadaan yang tumpang tindih.

**Tabel 2.1.** Tingkat Pencegahan dan Kelompok Targetnya Menurut Fase Penyakit

| Tingkat Pencegahan | Fase Penyakit                             | Kelompok Target                                         |
|--------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Primerdial         | Kondisi Normal kesehatan                  | Populasi Total dan Kelompok Terpilih                    |
| Primary            | Keterpaparan Faktor Penyebab Khusus       | Populasi Total dan Kelompok Terpilih dan Individu Sehat |
| Secodary           | Fase Patogenesitas Awal                   | Pasien                                                  |
| Tertiary           | Fase Lanjut (Pengobatan dan Rehabilitasi) | Pasien                                                  |

*Sumber : Boeglehole, 2023*

**Tabel 2.2.** Hubungan Kedudukan Perjalanan Penyakit, Tingkat Pencegahan dan Upaya Pencegahan

| Riwayat Penyakit | Tingkat Pencegahan                                        | Upaya Pencegahan                                                                  |
|------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Pre-patogenesis  | <i>Primordial prevention</i><br><i>Primary prevention</i> | Underlying condition<br>Health Promotion<br>Specific Pretection                   |
| Patogenesis      | <i>Secondary Prevention</i><br><i>Tertiary prevention</i> | Early diagnosis and<br>prompt treatment<br>Disability limitation<br>Rehablitation |

*Sumber : Boeglehole, 2023*

Pencegahan timbulnya penyakit dikenal dengan istilah 5 *Level Of Prevention Against Diseases.*, yang merupakan salah satu teori public health yang berkaitan dengan *Leavel dan Clark dalam bukunya Preventive Medicine For The Doctor In His Community.* Terdapat tingkatan dalam proses pencegahan terhadap timbulnya suatu penyakit. Kedua tingkatan utama tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut (Kosanke, 2019):

1. Fase sebelum sakit Fase pre-pathogenesis dengan tingkat pencegahan yang disebut pencegahan primer (primary

prevention). agent (kuman penyakit / penyebab), host (pejamu) dan environment (lingkungan) merupakan fase keseimbangan.

2. Fase pathogenesis merupakan fase saat proses sakit. Pencegahan sekunder (*secondary prevention*) dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*), merupakan 2 tingkatan dalam pencegahan. Fase ini dimulai dari pertama kali seorang terkena sakit atau penyakit yang pada akhirnya memiliki kemungkinan untuk sembuh atau mati.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, Eko & Anggraeni, Dewi. 2013. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Bustan, M.N. 2006. Pengantar Epidemiologi Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Bustan, M.N. 2007. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta
- Irmawan, M., Mandey, F. and Dali, S. (2018) 'Isolation, Identification, Characterization, And Toxicity Essay Of Non-polar Secondary Metabolite Fraction From *Ageratum conyzoides* L', *Indo. J. Chem. Res.*, 6(1), pp. 513–517. Available at: <https://doi.org/10.30598/v12>.
- Kosanke, R.M. (2019) 'Konsep Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit', pp. 5–18.
- Mead, C. (2002) 'The National Public Health Partnership.', *Communicable diseases intelligence*, 26(2), pp. 284–285.
- National Public Health Partnership (Australia), 2006, The Language of Prevention, National Public Health Partnership
- Noor, Nur Nasry. 2006. Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta: Rineka Cipta
- Noor, Nur Nasry. 2008. Epidemiologi. Jakarta: Rineka Cipta
- Notosoedirdjo & Latipun. 2005. Kesehatan Mental, Konsep, dan Penerapan. Jakarta: UMM Press
- R. Beaglehole. 2023. Buku Ajar Pengantar epidemiologi. NEM.
- Ryadi, A.L. Slamet & Wijayanti, T. 2014. Dasar-Dasar Epidemiologi Edisi ke-2. Jakarta: Salemba Medika



# **BAB 3**

## **ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN**

*Oleh Anom Dwi Prakoso*

### **3.1 Pendahuluan**

Analisis kebijakan kesehatan adalah pendekatan multidisiplin untuk memahami interaksi antara institusi dan kepentingan dalam konteks kebijakan publik, dengan fokus khusus pada kebijakan terkait kesehatan. Ini melibatkan pemeriksaan proses kebijakan, termasuk pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan, serta dampaknya terhadap hasil kesehatan. Analisis kebijakan kesehatan sangat penting untuk memahami hubungan kompleks antara kesehatan dan kebijakan publik, serta peran berbagai pemangku kepentingan dalam membentuk kebijakan kesehatan (Walt *et al.*, 2008; Suaib *et al.*, 2022).

Bidang analisis kebijakan kesehatan mencakup sejumlah pengetahuan lintas disiplin, termasuk ilmu politik, ekonomi, sosiologi, dan kesehatan masyarakat. Ini berkaitan dengan memahami faktor politik, ekonomi, dan sosial yang memengaruhi keputusan kebijakan kesehatan, serta implikasi kebijakan tersebut terhadap hasil kesehatan. Analisis kebijakan kesehatan juga berkaitan dengan mengevaluasi efektivitas kebijakan kesehatan, mengidentifikasi hambatan dalam implementasi yang berhasil, dan mengembangkan strategi untuk meningkatkan hasil kesehatan (Seavey, Aytur and McGrath, 2018).

Dalam melakukan analisis kebijakan kesehatan, para peneliti sering menggunakan sejumlah metode, termasuk tinjauan literatur, pemindaian lingkungan, dan analisis pemangku kepentingan. Mereka juga dapat menggunakan model ekonomi dan statistik untuk mengevaluasi kelayakan biaya dari berbagai opsi kebijakan dan untuk mengidentifikasi potensi pertukaran antara dampak kesehatan, kelayakan ekonomi, dan kelayakan politik (Wagenaar, 2015).

Secara keseluruhan, analisis kebijakan kesehatan adalah alat penting untuk memahami hubungan kompleks antara kesehatan dan kebijakan publik, serta untuk memberikan informasi dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan masyarakat. Hal ini terutama relevan di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, di mana lingkungan kebijakan kesehatan dapat sangat kompleks dan di mana ada kebutuhan untuk memastikan bahwa kebijakan kesehatan efektif, efisien, dan adil (Dachi, 2017).

### **3.1.1 Definisi Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan dapat didefinisikan sebagai keputusan, rencana, dan tindakan yang diambil untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu dalam suatu masyarakat. Ini mencakup berbagai kebijakan, termasuk yang terkait dengan kesehatan global, kesehatan masyarakat, kesehatan mental, layanan kesehatan, asuransi, perawatan kesehatan pribadi, farmasi, dan kebijakan terkait kesehatan masyarakat seperti vaksinasi, pengendalian tembakau, dan promosi menyusui. Kebijakan kesehatan juga mencakup tata kelola dan implementasi kebijakan terkait kesehatan, sering disebut sebagai tata kelola kesehatan, tata kelola sistem kesehatan, atau tata kelola layanan kesehatan (HPA, 2007; Massie, 2012)

Lingkup kebijakan kesehatan ditentukan oleh sistem politik dan ekonomi suatu negara, dan bisa terfragmentasi, bertahap, dan tidak komprehensif dalam budaya individualistik seperti Amerika Serikat, di mana sentimen pro-individu dan pro-pasar cenderung mendominasi. Kebijakan kesehatan dapat bersifat regulatif atau alokatif, dengan kebijakan regulatif digunakan untuk menetapkan dan mengendalikan perilaku kelompok target tertentu dengan memantau dan memberlakukan sanksi jika mereka gagal mematuhi. Contoh kebijakan regulatif meliputi larangan merokok di tempat umum, persyaratan lisensi untuk profesional medis, dan proses terkait persetujuan obat baru (HPA, 2007).

Dalam konteks kesehatan masyarakat, pengembangan kebijakan meliputi kemajuan dan implementasi hukum kesehatan masyarakat, regulasi, atau praktik sukarela yang mempengaruhi perkembangan sistem, perubahan organisasi, dan perilaku individu

untuk mempromosikan perbaikan kesehatan. Profesional kesehatan masyarakat memainkan peran penting dalam pengembangan kebijakan dengan melakukan penelitian yang relevan dengan kebijakan, menyampaikan temuan dengan cara yang memfasilitasi tindakan, mengembangkan kemitraan, dan mendorong penggunaan sumber daya secara efisien melalui promosi kebijakan berbasis ilmu pengetahuan (Suprpto dkk, 2023).

Secara keseluruhan, kebijakan kesehatan adalah aspek penting dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan dalam suatu masyarakat, dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk lembaga pemerintah, organisasi kesehatan, organisasi nirlaba, dan lembaga pendidikan.

### **3.1.2 Ruang lingkup dan pentingnya analisis kebijakan Kesehatan**

Lingkup dan pentingnya analisis kebijakan kesehatan sangat signifikan karena sifat yang kompleks dan multifaset dari kebijakan kesehatan serta dampaknya terhadap kesehatan masyarakat dan kesejahteraan. Analisis kebijakan kesehatan adalah bidang lintas disiplin yang mengambil dari berbagai disiplin ilmu, termasuk ilmu politik, ekonomi, sosiologi, dan kesehatan masyarakat, untuk memahami pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan (Seavey, Aytur and McGrath, 2018).

Menurut Seavey, Aytur and McGrath, (2018), analisis kebijakan kesehatan penting karena beberapa alasan:

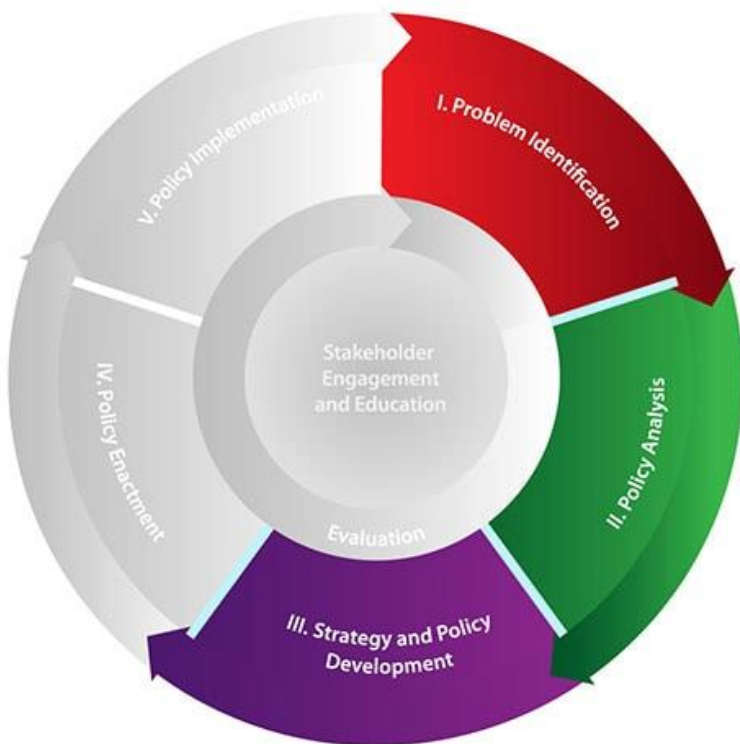
1. Memahami dampak kebijakan: Analisis kebijakan kesehatan membantu mendokumentasikan bagaimana kebijakan mencapai hasil yang diinginkan dalam konteks tertentu, mengidentifikasi hambatan dalam implementasi yang berhasil, dan membedakan berbagai hasil yang mungkin penting, termasuk konsekuensi tidak terduga dan dampak diferensial pada berbagai populasi.
2. Mengevaluasi opsi kebijakan: Melakukan analisis kebijakan memastikan proses sistematis untuk memilih opsi kebijakan yang mungkin terbaik berdasarkan dampak kesehatan, dampak ekonomi dan anggaran, dan kelayakan. Proses ini

membantu mengidentifikasi pertukaran dan membuat keputusan yang berbasis informasi.

3. Memprioritaskan pilihan kebijakan: Analisis kebijakan kesehatan menyediakan alat untuk membantu memprioritaskan pilihan kebijakan, termasuk kriteria khusus untuk mengevaluasi dampak kebijakan. Ini penting bagi pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan untuk membuat keputusan yang berbasis informasi tentang kebijakan mana yang akan diimplementasikan.
4. Kesehatan dalam Semua Kebijakan: Konsep "Kesehatan dalam Semua Kebijakan" menekankan perlunya memeriksa kebijakan untuk dampak kesehatannya di berbagai bidang kebijakan, termasuk kebijakan lingkungan, pendidikan, dan ekonomi.
5. Kebijakan Berbasis Bukti: Analisis kebijakan kesehatan membantu memastikan bahwa kebijakan didasarkan pada bukti terbaik yang tersedia dan tidak semata-mata didorong oleh pertimbangan politik. Ini penting untuk mempromosikan kebijakan kesehatan yang efektif, efisien, dan adil.

### **3.1.3 Kerangka kerja analisis kebijakan Kesehatan**

Analisis kebijakan kesehatan adalah proses pemeriksaan dan evaluasi kebijakan kesehatan untuk menentukan efektivitas, efisiensi, dan kelayakannya. Hal ini melibatkan pendekatan sistematis dan komprehensif untuk memahami kompleksitas kebijakan kesehatan dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).



**Gambar 3.1.** The Policy Analytical Framework (Domains I, II, III Of Cdc's Policy Process)

(Sumber : Centers for Disease Control and Prevention, Office of Policy, Performance, and Evaluation)

Menurut Centers for Disease Control and Prevention, (2013), kerangka kerja analisis kebijakan kesehatan biasanya mencakup langkah-langkah berikut:

1. Mendefinisikan masalah atau isu: Identifikasi isu atau permasalahan kesehatan spesifik yang ingin diatasi oleh kebijakan tersebut.
2. Kumpulkan bukti: Kumpulkan data dan informasi mengenai permasalahan, termasuk beban, frekuensi, tingkat keparahan, dan ruang lingkup permasalahan.
3. Identifikasi dan jelaskan pilihan kebijakan: Teliti potensi solusi kebijakan dan potensi dampaknya terhadap hasil kesehatan.

4. Mengevaluasi alternatif kebijakan: Bandingkan efektivitas, efisiensi, dan kelayakan berbagai pilihan kebijakan dan memprioritaskannya berdasarkan kriteria seperti dampak kesehatan, kelayakan ekonomi, dan kelayakan politik.
5. Mengembangkan strategi untuk melanjutkan adopsi: Setelah solusi kebijakan diprioritaskan, kembangkan rencana untuk menerapkan dan mempromosikan kebijakan tersebut.

### **3.2 Pemahaman Masalah Kesehatan**

Indonesia menghadapi beberapa tantangan kesehatan utama, termasuk penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, penyakit tidak menular, masalah kesehatan lingkungan, akses terhadap layanan kesehatan, kesehatan mental, dan ancaman kesehatan yang muncul. Tantangan-tantangan ini memerlukan pendekatan multi-sektoral yang komprehensif yang melibatkan lembaga pemerintah, penyedia layanan kesehatan, organisasi non-pemerintah, masyarakat, dan pemangku kepentingan lainnya (R Hapsara Habib Rachmat, 2018).

Penyakit menular seperti demam berdarah, malaria, tuberkulosis, dan HIV/AIDS menimbulkan tantangan kesehatan masyarakat yang signifikan dan memerlukan upaya berkelanjutan dalam pencegahan, diagnosis, dan pengobatan. Kesehatan ibu dan anak masih menjadi perhatian dengan tingginya angka kematian ibu, kematian bayi, dan gizi buruk. Akses terhadap layanan prenatal, bidan terlatih, dan nutrisi yang tepat sangat penting untuk meningkatkan indikator-indikator ini (Noer *et al.*, 2021).

Penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, dan kanker semakin banyak terjadi dan memerlukan strategi pencegahan dan penanganan. Tantangan kesehatan lingkungan seperti polusi udara, polusi air, dan penggundulan hutan dapat berdampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat dan memerlukan upaya terkoordinasi dalam perlindungan lingkungan dan intervensi kesehatan masyarakat (Noer *et al.*, 2021).

Akses terhadap layanan kesehatan tidak merata di berbagai wilayah dan demografi, dengan adanya kesenjangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan serta antar kelompok sosial ekonomi yang

berbeda. Meningkatkan infrastruktur layanan kesehatan, memperluas cakupan layanan kesehatan, dan mengatasi hambatan akses merupakan hal yang sangat penting untuk memastikan pemberian layanan kesehatan yang adil (Noer *et al.*, 2021).

Masalah kesehatan mental semakin diakui sebagai masalah kesehatan yang signifikan di Indonesia. Stigma seputar penyakit mental, kurangnya tenaga profesional di bidang kesehatan mental, dan terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan mental menimbulkan tantangan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan mental secara efektif (Noer *et al.*, 2021).

Ancaman kesehatan yang muncul seperti wabah penyakit menular baru dan potensi dampak perubahan iklim terhadap kesehatan masyarakat memerlukan mekanisme kesiapsiagaan, pengawasan, dan respons untuk memitigasi ancaman ini (Noer *et al.*, 2021).

Memperkuat infrastruktur layanan kesehatan dan meningkatkan jumlah tenaga profesional layanan kesehatan, khususnya di daerah terpencil dan kurang terlayani, sangat penting untuk meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi kesenjangan. Investasi pada infrastruktur kesehatan, pendidikan, penelitian, dan tindakan pencegahan sangat penting untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia (Noer *et al.*, 2021).

### **3.2.1 Identifikasi dan pemahaman masalah kesehatan Masyarakat**

Identifikasi dan pemahaman masalah kesehatan masyarakat melibatkan beberapa langkah, termasuk identifikasi masalah, menentukan akar penyebab, dan mengembangkan pernyataan masalah. Identifikasi masalah melibatkan pengumpulan informasi tentang masalah, menggabungkan penelitian yang sudah ada dan informasi dari pemangku kepentingan, serta melakukan survei di komunitas jika diperlukan. Akar penyebab masalah harus diidentifikasi, dan pernyataan masalah harus mencakup siapa yang terpengaruh, tingkat keparahan masalah, hasil dan dampaknya, serta faktor-faktor yang berkontribusi (Adiputra *et al.*, 2021).

Epidemiologi memainkan peran penting dalam mengidentifikasi sumber masalah kesehatan masyarakat dan memberikan informasi untuk pembuatan kebijakan. Peneliti, pembuat kebijakan, dan praktisi menggunakan ukuran epidemiologis seperti morbiditas dan mortalitas, tahun potensi kehidupan yang hilang, dan tahun hidup disesuaikan dengan disabilitas untuk menunjukkan prioritas kesehatan masyarakat (Adiputra *et al.*, 2021; Burris *et al.*, 2018).

Para profesional kesehatan masyarakat memerlukan bukti dari penelitian untuk mengembangkan strategi pencegahan dan metode intervensi yang komprehensif. Penelitian juga dapat mengidentifikasi penyebab masalah kesehatan mental, memberikan informasi kepada para profesional kesehatan masyarakat dalam advokasi kebijakan, pencegahan, dan pengobatan (Adiputra *et al.*, 2021; Tulane University, 2021).

Kesehatan masyarakat berfokus pada peningkatan kesehatan keseluruhan sekelompok orang dengan meningkatkan kesehatan individu melalui berbagai cara, termasuk pencegahan penyakit, skrining penyakit, dan pengobatan penyakit. Pekerjaan kesehatan masyarakat termasuk memantau dan memodifikasi lingkungan, sosial, ekonomi, dan politik untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Adiputra *et al.*, 2021; Kopac, 2020).

Sepuluh fungsi pokok kesehatan masyarakat termasuk memantau status kesehatan, mendiagnosis dan menyelidiki ancaman kesehatan, memberikan informasi, pendidikan, dan pemberdayaan individu dan komunitas, memobilisasi kemitraan komunitas, mengembangkan kebijakan dan rencana, menegakkan hukum dan peraturan, menghubungkan orang dengan layanan yang dibutuhkan, menjamin tenaga kerja yang kompeten, mengevaluasi layanan kesehatan, dan penelitian (Adiputra *et al.*, 2021; Kopac, 2020).

Masalah dan kekhawatiran kesehatan masyarakat umum meliputi kualitas lingkungan, sanitasi, perubahan iklim, kesetaraan kesehatan, reformasi kesehatan, akses ke layanan kesehatan, penggunaan dan paparan tembakau, kesehatan mental, cedera dan kekerasan, aktivitas fisik, nutrisi, obesitas, dan vaksinasi (Adiputra *et al.*, 2021; Kopac, 2020).

### **3.2.2 Pengumpulan data dan informasi terkait masalah Kesehatan**

Mengumpulkan data dan informasi terkait masalah kesehatan melibatkan beberapa langkah, termasuk mengidentifikasi masalah, menentukan akar penyebab, dan mengembangkan pernyataan masalah. Proses ini dapat difasilitasi oleh berbagai alat dan sumber daya, seperti alat pengumpulan dan analisis data yang disediakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yang membantu memantau status kesehatan, tren, kemajuan, dan kinerja sistem kesehatan. Alat-alat ini termasuk Survei Kesehatan Dunia Plus (WHS+), yang menyediakan data penting untuk pengambilan keputusan yang berbasis informasi, dan modul penilaian fasilitas kesehatan yang diselaraskan (HHFA), yang menilai kualitas layanan kesehatan (Adiputra *et al.*, 2021).

Dalam konteks Amerika Serikat, entitas dalam sistem perawatan kesehatan menghadapi tantangan ketika mengumpulkan data ras, etnis, dan bahasa dari pasien, peserta, anggota, dan responden. Untuk meningkatkan proses pengumpulan data, penting untuk menstandarisasi komponen-komponen khusus dari pengumpulan data dalam setiap organisasi, melatih staf, dan mengatasi isu-isu tingkat sistem seperti perubahan dalam layar pendaftaran pasien dan aliran data (Adiputra *et al.*, 2021).

Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) menyediakan sumber daya untuk identifikasi masalah, yang melibatkan menentukan akar penyebab masalah kesehatan masyarakat dan menulis pernyataan masalah. Proses ini mencakup pengumpulan informasi dari penelitian yang sudah ada dan para pemangku kepentingan, dan jika perlu, melakukan survei di komunitas untuk mengidentifikasi penyebab sebenarnya dari masalah tersebut (Adiputra *et al.*, 2021).

Secara ringkas, mengumpulkan data dan informasi terkait masalah kesehatan melibatkan kombinasi alat, sumber daya, dan proses untuk mengidentifikasi masalah, menentukan akar penyebabnya, dan mengembangkan pernyataan masalah. Informasi ini kemudian dapat digunakan untuk menginformasikan keputusan kebijakan dan membimbing intervensi untuk mengatasi isu kesehatan.

### **3.2.3 Penggunaan data untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan**

Penggunaan data untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan merupakan langkah kunci dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang efektif. Berikut adalah beberapa cara penggunaan data untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan:

1. Analisis epidemiologi

Menggunakan data epidemiologi untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak dalam populasi, seperti penyakit menular, penyakit kronis, atau masalah kesehatan lingkungan. Data ini mencakup informasi tentang prevalensi penyakit, faktor risiko, dan distribusi geografis (Siswanto, 2022).

2. Tinjauan literatur

Melakukan tinjauan literatur ilmiah untuk memahami tren kesehatan global dan lokal, serta untuk mengetahui bukti-bukti tentang efektivitas intervensi kesehatan yang berbeda. Tinjauan literatur dapat memberikan wawasan tentang isu-isu kesehatan yang berkembang dan upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menanggulangnya (Ar Rasyid *et al.*, 2023).

3. Data survei kesehatan

Menggunakan data dari survei kesehatan populasi untuk memahami kebutuhan kesehatan yang mendasar dan preferensi masyarakat terkait layanan kesehatan. Survei kesehatan dapat memberikan informasi tentang pola perilaku kesehatan, aksesibilitas layanan kesehatan, dan tingkat kepuasan pengguna (Putri *et al.*, 2023).

4. Analisis data kesehatan elektronik

Menganalisis data kesehatan elektronik dari catatan medis dan sistem informasi kesehatan untuk mengidentifikasi tren penyakit, pola penggunaan layanan kesehatan, dan perbedaan dalam hasil kesehatan antara kelompok populasi yang berbeda (Pongtambing, Sampetoding and Manapa, 2023).

5. Konsultasi dengan pemangku kepentingan

Melibatkan pemangku kepentingan, termasuk masyarakat lokal, lembaga kesehatan, organisasi non-pemerintah, dan pemerintah, dalam proses pengidentifikasian prioritas

kesehatan. Konsultasi ini dapat memberikan wawasan tentang isu-isu kesehatan yang paling penting dan mendesak menurut perspektif mereka (Zein and Septiani, 2023).

Dengan menggabungkan data dari berbagai sumber tersebut, pembuat kebijakan kesehatan dapat membuat keputusan yang terinformasi tentang alokasi sumber daya dan pengembangan intervensi kesehatan yang paling efektif untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

### **3.3 Teori Kebijakan Kesehatan**

Teori kebijakan kesehatan adalah kerangka konseptual yang digunakan untuk memahami bagaimana kebijakan kesehatan dibuat, diimplementasikan, dan dievaluasi. Ini melibatkan studi tentang berbagai aspek, mulai dari faktor sosial, politik, ekonomi, hingga psikologis yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam konteks kesehatan. Pentingnya teori kebijakan kesehatan sangatlah jelas. Tanpa pemahaman yang baik tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pembuatan kebijakan kesehatan, sulit bagi para pembuat kebijakan untuk merancang kebijakan yang efektif dan berkelanjutan. Dengan memahami teori-teori ini, para pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi tantangan, peluang, dan solusi yang dapat membantu meningkatkan kesehatan masyarakat (Massie, 2012).

#### **3.3.1 Review teori-teori kebijakan Kesehatan**

Menurut Buse *et al.*, (2023), Terdapat beberapa teori utama yang digunakan dalam studi kebijakan kesehatan, serta implikasinya dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.

##### **1. Model Keputusan Kesehatan**

Model ini memahami perilaku kesehatan individu sebagai hasil dari proses pengambilan keputusan rasional. Faktor-faktor seperti pengetahuan, persepsi risiko, dan norma sosial dipertimbangkan dalam proses pengambilan keputusan tentang kesehatan. Dengan memahami model ini, pembuat kebijakan dapat merancang intervensi yang lebih tepat untuk mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat.

## 2. Teori Sosial

Teori sosial menekankan peran struktur sosial dan interaksi sosial dalam membentuk perilaku kesehatan. Hal ini meliputi norma sosial, dukungan sosial, dan faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi pilihan kesehatan individu. Dengan memahami teori ini, pembuat kebijakan dapat merancang kebijakan yang lebih efektif dengan memperhitungkan konteks sosial dan budaya masyarakat.

## 3. Teori Kebijakan Publik

Teori ini mengkaji proses pembuatan kebijakan kesehatan, termasuk langkah-langkah seperti agenda setting, pembentukan kebijakan, implementasi, dan evaluasi. Memahami teori kebijakan publik membantu pembuat kebijakan dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan kesehatan.

## 4. Teori Sistem

Teori ini melihat kesehatan sebagai hasil dari interaksi kompleks antara berbagai bagian dalam sistem kesehatan. Hal ini termasuk aspek-aspek seperti aksesibilitas layanan kesehatan, organisasi sistem kesehatan, dan faktor eksternal yang mempengaruhi sistem tersebut. Dengan memahami teori ini, pembuat kebijakan dapat merancang intervensi yang memperbaiki sistem kesehatan secara keseluruhan.

### 3.3.2 Penerapan Teori Kebijakan Kesehatan

*Penerapan Teori Kebijakan Kesehatan dalam Konteks Penanganan Covid-19 di Indonesia - (Analisis Studi Kasus dan Implikasinya)*

Pandemi Covid-19 telah menjadi ujian besar bagi sistem kesehatan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Dalam konteks penanganan Covid-19, penerapan teori kebijakan kesehatan sangatlah penting untuk merumuskan kebijakan yang efektif dalam memitigasi penyebaran virus dan melindungi kesehatan masyarakat. Melalui studi kasus penanganan Covid-19 di Indonesia, kita dapat mengidentifikasi penerapan teori-teori kebijakan kesehatan dan implikasinya. Berikut adalah analisisnya:

1. Agenda Setting

Agenda setting merupakan tahap awal dalam pembuatan kebijakan. Di Indonesia, penanganan Covid-19 menjadi salah satu prioritas utama pemerintah sejak awal pandemi. Agenda ini dipengaruhi oleh peningkatan kasus Covid-19, tekanan publik, serta rekomendasi dari pakar kesehatan dan lembaga internasional seperti WHO. Penerapan teori ini memastikan bahwa penanganan Covid-19 mendapatkan perhatian yang cukup dari pemerintah dan menjadi fokus utama dalam pembuatan kebijakan kesehatan.

2. Implementasi Kebijakan

Penerapan kebijakan kesehatan dalam penanganan Covid-19 di Indonesia melibatkan berbagai langkah, termasuk pembatasan sosial, penerapan protokol kesehatan, dan program vaksinasi massal. Implementasi ini dipengaruhi oleh teori sistem, di mana berbagai faktor seperti kapasitas layanan kesehatan, aksesibilitas, dan koordinasi antar-lembaga menjadi kunci keberhasilan. Namun, terdapat tantangan dalam konsistensi implementasi kebijakan di seluruh wilayah Indonesia yang luas dan beragam.

3. Evaluasi dan Pembelajaran

Evaluasi kebijakan merupakan langkah penting untuk memahami efektivitas intervensi yang dilakukan dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Dalam penanganan Covid-19, evaluasi terhadap kebijakan dan program yang telah dilaksanakan dapat membantu dalam memperbaiki respons pemerintah terhadap pandemi. Penerapan teori evaluasi kebijakan memungkinkan pemerintah untuk belajar dari pengalaman dan meningkatkan strategi penanganan pandemi di masa mendatang.

4. Implikasi dan Kesimpulan

Penerapan teori kebijakan kesehatan dalam penanganan Covid-19 di Indonesia memberikan pemahaman yang lebih baik tentang kompleksitas pembuatan kebijakan dan implementasinya. Implikasinya adalah pentingnya mempertimbangkan berbagai faktor, seperti agenda setting, implementasi, dan evaluasi, dalam merumuskan strategi

penanganan pandemi. Selain itu, pembelajaran dari pengalaman ini dapat digunakan untuk memperkuat sistem kesehatan dan mempersiapkan respons yang lebih efektif dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat di masa depan.

### **3.4 Metode Analisis Kebijakan Kesehatan**

#### **3.4.1 Pengenalan metode analisis kebijakan Kesehatan**

Metode analisis kebijakan kesehatan sebagai pendekatan sistematis untuk memahami dan meningkatkan kebijakan kesehatan. Analisis kebijakan kesehatan merupakan proses yang sistematis untuk memahami, mengevaluasi, dan meningkatkan kebijakan yang berdampak pada kesehatan masyarakat (Heryana, 2020).

Heryana, (2020), menyatakan berbagai metode analisis digunakan untuk menyelidiki kompleksitas kebijakan kesehatan dan implikasinya. Berikut adalah beberapa metode yang umum digunakan dalam analisis kebijakan kesehatan:

##### **1. Analisis Kebijakan**

Analisis kebijakan melibatkan penelusuran asal muasal kebijakan, pemahaman konteks politik dan sosial di mana kebijakan dibuat, serta evaluasi dampak kebijakan tersebut terhadap kesehatan masyarakat. Ini melibatkan pemetaan aktor-aktor yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan, identifikasi kepentingan yang saling bertentangan, dan mengevaluasi alternatif kebijakan.

##### **2. Analisis Biaya-Manfaat**

Analisis biaya-manfaat digunakan untuk mengevaluasi efisiensi kebijakan kesehatan dengan membandingkan biaya langsung dan tidak langsung dari kebijakan tersebut dengan manfaat kesehatan yang dihasilkan. Ini membantu pembuat kebijakan untuk memprioritaskan alokasi sumber daya dengan memilih kebijakan yang memberikan manfaat terbesar relatif terhadap biaya yang dikeluarkan.

##### **3. Analisis Kesehatan Masyarakat**

Analisis kesehatan masyarakat melibatkan pengumpulan dan analisis data epidemiologi, sosial, dan ekonomi untuk

- memahami masalah kesehatan masyarakat, determinan kesehatan, serta dampak dari kebijakan kesehatan yang ada. Ini membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan kesehatan masyarakat yang mendesak dan merumuskan strategi intervensi yang efektif.
4. Analisis Kebijakan Komparatif  
Analisis kebijakan komparatif membandingkan kebijakan kesehatan dari berbagai negara atau wilayah untuk mengidentifikasi praktik terbaik, tren, dan pembelajaran lintas-batas. Ini membantu pembuat kebijakan untuk mengadopsi strategi yang terbukti berhasil dari negara lain dan menerapkannya dalam konteks lokal mereka.
  5. Analisis Pengaruh  
Analisis pengaruh mengidentifikasi dan mengevaluasi kekuatan dan hubungan antara berbagai faktor yang mempengaruhi pembuatan kebijakan kesehatan, termasuk kekuatan politik, kepentingan ekonomi, dan opini publik. Ini membantu dalam memahami dinamika politik yang membentuk kebijakan kesehatan dan merencanakan strategi advokasi yang efektif.

Metode analisis kebijakan kesehatan memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk menyelidiki, mengevaluasi, dan meningkatkan kebijakan kesehatan. Dengan memanfaatkan berbagai metode ini, pembuat kebijakan dapat membuat keputusan yang terinformasi, merumuskan kebijakan yang lebih efektif, dan menghasilkan dampak yang positif bagi kesehatan masyarakat.

### **3.4.2 Studi kasus: penerapan metode analisis pada kebijakan kesehatan era Covid-19 di Indonesia**

Analisis kebijakan kesehatan adalah proses sistematis yang melibatkan pengumpulan, analisis, dan interpretasi informasi untuk mendukung pengambilan keputusan yang efektif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam konteks kebijakan kesehatan, analisis kebijakan dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan pendekatan, seperti analisis batasan, analisis klasifikasional, analisis hierarki, sinektika, brainstorming, analisis

perspektif berganda, analisis asumsional, dan pemetaan argumentas (Ayuningtyas, 2018).

Dalam era Covid-19, analisis kebijakan kesehatan di Indonesia telah menjadi sangat penting untuk menghadapi pandemi global ini. Berbagai metode analisis telah digunakan untuk memahami dan mengantisipasi penyebaran Covid-19 di Indonesia. Dalam penelitian ini, beberapa contoh penerapan metode analisis pada kebijakan kesehatan era Covid-19 di Indonesia akan dibahas.

### **1. Analisis Sentimen Masyarakat Indonesia terhadap Covid-19**

Penelitian ini menggunakan metode Naïve Bayes untuk menganalisis data Covid-19 pada Twitter dan mengetahui tingkat akurasi hasil analisis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode Naïve Bayes dapat membantu dalam mengetahui tingkat akurasi hasil analisis sentimen masyarakat Indonesia terhadap Covid-19. Dengan menggunakan metode Naïve Bayes, penelitian ini dapat mengetahui bagaimana masyarakat Indonesia berperilaku terhadap Covid-19 dan bagaimana kebijakan kesehatan dapat disesuaikan dengan perilaku tersebut (Permatasari, 2021).

### **2. Model Analisis Kasus Covid-19 di Indonesia Menggunakan Algoritma Regresi Linier dan Random Forest**

Penelitian ini menggunakan metode linier regression dan random forest untuk menganalisis data Covid-19 di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode linier regression memiliki tingkat akurasi 99,7% dengan nilai RMSE (Root Mean Squared Error) 26,19, sedangkan metode random forest memiliki tingkat akurasi 98,4%. Dengan menggunakan metode ini, penelitian ini dapat menganalisis data Covid-19 di Indonesia dan memprediksi penyebaran Covid-19 di masa depan (Hidayanti *et al.*, 2022).

### **3. Penerapan Metode K-Means dalam Mengelompokkan Tingkat Penyebaran Covid-19 di Indonesia**

Penelitian ini menggunakan metode K-Means untuk mengelompokkan data Covid-19 di Indonesia berdasarkan tingkat penyebaran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa

metode K-Means dapat membantu dalam menentukan tingkat penyebaran Covid-19 di Indonesia. Dengan menggunakan metode K-Means, penelitian ini dapat mengelompokkan data Covid-19 di Indonesia berdasarkan tingkat penyebaran dan memprediksi penyebaran Covid-19 di masa depan (Sunardi, 2021).

#### **4. Analisa Visualisasi Data Covid-19 di Indonesia Menggunakan Tableau**

Penelitian ini menggunakan metode analisis visualisasi data dengan Tableau untuk menganalisis data Covid-19 di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa analisis visualisasi data dapat membantu dalam mengoptimalkan penyebaran Covid-19 di Indonesia. Dengan menggunakan Tableau, penelitian ini dapat menghasilkan visualisasi data yang lebih mudah dipahami dan membantu dalam pengambilan keputusan (Pangestu *et al.*, 2023).

#### **5. Visualisasi dan Analisa Data Penyebaran Covid-19 dengan Metode Klasifikasi Naïve Bayes**

Penelitian ini menggunakan metode klasifikasi Naïve Bayes untuk menganalisis data penyebaran Covid-19 di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode Naïve Bayes dapat membantu dalam menentukan status Covid-19 di suatu wilayah. Dengan menggunakan metode Naïve Bayes, penelitian ini dapat mengklasifikasikan data penyebaran Covid-19 di Indonesia dan memprediksi penyebaran Covid-19 di masa depan (Ikbal, Andryana and Sari, 2021).

### **3.5 Proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan**

Proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan melibatkan serangkaian langkah yang terstruktur untuk menganalisis, merumuskan, dan mengevaluasi kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Massie, 2012; Ayuningtyas, 2018).

### **3.5.1 Tahapan proses pengambilan keputusan kebijakan Kesehatan**

Berikut adalah langkah-langkah yang umum dilakukan dalam proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan (Massie, 2012; Ayuningtyas, 2018):

1. **Identifikasi Masalah**  
Identifikasi masalah kesehatan yang perlu diatasi dan dianalisis. Masalah ini dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk data epidemiologi, survei masyarakat, dan informasi dari berbagai sumber lainnya.
2. **Pengumpulan Data**  
Pengumpulan data yang relevan dan akurat untuk mengidentifikasi masalah dan menganalisisnya. Data ini dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk survei, penelitian, dan data administratif.
3. **Analisis Data**  
Analisis data untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan dan menentukan prioritas kebijakan. Analisis ini dapat melibatkan statistik, epidemiologi, dan analisis.
4. **Pengembangan Kebijakan**  
Pengembangan kebijakan yang berbasis pada analisis data dan prioritas kebijakan. Kebijakan ini dapat berupa peraturan, keputusan, atau strategi yang ditetapkan oleh pemerintah atau organisasi lainnya.
5. **Implementasi Kebijakan**  
Implementasi kebijakan yang telah ditetapkan. Implementasi ini melibatkan berbagai aktor, termasuk pemerintah, organisasi, dan masyarakat, serta memerlukan sumber daya dan infrastruktur yang memadai.
6. **Evaluasi Kebijakan**  
Evaluasi kebijakan yang telah diimplementasikan untuk mengetahui efektivitas dan dampaknya terhadap masalah kesehatan. Evaluasi ini dapat melibatkan analisis data, survei, dan penelitian.

### **3.5.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan Keputusan**

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan melibatkan (Massie, 2012; Ayuningtyas, 2018):

1. *Stakeholder Engagement*

Penglibatan stakeholder, termasuk masyarakat, organisasi, dan pemerintah, dalam proses pengambilan keputusan kebijakan. Stakeholder ini dapat memberikan input dan saran yang relevan untuk kebijakan yang efektif.

2. *Research and Evidence*

Penggunaan penelitian dan bukti yang valid dan terpercaya dalam pengambilan keputusan kebijakan. Penelitian ini dapat membantu menentukan prioritas kebijakan dan mengembangkan kebijakan yang efektif.

3. Desentralisasi

Desentralisasi yang memungkinkan pemerintah daerah untuk mengambil keputusan kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan daerahnya. Desentralisasi ini dapat meningkatkan akuntabilitas dan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan kebijakan.

4. Komitment Kepala Daerah

Komitment Kepala Daerah yang penting dalam mengarahkan, mengontrol, dan mengevaluasi implementasi kebijakan kesehatan. Komitment ini dapat membantu meningkatkan efektivitas desentralisasi dan partisipasi masyarakat.

5. *Public Private Partnership*

Kemitraan antara pemerintah dan swasta yang dapat membantu meningkatkan efektivitas implementasi kebijakan kesehatan. Kemitraan ini dapat membantu meningkatkan sumber daya dan infrastruktur yang memadai.

### **3.5.3 Peran pemangku kepentingan dalam proses pengambilan Keputusan**

Pemangku kepentingan memiliki peran yang sangat signifikan dalam proses pengambilan keputusan, terutama dalam bidang kesehatan. Mereka dapat mempengaruhi keputusan,

membentuk kebijakan, dan menciptakan lingkungan yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka yang terlibat dalam sektor tersebut. Dalam konteks kesehatan, pemangku kepentingan dapat meliputi individu dan kelompok yang memiliki kepentingan dalam sistem kesehatan, seperti pelanggan, organisasi yang mewakili pasien, dan lain-lain. Mereka dapat mempengaruhi keputusan yang diambil dalam sistem kesehatan, seperti dalam pengembangan kebijakan kesehatan, pengelolaan sumber daya, dan pengembangan layanan kesehatan (Kusumatantya, 2013).

Pemangku kepentingan juga dapat berperan dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan. Mereka dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan. Dalam beberapa kasus, pemangku kepentingan dapat juga berperan dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat, seperti dalam pengembangan program kesehatan yang lebih efektif dan efisien. Dalam sintesis, peran pemangku kepentingan dalam proses pengambilan keputusan kesehatan sangat penting untuk memastikan manajemen dan keterlibatan pemangku kepentingan yang efektif. Mereka dapat membantu meningkatkan keterlibatan masyarakat, meningkatkan kesadaran kesehatan, dan mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat (Kusumatantya, 2013).

### **3.6 Evaluasi Kebijakan Kesehatan**

Evaluasi kebijakan kesehatan merupakan proses sistematis untuk mengevaluasi efektivitas, efisiensi, dan dampak kebijakan kesehatan yang diterapkan dalam sistem kesehatan. Tujuan evaluasi kebijakan kesehatan adalah untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut sesuai dengan tujuan dan sasaran yang ditetapkan, serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan hasil kesehatan masyarakat (Ayuningtyas, 2018; Suaib *et al.*, 2022).

#### **3.6.1 Konsep dasar evaluasi kebijakan Kesehatan**

Dalam evaluasi kebijakan kesehatan, beberapa metode digunakan, termasuk monitoring dan evaluasi yang dilakukan

secara bersamaan menggunakan metode realist evaluation. Realist evaluation memfokuskan pada analisis konteks, mekanisme, dan hasil dari kebijakan, serta bagaimana mereka berinteraksi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan kesehatan menggunakan realist evaluation dapat memberikan gambaran yang lebih akurat tentang bagaimana kebijakan kesehatan berfungsi dalam situasi yang kompleks dan dinamis (Annisa, 2019; Suaib *et al.*, 2022)

Evaluasi kebijakan kesehatan juga melibatkan tiga tahap, yaitu evaluasi awal, evaluasi dalam proses pelaksanaan, dan evaluasi akhir. Evaluasi awal dilakukan sebelum kebijakan diterapkan untuk menilai keefektifan dan keefisiensinya. Evaluasi dalam proses pelaksanaan dilakukan secara kontinu untuk mengawasi pelaksanaan kebijakan dan mengetahui bagaimana kebijakan tersebut berjalan. Evaluasi akhir dilakukan setelah kebijakan selesai diterapkan untuk menilai dampak dan hasilnya (Ayuningtyas, 2018; Suaib *et al.*, 2022).

Dalam beberapa contoh, evaluasi kebijakan kesehatan telah digunakan untuk mengevaluasi program kesehatan seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Evaluasi JKN menggunakan metode realist evaluation untuk memahami bagaimana kebijakan tersebut berfungsi dalam meningkatkan akses masyarakat berpenghasilan rendah ke layanan kesehatan. Hasil evaluasi dapat membantu dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan efisien di masa depan.

### **3.6.2 Metode evaluasi kebijakan Kesehatan**

Menurut Ayuningtyas, (2018), metode evaluasi kebijakan kesehatan beragam dan dipilih berdasarkan tujuan evaluasi, jenis data yang tersedia, serta konteks kebijakan yang dievaluasi. Berikut adalah beberapa metode utama yang sering digunakan dalam evaluasi kebijakan kesehatan :

1. Studi Eksperimental

*Randomized Controlled Trials (RCTs)*: Peserta dibagi secara acak ke dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk menilai efek dari kebijakan atau program kesehatan tertentu.

RCTs dianggap sebagai standar emas dalam evaluasi karena kemampuannya untuk mengurangi bias.

2. Studi Kuasi-Eksperimental

*Studi Sebelum-Sesudah (Pre-Post Studies)*: Mengukur indikator tertentu sebelum dan sesudah penerapan kebijakan untuk menilai perubahan yang terjadi. Metode ini berguna ketika RCT tidak praktis.

*Desain Interrupted Time Series (ITS)*: Mengamati tren data selama periode waktu yang lama sebelum dan sesudah intervensi untuk mendeteksi perubahan yang mungkin disebabkan oleh kebijakan.

*Matching Methods (Propensity Score Matching)*: Membandingkan kelompok yang menerima intervensi dengan kelompok kontrol yang serupa dalam hal karakteristik tertentu untuk mengurangi bias seleksi.

3. Studi Observasional

a. *Cohort Studies*: Mengikuti sekelompok individu yang terkena dampak kebijakan dari waktu ke waktu dan membandingkan hasil mereka dengan kelompok yang tidak terkena dampak.

b. *Case-Control Studies*: Membandingkan individu yang mengalami hasil tertentu (misalnya, penyakit) dengan mereka yang tidak, untuk melihat apakah ada perbedaan dalam paparan kebijakan.

4. Analisis Ekonomi

a. *Analisis Biaya-Manfaat (Cost-Benefit Analysis)*: Membandingkan total biaya dari kebijakan dengan total manfaat ekonomi yang dihasilkannya untuk menentukan nilai bersih dari kebijakan tersebut.

b. *Analisis Biaya-Efektivitas (Cost-Effectiveness Analysis)*: Menilai biaya relatif terhadap hasil kesehatan (misalnya, biaya per tahun hidup yang disesuaikan dengan kualitas atau QALY) untuk menentukan efisiensi dari kebijakan.

5. Metode Kualitatif

a. *Wawancara Mendalam*: Mengumpulkan data naratif dari pemangku kepentingan untuk memahami persepsi,

pengalaman, dan dampak kebijakan dari sudut pandang mereka.

- b. *Focus Group Discussions* (FGDs): Diskusi kelompok terarah dengan berbagai pemangku kepentingan untuk mendapatkan wawasan yang mendalam tentang dampak kebijakan.
  - c. Studi Kasus: Penelitian mendalam tentang satu atau beberapa contoh penerapan kebijakan untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan.
6. Analisis Kebijakan
- a. Dokumentasi dan Analisis Konten: Mengkaji dokumen kebijakan, laporan, dan materi komunikasi untuk memahami tujuan, implementasi, dan hasil dari kebijakan.
  - b. Evaluasi Program Berbasis Teori: Menggunakan kerangka teoritis untuk mengevaluasi bagaimana dan mengapa kebijakan menghasilkan efek tertentu.
7. Metode Campuran (*Mixed Methods*):
- a. Mengombinasikan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif tentang dampak kebijakan. Misalnya, menggunakan survei untuk mengumpulkan data kuantitatif dan wawancara mendalam untuk data kualitatif.
  - b. Pemilihan metode evaluasi tergantung pada berbagai faktor, termasuk tujuan evaluasi, sumber daya yang tersedia, serta ketersediaan dan jenis data yang dapat diakses. Pendekatan yang holistik dan triangulasi dari beberapa metode seringkali memberikan hasil yang paling bermanfaat dan dapat diandalkan dalam evaluasi kebijakan kesehatan.

### **3.6.3 Implementasi evaluasi dalam skenario kebijakan kesehatan**

Implementasi evaluasi dalam skenario kebijakan kesehatan melibatkan beberapa tahapan kunci yang harus diikuti secara sistematis untuk memastikan bahwa evaluasi memberikan hasil yang valid, relevan, dan bermanfaat. Menurut Akbar, (2018) dan Hajaroh, (2019) langkah-langkah dalam mengimplementasikan evaluasi kebijakan kesehatan:

1. Perencanaan Evaluasi
  - a. Identifikasi Tujuan dan Sasaran Evaluasi  
Tentukan apa yang ingin dicapai dengan evaluasi. Misalnya, apakah tujuannya untuk menilai efektivitas, efisiensi, dampak, atau implementasi kebijakan.
  - b. Pemangku Kepentingan dan Tim Evaluasi  
Identifikasi dan libatkan semua pemangku kepentingan yang relevan, seperti pembuat kebijakan, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat. Bentuk tim evaluasi yang terdiri dari ahli dalam bidang kesehatan, statistik, ekonomi, dan metode penelitian.
2. Pengembangan Desain Evaluasi
  - a. Pilihan Metode Evaluasi  
Pilih metode yang paling sesuai dengan tujuan evaluasi. Misalnya, menggunakan RCT untuk mengukur efektivitas, atau analisis biaya-efektivitas untuk menilai efisiensi.
  - b. Definisi Indikator Kinerja  
Tentukan indikator kinerja yang akan digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Indikator ini harus spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART).
3. Pengumpulan Data
  - a. Sumber Data  
Identifikasi sumber data yang akan digunakan, seperti data rumah sakit, survei kesehatan, catatan medis, dan wawancara.

- b. Metode Pengumpulan Data  
Gunakan metode yang sesuai untuk mengumpulkan data, seperti survei, wawancara, focus group discussion, atau pengamatan lapangan.
- 4. Analisis Data
  - a. Proses Analisis  
Terapkan teknik analisis yang sesuai untuk data yang telah dikumpulkan. Misalnya, analisis statistik untuk data kuantitatif atau analisis tematik untuk data kualitatif.
  - b. Triangulasi Data  
Gunakan beberapa sumber data dan metode analisis untuk meningkatkan validitas hasil evaluasi.
- 5. Interpretasi dan Pelaporan Hasil
  - a. Interpretasi Temuan  
Interpretasikan hasil analisis untuk menilai apakah tujuan dan sasaran kebijakan tercapai. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi hasil kebijakan.
  - b. Pelaporan Hasil  
Susun laporan yang komprehensif dan jelas, yang mencakup metodologi, temuan, interpretasi, serta rekomendasi. Pastikan laporan ini dapat dipahami oleh berbagai pemangku kepentingan.
- 6. Diseminasi Temuan
  - a. Strategi Diseminasi  
Tentukan strategi diseminasi yang efektif untuk menyampaikan temuan evaluasi kepada semua pemangku kepentingan. Gunakan berbagai saluran komunikasi, seperti laporan tertulis, presentasi, seminar, atau media massa.
  - b. Komunikasi yang Efektif  
Sampaikan temuan dengan cara yang mudah dipahami dan relevan bagi audiens yang berbeda, termasuk pembuat kebijakan, profesional kesehatan, dan masyarakat umum.
- 7. Pengambilan Keputusan dan Tindak Lanjut
  - a. Rekomendasi Kebijakan

Berikan rekomendasi yang berdasarkan bukti dari hasil evaluasi. Ini bisa berupa perubahan, perbaikan, atau penghentian kebijakan.

b. Implementasi Rekomendasi

Bekerjasama dengan pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan lainnya untuk menerapkan rekomendasi yang disarankan. Pastikan ada rencana tindak lanjut yang jelas.

8. Pemantauan dan Evaluasi Berkelanjutan

a. Pemantauan Implementasi

Pantau pelaksanaan rekomendasi untuk memastikan bahwa perubahan yang diusulkan diterapkan dengan baik dan menghasilkan dampak yang diinginkan.

b. Evaluasi Berulang

Lakukan evaluasi secara berkala untuk menilai dampak jangka panjang dari kebijakan dan menyesuaikan strategi sesuai kebutuhan.

9. Contoh implementasi evaluasi dalam skenario kebijakan kesehatan

Studi Kasus: Evaluasi Program Vaksinasi Nasional

a. Perencanaan Evaluasi: Tujuan adalah menilai efektivitas program dalam meningkatkan cakupan vaksinasi dan mengurangi angka penyakit menular.

b. Desain Evaluasi: Pilih metode kuasi-eksperimental dengan desain sebelum-sesudah (pre-post study) dan analisis tren waktu.

c. Pengumpulan Data: Gunakan data dari survei kesehatan nasional, catatan vaksinasi, dan data rumah sakit.

d. Analisis Data: Lakukan analisis statistik untuk membandingkan angka cakupan vaksinasi dan insiden penyakit sebelum dan sesudah program.

e. Interpretasi dan Pelaporan: Temukan peningkatan signifikan dalam cakupan vaksinasi dan penurunan insiden penyakit. Laporkan hasil kepada Kementerian Kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya.

f. Diseminasi Temuan: Gunakan seminar dan media massa untuk menyebarkan temuan kepada publik.

- g. Pengambilan Keputusan dan Tindak Lanjut: Rekomendasikan perbaikan dalam distribusi vaksin dan kampanye kesadaran. Pantau pelaksanaan rekomendasi.
- h. Pemantauan dan Evaluasi Berkelanjutan: Lakukan evaluasi tahunan untuk memastikan keberlanjutan dampak positif dari program.

Implementasi evaluasi yang sistematis dan menyeluruh seperti ini membantu memastikan bahwa kebijakan kesehatan efektif dan memberikan manfaat yang diharapkan bagi masyarakat.

### **3.7 Tantangan dan Trend dalam Analisis Kebijakan Kesehatan**

Tantangan dalam analisis kebijakan kesehatan mencakup berbagai aspek yang dapat menghambat proses evaluasi dan implementasi kebijakan. Dalam beberapa tahun terakhir, analisis kebijakan kesehatan telah berkembang dengan berbagai tren yang mempengaruhi cara kebijakan dirumuskan, diimplementasikan, dan dievaluasi.

#### **3.7.1 Tantangan umum dalam analisis kebijakan Kesehatan**

Analisis kebijakan kesehatan menghadapi berbagai tantangan umum yang dapat mempengaruhi validitas, reliabilitas, dan efektivitas evaluasi kebijakan (Ayuningtyas, 2018). Menurut Ayuningtyas, (2018) terdapat beberapa tantangan umum yang sering dihadapi dalam analisis kebijakan kesehatan:

1. Ketersediaan dan Kualitas Data
  - a. Data Terbatas: Ketersediaan data yang relevan dan lengkap sering menjadi kendala. Banyak negara, terutama yang berkembang, mengalami keterbatasan dalam pengumpulan dan penyimpanan data kesehatan.
  - b. Kualitas Data: Data yang tersedia mungkin memiliki masalah kualitas, seperti ketidakakuratan, inkonsistensi, atau data yang ketinggalan zaman. Hal ini dapat mempengaruhi hasil analisis dan interpretasi.

2. Metodologi dan Desain Evaluasi
  - a. Pemilihan Metode yang Tepat: Menentukan metode evaluasi yang paling tepat dan dapat diandalkan seringkali sulit, terutama dalam konteks kebijakan yang kompleks.
  - b. Pengendalian Variabel Konfonder: Sulit untuk mengisolasi efek kebijakan dari variabel lain yang mungkin mempengaruhi hasil kesehatan, sehingga mempengaruhi validitas internal studi.
3. Sumber Daya Terbatas
  - a. Keterbatasan Anggaran: Keterbatasan dana untuk melakukan evaluasi yang komprehensif bisa menjadi hambatan besar.
  - b. Kekurangan Tenaga Ahli: Kurangnya tenaga ahli yang terlatih dalam evaluasi kebijakan dan analisis data juga merupakan tantangan, terutama di daerah dengan sumber daya manusia yang terbatas.
4. Waktu dan Ketepatan Evaluasi
  - a. Kebutuhan Akan Data Cepat: Seringkali ada kebutuhan mendesak untuk hasil evaluasi sementara pengumpulan dan analisis data membutuhkan waktu yang cukup lama.
  - b. Evaluasi Jangka Panjang: Dampak kebijakan mungkin membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk terwujud sepenuhnya, tetapi seringkali ada tekanan untuk mendapatkan hasil jangka pendek.
5. Konflik Kepentingan dan Bias
  - a. Konflik Kepentingan: Adanya kepentingan politik atau ekonomi yang dapat mempengaruhi objektivitas evaluasi kebijakan.
  - b. Bias dalam Penelitian: Penelitian yang didanai oleh pihak berkepentingan tertentu mungkin cenderung bias dalam desain, pelaksanaan, atau pelaporan hasil.
6. Kompleksitas Kebijakan:
  - a. Kebijakan Multisektoral: Kebijakan kesehatan seringkali terkait dengan sektor lain seperti pendidikan, lingkungan, dan ekonomi, sehingga analisis harus

- mempertimbangkan banyak faktor dan interaksi yang kompleks.
  - b. Efek Samping yang Tidak Diinginkan: Mengidentifikasi dan mengukur efek samping atau dampak yang tidak diinginkan dari kebijakan bisa sangat menantang.
- 7. Variabilitas Kontekstual
  - a. Perbedaan Konteks Sosial dan Budaya: Kebijakan yang berhasil di satu tempat mungkin tidak berhasil di tempat lain karena perbedaan sosial, budaya, ekonomi, dan politik.
  - b. Perubahan Konteks: Konteks di mana kebijakan diterapkan bisa berubah dari waktu ke waktu, mempengaruhi hasil evaluasi.
- 8. Komunikasi dan Diseminasi Hasil
  - a. Kompleksitas Bahasa: Menyampaikan hasil evaluasi dengan cara yang dapat dipahami oleh berbagai pemangku kepentingan seringkali sulit.
  - b. Penggunaan Hasil: Tantangan dalam memastikan bahwa hasil evaluasi digunakan oleh pembuat kebijakan untuk membuat keputusan yang berdasarkan bukti.

Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif, melibatkan berbagai disiplin ilmu dan pemangku kepentingan, serta menggunakan teknologi dan metode evaluasi yang inovatif untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam analisis kebijakan kesehatan.

### **3.7.2 Trend terkini dalam pengembangan kebijakan Kesehatan**

Tren terkini dalam pengembangan kebijakan kesehatan mencerminkan evolusi dalam pendekatan dan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa tren utama (Cairney and Oliver, 2017; Ridlo and Zein, 2018; Setiaji and Pramudho, 2022; Pramiswari, Erviantono and Novi, 2023):

- 1. Pendekatan Berbasis Bukti (*Evidence-Based Policy*)
  - a. Penggunaan Data dan Bukti: Kebijakan kesehatan semakin didorong oleh data dan bukti ilmiah. Ini

termasuk penggunaan *systematic reviews*, *meta-analysis*, dan studi longitudinal untuk menginformasikan pengambilan keputusan.

- b. **Big Data dan Analisis Prediktif:** Memanfaatkan big data dan analisis prediktif untuk mengidentifikasi tren kesehatan, risiko penyakit, dan efektivitas intervensi kesehatan.
2. **Pemanfaatan Teknologi Digital**
  - a. *Telemedicine* dan *E-Health*: Adopsi telemedicine dan solusi *e-health* untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil dan underserved.
  - b. *Mobile Health (mHealth)*: Penggunaan aplikasi *mobile* untuk pemantauan kesehatan, pengingat obat, dan edukasi kesehatan.
3. **Fokus pada Kesehatan Populasi dan Pendekatan Pencegahan**
  - a. *Kesehatan Populasi (Population Health Management)*: Kebijakan yang menargetkan peningkatan kesehatan seluruh populasi melalui intervensi pencegahan dan promosi kesehatan.
  - b. *Social Determinants of Health*: Meningkatkan perhatian pada faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan, seperti pendidikan, pekerjaan, perumahan, dan akses ke makanan sehat.
4. **Pendekatan Multisektoral dan Kolaboratif**
  - a. *Kerjasama Antarsektor*: Kebijakan kesehatan yang melibatkan berbagai sektor seperti pendidikan, transportasi, lingkungan, dan perencanaan kota untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.
  - b. *Public-Private Partnerships (PPP)*: Kolaborasi antara sektor publik dan swasta untuk meningkatkan layanan kesehatan dan memperluas jangkauan intervensi kesehatan.
5. **Kesehatan Mental dan Kesejahteraan**
  - a. *Prioritizing Mental Health*: Peningkatan fokus pada kesehatan mental sebagai komponen integral dari

- kesehatan umum, dengan kebijakan yang mendukung layanan kesehatan mental yang terjangkau dan dapat diakses.
- b. *Workplace Wellness Programs*: Pengembangan program kesejahteraan di tempat kerja untuk mendukung kesehatan mental dan fisik karyawan.
6. Kesehatan Global dan Ketahanan Sistem Kesehatan
- a. Pandemi dan Resiliensi Sistem Kesehatan: Pengembangan kebijakan yang memperkuat ketahanan sistem kesehatan untuk menghadapi pandemi dan krisis kesehatan lainnya, dengan fokus pada kesiapsiagaan dan respons cepat.
  - b. Vaksinasi dan Penyakit Menular: Kebijakan yang memperkuat program vaksinasi dan upaya untuk mengendalikan penyakit menular, termasuk inisiatif global untuk menghilangkan penyakit tertentu.
7. Kesetaraan Kesehatan (*Health Equity*)
- a. Mengurangi Disparitas Kesehatan: Kebijakan yang bertujuan mengurangi kesenjangan kesehatan di antara berbagai kelompok populasi, termasuk perhatian pada kelompok rentan dan marjinal.
  - b. Akses Universal ke Layanan Kesehatan: Mendorong cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage, UHC*) untuk memastikan semua orang memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa menghadapi kesulitan finansial.
8. Personalisasi dan Kesehatan Presisi (*Precision Health*)
- a. Precision Medicine: Mengembangkan kebijakan yang mendukung penggunaan data genomik dan teknologi lainnya untuk menyediakan perawatan yang lebih dipersonalisasi dan efektif.
  - b. Tailored Interventions: Intervensi kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu berdasarkan data kesehatan pribadi dan profil risiko.

9. Kebijakan Berbasis Komunitas
  - a. *Community Health Workers (CHWs)*: Memanfaatkan tenaga kesehatan masyarakat untuk menjangkau populasi yang sulit dijangkau dan memberikan layanan kesehatan dasar.
  - b. *Participatory Policy Making*: Melibatkan komunitas dalam proses pembuatan kebijakan untuk memastikan kebijakan yang relevan dan responsif terhadap kebutuhan lokal.
10. Inovasi dalam Pembiayaan Kesehatan
  - a. *Value-Based Healthcare*: Pergeseran dari sistem pembayaran berbasis volume (*fee-for-service*) ke sistem yang berbasis nilai dan hasil kesehatan (*value-based care*).
  - b. *Health Financing Reforms*: Reformasi dalam pembiayaan kesehatan untuk memastikan keberlanjutan finansial dan akses yang lebih luas ke layanan kesehatan.

Tren ini menunjukkan arah baru dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih holistik, inklusif, dan didorong oleh teknologi, yang diharapkan dapat meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi ketidaksetaraan di seluruh dunia.

### **3.7.3 Diskusi kasus-kasus terbaru dan aplikasi analisis kebijakan kesehatan**

Berikut adalah beberapa kasus terbaru dalam kebijakan kesehatan beserta aplikasi analisis kebijakan kesehatan yang relevan:

#### **1. Pandemi COVID-19 dan Kebijakan Vaksinasi**

Kasus:

Pandemi COVID-19 memicu pengembangan dan distribusi cepat vaksin di seluruh dunia. Negara-negara harus mengembangkan kebijakan untuk memastikan distribusi yang adil, aksesibilitas, dan penerimaan vaksin.

Analisis Kebijakan:

- a. Penggunaan Data Epidemiologis: Analisis data epidemiologis untuk mengidentifikasi kelompok

prioritas untuk vaksinasi berdasarkan risiko infeksi dan hasil klinis.

- b. Efektivitas Vaksin: Evaluasi efektivitas vaksin melalui studi *real-world evidence (RWE)* dan uji klinis yang berkelanjutan.
  - c. Logistik Distribusi: Analisis kebijakan logistik untuk memastikan distribusi yang efisien dan merata, termasuk pengadaan, penyimpanan, dan administrasi vaksin.
  - d. Komunikasi dan Pendidikan Publik: Strategi untuk mengatasi keraguan terhadap vaksin melalui kampanye komunikasi yang berbasis bukti dan edukasi publik.
2. Penerapan Telemedicine selama Pandemi

Kasus:

Pandemi COVID-19 mempercepat adopsi layanan telemedicine sebagai alternatif untuk konsultasi tatap muka guna mengurangi risiko penularan.

Analisis Kebijakan:

- a. Efektivitas dan Kepuasan Pasien: Studi yang menilai efektivitas telemedicine dalam menyediakan perawatan kesehatan dan kepuasan pasien.
  - b. Aksesibilitas Teknologi: Analisis kesenjangan akses teknologi dan internet di berbagai populasi untuk memastikan semua orang dapat memanfaatkan layanan telemedicine.
  - c. Regulasi dan *Reimbursement*: Evaluasi kebijakan yang terkait dengan regulasi telemedicine, termasuk lisensi lintas negara bagian dan penggantian biaya oleh asuransi.
  - d. Keamanan Data dan Privasi: Analisis kebijakan untuk memastikan keamanan data dan privasi pasien dalam penggunaan platform telemedicine.
3. Program Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Kasus:

Meningkatnya stres kerja dan isu kesehatan mental selama pandemi mendorong banyak perusahaan untuk mengembangkan program kesehatan mental di tempat kerja.

#### Analisis Kebijakan:

- a. Efektivitas Program: Evaluasi program kesehatan mental di tempat kerja untuk menilai dampaknya terhadap kesejahteraan karyawan dan produktivitas.
  - b. Implementasi Kebijakan: Studi tentang bagaimana kebijakan tersebut diimplementasikan dan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilannya.
  - c. Stigma dan Penerimaan: Analisis bagaimana stigma terhadap masalah kesehatan mental mempengaruhi partisipasi karyawan dalam program ini.
  - d. Biaya dan Manfaat Ekonomi: Analisis biaya-manfaat untuk menilai pengaruh ekonomi dari program kesehatan mental, termasuk pengurangan absensi dan turnover karyawan.
4. Program *Universal Health Coverage (UHC)* di Negara Berkembang

#### Kasus:

Beberapa negara berkembang berupaya mengimplementasikan program Universal Health Coverage (UHC) untuk memastikan semua warganya memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa menghadapi kesulitan finansial.

#### Analisis Kebijakan:

- a. Cakupan dan Aksesibilitas: Evaluasi seberapa baik program UHC mencakup seluruh populasi, termasuk kelompok rentan.
- b. Efisiensi Sistem Kesehatan: Analisis efisiensi sistem kesehatan dalam memberikan layanan yang diperlukan, menghindari pemborosan, dan mengoptimalkan sumber daya.
- c. Pembiayaan Kesehatan: Studi tentang mekanisme pembiayaan untuk UHC, termasuk peran pajak, asuransi sosial, dan kontribusi pribadi.
- d. Outcome Kesehatan: Penilaian dampak UHC terhadap indikator kesehatan seperti harapan hidup, mortalitas ibu dan bayi, serta prevalensi penyakit menular dan tidak menular.

## 5. Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)

### Kasus:

Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung mendorong kebijakan untuk pencegahan dan pengendalian PTM.

### Analisis Kebijakan:

- a. Efektivitas Intervensi: Evaluasi kebijakan dan program pencegahan PTM, seperti kampanye kesehatan masyarakat, regulasi makanan, dan promosi aktivitas fisik.
- b. Akses dan Ketersediaan Pengobatan: Analisis ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan untuk diagnosis dan manajemen PTM.
- c. Faktor Risiko Sosial: Studi tentang faktor risiko sosial dan ekonomi yang mempengaruhi prevalensi PTM dan keberhasilan intervensi.
- d. Kolaborasi Multisektoral: Analisis kebijakan yang melibatkan berbagai sektor seperti pendidikan, transportasi, dan lingkungan untuk mendukung pencegahan PTM.

## 6. Aplikasi Analisis Kebijakan Kesehatan

### a. Pemodelan dan Simulasi

Pemodelan Prediktif: Menggunakan model matematis dan simulasi untuk memprediksi dampak kebijakan kesehatan tertentu dan membantu dalam perencanaan strategi.

### b. *Cost-Effectiveness Analysis (CEA)*

Analisis Biaya-Efektivitas: Menilai biaya relatif terhadap hasil kesehatan dari berbagai intervensi untuk memastikan alokasi sumber daya yang optimal.

### c. *Participatory Approaches*

Partisipasi Masyarakat: Melibatkan masyarakat dalam proses pembuatan kebijakan untuk memastikan kebijakan yang dibuat sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka.

d. *Data Integration and Interoperability*

Integrasi Data: Menggabungkan data dari berbagai sumber (misalnya, rekam medis elektronik, survei kesehatan, data lingkungan) untuk analisis yang lebih komprehensif.

e. *Real-World Evidence (RWE)*

Evidensi Dunia Nyata: Menggunakan data dari praktik klinis sehari-hari untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan dan intervensi kesehatan.

Dengan pendekatan yang holistik dan berbasis bukti, analisis kebijakan kesehatan dapat membantu mengidentifikasi strategi yang paling efektif dan efisien untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S. *et al.* (2021) 'Metodologi Penelitian Kesehatan'.
- Akbar, E. al (2018) *Studi Evaluasi Kebijakan: Evaluasi Kebijakan Di Indonesi, Ideas Publishing.*
- Annisa, F. (2019) 'Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar Dengan Pendekatan Realist Evaluatin'.
- Ar Rasyid, H. J. *et al.* (2023) 'Menjelajahi Etika: Tinjauan Literatur Terbaru tentang Prinsip-prinsip Etika, Konflik Moral, dan Tantangan dalam Kehidupan Kontemporer', *CEMERLANG: Jurnal Manajemen dan Ekonomi Bisnis*, 3(2), pp. 229–237.
- Ayuningtyas, D. (2018) 'Analisis kebijakan kesehatan: prinsip dan aplikasi'.
- Burris, S. *et al.* (2018) '5 Identifying Public Health Problems', *The New Public Health Law: A Transdisciplinary Approach to Practice and Advocacy*. Edited by S. Burris *et al.* Oxford University Press, p. 0. doi: 10.1093/oso/9780190681050.003.0005.
- Buse, K. *et al.* (2023) *Making Health Policy*, 3e. McGraw Hill.
- Cairney, P. and Oliver, K. (2017) 'Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy?', *Health Research Policy and Systems*, 15(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12961-017-0192-x.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013) 'CDC ' s Policy Analytical Framework', *Suggested Citation*, p. 9. Available at: <https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/docs/cdcpolicyanalyticalframework.pdf>.
- Dachi, R. A. (2017) *Proses dan analisis kebijakan kesehatan (suatu pendekatan konseptual)*. Deepublish.
- Hajaroh, M. (2019) 'POHON TEORI EVALUASI KEBIJAKAN DAN PROGRAM (Metode, Nilai dan Menilai, Penggunaan)', *Foundasia*, 9(1), pp. 27–42. doi: 10.21831/foundasia.v9i1.26149.
- Heryana, A. (2020) 'Analisis Kebijakan Kesehatan : Sebuah Catatan Pinggir', *Universitas Esa Unggul*, (May), pp. 1–18. doi: 10.13140/RG.2.2.16587.62245.

- Hidayanti, A. *et al.* (2022) 'Model Analisis Kasus Covid-19 di Indonesia Menggunakan', *Jurnal Pengkajian dan Penerapan Teknik Informatika*, 15(1), pp. 91–101.
- HPA (2007) 'Introduction to Health Policy', pp. 1–23.
- Ikbal, M., Andryana, S. and Sari, R. T. K. (2021) 'Visualisasi dan Analisa Data Penyebaran Covid-19 dengan Metode Klasifikasi Naïve Bayes', *J. JTIK (Jurnal Teknol. Inf. dan Komunikasi)*, 5(4), p. 389.
- Kopac, T. (2020) 'Public Health: Public Health', *Indian medical gazette*, 35(4), pp. 154–154. Available at: <https://www.hotosm.org/impact-areas/public-health/>.
- Kusumatantya, I. (2013) 'Peran Pemangku Kepentingan Dalam Pembentukan Komunitas Guna Mencapai Ketahanan Sosial Ekonomi Masyarakat', *Jurnal Wilayah dan Lingkungan*, 1(1), p. 33. doi: 10.14710/jwl.1.1.33-48.
- Massie, R. (2012) 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), pp. 409–417.
- Noer, R. M. *et al.* (2021) *Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi COVID-19*. Penerbit Insania.
- Pangestu, P. *et al.* (2023) 'BEES: Bulletin of Electrical and Electronics Engineering Analisa Visualisasi Data Covid-19 Di Indonesia Menggunakan Tableau Big Data', *Media Online*, 4(2), pp. 57–63.
- Permatasari, R. W. (2021) 'Analisis Sentimen Masyarakat Indonesia Mengenai Vaksin COVID-19 Pada Media Sosial Twitter Menggunakan Metode Naïve Bayes Classifier dan Support Vector Vector ...', 5(12), pp. 5680–5686. Available at: <https://repository.its.ac.id/91280/>.
- Pongtambing, Y. S., Sampetoding, E. A. M. and Manapa, E. S. (2023) 'Sistem Informasi Kesehatan Dan Telemedicine: Narrative Review', *Compromise Journal: Community Proffesional Service Journal*, 1(4), pp. 52–58.
- Pramiswari, A. A. A. I., Erviantono, T. and Novi, N. W. R. (2023) 'Kesetaraan Gender dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Sains dan Humaniora*, 7(2), pp. 172–183. doi:

10.23887/jppsh.v7i2.66694.

- Putri, M. A. *et al.* (2023) 'Gambaran Kesadaran, Akses Informasi, dan Pengalaman terkait Layanan Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia', *Journal Psikogenesis*, 11(1), pp. 14–28. doi: 10.24854/jps.v11i1.1961.
- R Hapsara Habib Rachmat, D. P. H. (2018) *Penguatan upaya kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di Indonesia*. UGM PRESS.
- Ridlo, I. A. and Zein, R. A. (2018) 'Arah Kebijakan Kesehatan Mental: Tren Global dan Nasional Serta Tantangan Aktual', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 46(1), pp. 45–52. doi: 10.22435/bpk.v46i1.56.
- Seavey, J. W., Aytur, S. A. and McGrath, R. J. (2018) *Health Policy Analysis, Health Policy Analysis*. doi: 10.1891/9780826119247.0001.
- SETIAJI, B. and PRAMUDHO, P. A. K. (2022) 'Pemanfaatan Teknologi Informasi Berbasis Data Dan Jurnal Untuk Rekomendasi Kebijakan Bidang Kesehatan', *HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(3), pp. 166–175. doi: 10.51878/healthy.v1i3.1649.
- Siswanto (2022) *Metode Analisis Pemetaan Epidemiologi*. Edited by D. Fadhila. MITRA CENDEKIA MEDIA. Available at: [https://repository.unmul.ac.id/bitstream/handle/123456789/40481/siswanto\\_revisi\\_2.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repository.unmul.ac.id/bitstream/handle/123456789/40481/siswanto_revisi_2.pdf?isAllowed=y&sequence=1).
- Suaib, H. *et al.* (2022) *Pengantar Kebijakan Publik*. Humanities Genius.
- Sunardi, H. (2021) 'Penerapan metode K-Means dalam mengelompokkan tingkat kesembuhan penderita COVID-19', *Teknomatika (Jurnal Teknologi dan Informatika)*, 11(2), pp. 127–136. Available at: <http://ojs.palcomtech.ac.id/index.php/teknomatika/article/view/537>.
- Suprpto dkk (2023) *Kebijakan Kesehatan, PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI*.
- Tulane University (2021) *Understanding Mental Health as a Public Health Issue, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine*. Available at:

<https://publichealth.tulane.edu/blog/mental-health-public-health/> (Accessed: 25 April 2024).

- Wagenaar, H. (2015) 'Policy analysis', *Routledge Handbook of Interpretive Political Science*, pp. 383–396. doi: 10.1163/15718107-91010008.
- Walt, G. *et al.* (2008) "'Doing" health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges', *Health Policy and Planning*, 23(5), pp. 308–317. doi: 10.1093/heapol/czn024.
- Zein, M. H. M. and Septiani, S. (2023) *Teori dan Kebijakan Pembangunan*. Sada Kurnia Pustaka.

# **BAB 4**

## **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

*Oleh Lyliana Endang Setianingsih*

### **4.1 Pendahuluan**

Secara istilah, kata “pemberdayaan” berasal dari kata *empowerment*, yang memiliki arti pemberian kuasa atau kemampuan kepada pihak-pihak yang dianggap lemah atau tidak memiliki kuasa baik secara politis maupun struktural. Terdapat tiga inti pertimbangan dari kata pemberdayaan, yaitu: partisipasi atau keterlibatan, transparansi atau keterbukaan serta demokrasi atau kedaulatan rakyat. Syarat pelaksanaan pemberdayaan terletak pada keterlibatan dan peran serta yang setara antara masyarakat, pemerintah dan swasta. Adanya partisipasi masyarakat, pemerintah dan swasta secara penuh, dalam suasana demokrasi yang transparan, maka diharapkan alokasi sumber daya manusia, sumber daya alam, sumber daya ekonomi, serta distribusi manfaatnya yang optimal dapat tercapai, demi terwujudnya peningkatan kesejahteraan masyarakat mulai dari lapisan terbawah. (Suaib, 2021)

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat fokus dalam tiga tujuan yang berdampak signifikan terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat. Pertama, pemberdayaan masyarakat akan membantu kelompok masyarakat dalam mengambil alih kontrol atas kehidupan mereka sendiri, dengan berpartisipasi penuh dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan permasalahan yang dialami masyarakat. Kedua, pemberdayaan masyarakat bertujuan mengurangi kesenjangan sosial ekonomi dan ketidaksetaraan, dengan membuka peluang upaya-upaya pemerataan manfaat sumber daya. Ketiga, pemberdayaan mendukung pengembangan komunitas yang sifatnya adalah berkelanjutan, sehingga masyarakat memiliki kemampuan adaptasi yang mumpuni dalam menghadapi perubahan. (Hasdiansyah, 2023)

Secara konsep, pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan, serta harkat dan martabat kelompok masyarakat yang saat ini dalam kondisi tidak memiliki kemampuan untuk keluar dari perangkap kemiskinan ataupun keterbelakangan. Proses pemberdayaan masyarakat menitikberatkan pada proses memotivasi dan memberikan kemampuan kepada masyarakat supaya mandiri, berdaya dan mempunyai kemampuan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut kesejahteraan hidupnya. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat tidak hanya fokus pada penguatan individu, tetapi juga sistem pendukungnya. Penting untuk menumbuhkan akan nilai-nilai budaya seperti kerja keras, mengemukakan pendapat, keterbukaan, tanggung jawab, dan sebagainya, sebagai bagian pokok dari upaya pemberdayaan masyarakat itu sendiri. (Handini et al., 2019; Suprpto & Arda, 2021)

## **4.2 Ruang Lingkup dan Tahapan Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat melibatkan proses pemberian dan optimalisasi daya yang dimiliki atau dapat dimanfaatkan masyarakat. Daya disini dapat diartikan sebagai kemampuan, keberanian ataupun kekuasaan. Dalam pelaksanaannya, pemberdayaan masyarakat seringkali bertujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat dengan memperbaiki kondisi masyarakat dari aspek ekonomi dan sosial untuk pengentasan kemiskinan. Namun harus diperhatikan bahwa untuk tercapainya tujuan peningkatan kesejahteraan masyarakat, maka pembangunan harus meliputi berbagai sektor. (Handini et al., 2019)

### **4.2.1 Ruang Lingkup Pemberdayaan Masyarakat**

Dalam upaya optimalisasi pemberdayaan masyarakat demi mewujudkan masyarakat yang berdaya dan mandiri, maka perlu dukungan dari berbagai aspek, yaitu kualitas sumber daya manusia, bidang usaha, kondisi dan kualitas lingkungan, serta efektivitas

beragam lembaga yang diperlukan masyarakat. (Handini et al., 2019)

1. Bina Manusia

Bina manusia merupakan upaya pertama dan utama yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, karena tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah peningkatan kesejahteraan manusia. Manusia adalah sumber daya yang sekaligus berperan sebagai pengelola proses pemberdayaan itu sendiri. Kegiatan-kegiatan yang termasuk dalam upaya bina manusia meliputi peningkatan kapasitas individu, dalam lingkup kepribadian, etos kerja dan profesionalisme.

2. Bina Usaha

Bina usaha merupakan upaya yang penting dalam setiap pemberdayaan untuk tujuan perbaikan dari segi ekonomi. Bina usaha meliputi kegiatan-kegiatan pemilihan jenis usaha, studi kelayakan bisnis, pembentukan badan usaha, pertimbangan investasi, manajemen SDM, manajemen produksi dan operasi, manajemen logistik dan keuangan, sistem informasi, serta berbagai sarana prasana pendukung lainnya.

3. Bina Lingkungan

Isu lingkungan merupakan hal yang penting diperhatikan dalam proses pembangunan berkelanjutan. Hal ini dapat terlihat dalam regulasi terkait AMDAL (analisis manfaat dan dampak lingkungan) dalam setiap pengembangan proyek dan bisnis. Tujuan dari regulasi terkait pelestarian lingkungan adalah keberlanjutan dari kegiatan proyek dan bisnis itu sendiri.

4. Bina Kelembagaan

Kelembagaan dapat diartikan sebagai suatu kelompok organisasi yang ditaati oleh anggota suatu komunitas (masyarakat). Peningkatan kapasitas kelembagaan atau organisasi, yang meliputi kejelasan visi, misi, dan struktur organisasi, implementasi budaya organisasi yang baik, serta adanya interaksi yang baik antar organisasi.

#### **4.2.2 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat**

Kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui 7 tahapan pokok, yang dirinci sebagai berikut (Handini et al., 2019):

1. Menumbuhkan kesadaran pada diri masing-masing individu yang ada di masyarakat untuk berubah menjadi lebih baik. Hal ini merupakan titik awal dari proses pemberdayaan.
2. Membantu mengidentifikasi adanya masalah, dengan membandingkan antara kondisi saat ini dan kondisi yang diinginkan, terkait pemerataan dalam pemanfaatan sumber daya alam, sumber daya manusia, sarana prasarana, akses kesehatan dan pendidikan, serta peluang kerja. Termasuk membantu masyarakat mengidentifikasi penyebab permasalahan tersebut.
3. Membantu proses pemecahan masalah, untuk perbaikan keadaan. Proses ini diawali dengan menentukan alternatif jalan keluar yang dapat mengatasi penyebab permasalahan yang ada.
4. Meningkatkan keterlibatan dan peran aktif masyarakat dalam program pemberdayaan yang telah dirasakan manfaat perbaikannya. Dengan demikian masyarakat akan semakin sadar akan pentingnya menerima perubahan ke arah yang lebih baik.
5. Uji coba dan demonstrasi dari perubahan-perubahan yang diterapkan, dengan selalu melibatkan peran serta dan partisipasi masyarakat. Tidak semua perubahan dapat diterima dengan baik oleh seluruh masyarakat. Tahapan ini perlu dilakukan untuk mencari alternatif solusi permasalahan yang terbaik.
6. Publikasi informasi dari kegiatan pemberdayaan masyarakat, baik yang berasal dari luar (seperti publikasi jurnal, kebijakan pemerintah daerah, dll), maupun dari dalam (seperti pengalaman, nilai-nilai kearifan lokal, dll). Media publikasi juga perlu menyesuaikan karakteristik dari masyarakat, hal ini penting dilakukan untuk peningkatakan efektivitas dan efisiensi kegiatan pemberdayaan.
7. Penguatan kompetensi dan kapasitas kelompok masyarakat lapisan bawah untuk dapat menentukan sendiri pilihan-

pilihan yang terbaik dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat. Hal ini dilakukan dengan memastikan aksesibilitas informasi bagi masyarakat dan partisipasi aktif masyarakat.

### **4.3 Partisipasi Dalam Pemberdayaan Masyarakat**

Partisipasi dipahami sebagai proses keterlibatan sekelompok individu baik secara mental dan emosional maupun secara fisik dalam situasi yang mendorong mereka untuk berkontribusi dengan berbagi tanggung jawab dalam mencapai suatu tujuan. Partisipasi masyarakat dalam setiap tahapan pemberdayaan masyarakat diawali dengan proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, serta pemeliharaan dan pemanfaatan sumber daya. Masyarakat memiliki peran penting dalam pembangunan sehingga partisipasi masyarakat secara aktif perlu diwujudkan. (Hamid, 2018; Rahmat & Mirnawati, 2020)

#### **4.3.1 Bentuk-bentuk Partisipasi Masyarakat**

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat untuk pembangunan di perkotaan dan di pedesaan, membutuhkan partisipasi dari masyarakat, baik dalam bentuk fisik maupun non fisik. Partisipasi masyarakat merupakan modal utama dalam pemberdayaan masyarakat. (Hamid, 2018; Oruh, 2021)

Bentuk-bentuk partisipasi masyarakat, dapat berupa:

1. Partisipasi terkait proses memberi dan menerima informasi.
2. Partisipasi terkait memberi saran dan tanggung jawab terhadap informasi yang diterima.
3. Partisipasi terkait proses perencanaan program pembangunan.
4. Partisipasi terkait proses pelaksanaan program pembangunan.
5. Partisipasi terkait proses menerima hasil pembangunan.

Partisipasi masyarakat juga dapat berupa sumbangsih dalam bentuk:

1. Pikiran.
2. Tenaga.

3. Keahlian atau keterampilan.
4. Barang.
5. Uang.

Partisipasi masyarakat dalam proses pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat diwujudkan dengan adanya faktor-faktor pendukung sebagai berikut (Hamid, 2018):

1. Tersedianya kesempatan.
2. Adanya motivasi.
3. Adanya kemampuan.

#### **4.3.2 Tingkatan Partisipasi Masyarakat**

Tingkatan partisipasi masyarakat (Hamid, 2018)

1. *Passive Participation*

Dalam hal ini masyarakat diharuskan untuk berpartisipasi dan ikut serta dalam proses pembangunan.

2. *Participation in giving information*

Partisipasi masyarakat terbatas pada pemberian informasi yang dibutuhkan oleh pihak-pihak pelaksana pembangunan, dengan terlibat dalam wawancara atau survei.

3. *Participation by consultation*

Partisipasi masyarakat dilaksanakan dalam bentuk konsultasi, dengan melibatkan pihak luar yang membantu masyarakat dalam mengidentifikasi permasalahan dan merumuskan jalan keluarnya.

4. *Participation for material incentives*

Partisipasi masyarakat dilaksanakan dengan adanya pemberian masyarakat berupa tenaga atau jasa, yang akan diganti dengan bentuk makanan, uang, atau lain sebagainya.

5. *Functional participation*

Partisipasi masyarakat dilaksanakan dengan membentuk kelompok atau panitia.

6. *Interactive participation*

Dalam tahap ini masyarakat dilibatkan secara langsung dalam proses analisis masalah dan perencanaan pembangunan.

7. *Self-mobilization*

Masyarakat sudah dapat berinisiatif secara mandiri dalam melakukan perubahan dan pembangunan tanpa ada peran serta dari pihak luar. Masyarakat sudah memiliki kendali penuh atas sumber daya yang dimiliki.

8. *Catalysing change*

Pada tahap ini masyarakat sudah dapat menjadi agen perubahan yang dapat membawa pengaruh lebih luas lagi.

9. *Optimum participation*

Pada tahap ini masyarakat lebih fokus pada tujuan dari pembangunan, dan hal ini akan menentukan bentuk dari partisipasi yang diberikan masyarakat. Metode perencanaan pembangunan secara detail akan menentukan strategi yang optimal dalam pembangunan.

#### **4.4 Strategi dan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat dikenal sebagai salah satu cara dalam proses pembangunan yang berpusat pada masyarakat sebagai subyek pembangunan. Strategi pelaksanaan pemberdayaan masyarakat itu sendiri melibatkan upaya-upaya menggali potensi dan sumber daya yang dimiliki masyarakat, memotivasi masyarakat untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan, serta mendorong masyarakat untuk membangun kerjasama yang baik dengan pemerintah dan LSM. Tujuan dari strategi ini adalah untuk mewujudkan lingkungan dimana masyarakat berperan aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi program-program peningkatan kesejahteraan masyarakat. Strategi ini merupakan pendekatan yang menyeluruh dan berkelanjutan demi tercapainya perubahan yang positif dalam masyarakat. (Endah, 2020; Hasdiansyah, 2023)

Masyarakat memiliki potensi dari berbagai sumber daya yang ada, yaitu sumber daya manusia, sumber daya alam, dan sosial budaya. Potensi tersebut dapat digali untuk dimaksimalkan pemanfaatannya demi tujuan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Strategi menggali dan memanfaatkan berbagai sumber daya tersebut, merupakan inti dari kegiatan pemberdayaan

masyarakat. Partisipasi masyarakat perlu dikembangkan secara bertahap dan menyeluruh, dengan menumbuhkan kesadaran berjiwa partisipatif, sehingga setiap individu dalam masyarakat merasa memiliki terhadap proses pembangunan yang dilaksanakan. (Sujarwo, 2021)

Setiap tahap pelaksanaan pemberdayaan masyarakat harus didasari dengan perumusan strategi tertentu untuk memastikan keberhasilan dari program yang direncanakan. Strategi didefinisikan sebagai langkah-langkah yang direncanakan demi tercapainya tujuan yang diinginkan. (Handini et al., 2019)

Terdapat 5 aspek yang perlu diperhatikan dalam merumuskan strategi pemberdayaan masyarakat, yaitu:

1. Motivasi.

Setiap anggota masyarakat, mulai dari tingkat keluarga, harus memahami pentingnya partisipasi dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat. Peningkatan motivasi masyarakat dapat dicapai melalui pendidikan dan kesehatan.

2. Pelatihan untuk peningkatan kompetensi.

Peningkatan keterampilan masyarakat dapat dicapai dengan adanya pelatihan-pelatihan yang dikombinasi dengan adanya penyuluhan dan pihak luar.

3. Pengelolaan diri.

Setiap anggota masyarakat harus menyadari pentingnya kemampuan dalam mengatur kegiatan mereka sendiri, seperti pertemuan-pertemuan sesama warga untuk pemecahan masalah, operasional tabungan dan kredit sebagai solusi masalah keuangan, dan berbagai kegiatan lainnya.

4. Pemanfaatan sumber daya.

Upaya optimalisasi pemanfaatan sumber daya dapat dilakukan dengan mengembangkan metode untuk menghimpun sumbangan masyarakat sebagai bentuk partisipasi dalam pembangunan. Pengembangan metode yang terkait penghimpunan dan pengalokasian sumber daya harus dilaksanakan secara teliti, sehingga semua anggota masyarakat memiliki akses dan kesempatan yang sama.

5. Pengembangan jejaring atau *networking*.

Adanya kelompok-kelompok organisasi swadaya masyarakat perlu diikuti dengan adanya peningkatan keterampilan setiap anggotanya dalam membangun dan mempertahankan jejaring dengan sesama organisasi masyarakat lainnya, serta dengan pemerintah dan LSM sebagai mitra masyarakat.

Proses pemberdayaan masyarakat umumnya dilakukan secara kolektif, namun tidak semua intervensi fasilitator dapat dilaksanakan secara kolektif. Dalam situasi tertentu, pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan secara individual, walaupun metode ini pun tetap berjalan secara kolektif. Oleh karena itu, dalam aspek pekerjaan sosial, pendekatan pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan dalam tiga tingkat pendekatan, yaitu mikro, mezzo dan makro. (Handini et al., 2019)

1. Pendekatan Mikro

Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan terhadap mitra klien (penerima manfaat) secara individu, dengan cara bimbingan, manajemen stress, konseling, dan intervensi masalah, sehingga mitra klien dapat menjalani tugas-tugas kehidupannya dengan baik.

2. Pendekatan Mezzo

Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan terhadap sekelompok mitra klien (penerima manfaat), dengan menjadikan kelompok sebagai media intervensi. Strategi pada pendekatan ini umumnya dengan adanya pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mitra klien dalam menghadapi permasalahan yang dihadapi.

3. Pendekatan Makro

Dikenal juga dengan istilah Strategi Sistem Besar, karena penerima manfaat merupakan masyarakat yang lebih luas. Strategi yang digunakan dalam pendekatan ini dapat berupa aksi sosial, kampanye, organisasi masyarakat, lobbying dan advokasi. Dalam pendekatan ini penerima manfaat dinilai sebagai masyarakat yang memiliki kompetensi dalam

memahami situasi permasalahan yang dihadapi dan dapat menentukan solusi permasalahan mereka sendiri.

## **4.5 Metode Pemberdayaan Masyarakat**

Metode pembelajaran dipahami sebagai konsep yang menggambarkan prosedur sistematis pengorganisasian pengalaman belajar untuk mencapai tujuan pembelajaran. Penentuan metode pembelajaran dalam pemberdayaan masyarakat penting diperhatikan karena karakteristik masyarakat yang berbeda-beda. Metode pembelajaran yang tepat akan mendukung tercapainya transfer ilmu kepada masyarakat sehingga materi dapat diterima dengan baik. (Sujarwo, 2021)

Syarat dari metode pembelajaran tersebut adalah:

1. Rasional, teoritis dan logis.
2. Adanya tujuan pembelajaran yang akan dicapai.
3. Mencakup aturan tingkah dan perilaku mengajar.
4. Mencakup aturan terkait lingkungan belajar.

### **4.5.1 Rapid Rural Appraisal**

*Rapid Rural Appraisal* (RRA) merupakan suatu metode untuk mengevaluasi situasi dan kondisi desa dengan cara cepat. Kegiatan RRA lebih sering dilaksanakan oleh “orang luar” dengan tanpa adanya keterlibatan langsung dari warga masyarakat. Metode ini dilakukan jika kebutuhan untuk pengambilan keputusan terkait pembangunan desa harus segera dilakukan. Pelaksanaan metode RRA yaitu dengan pengumpulan informasi dari warga secara akurat dalam periode waktu yang singkat. Hasil dari metode RRA adalah data kualitatif yang akan menjadi landasan dalam pengambilan keputusan terkait perlu atau tidaknya pengambilan data tambahan dalam perencanaan pembangunan desa. Tiga konsep dalam metode RRA yaitu: (1) perspektif sistem, (2) triangulasi data, dan (3) pengumpulan data dan analisis berulang (iterative). (Handini et al., 2019; Sujarwo, 2021)

### **4.5.2 Participatory Rural Appraisal**

*Participatory Rural Appraisal* (PRA) dikenal juga dengan istilah Pemahaman Partisipatif Kondisi Pedesaan, merupakan

metode yang melibatkan masyarakat dalam penilaian permasalahan yang ada di masyarakat untuk menyusun perencanaan pembangunan. Metode PRA sangat tepat dilaksanakan untuk pembangunan yang sifatnya berkelanjutan, dimana manusia diposisikan sebagai fokus dari proses pembangunan. Manusia, dalam hal ini warga masyarakat harus berperan aktif dalam setiap tahapan proses pembangunan yang berkelanjutan, mulai dari proses perencanaan, pengorganisasian, implementasi rencana sampai evaluasi hasil pembangunan. (Handini et al., 2019; Sujarwo, 2021)

Metode PRA dilaksanakan dengan deskripsi kegiatan sebagai berikut (Sujarwo, 2021):

1. Mengidentifikasi masalah atau kebutuhan masyarakat serta pemetaan potensi yang ada secara umum.
2. Menentukan prioritas masalah dengan mempertimbangkan urgensi permasalahan tersebut.
3. Menyusun alternatif pemecahan masalah atau mengembangkan gagasan kreatif sebagai solusi dengan cara berdiskusi dengan masyarakat.
4. Memilih alternatif pemecahan masalah yang paling sesuai dengan mempertimbangkan kemampuan dan sumber daya yang tersedia.
5. Menerapkan solusi permasalahan dan pengorganisasian masyarakat yang paling sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
6. Pemantauan, pengendalian serta pengarahan kegiatan untuk memastikan kesesuaiannya dengan rencana yang telah ditetapkan.
7. Evaluasi keberhasilan program serta menyusun rencana tindak lanjut untuk proses perbaikan berkelanjutan.

#### **4.5.3 Focus Group Discussion**

*Focus Group Discussion* (FGD) merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan teknik wawancara mendalam dan terfokus kepada sekelompok partisipan. FGD banyak diaplikasikan untuk kegiatan perencanaan dan evaluasi program. Dalam pelaksanaannya FGD melibatkan interaksi antar individu

yang merupakan pihak-pihak yang terlibat dalam suatu program atau kegiatan (sekitar 10-30 orang) yang dipandu oleh seorang moderator. Diskusi diarahkan kepada topik mengenai pemahaman atau pengalaman terkait program atau kegiatan yang diikuti tersebut. (Handini et al., 2019)

Metode FGD disusun dalam beberapa tahap sebagai berikut:

1. Perumusan tujuan kegiatan FGD dan topik yang akan didiskusikan.
2. Persiapan pokok pertanyaan yang akan ditanyakan.
3. Pemilihan partisipan, yaitu pihak-pihak yang terlibat dalam program atau kegiatan tertentu, dan atau narasumber terkait topik bahasan.
4. Persiapan tempat dan lokasi diskusi, termasuk diperhatikan kenyamanan partisipan, kejelasan suara, komputer dan LCD, papan tulis, dan sebagainya.
5. Pelaksanaan diskusi.
6. Menyimpulkan hasil diskusi dan analisis data.
7. Penulisan laporan dengan melampirkan transkrip diskusi dan dokumentasi.

#### **4.5.4 Participatory Learning and Action**

*Participatory Learning and Action* (PLA) merupakan metode yang dikenal dengan proses belajar sambil bekerja. Metode PLA adalah salah satu metode pemberdayaan masyarakat yang terdiri dari proses belajar (seperti ceramah, penyuluhan, seminar, diskusi, dll), terkait suatu topik (seperti pola hidup bersih dan sehat, gizi seimbang, gernas, dll), yang setelahnya diikuti dengan kegiatan nyata yang relevan dengan materi pembelajaran yang sudah disampaikan. (Handini et al., 2019)

Pemberdayaan dengan metode PLA, akan memberi berbagai manfaat bagi masyarakat, diantaranya adalah:

1. Warga masyarakat akan mendapat pengetahuan dan sekaligus keterampilan.
2. Warga masyarakat akan lebih menyadari bahwa diri mereka sendiri lebih mampu dalam mengatasi berbagai permasalahan dibandingkan "orang luar".

3. Orang luar daerah dapat memiliki peran sebagai penghubung antara warga masyarakat setempat dengan pemerintah dan lembaga pendukung lainnya.

Sebagai metode belajar yang sifatnya partisipatif, PLA memiliki prinsip sebagai berikut:

1. PLA adalah proses belajar interaktif yang dilakukan secara berkelompok yang terdiri dari semua pemangku kepentingan (*stakeholders*) dalam suatu proses analisis bersama.
2. PLA bersifat multi perspektif, yang menggambarkan pemecahan masalah dari berbagai sudut pandang.
3. Spesifik lokasi, dimana menyesuaikan dengan situasi dari semua pihak yang terlibat.
4. Difasilitasi oleh tenaga ahli dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang bukan bagian dari anggota masyarakat yang menjadi partisipan, dan berperan sebagai katalisator dalam pengambilan keputusan.
5. Keputusan yang diambil melalui proses PLA akan menjadi landasan bagi perubahan-perubahan berkelanjutan yang akan dilaksanakan warga masyarakat.

#### **4.6 Evaluasi dan Pemantauan Pemberdayaan Masyarakat**

Fungsi pengawasan (*monitoring*) dan pengendalian (*controlling*) termasuk fungsi yang paling akhir dalam siklus manajemen. Melalui pengawasan dan pengendalian, maka proses pelaksanaan program yang sudah direncanakan dalam bentuk target dan prosedur kerja dapat dibandingkan dengan hasil yang diinginkan atau indikator yang ingin dicapai. Jika ditemukan adanya kesenjangan atau ketidaksesuaian dalam proses pelaksanaan program, tentunya harus segera diatasi. Tujuan pengawasan dan pengendalian adalah efektivitas dan efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya yang ada. (Maryanti et al., 2023)

#### **4.6.1 Pengukuran Keberhasilan Program Pemberdayaan**

Pengukuran keberhasilan program pemberdayaan merupakan proses penilaian apakah program pemberdayaan tersebut sudah mencapai tujuannya dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dalam mengukur keberhasilan program, digunakan indikator kinerja yang relevan. Proses pengukuran diawali dengan pengumpulan data, analisis data dan evaluasi hasil analisis data untuk menilai efektivitas program pemberdayaan yang sudah dijalankan. Pengukuran keberhasilan program digunakan untuk mengetahui apakah sumber daya yang disiapkan sudah dimanfaatkan dengan baik. (Hasdiansyah, 2023)

Beberapa metode yang umum digunakan untuk mengukur keberhasilan suatu program adalah sebagai berikut (Hasdiansyah, 2023):

1. **Survei**  
Survei biasa dilaksanakan dengan menyebarkan kuesioner tertulis. Survei digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan, persepsi, serta sikap masyarakat terhadap program pemberdayaan.
2. **Wawancara**  
Wawancara pada umumnya dilakukan secara mendalam terhadap individu atau kelompok masyarakat tertentu. Wawancara digunakan untuk mendapatkan informasi terkait pengalaman langsung warga masyarakat dalam program pemberdayaa.
3. **Pengamatan atau observasi**  
Pengamatan atau observasi langsung terhadap pelaksanaan program pemberdayaan akan memberikan data yang objektif.
4. **Analisis dokumen**  
Data laporan program, data statistik, catatan hasil pertemuan serta materi penyuluhan atau pelatihan merupakan sumber daya untuk menilai keberhasilan suatu program pemberdayaan.
5. ***Focus group discussion***  
Merupakan diskusi kelompok yang terfokus, melibatkan seluruh pihak yang terlibat dalam program pemberdayaan. Wawancara dalam kelompok diskusi fokus ini akan

- memberikan informasi terkait persepsi dan pengalaman partisipan dalam program pemberdayaan.
6. Pengukuran indikator kuantitatif.  
Pengumpulan sejumlah data kuantitatif untuk dibandingkan dengan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya.
  7. Pendekatan partisipatif.  
Pengumpulan data yang melibatkan partisipasi aktif dari masyarakat.
  8. Pengukuran pra (pre) dan pasca (post).  
Melakukan pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan program pemberdayaan untuk mengetahui kemajuan yang telah dicapai.

Beberapa contoh indikator yang kerap digunakan dalam pengukuran keberhasilan program pemberdayaan masyarakat adalah (Hasdiansyah, 2023):

1. Peningkatan pengetahuan warga masyarakat.
2. Peningkatan keterampilan warga masyarakat.
3. Peningkatan partisipasi masyarakat.
4. Perubahan perilaku warga masyarakat.
5. Adanya peningkatan akses ke pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Endah, K. (2020). Pemberdayaan Masyarakat: Menggali Potensi Lokal Desa. *Jurnal MODERAT*, 6(1).
- Hamid, H. Ir. , M. Si. (2018). *Manajemen Pemberdayaan Masyarakat* (1st ed.). De La Macca.
- Handini, S. Dr. M. M., Sukesi, Dr. M. M., & Astuti, H. K. Dra. , M. M. (2019). *Pemberdayaan Masyarakat Desa*. MSC.
- Hasdiansyah, A. , Dr. S. Pd. , M. A. (2023). *Pemberdayaan Masyarakat*. Eurika Media Aksara.
- Maryanti, E., Anggraini, I., Lasmawanti, S., Fahmashufyani, F., & Crystandy, M. (2023). Strategi Promosi Kesehatan terhadap Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan Diare pada Anak Balita. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1), 133–142. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i1.4757>
- Oruh, S. (2021). Literatur Review: Kebijakan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi. *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 135–148.
- Rahmat, A., & Mirnawati, M. (2020). Model Participation Action Research Dalam Pemberdayaan Masyarakat. *AKSARA: Jurnal Ilmu Pendidikan Nonformal*, 6(1). <http://ejurnal.pps.ung.ac.id/index.php/AKSARA/index>
- Suaib, Drs. , M. Si. (2021). *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat* (U. Dr. , S. Sos. , M. Si. Nain, Ed.; 1st ed.). CV. Adanu Abimata.
- Sujarwo. (2021). *Model dan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat "Sebuah Kajian Teoretis."* UNY Press.
- Suprpto, S., & Arda, D. (2021). Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Wilayah Kerja Puskesmas Barombong. *Jurnal Pengabdian Kesehatan Komunitas*, 1(2), 77–87. <https://doi.org/10.25311/jpkk.vol1.iss2.957>

# BAB 5

## PERILAKU KESEHATAN

*Oleh Frida Lina Br Tarigan*

### 5.1 Konsep Perilaku

Perilaku adalah apa yang dilakukan dan dikatakan seseorang yang dapat diamati, digambarkan, dan dicatat oleh orang lain atau orang yang melakukannya. Perilaku dibagi menjadi dua kategori, yaitu perilaku baik dan buruk, berdasarkan apa yang dilakukan seseorang. Standar yang digunakan untuk menentukan perilaku baik dan buruk juga didasarkan pada norma-norma yang berlaku di masyarakat, seperti aturan agama, hukum, usia, dan lain sebagainya. Dalam kesehatan, hubungan antara perilaku dan kesehatan sangatlah erat. Tidak banyak yang kita ketahui tentang tindakan-tindakan kecil yang dapat memberikan dampak besar bagi kesehatan seseorang.

Menurut Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2007) , perilaku merujuk pada tindakan atau tindakan organisme (makhluk hidup). Oleh karena itu, apa yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah tindakan atau tindakan mereka sendiri, yang mencakup banyak hal, seperti berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, mengajar, menulis, dan membaca. Ada tiga faktor utama yang memengaruhi tindakan seseorang. Yang pertama adalah

1. Faktor pendorong. Mereka dikenal sebagai predisposing factors dan dapat didefinisikan sebagai faktor yang mendorong atau mendorong tindakan seseorang. Contoh dari predisposing factors termasuk pengetahuan dan sikap seseorang tentang kesehatan, adat istiadat dan kepercayaan yang berkaitan dengan kesehatan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan sebagainya.
2. Faktor Pemungkin: Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor-faktor ini meliputi ketersediaan sarana dan prasarana di masyarakat, seperti puskesmas, posyandu,

rumah sakit, dan tempat pembuangan air dan sampah. Fasilitas-fasilitas tersebut pada dasarnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, oleh karena itu disebut juga sebagai faktor pendukung.

3. Faktor Penguat: Reinforcing Factors: Orang kadang-kadang tidak berperilaku sehat meskipun mereka tahu. Salah satu faktor ini adalah sikap dan tindakan para pemimpin komunitas (toma), para pemimpin agama (toga), dan para pejabat, termasuk karyawan layanan kesehatan. Ini juga mencakup undang-undang dan peraturan kesehatan nasional dan lokal.

Menurut Skinner (1938), seorang psychologist, perilaku adalah reaksi atau respons seseorang terhadap a stimulus (stimuli dari luar). Skinner membedakan dua jenis respons:

1. Responden atau refleksif, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut eliciting stimulus karena menimbulkan respon yang relatif tetap. Sebagai contoh, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, makanan yang lezat menyebabkan keinginan untuk makan, dan seterusnya. Selain itu, reaksi responden termasuk tindakan emosional. Misalnya, orang yang menangis atau menangis saat mendengar berita tentang bencana, orang yang berhasil lulus ujian menunjukkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
2. Operant response, kadang-kadang disebut sebagai respon instrumental, adalah reaksi yang dimulai dan diintensifkan sebagai respons terhadap stimulan atau rangsangan tertentu. Stimulus ini disebut stimulus restoratif atau penguat karena mengintensifkan respons. Misalnya, seorang pekerja kesehatan akan bekerja lebih baik di tempat kerja jika mereka menerima pujian dari atasannya karena telah menyelesaikan tugas-tugas seperti menanggapi tesis atau deskripsi pekerjaan.

Perilaku dapat dibagi menjadi dua kategori berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus ini.

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap individu yang menerimanya, dan tidak dapat diamati oleh orang lain. Oleh karena itu, tindakan yang tertutup atau tidak terlihat disebut tindakan yang tertutup atau tidak terlihat. Misalnya, seorang ibu hamil menyadari pentingnya menjalani pemeriksaan kehamilan, seorang pemuda menyadari bahwa HIV/AIDS dapat menyebar melalui hubungan seks, dan sebagainya.
2. Perilaku Terbuka (*Overt Behaviour*) tindakan nyata atau yang terlihat dari seseorang sebagai reaksi terhadap suatu rangsangan. Mudah bagi orang lain untuk melihat atau menyaksikan perilaku atau praktik nyata yang merupakan respons terhadap rangsangan. Akibatnya, ini disebut sebagai perilaku, praktik, atau tindakan nyata. Penderita tuberkulosis paru, misalnya, minum obat secara teratur, ibu-ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anak-anaknya ke puskesmas untuk mendapatkan vaksinasi, dan sebagainya.

Sebagian perilaku manusia adalah *operant respons*. Oleh karena itu, untuk mengembangkan jenis reaksi atau perilaku tertentu, pengkondisian operan harus digunakan dalam keadaan tertentu. Menurut Skinner, proses untuk mengembangkan pengkondisian operan adalah sebagai berikut.

1. Tentukan apa yang bertindak sebagai penguat untuk perilaku yang diinginkan, seperti penghargaan atau hadiah.
2. Menganalisis data untuk menemukan komponen-komponen kecil yang diperlukan. Setelah itu, bagian-bagian tersebut disatukan dalam urutan yang tepat untuk menyebabkan perilaku yang diinginkan terjadi.
3. Sebagai tujuan sementara, gunakan komponen-komponen tersebut secara berurutan dan tetapkan penguat atau insentif untuk masing-masing komponen.

4. Memodifikasi perilaku dengan menyesuaikan urutan komponen. Penghargaan diberikan setelah menyelesaikan komponen pertama. Hasilnya, elemen atau perilaku (aktivitas) tersebut akan cenderung lebih sering dilakukan. Setelah hal ini terbukti, komponen perilaku, yang merupakan komponen kedua-komponen pertama tidak lagi membutuhkan hadiah-diberi hadiah. Hingga komponen kedua terbentuk, hal ini diulangi. Selanjutnya, lanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan seterusnya hingga semua perilaku yang diinginkan terbentuk

Khususnya di Amerika Serikat, teori Skinner memiliki banyak daya tarik. Gagasan ini mendasari perkembangan saat ini dalam pengendalian perilaku, terapi perilaku, dan modifikasi perilaku.

## **5.2 Perilaku Kesehatan**

Dari perspektif biologis, perilaku adalah tindakan atau aktivitas organisme yang saling berhubungan. Dengan demikian, perilaku pada manusia pada dasarnya adalah aktivitas manusia. Akibatnya, ada banyak sekali variasi dalam perilaku manusia, seperti bagaimana orang berjalan, berbicara, merespons, berpakaian, dan banyak lagi. Perilaku manusia bahkan mencakup proses interior kita seperti persepsi, pikiran, dan emosi. Faktor lingkungan dan genetik keduanya berdampak pada perilaku organisme dan gejala perilaku yang termanifestasi dalam aktivitasnya. Secara umum, dapat dikatakan bahwa variabel genetik dan lingkungan mempengaruhi bagaimana makhluk hidup, termasuk manusia, berperilaku. Gagasan mendasar di balik bagaimana perilaku makhluk hidup berkembang dari satu generasi ke generasi berikutnya disebut keturunan. Meskipun lingkungan adalah keadaan atau lahan untuk pengembangan perilaku ini

Karena perilaku manusia dipengaruhi oleh berbagai elemen internal dan eksternal (lingkungan), sulit untuk menentukan penyebab pasti perilaku manusia. Secara umum, ada tiga cara untuk melihat perilaku manusia: sosial, psikologis,

dan fisik. Namun demikian, sulit untuk mengidentifikasi batas-batas yang berbeda dari ketiga faktor ini.

Perilaku kesehatan mencakup perilaku individu, kelompok, dan organisasi dan mencakup hal-hal seperti mekanisme penanggulangan yang lebih baik, peningkatan kualitas hidup, pengembangan dan implementasi kebijakan, dan perubahan masyarakat. Karakteristik pribadi, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, kepercayaan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, serta pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan, pemulihan, dan peningkatan kesehatan, juga termasuk dalam definisi perilaku kesehatan.(Martina, 2021)

Tiga jenis perilaku kesehatan ditetapkan oleh Casl dan Cobb (Glanz, Lewis, dan Rimer, 2008):

1. Perilaku kesehatan preventif adalah setiap tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang menganggap dirinya sehat dengan tujuan untuk mencegah atau mengidentifikasi penyakit sebelum gejala muncul. Perilaku kesehatan preventif juga didefinisikan oleh Casl dan Cobb (1966) sebagai tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang menganggap dirinya sehat dengan maksud untuk mencegah penyakit atau mengidentifikasinya pada tahap tanpa gejala (Wacker, 1990).
2. Perilaku sakit, yaitu setiap tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang merasa tidak sehat untuk menilai kesehatannya dan mencari resep yang tepat. Menurut Wacker (1990), perilaku sakit biasanya didefinisikan sebagai tindakan seseorang setelah timbulnya dan persepsi gejala.
3. Perilaku peran sakit, yaitu setiap tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang percaya bahwa mereka sakit dengan tujuan untuk sembuh, seperti mencari bantuan medis dari tenaga profesional.

Parsons menyatakan bahwa peran sakit terdiri dari empat elemen berikut (Wacker, 1990):

1. Penyakit yang diderita seseorang bukanlah kesalahan mereka.
2. Penyakit tersebut menjadi alasan yang tepat bagi mereka untuk tidak melaksanakan tugas dan komitmen mereka.
3. Seseorang yang sakit harus memahami bahwa penyakit mereka adalah keadaan yang tidak menyenangkan dan
4. Pemulihan diasumsikan terkait dengan mencari bantuan dari layanan kesehatan

Perilaku kesehatan, menurut batasan perilaku Skinner, adalah reaksi organisme (atau seseorang) terhadap stimulus eksternal atau hal yang berhubungan dengan sakit, penyakit, sistem medis, makanan, minuman, dan lingkungan. Berdasarkan batasan ini, ada tiga kategori perilaku kesehatan yang dapat dibedakan:(Adventus et al., 2019)

#### **1. Pemeliharaan kebiasaan kesehatan**

adalah tindakan atau upaya seseorang untuk menjaga diri mereka tetap sehat agar tidak jatuh sakit dan mencari pertolongan medis ketika sakit. Sebagai hasilnya, ada tiga komponen dalam perilaku pemeliharaan kesehatan ini:

- a. Praktik pencegahan penyakit;
- b. Mengobati penyakit ketika muncul; dan c. Memulihkan kesehatan setelah sembuh dari penyakit
- c. Jika seseorang sehat, memperbaiki perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, namun sebaliknya, makanan dan minuman dapat menyebabkan kesehatan seseorang menurun, bahkan dapat menimbulkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku masyarakat terhadap makanan dan minuman.

#### **2. Praktik mencari dan memanfaatkan fasilitas atau sistem pelayanan kesehatan**

Perilaku ini berkaitan dengan apa yang dilakukan atau tidak dilakukan seseorang ketika mereka sakit, terluka, atau keduanya. Kebiasaan atau aktivitas ini berkisar dari mencari terapi di luar negeri hingga pengobatan sendiri, pengobatan alternatif, dan perawatan medis tradisional.

### **3. Tindakan sadar lingkungan**

Cara seseorang bereaksi terhadap lingkungannya, termasuk lingkungan fisik dan sosialnya, di antara faktor-faktor lain, untuk mencegah lingkungan berdampak buruk pada kesehatannya. Dengan kata lain, tindakan apa yang dapat dilakukan seseorang untuk memastikan bahwa lingkungannya tidak menghambat kesejahteraan orang yang mereka cintai, komunitas, atau diri mereka sendiri? Misalnya, bagaimana menangani pembuangan sampah, tempat pembuangan sampah, air minum, dan pembuangan kotoran.

Seorang ahli lain (Becker, 1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini:

#### **a. Perilaku hidup sehat (*healthy life style*)**

adalah tindakan yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan atau cara hidup yang sehat.

Perilaku ini terdiri dari, antara lain:

- 1) Mengonsumsi makanan yang seimbang (diet yang sesuai). Menu ini seimbang dalam arti bahwa menu ini memberikan nutrisi yang dibutuhkan tubuh secara berkualitas dan jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tersebut tanpa berlebihan. Di Indonesia, menu ini bisa disebut sebagai “empat sehat lima sempurna” dalam hal kualitas.
- 2) Sering berolahraga mencakup kuantitas-jumlah waktu dan seringnya berolahraga-dan kualitas (gerakan). Tentu saja, kedua faktor ini akan tergantung pada usia dan kesehatan individu.
- 3) Berhenti merokok. Merokok adalah kebiasaan berbahaya yang berkontribusi terhadap banyak penyakit. Paradoksnya, tampaknya merokok telah mendarah daging dalam budaya Indonesia. Di

Indonesia, sekitar setengah dari populasi orang dewasa merokok. Menurut temuan sebuah penelitian, 15% anak muda kita telah merokok. Ini adalah masalah dengan cara kita mengajarkan kesehatan.

- 4) Menghindari narkoba dan alkohol. Seiring dengan penggunaan narkoba (narkotika dan zat berbahaya lainnya), konsumsi alkohol juga meningkat. Diperkirakan 1% orang dewasa di Indonesia sudah menjadi konsumen alkohol.
- 5) Tidur yang cukup. Orang dipaksa untuk bekerja keras dan berlebihan karena tuntutan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan saat ini, yang menyebabkan berkurangnya waktu luang mereka. Risiko kesehatan juga dapat terjadi akibat hal ini.
- 6) Kelola ketegangan Anda. Setiap orang mengalami stres, yang dapat memiliki berbagai dampak negatif terhadap kesehatan. terutama mengingat tuntutan hidup yang berat seperti yang telah disebutkan sebelumnya. Setiap orang memiliki kecenderungan untuk mengalami stres. Stres adalah sesuatu yang tidak dapat kita hindari; kuncinya adalah mencegah stres agar tidak berdampak negatif pada kesehatan kita. Untuk itu, kita harus belajar untuk
- 7) Perilaku atau gaya hidup tambahan yang meningkatkan kesehatan. Sebagai ilustrasi, pertimbangkan untuk tidak berganti-ganti pasangan saat berhubungan seks, beradaptasi dengan lingkungan sekitar, dan sebagainya.

b. Perilaku sakit sakit (*illness behavior*)

Respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, bagaimana mereka memandang penyakit, apa yang mereka ketahui tentang asal-usul dan gejala penyakit, bagaimana mengelola penyakit, dan faktor-faktor lain, semuanya berkontribusi pada perilaku sakit mereka.

c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Individu yang sakit memainkan peran dalam sosiologi yang mencakup tanggung jawab mereka sebagai orang sakit dan juga hak-hak mereka sebagai orang sakit. Orang yang sakit dan orang lain (terutama keluarganya) perlu menyadari hak dan tanggung jawab ini; hal ini dikenal sebagai perilaku peran sakit. Perilaku ini terdiri dari:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) Mengetahui sumber daya yang tersedia untuk perawatan atau pengobatan penyakit yang tepat;
- 3) Mengetahui kewajiban dan hak-hak mereka yang sakit, seperti tidak menyebarkan penyakit kepada orang lain dan menginformasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya mengenai kondisi mereka; dan 4) Memahami fasilitas atau sarana untuk mendapatkan pelayanan/pengobatan yang tepat untuk penyakit yang diderita.

### 5.3 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah suatu jenis respons atau reaksi terhadap rangsangan dari luar organisme (orang), namun bagaimana respons yang diberikan sangat bergantung pada sifat-sifat atau variabel lain dari individu yang bersangkutan. Hal ini mengindikasikan bahwa setiap orang memberikan respon yang berbeda terhadap rangsangan yang sama meskipun rangsangan tersebut sama untuk beberapa orang. Faktor penentu perilaku adalah variabel yang membedakan reaksi terhadap berbagai rangsangan. Faktor-faktor perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua kategori: (Riska, 2023)

1. Faktor penentu atau faktor internal, yang merupakan sifat-sifat yang melekat atau dibawa sejak lahir, seperti jenis kelamin, kecerdasan emosional, dan lain sebagainya.
2. Faktor penentu atau variabel luar, seperti konteks fisik, sosial, budaya, politik, dan ekonomi, dan lain-lain yang membentuk lingkungan. Faktor-faktor lingkungan ini sering kali merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang..

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang adalah keseluruhan aktivitas dan kehidupan sehari-hari yang merupakan hasil dari kolaborasi dengan berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Dengan kata lain, perilaku manusia sangatlah kompleks dan memiliki rente yang sangat besar. Benyamin Bloom (1908), seorang pelopor psikologi pendidikan, mengklasifikasikan perilaku manusia ke dalam tiga domain sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya sebagai domain atau kawasan, yaitu: a) kognitif, b) afektif, dan c) psikomotorik.

Menurut perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

#### **A. Pengetahuan (*Knowledge*)**

Mengindra suatu benda akan menghasilkan pengetahuan, yang merupakan hasil dari mengetahui. Manusia memahami dunia melalui lima indera: penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, dan sentuhan. Mayoritas informasi manusia dikumpulkan melalui penglihatan dan pendengaran. Tanpa informasi, seseorang tidak memiliki dasar yang diperlukan untuk memutuskan bagaimana menghadapi tantangan dan membuat keputusan. Ada berbagai jenis pengetahuan yang berbeda, secara khusus:

##### **1. Pengetahuan Faktual (*Factual knowledge*)**

Pengetahuan yang berbentuk fakta-fakta yang tidak lengkap atau ide-ide mendasar yang ditemukan dalam bidang tertentu. Pada umumnya, informasi faktual bersifat abstrak. Ada dua kategori pengetahuan faktual: pengetahuan tentang detail dan elemen tertentu, yang mencakup pengetahuan tentang orang, tempat, peristiwa, dan informasi yang sangat spesifik lainnya, dan pengetahuan tentang terminologi, yang mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu, baik verbal maupun nonverbal.

Sebagai contoh, orang yang mengetahui bahwa merokok dapat menyakitkan karena mereka mengetahui adanya perokok di sekitar mereka yang mengidap kanker paru-paru.1. Informasi yang akurat.

## 2. Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang berbentuk fakta-fakta yang tidak lengkap atau ide-ide mendasar yang ditemukan dalam bidang tertentu. Pada umumnya, informasi faktual bersifat abstrak. Ada dua kategori pengetahuan faktual: pengetahuan tentang detail dan elemen spesifik, yang mencakup pengetahuan tentang orang, tempat, peristiwa, dan informasi yang sangat spesifik lainnya, dan pengetahuan tentang terminologi, yang mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu, baik verbal maupun nonverbal.

Sebagai contoh, orang yang sadar bahwa merokok dapat menyakitkan karena mereka tahu bahwa ada perokok di sekitar mereka yang menderita kanker paru-paru.

Pengetahuan

## 3. Pengetahuan tentang Prosedur

Pemahaman akan teknik-teknik yang baru maupun yang rutin. Pengetahuan prosedural sering kali terdiri dari tahapan atau tindakan yang harus dilakukan untuk menyelesaikan suatu tugas.

Misalnya, mereka yang mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan oleh perokok untuk berhenti merokok. Orang yang mengetahui tindakan yang diperlukan untuk mengobati tuberkulosis (TBC) dengan meminum obat TBC sesuai dengan standar yang berlaku.

## 4. Pengetahuan metakognitif terdiri dari pengetahuan tentang diri sendiri dan pengetahuan umum tentang kognisi. Studi tentang metakognisi mengungkapkan bahwa seiring dengan pertumbuhan seseorang, mereka menjadi lebih sadar akan kognisi dan sadar akan pikirannya; jika orang dapat melakukan hal ini, mereka akan belajar dengan lebih efektif. Contoh: masyarakat yang ingin melakukan pemberantasan penyakit DBD di lingkungan rumah dan masyarakat sudah mengetahui penyebab DBD, penanggulangan DBD dan tata cara serta langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pemberantasan DBD di lingkungan mereka.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

### **Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif**

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan:

#### **1. Tahu (*Know*)**

Definisi tahu adalah kemampuan untuk mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini mencakup kemampuan untuk mengingat kembali (*recall*) informasi yang spesifik serta seluruh pengetahuan yang telah dipelajari atau rangsangan. Dengan demikian, tingkat pengetahuan yang paling rendah adalah tahu. Kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan seseorang tentang apa yang telah dipelajari adalah menyebutkan, mendeskripsikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

#### **2. Memahami (*comprehension*)**

Pemahaman dicirikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan informasi secara akurat tentang suatu hal. Memahami subjek atau konten membutuhkan kemampuan untuk mendeskripsikan, memberikan contoh, menarik kesimpulan, membuat prediksi, dan lain sebagainya mengenai subjek yang sedang dipelajari. Contohnya adalah seorang remaja yang dapat menjelaskan mengapa pubertas menyebabkan perubahan tubuh pada remaja. seorang ibu yang memiliki pengetahuan tentang berbagai bentuk kontrasepsi dan cara menggunakannya.

#### **3. Aplikasi (*aplication*)**

Aplikasi dapat digambarkan sebagai kapasitas untuk menggunakan pengetahuan yang diperoleh dalam konteks yang otentik. Istilah “aplikasi” dalam konteks ini mengacu pada pemanfaatan atau penerapan aturan, persamaan, prosedur, ide, dan sebagainya dalam keadaan atau konteks yang berbeda. Misalnya, mampu menghitung hasil studi

menggunakan rumus statistik dan memecahkan masalah terkait kesehatan dari skenario tertentu menggunakan konsep siklus pemecahan masalah.

**4. Analisis (*analysis*)**

Kemampuan untuk menguraikan suatu materi atau objek ke dalam bagian-bagian komponennya dengan tetap mempertahankan satu struktur organisasi dan hubungan di antara bagian-bagian tersebut dikenal sebagai analisis. Kata kerja yang digunakan untuk menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengklasifikasikan, dan tindakan lainnya menunjukkan keterampilan analitis ini.

**5. Sintesis (*synthesis*)**

Kemampuan untuk menggabungkan atau menyatukan bagian-bagian untuk menciptakan bentuk keseluruhan yang baru disebut sebagai sintesis. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menciptakan formulasi baru dari yang sudah ada sebelumnya. Misalnya, memiliki kemampuan untuk mengumpulkan, mengorganisir, meringkas, memodifikasi, dan sebagainya dari sebuah teori atau rumusan yang sudah ada.

**6. Penilaian**

Evaluasi ini berkaitan dengan kapasitas untuk menilai atau mempertahankan sebuah tulisan atau objek lainnya. Baik kriteria yang sudah ada diterapkan atau kriteria baru dikembangkan untuk sampai pada kesimpulan ini. Misalnya, membandingkan bayi yang diberi makan dengan baik, bereaksi terhadap prevalensi diare di daerah tertentu, mencari tahu mengapa para ibu enggan mengikuti program keluarga berencana, dan lain sebagainya

Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru yaitu

**1. Menghafal (*remember*)**

Menyusun kembali data yang disimpan dalam memori jangka panjang. Proses kognitif tingkat tertinggi adalah mengingat. Proses “mengingat” harus selalu dilihat dari sudut pandang pemahaman yang lebih dalam daripada

sebagai sesuatu yang dangkal dan dangkal untuk membuatnya menjadi latihan pembelajaran yang bermanfaat. Ada dua kategori proses kognitif yang termasuk dalam kategori ini: mengingat (mengingat) dan pengenalan (generalisasi).

## **2. Memahami (*Understand*)**

Menciptakan makna atau pemahaman di benak siswa dengan menghubungkan informasi baru dengan konten yang telah dipelajari sebelumnya, mengintegrasikan data baru ke dalam skema yang sudah ada, atau melakukan keduanya. Konsep adalah unit dasar dari skema, dan pengetahuan konseptual adalah dasar dari pemahaman. Kategori pemahaman terdiri dari tujuh proses kognitif, yaitu mencontohkan, mengklasifikasikan, meringkas, menyimpulkan, membandingkan, dan menjelaskan.

## **3. Mengaplikasikan (*Applying*)**

Menggunakan pengetahuan ini, sebuah prosedur diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan atau menemukan solusi. Oleh karena itu, ada hubungan yang erat antara pengetahuan prosedural dan aplikasi. Namun, hal ini tidak menyiratkan bahwa pengetahuan yang masuk ke dalam kategori ini terbatas pada pengetahuan prosedural. Kategori ini mencakup dua jenis proses kognitif: mengeksekusi dan mengimplementasikan.

## **4. Menganalisis (*Analyzing*)**

memecah suatu masalah atau hal menjadi bagian-bagian komponennya dan mencari tahu bagaimana bagian-bagian tersebut saling terkait dan terhubung. Menganalisis melibatkan tiga jenis proses kognitif utama: mengorganisasi, menetapkan, dan membedakan.

## **5. Mengevaluasi (*evaluation*)**

Menilai membentuk opini berdasarkan norma dan kriteria yang sesuai. Dua kategori proses kognitif yang termasuk dalam kategori ini adalah menganalisis dan mengkritik.

## 6. Membuat (*create*)

sejumlah komponen menjadi satu bentuk. Kategori ini mencakup tiga jenis proses kognitif berikut: memproduksi, merencanakan, dan menghasilkan.

Informasi dapat diperoleh dengan berbagai cara dan tempat, sehingga memungkinkan seseorang untuk mengubahnya menjadi pengetahuan yang akan berguna dalam kehidupan sehari-hari. Ada dua kategori yang dapat dibagi ke dalam berbagai pendekatan untuk mengetahui kebenaran sepanjang sejarah: (Dr. S.KM. Irwan, 217 C.E.)

### a. Cara Tradisional untuk Memperoleh Pengetahuan

Manusia menggunakan metode kuno atau konvensional untuk menemukan kebenaran sebelum teknik atau proses penemuan ilmiah yang metodis dan rasional diusulkan. Pada masa ini, pengetahuan diperoleh melalui berbagai teknik, termasuk:

#### 1) Coba-coba

Coba-coba adalah metode tertua untuk memperoleh pengetahuan yang pernah digunakan oleh manusia. Orang-orang menggunakan teknik ini bahkan sebelum peradaban ada. Untuk memecahkan masalah dengan coba-coba, digunakanlah berbagai pilihan. Jika satu opsi terbukti tidak efektif, opsi lain dicoba. Jika opsi kedua tidak berhasil juga, coba opsi ketiga lagi, opsi keempat jika opsi ketiga juga tidak berhasil, dan seterusnya hingga masalahnya dapat diselesaikan. Karena alasan ini, metode ini dikenal sebagai trial and error (gagal atau salah) atau coba - salah/coba - coba.

Metode ini telah digunakan orang sejak lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan hingga saat ini pun, metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang tidak mengetahui atau tidak memahami pendekatan khusus yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.

2) Metode Otoritas atau Kekuasaan

Orang mengikuti banyak adat dan kebiasaan dalam kehidupan sehari-hari tanpa mempertimbangkan apakah hal tersebut benar atau salah secara moral. Biasanya, tradisi-tradisi ini diwariskan secara turun-temurun dari satu generasi ke generasi berikutnya. Misalnya, alasan di balik upacara selapanan dan turun tanah untuk bayi di berbagai suku bangsa, kebiasaan ibu menyusui meminum jamu, larangan konsumsi telur untuk anak-anak, dan sebagainya.

Kebiasaan-kebiasaan ini tidak hanya ada di masyarakat masa lampau, tetapi juga ada di masyarakat modern. Tradisi-tradisi ini diakui sebagai kebenaran yang tidak dapat diubah dari asalnya. Tokoh masyarakat resmi atau tidak resmi, otoritas agama, pegawai pemerintah, dan orang lain dapat memberikan informasi ini.. Dengan kata lain, perolehan pengetahuan bergantung pada otoritas atau kekuasaan, mulai dari adat istiadat dan pemerintah hingga otoritas pemimpin agama dan spesialis ilmiah yang bekerja untuk individu dan memberikan informasi yang akhirnya menjadi pengetahuan.

3) Didasarkan pada Pengalaman Individu

Seperti kata pepatah, pengalaman adalah guru yang terbaik. Menurut pepatah ini, pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman atau dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan yang akurat. Oleh karena itu, seseorang juga dapat menggunakan pengalamannya sendiri dalam upaya mempelajari hal-hal baru. Hal ini dilakukan dengan menerapkan pengetahuan yang diperoleh dari penyelesaian masalah sebelumnya. Jika pendekatan yang dilakukan terbukti efektif dalam menyelesaikan masalah saat ini, maka pendekatan tersebut juga dapat diterapkan untuk mengatasi masalah lain yang serupa. Namun, jika ia tidak dapat menyelesaikan masalah dengan menggunakan pendekatan ini, ia tidak akan mencoba

mengulangi proses tersebut dan akan mencari alternatif lain.

4) Berdasarkan Proses Pemikiran

Pemikiran manusia berkembang seiring dengan evolusi budaya manusia. Dari titik ini, manusia dapat menggunakan akal untuk memperoleh pengetahuan. Dengan kata lain, manusia telah mengandalkan induksi atau deduksi dari metode berpikir mereka untuk sampai pada kebenaran informasi.

Pada dasarnya, induksi dan deduksi adalah metode untuk menghasilkan ide secara tidak langsung dengan membuat pernyataan dan kemudian mencari hubungan untuk menarik kesimpulan. Disebut induksi jika proses penarikan kesimpulan melibatkan proses dari pernyataan yang spesifik ke pernyataan yang umum. Di sisi lain, deduksi adalah proses penarikan kesimpulan dari pernyataan umum ke pernyataan khusus.

**b. Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan**

Metode pembelajaran baru atau modern saat ini lebih metodis, logis, dan ilmiah. “Metode penelitian ilmiah,” atau metodologi penelitian yang lebih sering dikenal, adalah nama pendekatan ini. Francis Bacon adalah orang pertama yang menemukan teknik ini (1561-1626). Dia adalah orang yang menemukan gaya penalaran induktif. Pengamatan awalnya adalah peristiwa sosial atau alam. Setelah mengumpulkan dan mengklasifikasikan data pengamatannya, kesimpulan yang luas dibuat. Kemudian, Deobold van Dallen meneruskan teknik penalaran induktif Bacon. Menurutny, pengamatan langsung dan pencatatan yang teliti terhadap semua informasi yang relevan tentang hal-hal yang diamatinya adalah metode yang digunakan untuk menarik kesimpulan. Pencatatan ini meliputi tiga hal utama, yaitu:

- 1) Semua hal yang positif, yaitu gejala-gejala spesifik yang muncul pada saat observasi.

- 2) Segala hal yang tidak baik, termasuk gejala spesifik yang tidak ada pada saat pengamatan.
- 3) Gejala variabel, atau gejala yang berubah-ubah sebagai respons terhadap keadaan tertentu.

## **B. Sikap (*Attitude*)**

Reaksi atau respons individu yang tetap tertutup terhadap suatu rangsangan atau objek adalah sikap mereka. Berdasarkan batasan-batasan yang telah disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa ekspresi sikap tidak selalu terlihat dengan segera dan harus dipahami terlebih dahulu melalui perilaku yang direpresi. Konotasi dari respons yang tepat terhadap rangsangan tertentu-tanggapan emosional terhadap isyarat sosial dalam kehidupan sehari-hari-cukup ditunjukkan oleh sikap. Menurut ilmuwan sosial Nemcomb, sikap adalah hasil dari penerapan motif tertentu. Sikap adalah predisposisi untuk melakukan suatu perilaku; sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas. Alih-alih menjadi perilaku atau reaksi yang terbuka, sikap tetap tertutup. Sikap adalah kesiapan untuk merespons sesuatu objek di lingkungan tertentu sebagai sesuatu tanggapan terhadap objek.

### **Komponen pokok sikap**

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap terdiri dari tiga komponen utama di bagian lain.

1. Konsep, ide, dan keyakinan mengenai suatu hal.
2. Keadaan emosional atau penilaian terhadap suatu hal.
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Bersama-sama, ketiga elemen ini membentuk keseluruhan sikap. Faktor penting dalam menentukan keseluruhan sikap ini adalah pengetahuan, bersama dengan pikiran, kepercayaan, dan emosi. Seorang ibu, misalnya, mengetahui penyebab, akibat, dan pencegahan polio. Informasi ini akan membuat ibu tersebut merenung dan berusaha untuk melindungi anaknya agar tidak tertular polio. Dengan cara berpikir seperti ini, sang ibu berencana untuk mengimunisasi anaknya untuk melindunginya agar tidak tertular polio. Ini adalah hasil dari emosi dan

keyakinan yang bekerja bersama. Ibu ini memandang objek dengan cara tertentu, yaitu

Sama halnya dengan pengetahuan, ada beberapa tingkatan dalam sikap ini:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima menunjukkan kesediaan dan perhatian terhadap stimulus yang diberikan (objek) oleh individu (subjek). Keinginan seseorang untuk menghadiri dan memperhatikan ceramah tentang gizi, misalnya, dapat menunjukkan sikap mereka tentang gizi.

2. Merespons (*responding*)

Indikasi dari sikap adalah kemampuan untuk mencapai dan menyelesaikan tugas yang diberikan serta menjawab pertanyaan. Karena orang menerima sebuah ide ketika mereka mencoba menjawab pertanyaan atau menyelesaikan tugas, terlepas dari apakah pekerjaan itu benar atau salah. Contohnya adalah seorang ustadz yang menjawab pertanyaan istrinya yang menyarankan untuk menggunakan alat kontrasepsi.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk membicarakan suatu masalah merupakan tanda dari sikap tingkat tiga. Sikap baik seorang ibu terhadap gizi anak dapat ditunjukkan, misalnya, dengan mengundang ibu-ibu lain (tetangga, kerabat, dan sebagainya) untuk datang ke posyandu untuk menimbang anak mereka atau berdiskusi tentang gizi.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap terbaik adalah bertanggung jawab penuh atas semua yang telah dipilih, bahkan dengan segala bahaya yang menyertainya. Misalnya, seorang ibu mau menerima KB meskipun orang tua atau mertuanya keberatan.

Metode langsung dan tidak langsung dapat digunakan untuk mengukur sikap. Seseorang dapat menanyakan secara langsung tentang pernyataan atau pandangan responden terhadap suatu objek. Misalnya, bagaimana pendapat Anda tentang layanan medis Rumah Sakit Cipto? Kita dapat mengajukan pertanyaan hipotetis secara

langsung dan kemudian mendapatkan sudut pandang responden. Dapatkah Anda memanfaatkan rumah Anda yang luas, misalnya, untuk kegiatan posyandu? Atau, saya akan menikah pada usia 25 tahun (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Sebagai sebuah domain perilaku, sikap memiliki beberapa tujuan sebagai berikut:

1. Menggunakan sikap sebagai alat modifikasi.  
Karena sikap dapat dikomunikasikan, atau mudah ditularkan, sikap juga memudahkan untuk menyesuaikan diri dengan suatu kelompok. Berbagai hubungan antara individu dan kelompok atau dengan
2. Sikap sebagai alat pengatur tingkah laku.  
Tidak ada pertimbangan atau respons pada orang dewasa, anak-anak, atau orang tua. Dalam banyak kasus, rangsangan tidak dirangsang secara spontan; sebaliknya, metode yang disengaja digunakan untuk mengevaluasi rangsangan.
3. Sikap sebagai alat pengatur pengalaman  
Orang-orang yang menerima pengalaman dilibatkan. Hal ini menyiratkan bahwa tidak semua hal disediakan oleh manusia, melainkan manusia memilih apa yang perlu disediakan dan apa yang tidak. Semuanya berasal dari dunia luar. Dengan demikian, setiap peristiwa dievaluasi sebelum dipilih.
4. Sikap sebagai pernyataan kepribadian  
Karena sikap selalu merupakan cerminan dari orang-orang yang mendukungnya, sikap sering kali mengungkapkan kepribadian seseorang. Sikap merupakan pernyataan pribadi seseorang.

### **C. Praktik Atau Tindakan (*Practice*)**

Sebuah tindakan (perilaku yang terlihat) tidak selalu mencerminkan sebuah sikap. Diperlukan elemen pendukung atau kondisi potensial, seperti fasilitas, untuk menerjemahkan sikap menjadi tindakan nyata. Agar seorang ibu dapat

memvaksinasi anaknya, suaminya harus mendukung sikapnya yang baik terhadap imunisasi. Selain itu, fasilitas imunisasi yang mudah diakses juga harus tersedia. Selain komponen fasilitas, dukungan tambahan juga diperlukan dari sumber lain, seperti pasangan, orang tua, mertua, dan kerabat lainnya. Ada berbagai tingkatan dalam praktik ini:

1. Respons terpimpin (*guided response*)

Tingkat praktik pertama dapat ditentukan oleh kemampuan seseorang untuk melakukan tugas dalam urutan yang benar dan sesuai dengan contoh. Misalnya, seorang ibu dapat menyiapkan sayuran dengan benar, dimulai dengan misalnya, seorang ibu dapat memasak sayuran dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotongnya, lama memasak, menutup panci, dan sebagainya.

2. Mekanisme (*mecanism* Seseorang telah maju ke tingkat praktik kedua ketika mereka dapat melakukan suatu tindakan dengan benar secara autopilot atau ketika tindakan tersebut telah menjadi kebiasaan. Sebagai ilustrasi, bayangkan seorang ibu yang mengimunisasi anaknya pada usia tertentu tanpa menunggu izin atau ajakan dari orang lain. ibu yang terbiasa merebus sayuran hingga empuk. Ibu yang terbiasa membuat sarapan untuk anak dan dirinya sendiri di pagi hari.

3. Adopsi

Adopsi adalah tindakan atau perilaku yang lebih baik. Hal ini menyiratkan bahwa motivasi perilaku tersebut tidak mengurangi validitasnya. Para ibu, misalnya, dapat memilih dan membuat makanan yang sangat bergizi dengan komponen yang terjangkau dan sederhana. Dengan melakukan wawancara dengan peserta dalam kegiatan yang dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan sebelumnya, perilaku dapat diukur secara tidak langsung (*recall*). Pengukuran langsung adalah pilihan lain, yang melibatkan pengamatan perilaku atau aktivitas responden. Hasil dari perilaku ini juga dapat digunakan untuk mengukur praktik perilaku terbuka. Salah satu cara untuk mengukur

kebiasaan kebersihan diri seseorang adalah dengan melihat seberapa bersih kulit, kuku, rambut, dan area lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I., Fishbein, M., *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980)
- Azwar, Arul., *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Cetakan Ke (Jakarta: Mutiara, 1983)
- Azwar, Saifuddin, *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Edisi Kedu (Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar, 2012)
- Festinger, L., *Theory Of Cognitive Dissonance* (New York: Stanford University Press, 1957)
- Green, L., *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edi (Mayfield Publishing Company, 2005)
- Adventus, M. R., Mahendra, D., & Jaya, I. M. M. (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. *Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*, 1–107. [http://repository.uki.ac.id/2759/1/BUKUMODULPROMOSI KESEHATAN.pdf](http://repository.uki.ac.id/2759/1/BUKUMODULPROMOSI%20KESEHATAN.pdf)
- Dr. Irwan S.KM, M. K. (217 C.E.). Konsep Perilaku Kesehatan. *Etika Perilaku Kesehatan*, 123–124.
- Martina, D. dkk. (2021). Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan. In *Yayasan Kita Menulis*.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*.
- Riska, P. dkk. (2023). Promosi Dan Perilaku Kesehatan. In *Eureka Media Aksara* (1st ed.).
- Wicaksana, A., & Rachman, T. (2018). Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (Vol. 3, Issue 1, pp. 10–27). <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Setiawati, D., *Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan* (Jakarta: Agung Wijaya, 2008)
- Siregar, Putra Apriadi, *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi*, Edisi Pert (Jakarta: PT. Kencana, 2020)

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

Susilowati, Dwi, *Promosi Kesehatan( Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan)*, Cetakan pe

(Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan., 2016)

# **BAB 6**

## **EDUKASI KESEHATAN**

*Oleh Nita Putriasti Mayarestya*

### **6.1 Pengertian Edukasi Kesehatan**

Edukasi kesehatan atau pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan yang berfokus untuk mengubah atau memperbaiki perilaku individu/kelompok/masyarakat dengan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan (Sulaeman, 2016). Menurut WHO pendidikan kesehatan merupakan sebuah alat untuk meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat melalui upaya perbaikan pengetahuan dan perilaku sehat (WHO, 2012). Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha atau kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada sasaran (individu, kelompok ataupun masyarakat). Sehingga diharapkan sasaran yang dituju mendapatkan pengetahuan mengenai kesehatan yang lebih baik serta membawa perubahan terhadap perilaku kesehatannya (Notoatmodjo, 2010). Edukasi kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*behavior engeneering*) untuk hidup sehat.

### **6.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan**

Menurut Lawrence W Green terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku sehat seseorang. Model ini dapat digambarkan sebagai berikut (Priyoto, 2014):

#### **1. Faktor Predisposisi**

Faktor ini terdiri dari pengetahuan dan sikap individu/masyarakat terhadap kesehatan, adat istiadat/kepercayaan terkait kesehatan maupun sistem nilai yang dianut oleh masyarakat, tingkat sosial dan pendidikan maupun ekonomi. Edukasi yang dapat dilakukan untuk mengatasi faktor predisposisi ini adalah dengan melakukan penyuluhan, iklan layanan kesehatan dan lain-lain.

## 2. Faktor *Enabling* (penguat)

Faktor *Enabling* terdiri dari ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, misalnya tempat pembuangan sampah, pembuangan tinja, air bersih, makanan yang bergizi, obat-obatan, rumah sakit, puskesmas, klinik, posyandu, dokter, perawat, bidan dan lain sebagainya. Sehingga diperlukan adanya edukasi terkait pemberdayaan masyarakat agar mampu membuat sarana dan prasarana kesehatan di wilayah masing-masing.

## 3. Faktor *Reinforcing* (pemungkin)

Faktor pemungkin ini mencakup adanya keterlibatan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat serta petugas kesehatan sendiri dengan memberikan pelatihan kesehatan agar dapat menjadi acuan dan teladan bagi masyarakat sekitar.

Benyamin Bloom (1908), membagi domain perilaku kesehatan menjadi 3 area wilayah yaitu, kognitif (cipta), afektif (rasa) dan psikomotor (tindakan). Dalam kepentingan pendidikan kesehatan area-area tersebut dibagi menjadi 3 tingkatan pada ranah perilaku, sebai berikut (Notoatmodjo, 2010):

### 1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang terhadap suatu objek yang didapat melalui panca indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga dan lain-lain). Ini dapat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan masing-masing orang terhadap suatu objek berbeda. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), evaluasi (*evaluation*).

### 2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu dengan melibatkan faktor pendapat dan emosi orang tersebut seperti pikiran, perasaan, dan perhatian (setuju - tidak setuju, baik - tidak baik, dan sebagainya). Terdapat 3 komponen pokok sikap

yang secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), yaitu:

- a. Kepercayaan/keyakinan, ide, pemikiran dan konsep seseorang terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional/penilaian/evaluasi seseorang terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tent to behave*) yang merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka (melakukan tindakan).

Dalam sikap terdapat 4 tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*), bertanggung jawab (*responsible*).

### 3. Perilaku atau Praktik (*Practice*)

Jika sikap merupakan kecenderungan untuk berperilaku, sehingga sikap yang baik belum tentu terwujud dalam sebuah perilaku, sebab untuk terwujudnya suatu perilaku diperlukan adanya faktor lain, salah satunya adalah adanya sarana dan prasarana. Tindakan dibagi menjadi 3 tingkatan berdasarkan kualitasnya, yaitu:

- a. Praktik dipimpin (*guided response*), jika seseorang sudah melakukan sesuatu namun masih tergantung pada arahan. Misalnya seorang ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan namun masih menunggu diingatkan oleh tenaga kesehatan.
- b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*), jika seseorang sudah melakukan tindakan secara otomatis. Misalnya seorang ibu yang membawa anak ke posyandu untuk melakukan penimbangan rutin tanpa diingatkan oleh kader atau tenaga kesehatan.
- c. Adopsi (*adoption*), merupakan tindakan yang sudah berkembang. Dimana tindakan seseorang tersebut tidak semata-mata hanya melakukan rutinitas namun sudah dilakukan modifikasi atau perilaku yang berkualitas. Misalnya seseorang melakukan perilaku menggosok gigi, tidak hanya sekedar menggosok gigi namun menggunakan cara dan teknik yang benar.

### 6.3 Tujuan Edukasi Kesehatan

Pada dasarnya edukasi/pendidikan merupakan perencanaan yang dilakukan oleh pelaku pendidikan dengan tujuan mempengaruhi orang lain sesuai dengan harapan yang diinginkan oleh pelaku pendidik baik individu, kelompok atau masyarakat. Tujuan dari edukasi kesehatan menurut WHO adalah mengubah perilaku seseorang atau masyarakat dari perilaku yang belum sehat atau tidak sehat menjadi perilaku sehat. Sedangkan menurut undang-undang kesehatan No. 36 tahun 2009 pendidikan kesehatan bertujuan untuk memungkinkan setiap orang untuk mampu hidup produktif secara ekonomi maupun sosial.

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan.
2. Menjadikan kesehatan sebagai salah satu kebutuhan utama masyarakat.
3. Meningkatkan pemanfaatan serta pengembangan sarana dan prasarana kesehatan secara efektif dan efisien.
4. Meningkatkan kesadaran serta tanggung jawab terhadap kesehatan.
5. Memiliki kemampuan untuk mencegah dan melakukan pemberantasan terhadap penularan penyakit.
6. Memiliki kemauan dan kemampuan masyarakat dalam upaya kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

### 6.4 Strategi Edukasi Kesehatan

Terdapat strategi edukasi kesehatan yang dapat dilakukan seorang edukator kesehatan berdasarkan rekomendasi dari WHO (1984), yaitu (Puspitadewi *et al.*, 2022):

1. Advokasi, bertujuan agar para penentu dan pembuat kebijakan dapat mengeluarkan peraturan yang dapat memfasilitasi dan mendukung kesehatan.
2. Dukungan sosial, bertujuan agar kegiatan edukasi kesehatan mendapat dukungan dan bantuan dari tokoh masyarakat setempat.

3. Pemberdayaan masyarakat, bertujuan agar masyarakat memiliki kemauan dan kemampuan untuk dapat menjaga dan meningkatkan kesehatannya.

Berdasarkan identifikasi dari WHO, seorang pendidik kesehatan memiliki tanggung jawab yang besar dan harus memiliki kompetensi dalam melakukan kegiatan edukasi kesehatan. Tanggung jawab setiap pelaku pendidikan kesehatan adalah dapat mencapai standar perilaku setinggi mungkin untuk mendorong perubahan perilaku. Setidaknya ada 7 tanggung jawab utama dari seorang edukator kesehatan, seperti (WHO, 2012):

1. Kemampuan untuk menilai kebutuhan individu/masyarakat terkait pendidikan kesehatan.
2. Kemampuan merencanakan program pendidikan yang efektif.
3. Kemampuan untuk melaksanakan program pendidikan kesehatan.
4. Kemampuan mengomunikasikan kebutuhan, kekhawatiran dan sumber daya dan pendidikan kesehatan.
5. Kemampuan mengkoordinasikan pemberian layanan pendidikan kesehatan
6. Kemampuan mengevaluasi efektivitas dari program pendidikan kesehatan.
7. Kemampuan bertindak sebagai narasumber dalam pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar. Sehingga dalam kegiatannya terdapat 3 unsur pokok, sebagai berikut (Magdalena, 2021):

1. *Input*, sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pelaku pendidikan.
2. *Process*, upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain.
3. *Output*, melakukan apa yang diharapkan atau adanya perubahan perilaku yang kondusif (perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan secara optimal).

## 6.5 Sasaran Edukasi Kesehatan

Sasaran dalam edukasi kesehatan memiliki peran yang sangat penting. Terdapat 3 kelompok sasaran dalam melakukan kegiatan edukasi kesehatan, yaitu (Notoatmodjo, 2010):

1. Sasaran primer, merupakan sasaran langsung dari kegiatan edukasi kesehatan yaitu masyarakat. Penetapan sasaran primer harus sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dibutuhkan. Sehingga pada masyarakat dapat dibagi dalam beberapa kelompok, misalnya; ibu hamil dan menyusui terkait dengan masalah kesehatan ibu dan anak (KIA), anak usia sekolah terkait dengan kesehatan remaja, dan kelompok masyarakat lainnya.
2. Sasaran sekunder merupakan para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat di suatu tempat yang dapat membantu memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat di tempat tersebut.
3. Sasaran tersier merupakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan (pemerintah pusat atau pemerintah daerah). Melalui kebijakan/keputusan yang dikeluarkan diharapkan mampu memberikan dampak langsung terhadap perilaku sehat di masyarakat.

Selain itu, menurut Leavel and Clark sasaran edukasi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan (*five levels of presentation*), sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan  
Dalam tingkat promosi kesehatan, pendidikan diperlukan dalam kebiasaan hidup sehat, perbaikan sanitasi lingkungan, *personal hygiene*, konsumsi makanan sehat dan lain-lain
2. Perlindungan khusus (*specific protection*)  
Melakukan perlindungan khusus seperti program imunisasi sebagai bentuk pencegahan terhadap penyakit.
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera  
Pendidikan kesehatan dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya dilakukan pemeriksaan atau deteksi dini terhadap suatu penyakit.

4. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Pendidikan kesehatan terkait pengetahuan mengenai pengobatan yang tidak layak dan baik dapat mengakibatkan seseorang mengalami kecacatan.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Pendidikan kesehatan mengenai pentingnya melakukan latihan pasca-sakit atau pemulihan dari suatu penyakit agar sembuh secara sempurna atau mengurangi dampak/kecacatan terhadap suatu penyakit.

## 6.6 Metode Edukasi Kesehatan

Proses dalam kegiatan edukasi kesehatan mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kegiatan edukasi kesehatan agar tercapainya perubahan perilaku kesehatan yakni; faktor metode edukasi, faktor materi/pesan, petugas/pendidik, dan alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan. Pemilihan metode, materi, pendidik hingga alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan perlu menyesuaikan dengan siapa sasaran yang dituju karena edukasi kesehatan pada individu, kelompok dan masyarakat tentu berbeda. Adapun metode edukasi kesehatan kepada individu, kelompok dan masyarakat sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

1. Metode Individual (perorangan)

Pendidikan kesehatan pada individu digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Pendekatan individu ini dilakukan karena setiap individu memiliki alasan maupun masalah yang berbeda tentang penerimaan dan perubahan perilaku. Sehingga petugas kesehatan mengetahui dengan pasti alasan/masalah yang dihadapi dan memberikan bantuan yang sesuai. Bentuk pendekatan ini antara lain:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Cara ini digunakan dapat memudahkan petugas kesehatan untuk menggali informasi mengenai masalah yang dihadapi oleh sasaran. Kontak antara petugas kesehatan dan sasaran individu lebih intensif. Di mana

pasien secara sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan bersedia mengubah perilaku kesehatannya.

b. Wawancara (*interview*)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara digunakan untuk menggali informasi terkait alasan mengapa tidak/belum menerima perubahan serta mempengaruhi apakah perilaku yang dilakukan mempunyai dasar pengertian yang kuat.

2. Metode kelompok

Harus mempertimbangkan jumlah atau besar kelompok dan tingkat pendidikan dari sasaran. Kelompok yang memiliki jumlah yang besar tentu menggunakan metode yang berbeda dengan kelompok dengan jumlah kecil.

a. Kelompok besar

Jika kelompok lebih dari 15 orang maka metode yang dapat digunakan adalah dengan ceramah dan seminar

b. Kelompok kecil

Jika kelompok kurang dari 15 orang maka metode yang dapat digunakan dengan melakukan diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), bermain peran (*role play*) dan permainan simulasi (*simulation game*).

3. Metode Massa

Metode ini cocok digunakan untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan dengan kelompok sasaran masyarakat yang bersifat publik. Edukasi kesehatan yang dilakukan bersifat umum tanpa membedakan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial dan lain-lain. Sehingga pesan kesehatan harus dirancang sebaik mungkin agar dapat diterima oleh masyarakat umum. Isi pesan kesehatan pada umumnya berfokus untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan. Pendekatan yang biasanya dilakukan secara tidak langsung yakni

dengan menggunakan media massa. Misalnya, ceramah umum (*public speaking*), pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, simulasi /dialog antara petugas kesehatan dan pasien, media cetak hingga *bill board*.

## **6.7 Media Edukasi Kesehatan**

Media pendidikan kesehatan adalah upaya maupun sarana yang dilakukan oleh komunikator untuk menyampaikan sebuah pesan atau informasi melalui media cetak, media elektronik maupun media luar ruangan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga diharapkan dapat mengubah perilaku ke arah yang baik (Notoatmodjo, 2010).

### **6.7.1 Tujuan penggunaan media**

Penggunaan media dalam edukasi kesehatan mempunyai tujuan, sebagai berikut (Magdalena, 2021):

1. Mempermudah penyampaian informasi
2. Mencegah kesalahan persepsi
3. Memperjelas suatu informasi
4. Mempermudah dalam memahami atau menjelaskan materi edukasi
5. Memperlancar komunikasi

### **6.7.2 Penggolongan Media Edukasi Kesehatan**

Menurut Notoadmodjo (2010) penggolongan media dalam edukasi kesehatan dapat dibagi berdasarkan bentuk penggunaannya dan bagaimana cara produksinya (Pakpahan *et al.*, 2021).

1. Berdasarkan bentuk penggunaannya  
Bahan bacaan: Modul, buku rujukan, *leaflet*, majalah, *bulletin* dan lain-lain.  
Bahan peragaan: poster, *flipchart*, *slide*, film dan lain-lain
2. Berdasarkan cara produksinya
  - a. Media cetak  
Media cetak mengutamakan pesan-pesan visual yang biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, foto serta

tata warna. Misalnya, poster, *leaflet*, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, *sticker* dan *pamphlet*. Fungsi utamanya adalah memberikan edukasi dan menghibur. Kelebihan media cetak; tahan lama, biaya cukup murah, mudah dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik serta mempermudah pemahaman terhadap isi pesan kesehatan. Kelemahan media cetak; mudah terlipat serta tidak dapat menampilkan efek suara maupun gerakan.

b. Media elektronik

Media elektronik adalah media bergerak dan dinamis, dapat menampilkan efek suara dan gerak. Misalnya; televisi, radio, film, video dan lain-lain. Kelebihan media elektronik; mempermudah pemahaman. Jangkauan relatif lebih luas, dapat diulang-ulang, lebih familiar di masyarakat serta lebih menarik karena terdapat suara dan gambar yang bergerak. Kelemahan media elektronik; biaya yang relatif lebih mahal, memerlukan waktu untuk pembuatannya, memerlukan listrik, memerlukan aplikasi/teknologi dalam pembuatannya dan memerlukan keterampilan.

c. Media luar ruangan

Media luar ruangan merupakan media penyampaian pesan yang berada di luar ruangan umum dengan memanfaatkan media cetak dan elektronik secara statis, misalnya; papan reklame, spanduk, *banner* dan lain-lain. Kelebihannya; sebagai informasi umum dan hiburan, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena menampilkan gambar dan suara, jangkauan relatif lebih besar dan luas, mengikutsertakan seluruh panca indera dan sebagainya. Kelemahan; biaya lebih tinggi, memerlukan listrik, menggunakan alat atau aplikasi yang canggih, perlu persiapan yang matang, perlu keterampilan dalam pengoperasiannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Magdalena, C. (2021) *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. I. Edited by S. Siregar. Medan: UIM Press.
- Notoatmodjo, S. (2010) 'Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi', in. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Pakpahan, M. *et al.* (2021) *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Bone: Yayasan Kita Menulis.
- Priyoto (2014) *Teori Sikap dan Perilaku Dalam Kesehatan*. Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puspitadewi, T.R. *et al.* (2022) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Zahir Publishing.
- Sulaeman, E.S. (2016) *Promosi Kesehatan Teori dan Implementasi di Indonesia*. Cetakan ke. Edited by Subijanto and B. Murti. Surakarta: UNS Press.
- WHO (2012) *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Eastern Mediterranean Cairo: World Health Organization.



# **BAB 7**

## **EPIDEMIOLOGI SOSIAL**

*Oleh Adhar Arifuddin*

### **7.1 Pendahuluan dan Konsep Dasar Epidemiologi Sosial**

#### **7.1.1 Definisi Epidemiologi Sosial**

Epidemiologi sosial adalah cabang dari epidemiologi yang mempelajari bagaimana faktor sosial, seperti status sosial-ekonomi, ras, etnis, dan lingkungan sosial, mempengaruhi distribusi dan determinan kesehatan dan penyakit dalam populasi. Konsep ini menekankan bahwa kesehatan dan penyakit tidak hanya merupakan hasil dari faktor biologis atau perilaku individu, tetapi juga dipengaruhi oleh konteks sosial di mana individu hidup dan bekerja. Epidemiologi sosial berupaya untuk mengidentifikasi dan mengatasi ketidaksetaraan kesehatan yang disebabkan oleh faktor sosial, dengan tujuan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Honjo, 2004).

Salah satu perbedaan utama antara epidemiologi sosial dan epidemiologi klasik adalah fokusnya. Epidemiologi klasik sering berfokus pada faktor-faktor risiko individu dan agen penyebab penyakit seperti virus, bakteri, atau bahan kimia. Pendekatannya biasanya lebih bersifat biomedis, mengidentifikasi penyebab langsung penyakit dan cara pencegahannya melalui intervensi medis atau perubahan perilaku. Sebaliknya, epidemiologi sosial memperluas cakupan dengan mempertimbangkan bagaimana struktur sosial, kebijakan publik, dan lingkungan fisik mempengaruhi risiko kesehatan. Termasuk studi tentang bagaimana kemiskinan, diskriminasi, dan akses terhadap sumber daya kesehatan mempengaruhi distribusi penyakit (Friis & Sellers, 2014).

Dalam bukunya, "Social Epidemiology," Chandola dan Marmot menjelaskan bahwa epidemiologi sosial bertujuan

untuk memahami "the social distribution and social determinants of states of health." Mereka menekankan bahwa untuk memahami sepenuhnya penyebab penyakit, para peneliti harus mempertimbangkan konteks sosial yang lebih luas. Misalnya, epidemiologi sosial mungkin menyelidiki bagaimana tingkat pendidikan dan pekerjaan mempengaruhi kesehatan mental, atau bagaimana kebijakan perumahan dan urbanisasi mempengaruhi prevalensi penyakit kronis (Chandola & Marmot, 2005).

Epidemiologi sosial juga sering menggunakan metode penelitian yang berbeda dari epidemiologi klasik. Sementara studi kohort dan studi kasus-kontrol umum di kedua disiplin, epidemiologi sosial sering menggabungkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, menggunakan data dari survei populasi, wawancara mendalam, dan analisis kebijakan. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk menangkap kompleksitas interaksi sosial dan konteks yang mempengaruhi kesehatan. Artinya, epidemiologi sosial menyediakan perspektif yang lebih komprehensif dalam memahami dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Dengan menggabungkan faktor-faktor sosial ke dalam analisis epidemiologis, epidemiologi sosial berupaya mengurangi ketidaksetaraan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup bagi semua kelompok dalam masyarakat.

### **7.1.2 Sejarah dan Perkembangan Epidemiologi Sosial**

Sejarah perkembangan epidemiologi sosial sebagai disiplin ilmu mencerminkan evolusi pemahaman kita tentang hubungan antara kondisi sosial dan kesehatan. Disiplin ini telah berkembang melalui berbagai tahapan, dimulai dari pengamatan awal tentang distribusi penyakit hingga pendekatan multidisiplin yang kita kenal saat ini.

#### **1. Periode Awal (Observasi dan Hipotesis)**

Pada abad ke-19, para ilmuwan mulai memperhatikan bahwa kondisi sosial dan lingkungan mempengaruhi kesehatan. Salah satu tokoh penting dalam periode ini adalah John Snow, yang terkenal dengan studinya tentang

wabah kolera di London pada tahun 1854 (Tulchinsky, 2018). Dengan menggunakan metode yang kemudian dikenal sebagai epidemiologi, Snow mampu menunjukkan bahwa kolera menyebar melalui air yang terkontaminasi, bukan melalui udara seperti yang diyakini saat itu. Meskipun studinya berfokus pada aspek lingkungan, pengamatan ini membuka jalan bagi ilmuwan bahwa faktor-faktor di luar agen patogenik juga berperan dalam penyebaran penyakit.

## **2. Perkembangan Teori Sosial dan Kesehatan**

Pada awal abad ke-20, ide-ide tentang determinan sosial kesehatan mulai berkembang lebih lanjut. Pekerjaan Charles-Edward Amory Winslow pada tahun 1920-an dan 1930-an menekankan pentingnya kondisi sosial dan ekonomi dalam menentukan kesehatan populasi. Winslow mendefinisikan kesehatan masyarakat sebagai ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan mempromosikan kesehatan melalui upaya masyarakat yang terorganisir, yang mencakup aspek-aspek social (Grant, 2012).

## **3. Konsolidasi dan Ekspansi,**

Pada tahun 1960-an dan 1970-an, epidemiologi sosial mulai terbentuk sebagai disiplin ilmu yang lebih definitif. Salah satu tonggak penting adalah publikasi buku "Black Report" pada tahun 1980 di Inggris, yang mendokumentasikan ketidaksetaraan kesehatan yang mencolok berdasarkan kelas sosial. Laporan ini menunjukkan bahwa meskipun ada peningkatan dalam kesehatan masyarakat secara keseluruhan, kesenjangan antara kelas sosial yang berbeda tetap ada dan bahkan memburuk dalam beberapa kasus (Furler, 2006).

## **4. Pendekatan Multidisiplin dan Teori Sosial Baru,**

Pada akhir abad ke-20 dan awal abad ke-21, epidemiologi sosial mulai mengadopsi pendekatan yang lebih multidisiplin. Buku "Social Epidemiology" oleh Lisa F. Berkman dan Ichiro Kawachi, yang diterbitkan pada tahun 2000, merupakan salah satu referensi utama yang

mendefinisikan dan mengarahkan disiplin ini. Buku ini menggabungkan teori-teori dari sosiologi, ekonomi, dan kesehatan masyarakat untuk memahami bagaimana determinan sosial, seperti pendidikan, pekerjaan, dan kebijakan publik, mempengaruhi kesehatan (Berkman et al., 2014).

## **5. Pengembangan Metodologi,**

Dalam beberapa dekade terakhir, epidemiologi sosial telah mengembangkan metodologi yang lebih canggih untuk mengukur dan menganalisis hubungan antara faktor sosial dan kesehatan. Penggunaan data longitudinal, analisis multi-level, dan pendekatan kualitatif telah membantu peneliti memahami kompleksitas interaksi sosial dan dampaknya terhadap kesehatan. Selain itu, penggunaan big data dan analisis jaringan sosial telah membuka peluang baru untuk mengeksplorasi determinan sosial kesehatan pada skala yang lebih besar.

## **6. Masa Kini dan Tantangan Ke Depan,**

Saat ini, epidemiologi sosial terus berkembang dengan fokus pada isu-isu global seperti perubahan iklim, globalisasi, dan urbanisasi. Tantangan utama yang dihadapi adalah mengurangi kesenjangan kesehatan yang terus ada dan menemukan cara efektif untuk menerapkan temuan penelitian dalam kebijakan dan praktik kesehatan masyarakat. Sejarah epidemiologi sosial menunjukkan evolusi pemahaman kita tentang kesehatan, dari fokus awal pada agen patogenik dan faktor lingkungan hingga pendekatan yang lebih holistik dan multidisiplin yang mempertimbangkan pengaruh luas dari kondisi sosial dan ekonomi.

### **7.1.3 Hubungan dengan Epidemiologi Sosial dengan Disiplin Lain**

Epidemiologi sosial, sosiologi, antropologi, dan ilmu kesehatan masyarakat adalah disiplin ilmu yang saling terkait dan saling melengkapi dalam memahami determinan kesehatan dan distribusi penyakit dalam populasi. Berikut adalah penjelasan

tentang hubungan antara epidemiologi sosial dengan masing-masing disiplin ini:

### **1. Hubungan dengan Sosiologi**

Sosiologi mempelajari struktur, perkembangan, dan fungsi masyarakat serta perilaku sosial manusia. Epidemiologi sosial menggunakan konsep-konsep sosiologi untuk memahami bagaimana struktur sosial, seperti kelas sosial, stratifikasi, dan jaringan sosial, mempengaruhi kesehatan individu dan populasi. Misalnya, teori-teori sosiologis tentang ketidaksetaraan sosial membantu epidemiolog sosial memahami bagaimana distribusi kekayaan, kekuasaan, dan sumber daya mempengaruhi risiko penyakit dan akses terhadap layanan kesehatan.

Lisa F. Berkman dan Ichiro Kawachi dalam bukunya "*Social Epidemiology*" menekankan pentingnya pendekatan sosiologis dalam epidemiologi sosial, dengan menyoroti bagaimana status sosial ekonomi, pekerjaan, dan jaringan sosial dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental. Sosiologi memberikan kerangka teoritis yang penting bagi epidemiologi sosial untuk mengeksplorasi faktor-faktor struktural dan institusional yang berkontribusi terhadap ketidaksetaraan kesehatan (Berkman et al., 2014).

### **2. Hubungan dengan Antropologi**

Antropologi mempelajari budaya, perilaku manusia, dan evolusi sosial dalam konteks waktu. Epidemiologi sosial memanfaatkan perspektif antropologis untuk memahami bagaimana budaya dan praktik-praktik sosial mempengaruhi kesehatan. Misalnya, studi antropologi kesehatan mengeksplorasi bagaimana kepercayaan dan praktik tradisional mempengaruhi persepsi penyakit dan pilihan pengobatan dalam berbagai masyarakat.

Menurut Winkelman dalam bukunya "*Culture and health: applying medical anthropology*" antropologi memberikan wawasan mendalam tentang konteks budaya dan lingkungan yang mempengaruhi pola penyakit dan respons terhadap intervensi kesehatan. Pendekatan antropologis membantu epidemiolog sosial memahami

variasi budaya dalam determinan kesehatan dan perilaku kesehatan, serta bagaimana intervensi kesehatan dapat disesuaikan dengan konteks budaya tertentu (Winkelman, 2009).

### **3. Hubungan dengan Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Ilmu kesehatan masyarakat adalah disiplin yang berfokus pada melindungi dan meningkatkan kesehatan populasi melalui penelitian, kebijakan, dan praktik. Epidemiologi sosial adalah bagian integral dari kesehatan masyarakat karena memberikan bukti tentang bagaimana faktor sosial mempengaruhi kesehatan dan membantu merancang intervensi yang efektif untuk mengatasi ketidaksetaraan kesehatan.

Ilmu kesehatan masyarakat menggunakan temuan epidemiologi sosial untuk mengembangkan kebijakan dan program yang bertujuan meningkatkan kondisi sosial yang mendukung kesehatan, seperti akses terhadap pendidikan, perumahan yang layak, dan pekerjaan yang aman. Menurut buku "Introduction to Public Health" oleh Mary-Jane Schneider, epidemiologi sosial membantu dalam mengidentifikasi populasi yang rentan dan faktor risiko sosial yang perlu diintervensi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Schneider & Schneider, 2017).

Epidemiologi sosial, sosiologi, antropologi, dan ilmu kesehatan masyarakat saling melengkapi dalam memahami dan mengatasi determinan sosial kesehatan. Sosiologi menyediakan kerangka teoritis tentang struktur sosial dan ketidaksetaraan, antropologi memberikan wawasan tentang konteks budaya dan perilaku, dan ilmu kesehatan masyarakat menerapkan temuan ini untuk merancang dan mengimplementasikan intervensi kesehatan yang efektif.

## **7.2 Faktor Sosial yang Mempengaruhi Kesehatan**

### **7.2.1 Status Sosial Ekonomi**

Status sosial ekonomi (SSE) adalah salah satu determinan utama kesehatan. SSE mencakup berbagai aspek seperti pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan, yang semuanya memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan individu dan populasi. Berikut adalah penjelasan tentang bagaimana masing-masing aspek tersebut mempengaruhi kesehatan, didukung oleh sumber-sumber terpercaya:

#### **1. Pengaruh Pendidikan terhadap Kesehatan**

Pendidikan memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan melalui berbagai mekanisme. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan, gaya hidup yang lebih sehat, dan kemampuan yang lebih baik untuk mengakses layanan kesehatan. Selain itu, pendidikan juga berkaitan dengan peluang pekerjaan yang lebih baik dan pendapatan yang lebih tinggi, yang pada gilirannya mendukung kesehatan yang lebih baik.

Menurut laporan dari Robert Wood Johnson Foundation, pendidikan yang lebih tinggi dikaitkan dengan kesehatan yang lebih baik dan harapan hidup yang lebih panjang. Pendidikan memberikan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk mengadopsi perilaku sehat dan menghindari risiko kesehatan. Selain itu, individu yang lebih berpendidikan cenderung memiliki akses yang lebih baik ke sumber daya kesehatan, termasuk asuransi kesehatan dan layanan medis yang berkualitas.

#### **2. Pengaruh Pendapatan terhadap Kesehatan**

Pendapatan adalah faktor penting lainnya yang mempengaruhi kesehatan. Pendapatan yang lebih tinggi memungkinkan individu untuk membeli makanan sehat, tinggal di lingkungan yang aman, mendapatkan perawatan kesehatan yang baik, dan mengurangi stres terkait keuangan. Sebaliknya, pendapatan rendah sering dikaitkan dengan keterbatasan akses terhadap kebutuhan dasar yang mendukung kesehatan.

Sebuah studi yang dipublikasikan oleh *Frontiers in Public Health* menemukan bahwa pendapatan rendah berkaitan erat dengan tingkat stres yang lebih tinggi, akses yang lebih buruk ke layanan kesehatan, dan kondisi hidup yang kurang memadai, yang semuanya berkontribusi pada hasil kesehatan yang lebih buruk. Pendapatan rendah juga sering mengakibatkan kesulitan dalam mengakses pendidikan dan pekerjaan yang baik, menciptakan siklus kemiskinan yang berkelanjutan dan berdampak negatif pada kesehatan (McMaughan et al., 2020).

### **3. Pengaruh Pekerjaan terhadap Kesehatan**

Pekerjaan mempengaruhi kesehatan melalui berbagai cara, termasuk kondisi kerja, keamanan pekerjaan, dan stres terkait pekerjaan. Pekerjaan yang aman dan memberikan kondisi kerja yang baik cenderung mendukung kesehatan yang lebih baik, sementara pekerjaan yang berisiko tinggi atau tidak aman dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental.

Menurut laporan dari World Health Organization (WHO), pekerjaan yang aman dan memberikan lingkungan kerja yang mendukung dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan karyawan. Kondisi kerja yang buruk, seperti paparan bahan berbahaya, jam kerja yang panjang, dan stres kerja yang tinggi, dikaitkan dengan berbagai masalah kesehatan seperti penyakit kardiovaskular, gangguan mental, dan cedera fisik. WHO juga menekankan pentingnya kebijakan kerja yang mendukung keseimbangan kehidupan kerja dan kesehatan karyawan.

#### **7.2.2 Kesenjangan Kesehatan**

Kesenjangan kesehatan adalah salah satu tantangan utama yang dihadapi oleh masyarakat di seluruh dunia. Ketidaksetaraan sosial-ekonomi memainkan peran penting dalam menciptakan dan memperburuk distribusi penyakit serta akses terhadap layanan kesehatan. Orang dengan status sosial-ekonomi yang lebih rendah cenderung memiliki kesehatan yang lebih buruk dan mengalami

lebih banyak hambatan dalam mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

### **1. Distribusi Penyakit**

Ketidaksetaraan sosial-ekonomi mempengaruhi distribusi penyakit dengan cara yang kompleks. Individu yang hidup dalam kemiskinan atau memiliki pendapatan rendah lebih mungkin terpapar kondisi hidup yang tidak sehat, seperti perumahan yang buruk, lingkungan yang tercemar, dan akses terbatas ke makanan sehat. Menurut penelitian Pampel et al., (2010) faktor-faktor ini berkontribusi pada prevalensi yang lebih tinggi dari penyakit menular dan tidak menular di antara kelompok-kelompok dengan status sosial-ekonomi rendah. Misalnya, tingkat penyakit kardiovaskular, diabetes, dan penyakit pernapasan kronis cenderung lebih tinggi pada populasi ini dibandingkan dengan mereka yang memiliki status sosial-ekonomi lebih tinggi.

Selain itu, faktor sosial seperti pendidikan dan pekerjaan juga mempengaruhi distribusi penyakit. Individu dengan pendidikan rendah sering kurang memiliki pengetahuan tentang praktik kesehatan yang baik dan lebih mungkin terlibat dalam perilaku berisiko seperti merokok dan konsumsi alkohol yang berlebihan. Kondisi kerja yang berbahaya dan pekerjaan yang tidak stabil juga berkontribusi pada tingkat cedera dan penyakit yang lebih tinggi di kalangan pekerja berpenghasilan rendah.

### **2. Akses terhadap Layanan Kesehatan**

Ketidaksetaraan sosial-ekonomi juga berdampak signifikan pada akses terhadap layanan kesehatan. Orang dengan pendapatan rendah sering menghadapi hambatan keuangan yang besar ketika mencoba mengakses perawatan kesehatan. Mereka mungkin tidak mampu membayar premi asuransi kesehatan, biaya pengobatan, atau bahkan transportasi ke fasilitas kesehatan. Menurut laporan dari World Health Organization (WHO), ketidakmampuan finansial untuk mendapatkan layanan kesehatan adalah

salah satu alasan utama mengapa individu dengan status sosial-ekonomi rendah mengalami kesehatan yang buruk

Selain hambatan keuangan, ada juga hambatan struktural dan sistemik yang memperburuk kesenjangan akses kesehatan. Fasilitas kesehatan yang melayani komunitas berpenghasilan rendah sering kekurangan sumber daya dan staf yang memadai, yang mengarah pada layanan yang kurang berkualitas. Penelitian dari *American Journal of Public Health* menunjukkan bahwa diskriminasi dan bias dalam sistem kesehatan juga dapat menghalangi akses yang setara bagi individu dari kelompok sosial-ekonomi rendah dan minoritas rasial atau etnis.

### **3. Dampak Ketidaksetaraan pada Kesehatan Populasi**

Ketidaksetaraan sosial-ekonomi dan kesenjangan kesehatan memiliki dampak yang luas pada kesehatan populasi secara keseluruhan. Ketika sebagian besar populasi tidak dapat mengakses layanan kesehatan yang memadai atau terpapar kondisi hidup yang tidak sehat, hal ini meningkatkan beban penyakit secara keseluruhan dan membatasi potensi pembangunan sosial dan ekonomi. Menurut sebuah laporan oleh *Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States et al.*, (2017), mengurangi kesenjangan kesehatan tidak hanya meningkatkan kesehatan individu tetapi juga meningkatkan produktivitas ekonomi dan kesejahteraan sosial.

Ketidaksetaraan sosial-ekonomi memiliki dampak yang mendalam dan merusak pada distribusi penyakit dan akses terhadap layanan kesehatan. Orang-orang dengan status sosial-ekonomi rendah menghadapi risiko kesehatan yang lebih besar dan hambatan signifikan dalam mengakses perawatan yang mereka butuhkan. Mengatasi kesenjangan ini memerlukan upaya terpadu untuk memperbaiki determinan sosial kesehatan, meningkatkan akses ke pendidikan dan pekerjaan yang layak, dan menghilangkan hambatan sistemik dalam sistem kesehatan. Dengan melakukan hal ini, masyarakat dapat bergerak menuju kesetaraan kesehatan dan kesejahteraan yang lebih besar bagi semua anggotanya.

### **7.2.3 Lingkungan Sosial dan Fisik**

Lingkungan sosial dan fisik memainkan peran penting dalam menentukan kesehatan individu. Faktor-faktor ini mencakup berbagai elemen seperti tempat tinggal, komunitas, dan jaringan sosial yang secara kolektif mempengaruhi kesejahteraan fisik dan mental. Berikut adalah penjelasan mendalam tentang bagaimana setiap elemen ini mempengaruhi kesehatan, berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

#### **1. Lingkungan Tempat Tinggal**

Lingkungan tempat tinggal memiliki dampak besar pada kesehatan individu. Kondisi fisik dari perumahan, kualitas udara dan air, serta keamanan lingkungan semuanya mempengaruhi kesehatan. Menurut American Public Health Association (APHA), perumahan yang buruk, seperti rumah yang penuh sesak, ventilasi yang buruk, dan paparan terhadap bahan kimia berbahaya, dapat menyebabkan masalah kesehatan seperti penyakit pernapasan, penyakit kardiovaskular, dan gangguan mental. Selain itu, akses terhadap fasilitas umum seperti taman, pusat kebugaran, dan layanan kesehatan juga sangat penting dalam mempromosikan gaya hidup sehat dan mencegah penyakit (Hilovsky, 2020).

#### **2. Komunitas dan Lingkungan Sosial**

Komunitas tempat seseorang tinggal juga memainkan peran penting dalam kesehatan. Sebuah komunitas yang aman, dengan tingkat kejahatan yang rendah dan akses yang baik ke sumber daya kesehatan, mendukung kesehatan yang lebih baik bagi penduduknya. Sebaliknya, lingkungan dengan tingkat kejahatan yang tinggi dapat menyebabkan stres kronis, trauma, dan keterbatasan dalam aktivitas fisik di luar rumah. Lingkungan yang aman dan mendukung sosial berkontribusi pada kesehatan yang lebih baik dengan mendorong interaksi sosial yang positif dan rasa keterlibatan komunitas.

Lingkungan sosial juga mempengaruhi kesehatan melalui mekanisme dukungan sosial. Dukungan sosial yang kuat dari keluarga, teman, dan komunitas dapat membantu

individu mengatasi stres, meningkatkan kesehatan mental, dan menyediakan bantuan praktis selama masa-masa sulit. Individu dengan dukungan sosial yang kuat cenderung memiliki hasil kesehatan yang lebih baik, termasuk tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah. Dukungan sosial membantu mengurangi efek negatif dari stres dan meningkatkan kemampuan individu untuk mengatasi tantangan kesehatan.

### 3. Jaringan Sosial

Jaringan sosial, yang terdiri dari hubungan dan interaksi individu dengan orang lain, juga mempengaruhi kesehatan. Jaringan sosial yang luas dan kuat memberikan dukungan emosional, informasi, dan sumber daya yang dapat membantu dalam mengelola kesehatan. Individu dengan jaringan sosial yang kuat cenderung memiliki risiko lebih rendah terkena penyakit kronis seperti penyakit jantung dan diabetes. Interaksi sosial yang positif juga dapat meningkatkan kesehatan mental dan mengurangi risiko depresi dan kecemasan.

Selain itu, jaringan sosial dapat mempengaruhi perilaku kesehatan melalui norma dan tekanan sosial. Misalnya, jika seseorang berada dalam jaringan sosial yang mendorong perilaku sehat seperti olahraga teratur dan diet seimbang, mereka lebih mungkin untuk mengikuti perilaku tersebut. Sebaliknya, jaringan sosial yang mempromosikan perilaku berisiko, seperti merokok atau konsumsi alkohol yang berlebihan, dapat berdampak negatif pada kesehatan individu.

## **7.3 Metode Penelitian dalam Epidemiologi Sosial**

### **7.3.1 Desain Penelitian**

Dalam epidemiologi sosial, berbagai desain penelitian digunakan untuk memahami hubungan antara determinan sosial dan kesehatan. Desain penelitian yang umum digunakan meliputi studi kohort, studi kasus-kontrol, dan survei populasi. Masing-masing desain memiliki kekuatan dan kelemahan tertentu yang membuatnya cocok untuk jenis pertanyaan penelitian yang berbeda.

Berikut adalah penjelasan tentang masing-masing desain penelitian berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

#### 1. Studi Kohort

Studi kohort adalah jenis penelitian prospektif yang mengikuti sekelompok orang (kohort) dari waktu ke waktu untuk mengevaluasi bagaimana faktor-faktor tertentu mempengaruhi hasil kesehatan. Kohort ini dibagi menjadi subkelompok berdasarkan paparan terhadap faktor risiko tertentu dan kemudian diikuti untuk melihat perbedaan dalam insiden penyakit atau kondisi kesehatan lainnya. Studi kohort sangat berguna untuk mempelajari hubungan sebab-akibat karena mereka mengamati perkembangan penyakit setelah paparan terjadi.

Studi kohort merupakan metode penelitian observasional yang memungkinkan untuk mempelajari hubungan sebab akibat antara faktor risiko (paparan) dengan hasil yang diamati dalam jangka waktu yang panjang. Dengan mengikuti sekelompok individu yang memiliki karakteristik atau faktor risiko yang sama dari waktu ke waktu, studi kohort memungkinkan untuk menghitung insidensi penyakit atau kejadian lainnya, serta untuk memahami pengaruh paparan terhadap perkembangan penyakit atau hasil lainnya. Meskipun memiliki kelebihan seperti kemampuan untuk menentukan hubungan sebab akibat secara lebih kuat dan generalisasi hasil ke populasi umum, studi kohort juga memiliki kekurangan seperti biaya yang besar, risiko kehilangan subjek selama follow-up, dan potensi terjadinya bias pengamatan. Namun demikian, pemilihan metode ini tergantung pada tujuan penelitian spesifik dan karakteristik populasi yang diteliti.

#### 2. Studi Kasus-Kontrol

Studi kasus-kontrol adalah jenis penelitian retrospektif yang membandingkan individu yang memiliki penyakit tertentu (kasus) dengan individu yang tidak memiliki penyakit tersebut (kontrol). Peneliti kemudian melihat kembali untuk mengidentifikasi perbedaan dalam paparan sebelumnya antara kedua kelompok. Studi ini sangat berguna untuk penyakit yang jarang terjadi karena

memungkinkan peneliti untuk mengumpulkan data dari sejumlah kecil kasus dan kontrol yang sesuai.

Studi kasus kontrol merupakan metode penelitian yang efisien untuk mengidentifikasi faktor risiko yang terkait dengan penyakit atau hasil tertentu. Keuntungannya termasuk kemampuannya untuk menyelidiki penyakit langka dengan cara memilih kasus yang sudah terjadi, serta memungkinkan analisis multi faktor risiko secara simultan. Metode ini juga cocok untuk penelitian yang tidak dapat dieksperimenkan secara etis pada manusia. Namun, studi kasus kontrol memiliki kelemahan seperti risiko bias pengingatan dalam pengumpulan data retrospektif, kesulitan dalam memilih kontrol yang cocok, dan ketidakmampuan untuk menentukan insidensi penyakit karena tidak melibatkan pengamatan dari waktu ke waktu. Oleh karena itu, pemilihan antara studi kasus kontrol atau studi kohort harus didasarkan pada pertimbangan yang matang terkait dengan desain penelitian yang sesuai dengan tujuan penelitian dan karakteristik populasi yang diteliti.

### 3. Survei Populasi

Survei populasi adalah desain penelitian yang melibatkan pengumpulan data dari sampel representatif populasi untuk mengevaluasi prevalensi penyakit, perilaku kesehatan, dan faktor risiko. Survei ini sering menggunakan kuesioner atau wawancara untuk mengumpulkan data dari responden dan memberikan gambaran umum tentang kesehatan masyarakat dan distribusi faktor risiko di seluruh populasi.

Kelebihan utama survei populasi adalah kemampuannya untuk memberikan gambaran yang representatif tentang populasi secara keseluruhan, yang memungkinkan untuk menggeneralisasi hasil penelitian. Dengan melibatkan sampel yang besar dan representatif, survei populasi juga dapat memberikan data yang kuat untuk analisis statistik yang mendalam, membantu dalam identifikasi tren atau perubahan dalam perilaku atau keadaan di tingkat populasi. Selain itu, survei ini dapat memberikan informasi yang komprehensif dalam waktu

yang relatif singkat dan dengan biaya yang terukur dibandingkan dengan metode pengumpulan data yang lebih intensif seperti eksperimen lapangan atau studi kohort.

Di sisi lain, survei populasi juga memiliki beberapa kelemahan yang perlu dipertimbangkan. Salah satunya adalah risiko kesalahan sampel atau bias pemilihan yang dapat mempengaruhi representasi populasi jika sampel tidak dipilih secara acak atau jika ada ketidakmampuan untuk mencakup seluruh populasi. Selain itu, survei ini terbatas dalam mendapatkan informasi yang mendalam tentang individu atau kasus-kasus langka yang mungkin penting dalam konteks penelitian tertentu. Ketepatan dan keandalan jawaban dari responden juga dapat menjadi masalah, terutama jika mereka tidak memiliki pengetahuan yang cukup atau jika mereka memberikan respons yang tidak jujur. Dengan mempertimbangkan baik kelebihan maupun kekurangannya, peneliti dapat memilih survei populasi sebagai alat yang efektif untuk menjawab pertanyaan penelitian tertentu dengan memahami keterbatasan yang terlibat dalam interpretasi dan aplikasi hasilnya.

### **7.3.2 Pengukuran dan Data**

Mengukur faktor sosial dan kesehatan dalam epidemiologi sosial memerlukan pendekatan yang sistematis dan penggunaan sumber data yang andal. Berikut adalah penjelasan mengenai cara mengukur faktor sosial dan kesehatan serta sumber data yang umum digunakan, berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

#### **1. Pengukuran Faktor Sosial**

Mengukur faktor sosial dalam epidemiologi sosial mencakup berbagai aspek seperti status sosial-ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan kondisi lingkungan sosial. Alat ukur yang sering digunakan untuk mengukur faktor-faktor ini termasuk survei, kuesioner, wawancara, dan data administratif.

a. **Status Sosial Ekonomi (SSE)**

*Socioeconomic Status* (SSE) adalah konsep yang menggambarkan posisi relatif individu atau kelompok dalam struktur sosial berdasarkan faktor-faktor ekonomi dan sosial seperti pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Pendapatan rumah tangga memberikan gambaran tentang kapasitas ekonomi seseorang dalam mengakses sumber daya dan layanan kesehatan yang penting. Pendidikan mencerminkan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dan kemampuan untuk mengakses informasi kesehatan. Sementara itu, jenis pekerjaan atau jabatan menunjukkan status sosial ekonomi seseorang dalam masyarakat, dengan tanggung jawab dan penghargaan yang berbeda. Pengukuran SSE dapat dilakukan melalui data sensus atau administratif yang menyediakan gambaran objektif, atau melalui wawancara dan kuesioner untuk memahami persepsi subyektif individu terhadap posisi mereka dalam struktur sosial. Informasi tentang SSE penting dalam epidemiologi sosial karena hubungannya yang kuat dengan berbagai hasil kesehatan, seperti harapan hidup, tingkat penyakit kronis, dan kualitas hidup secara keseluruhan.

b. **Pendidikan**

Tingkat pendidikan adalah salah satu dimensi penting dari *Socioeconomic Status* (SSE) yang diukur berdasarkan jumlah tahun pendidikan formal yang diselesaikan atau tingkat pendidikan tertinggi yang dicapai oleh individu. Pengukuran ini dapat dilakukan melalui kuesioner survei populasi di mana responden diminta untuk menyebutkan tingkat pendidikan terakhir yang mereka capai. Misalnya, seseorang dapat melaporkan bahwa mereka telah menyelesaikan pendidikan menengah atas atau meraih gelar sarjana dalam survei. Data tentang tingkat pendidikan juga dapat dikumpulkan dari institusi pendidikan, seperti

universitas atau sekolah, yang menyediakan informasi tentang tingkat pendidikan terakhir dari alumni mereka. Contoh konkretnya, dalam sebuah survei nasional, responden diminta untuk memilih opsi yang paling sesuai dengan tingkat pendidikan mereka, seperti tidak lulus sekolah menengah, lulus sekolah menengah, atau memiliki gelar sarjana. Data ini digunakan untuk menganalisis hubungan antara pendidikan dan berbagai hasil kesehatan serta untuk merancang intervensi yang sesuai untuk meningkatkan akses dan pemahaman kesehatan masyarakat.

c. **Pekerjaan**

Status pekerjaan, jenis pekerjaan, dan kondisi kerja adalah dimensi penting dari Socioeconomic Status (SES) yang dapat diukur melalui survei pekerjaan atau data administrasi seperti registrasi tenaga kerja. Status pekerjaan mencakup informasi tentang apakah seseorang sedang bekerja, pengangguran, atau tidak aktif secara ekonomi. Misalnya, dalam survei populasi, individu diminta untuk menyebutkan status pekerjaan mereka saat ini, seperti pekerja paruh waktu, pengusaha, atau pencari kerja. Jenis pekerjaan mengacu pada sektor industri atau jenis pekerjaan yang ditekuni seseorang, yang dapat mencerminkan kualifikasi, tanggung jawab, dan tingkat penghasilan. Contohnya, survei dapat menanyakan kepada responden tentang jenis industri tempat mereka bekerja, seperti manufaktur, jasa, atau sektor publik. Selain itu, kondisi kerja mencakup aspek seperti paparan terhadap bahaya di tempat kerja, jam kerja, dan keamanan kerja. Data ini dapat dikumpulkan dari catatan administrasi yang mencatat kehadiran, kondisi kerja, dan kompensasi di tempat kerja, yang memberikan gambaran tentang lingkungan kerja dan kesejahteraan pekerja. Informasi ini penting dalam epidemiologi sosial untuk memahami dampak kondisi kerja terhadap kesehatan, keselamatan, dan kualitas hidup pekerja serta untuk merancang

kebijakan yang mendukung lingkungan kerja yang aman dan sehat.

d. **Lingkungan Sosial**

Aspek lingkungan sosial seperti dukungan sosial dan kohesi komunitas merupakan faktor penting dalam mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu. Dukungan sosial dapat diukur melalui kuesioner yang menanyakan tentang frekuensi interaksi sosial, tingkat keintiman dalam hubungan, serta dukungan yang diterima dari keluarga, teman, atau jaringan sosial lainnya. Contoh dari pengukuran ini dapat termasuk pertanyaan tentang seberapa sering seseorang bertemu dengan teman atau anggota keluarga, sejauh mana mereka merasa didukung dalam situasi-situasi sulit, dan apakah mereka merasa memiliki orang-orang yang dapat diandalkan dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, kohesi komunitas mencakup rasa kebersamaan, solidaritas, dan saling ketergantungan antara anggota komunitas. Survei dapat meminta responden untuk menilai tingkat partisipasi dalam kegiatan komunitas, persepsi mereka tentang kerjasama antarwarga, atau sejauh mana mereka merasa terikat dengan nilai-nilai bersama dalam komunitas mereka. Pengukuran ini penting dalam epidemiologi sosial karena hubungannya dengan tingkat stres, dukungan emosional, dan kesiediaan untuk mencari bantuan ketika dibutuhkan, yang semuanya berdampak pada kesehatan mental dan fisik individu.

2. **Pengukuran Faktor Kesehatan**

Pengukuran faktor kesehatan melibatkan berbagai alat dan metode untuk mengumpulkan data tentang status kesehatan individu dan populasi. Ini mencakup pengukuran langsung seperti pemeriksaan fisik dan tes laboratorium, serta pengukuran tidak langsung seperti survei kesehatan diri dan catatan medis.

#### **a. Status Kesehatan**

Status kesehatan secara umum dapat diukur melalui survei yang mencakup berbagai aspek, termasuk evaluasi diri terhadap kondisi kesehatan, riwayat kondisi kronis yang diderita, dan gejala atau masalah kesehatan yang dialami individu. Survei ini sering kali menggunakan pertanyaan terstruktur untuk mengumpulkan informasi tentang tingkat kesehatan secara subjektif dari perspektif responden. Contoh dari pertanyaan yang diajukan mungkin mencakup seberapa baik responden merasa tentang kesehatan fisik dan mental mereka dalam beberapa bulan terakhir, apakah mereka menderita penyakit kronis seperti diabetes atau hipertensi, dan apakah mereka mengalami gejala tertentu seperti nyeri kronis atau gangguan tidur.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggunakan alat penilaian khusus seperti WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life - BREF) untuk mengukur kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan. Alat ini mencakup empat domain utama yang meliputi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Misalnya, dalam WHOQOL-BREF, responden diminta untuk menilai pernyataan tentang kepuasan mereka terhadap berbagai aspek kehidupan mereka, seperti kemampuan fisik mereka, keadaan psikologis, dukungan sosial yang mereka rasakan, dan kondisi lingkungan tempat mereka tinggal. Pengukuran kualitas hidup ini memberikan gambaran holistik tentang kesejahteraan subjektif individu, yang penting untuk merancang kebijakan kesehatan yang lebih baik dan meningkatkan intervensi yang menysasar aspek-aspek yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

#### **b. Prevalensi dan Insiden Penyakit**

Pengukuran prevalensi dan insiden penyakit adalah langkah penting dalam epidemiologi untuk memahami beban penyakit di dalam populasi dan untuk merancang intervensi kesehatan yang tepat dan efektif. Prevalensi

mengacu pada jumlah kasus penyakit yang ada dalam populasi pada suatu waktu tertentu. Ini memberikan gambaran tentang seberapa umum penyakit tersebut dalam populasi pada titik waktu tertentu. Misalnya, dalam sebuah studi, prevalensi diabetes di antara penduduk usia lanjut diukur dengan menghitung jumlah orang yang telah didiagnosis menderita diabetes pada tahun tertentu.

Di sisi lain, insiden merupakan ukuran jumlah kasus baru penyakit yang muncul dalam populasi selama periode waktu tertentu. Ini membantu dalam memahami laju kejadian baru penyakit di populasi. Contohnya, seorang peneliti dapat memeriksa insiden kanker paru-paru di antara perokok aktif selama periode 10 tahun, mengidentifikasi jumlah kasus baru yang terjadi selama periode waktu tersebut.

Keduanya, prevalensi dan insiden, penting untuk perencanaan dan evaluasi program kesehatan publik serta intervensi medis. Prevalensi membantu menghitung beban penyakit saat ini di masyarakat, sementara insiden membantu memahami tren kejadian penyakit baru dan membantu dalam perencanaan intervensi pencegahan. Informasi ini juga penting dalam mengevaluasi efektivitas program kesehatan yang ada dan untuk merancang strategi baru untuk mengurangi beban penyakit dalam populasi secara keseluruhan.

#### **c. Faktor Risiko Kesehatan**

Faktor risiko seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, pola makan, dan aktivitas fisik merupakan elemen penting dalam epidemiologi untuk memahami risiko penyakit dalam populasi. Pengukuran faktor-faktor ini biasanya dilakukan melalui survei dan kuesioner yang dirancang untuk menanyakan perilaku kesehatan individu. Misalnya, survei kesehatan nasional dapat mengajukan pertanyaan tentang apakah seseorang merokok, berapa banyak alkohol yang mereka konsumsi dalam seminggu, pola makan sehari-

hari mereka, dan seberapa sering mereka melakukan aktivitas fisik.

Data yang diperoleh dari survei ini membantu dalam mengidentifikasi kelompok-kelompok dengan risiko tinggi terhadap penyakit tertentu. Contohnya, hasil survei dapat menunjukkan bahwa sebagian besar dari populasi memiliki kebiasaan merokok atau makan tidak sehat, yang merupakan faktor risiko untuk penyakit jantung dan stroke. Informasi ini dapat digunakan untuk merancang program pencegahan yang tepat yang bertujuan untuk mengubah perilaku tersebut, seperti kampanye anti-merokok atau promosi gaya hidup sehat.

Selain itu, data perilaku kesehatan juga penting untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi yang ada dan untuk memantau tren dalam prevalensi faktor risiko di seluruh populasi. Dengan memahami faktor risiko secara lebih baik melalui survei dan kuesioner, pemerintah dan organisasi kesehatan dapat mengembangkan strategi pencegahan yang lebih efektif dan berorientasi pada masyarakat untuk mengurangi beban penyakit kronis dan meningkatkan kesehatan populasi secara keseluruhan.

### 3. Sumber Data yang Umum Digunakan

Dalam epidemiologi sosial, sumber data yang umum digunakan mencakup data primer dan sekunder yang dikumpulkan dari berbagai sumber:

#### a. Survei Populasi

Survei seperti *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) di Amerika Serikat atau Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) di Indonesia adalah upaya sistematis untuk mengumpulkan data komprehensif tentang faktor sosial dan kesehatan dari sampel yang mewakili populasi secara luas. NHANES, sebagai contoh, adalah survei yang dilaksanakan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) yang

mencakup pengukuran langsung kondisi fisik, nutrisi, dan kesehatan dari responden di seluruh Amerika Serikat. Survei ini tidak hanya memperoleh informasi tentang faktor-faktor perilaku kesehatan seperti merokok, pola makan, dan aktivitas fisik, tetapi juga mengukur parameter fisik seperti tekanan darah, kadar gula darah, dan profil lipid, yang semuanya penting untuk pemahaman mendalam tentang status kesehatan populasi.

Di Indonesia, Susenas dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) untuk mengumpulkan data tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan rumah tangga di seluruh wilayah Indonesia. Survei ini mencakup informasi tentang pendapatan, pendidikan, pekerjaan, dan akses terhadap layanan kesehatan, serta dapat memberikan gambaran tentang pola makan, kebiasaan merokok, dan prevalensi penyakit tertentu di masyarakat. Data yang dikumpulkan dari Susenas digunakan untuk merancang kebijakan publik, mengidentifikasi masalah kesehatan yang mendesak, serta mengukur dampak intervensi dan program kesehatan yang ada.

Kedua survei ini memberikan kontribusi penting dalam epidemiologi sosial dengan menyediakan data yang diperlukan untuk analisis kesehatan populasi, identifikasi faktor risiko, dan pemantauan tren kesehatan dari waktu ke waktu. Dengan informasi yang diperoleh dari survei ini, pemerintah dan organisasi kesehatan dapat mengambil langkah-langkah yang lebih tepat dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan mengurangi disparitas kesehatan di dalam negeri maupun di antara negara-negara lainnya.

b. Registri Kesehatan

Registri penyakit seperti registri kanker atau registri penyakit menular adalah sumber data yang penting dalam epidemiologi untuk memahami prevalensi dan insiden penyakit tertentu dalam populasi. Registri ini

dirancang untuk secara sistematis mengumpulkan informasi tentang kasus-kasus penyakit yang didiagnosis di suatu wilayah atau negara. Data yang tercatat meliputi jumlah kasus baru (insiden) dan total kasus yang ada (prevalensi) dari penyakit yang didaftar, seperti kanker atau penyakit menular.

Contoh konkretnya adalah registri kanker nasional di suatu negara yang mencatat setiap diagnosis kanker yang dilaporkan dari rumah sakit, klinik, atau laboratorium di seluruh negara. Registri ini tidak hanya menyediakan statistik tentang jumlah kasus kanker baru setiap tahunnya, tetapi juga karakteristik demografis, jenis kanker, dan informasi klinis lainnya yang penting untuk penelitian dan pengembangan kebijakan kesehatan. Data dari registri ini digunakan untuk mengidentifikasi tren penyakit, membandingkan angka kejadian antar wilayah, dan mengevaluasi efektivitas intervensi pencegahan atau perawatan.

Studi epidemiologi besar dan penelitian longitudinal sering menggunakan data dari registri ini untuk mengeksplorasi faktor risiko penyakit, memahami pola geografis penyakit, dan mengidentifikasi populasi yang berisiko tinggi. Informasi yang diperoleh dari registri penyakit memberikan dasar yang kuat untuk merancang intervensi kesehatan masyarakat yang tepat sasaran dan mengurangi beban penyakit dalam populasi secara keseluruhan.

c. Catatan Administratif

Data dari catatan administrasi seperti catatan medis elektronik, registrasi kelahiran dan kematian, serta data asuransi kesehatan memainkan peran krusial dalam mengukur berbagai aspek kesehatan dan faktor sosial dalam epidemiologi modern. Catatan medis elektronik khususnya diakui sebagai sumber data yang sangat berharga dalam penelitian kesehatan karena menyediakan akses terhadap informasi detail tentang

diagnosa medis, pengobatan yang diberikan, prosedur medis yang dilakukan, dan hasil kesehatan pasien. Data ini tidak hanya membantu dalam memantau perkembangan penyakit individu tetapi juga memungkinkan analisis populasi yang luas untuk memahami tren penyakit, respons terhadap pengobatan, dan faktor-faktor risiko yang mungkin terlibat.

Sebagai contoh, dalam sebuah studi epidemiologi, peneliti dapat menggunakan catatan medis elektronik dari berbagai fasilitas kesehatan untuk mengidentifikasi pasien dengan kondisi kronis tertentu seperti diabetes atau penyakit jantung, melacak pengobatan yang diberikan kepada mereka, dan menganalisis hasil jangka panjang seperti tingkat komplikasi atau angka kematian. Data ini juga memungkinkan untuk menghubungkan informasi kesehatan individu dengan faktor-faktor sosial seperti status ekonomi atau lingkungan tempat tinggal, sehingga memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang determinan kesehatan dalam populasi.

Selain itu, catatan administrasi lainnya seperti registrasi kelahiran dan kematian memberikan data penting untuk memantau demografi populasi, angka kelahiran, dan penyebab kematian yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola kesehatan yang penting dan mendukung pengambilan keputusan dalam perencanaan kesehatan masyarakat. Data asuransi kesehatan juga memberikan wawasan tentang penggunaan layanan kesehatan, biaya pengobatan, dan akses terhadap perawatan medis, yang semuanya penting untuk evaluasi sistem perawatan kesehatan dan pemantauan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

d. Data Sensus

Data sensus nasional adalah sumber informasi yang krusial dalam epidemiologi dan penelitian kesehatan karena menyediakan gambaran komprehensif tentang

karakteristik demografis populasi, termasuk aspek-aspek penting seperti pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan kondisi perumahan. Informasi ini memungkinkan peneliti untuk melakukan analisis stratifikasi sosial-ekonomi yang mendalam untuk memahami disparitas kesehatan dalam masyarakat. Misalnya, dalam sebuah studi epidemiologi, peneliti dapat menggunakan data sensus untuk mengidentifikasi dan membandingkan tingkat pendidikan yang dicapai oleh kelompok populasi yang berbeda. Data ini dapat membantu dalam mengevaluasi hubungan antara tingkat pendidikan dengan berbagai hasil kesehatan, seperti tingkat kepatuhan terhadap perawatan medis atau prevalensi penyakit tertentu. Selain itu, informasi tentang pekerjaan dan pendapatan dari data sensus dapat digunakan untuk mengeksplorasi dampak sosial-ekonomi terhadap akses terhadap layanan kesehatan, tingkat stres ekonomi, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Data kondisi perumahan dari sensus juga memberikan wawasan tentang lingkungan tempat tinggal, seperti kepadatan populasi, akses terhadap air bersih, sanitasi, dan kondisi fisik perumahan. Informasi ini penting dalam menilai risiko kesehatan terkait dengan faktor lingkungan dan kemungkinan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.

### **7.3.3 Analisis Statistik**

Analisis data dalam epidemiologi sosial memerlukan penggunaan berbagai teknik statistik untuk memahami hubungan antara determinan sosial dan hasil kesehatan. Teknik-teknik ini membantu dalam mengendalikan variabel perancu, mengidentifikasi pola, dan menguji hipotesis tentang hubungan sebab-akibat. Berikut adalah beberapa teknik statistik utama yang digunakan dalam epidemiologi sosial, berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

## 1. Regresi Linear

Regresi linear adalah teknik statistik yang digunakan untuk mengevaluasi hubungan antara satu variabel dependen kontinu dan satu atau lebih variabel independen. Dalam konteks epidemiologi sosial, regresi linear sering digunakan untuk mengkaji bagaimana faktor sosial seperti pendidikan atau pendapatan mempengaruhi hasil kesehatan seperti tekanan darah atau indeks massa tubuh.

Regresi linear sederhana dan regresi linear berganda adalah teknik analisis statistik yang penting dalam epidemiologi untuk memahami hubungan antara variabel-variabel sosial dan hasil kesehatan. Regresi linear sederhana digunakan untuk mengestimasi hubungan linier antara dua variabel, di mana satu variabel dianggap sebagai variabel dependen (*outcome*) dan yang lainnya sebagai variabel independen (*predictor*). Contohnya, dalam penelitian tentang hubungan antara konsumsi gula dan risiko diabetes, regresi linear sederhana dapat digunakan untuk menilai seberapa kuat hubungan linier antara kedua variabel ini.

Sementara itu, regresi linear berganda memungkinkan peneliti untuk mengontrol efek dari beberapa variabel independen secara simultan terhadap variabel dependen. Hal ini penting karena dalam kehidupan nyata, banyak faktor dapat mempengaruhi hasil kesehatan secara bersamaan. Misalnya, dalam penelitian yang sama tentang diabetes, regresi linear berganda dapat memasukkan variabel lain seperti usia, indeks massa tubuh, dan aktivitas fisik sebagai kontrol untuk mengevaluasi efek independen dari konsumsi gula terhadap risiko diabetes, setelah mengontrol faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi hasil kesehatan.

Kemampuan regresi linear berganda untuk memperhitungkan beberapa variabel kontrol memberikan estimasi yang lebih akurat tentang efek masing-masing variabel independen terhadap hasil kesehatan. Ini membantu peneliti dalam menafsirkan sejauh mana suatu

variabel tertentu berkontribusi terhadap perubahan dalam variabel dependen, serta dalam merancang intervensi atau kebijakan yang lebih tepat sasaran untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

## 2. Regresi Logistik

Regresi logistik digunakan ketika variabel dependen adalah kategori biner (misalnya, sehat vs. sakit). Teknik ini cocok untuk analisis risiko relatif dari hasil kesehatan berdasarkan paparan terhadap berbagai faktor sosial. Dalam epidemiologi sosial, regresi logistik memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi bagaimana determinan sosial-ekonomi seperti status pekerjaan atau akses terhadap layanan kesehatan mempengaruhi probabilitas seseorang mengalami kondisi kesehatan tertentu.

Regresi logistik adalah teknik statistik yang penting dalam epidemiologi sosial karena memungkinkan peneliti untuk mengendalikan efek dari beberapa variabel perancu dan menghitung odds ratio (rasio peluang). Regresi logistik digunakan ketika variabel dependen adalah biner atau kategori, seperti status penyakit (misalnya, hadir atau tidak hadir) atau kejadian (misalnya, bertahan atau tidak bertahan).

Teknik ini memungkinkan peneliti untuk memodelkan probabilitas kejadian variabel dependen berdasarkan satu atau lebih variabel independen, sambil mengontrol untuk variabel lain yang mungkin mempengaruhi hasil. Contoh penggunaan regresi logistik adalah dalam studi epidemiologi yang menginvestigasi hubungan antara faktor risiko seperti merokok atau paparan zat berbahaya dengan risiko penyakit tertentu seperti kanker. Dalam konteks ini, regresi logistik dapat membantu mengidentifikasi seberapa besar pengaruh faktor-faktor ini terhadap kemungkinan seseorang mengembangkan penyakit, diukur dalam bentuk odds ratio.

Odds ratio adalah ukuran efek yang umum digunakan dalam epidemiologi sosial karena memberikan estimasi

relatif dari risiko terkena penyakit atau kejadian tertentu antara kelompok yang terpapar dengan kelompok yang tidak terpapar faktor risiko tersebut. Penggunaan regresi logistik membantu peneliti untuk dapat mengontrol variabel-variabel perancu yang mungkin membingungkan hasil dan menginterpretasikan seberapa kuat asosiasi antara variabel independen dan variabel dependen dalam studi epidemiologi. Sehingga memungkinkan untuk dilakukan penelitian yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dan untuk merancang intervensi yang lebih efektif berdasarkan bukti-bukti yang ditemukan.

### 3. Analisis Survival

Analisis survival (atau analisis waktu-ke-kejadian) digunakan untuk mempelajari waktu sampai kejadian tertentu, seperti kematian atau terjadinya penyakit. Teknik ini penting dalam epidemiologi sosial untuk mengkaji bagaimana faktor sosial mempengaruhi durasi waktu hingga kejadian kesehatan tertentu. Model Cox proportional hazards adalah salah satu metode yang paling umum digunakan dalam analisis survival.

Model Cox merupakan alat yang kuat dalam epidemiologi untuk mengidentifikasi faktor risiko yang mempengaruhi waktu hingga terjadinya suatu kejadian, seperti kematian atau perkembangan penyakit, sambil mengendalikan variabel perancu yang lainnya. Teknik ini merupakan bagian dari analisis survival yang fokus pada waktu (*time-to-event*), di mana variabel dependen adalah waktu sampai kejadian terjadi.

Model Cox, atau yang dikenal juga sebagai model regresi risiko proporsional Cox, digunakan ketika data survival menghadapi censoring (pencacahan), di mana beberapa individu tidak mengalami kejadian pada akhir studi atau pada saat pengamatan terakhir. Dengan model ini, peneliti dapat memodelkan laju kejadian berdasarkan karakteristik individu dan mengestimasi hazard ratio (rasio

risiko) untuk setiap variabel independen. Contoh penerapan model Cox adalah dalam penelitian yang menginvestigasi faktor-faktor sosial-ekonomi seperti pendidikan, status pekerjaan, atau kondisi perumahan terhadap risiko kematian atau waktu sampai diagnosis penyakit tertentu.

Penerapan model Cox akan membantu peneliti memahami dampak relatif dari variabel-variabel terhadap durasi hidup atau waktu sampai terjadinya kejadian tertentu, setelah mengontrol untuk faktor-faktor lain yang berpotensi memengaruhi hasil. Analisis ini memberikan wawasan mendalam tentang bagaimana variabel sosial-ekonomi dapat mempengaruhi prognosis kesehatan individu dalam jangka panjang.

#### 4. Analisis Multilevel

Analisis multilevel digunakan untuk mengatasi data yang terstruktur secara hierarkis, seperti individu yang dikelompokkan dalam rumah tangga atau komunitas. Teknik ini memungkinkan peneliti untuk memperhitungkan variabilitas pada berbagai tingkat agregasi dan mengidentifikasi efek tingkat individu dan tingkat kelompok pada hasil kesehatan.

Analisis multilevel sangat berharga dalam epidemiologi sosial karena banyak faktor kesehatan yang dipengaruhi oleh determinan yang berasal dari berbagai tingkat, seperti individu, keluarga, lingkungan komunitas, dan struktur sosial yang lebih luas. Teknik ini memungkinkan peneliti untuk memodelkan dan memahami bagaimana faktor-faktor ini saling berhubungan dan mempengaruhi kesehatan populasi.

Dalam konteks epidemiologi sosial, analisis multilevel memungkinkan pemisahan dan pengujian efek dari berbagai tingkat determinan sosial. Sebagai contoh, dalam studi tentang obesitas anak-anak, analisis multilevel dapat digunakan untuk mengeksplorasi bagaimana karakteristik individu (misalnya, aktivitas fisik, pola makan), lingkungan keluarga (misalnya, pendapatan, pola makan keluarga), dan

faktor lingkungan komunitas (misalnya, aksesibilitas taman, kebijakan makanan di sekolah) berinteraksi dalam mempengaruhi kejadian obesitas.

Dengan memodelkan hubungan ini secara hierarkis, analisis multilevel dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perbedaan dalam tingkat kesehatan di antara individu atau kelompok dalam suatu populasi. Pendekatan ini juga membantu dalam mengatasi masalah pengelompokan (*clustering*) yang sering terjadi dalam data epidemiologi, di mana individu dalam satu kelompok atau komunitas cenderung memiliki karakteristik yang lebih mirip satu sama lain daripada dengan individu di kelompok lain.

Secara keseluruhan, analisis multilevel memberikan alat yang kuat untuk merancang intervensi yang lebih tepat sasaran dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berasal dari berbagai tingkat determinan sosial. Hal ini memungkinkan epidemiologis untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang kompleksitas faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dan untuk mengembangkan strategi yang lebih efektif dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan populasi secara keseluruhan.

## 5. Analisis Jalur (*Path Analysis*)

Analisis jalur adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji model kausal yang melibatkan hubungan antara beberapa variabel. Dalam epidemiologi sosial, analisis jalur memungkinkan peneliti untuk memodelkan hubungan kompleks antara faktor sosial, perilaku kesehatan, dan hasil kesehatan. Teknik ini membantu dalam memahami mekanisme yang mendasari pengaruh faktor sosial terhadap kesehatan.

Analisis jalur dijelaskan sebagai alat statistik yang memungkinkan peneliti untuk menguji dan mengidentifikasi hubungan langsung dan tidak langsung antara variabel, serta untuk mengklarifikasi jalur kausal

yang paling signifikan di antara mereka. Dalam konteks epidemiologi sosial, di mana faktor-faktor sosial seperti pendidikan, dukungan sosial, dan lingkungan komunitas dapat saling berinteraksi untuk mempengaruhi kesehatan, analisis jalur memberikan cara untuk memodelkan kompleksitas hubungan ini dengan lebih terstruktur.

Sebagai contoh, dalam studi yang mempertimbangkan faktor-faktor sosial sebagai determinan kesehatan mental, analisis jalur dapat digunakan untuk mengidentifikasi apakah pendidikan berpengaruh langsung terhadap kesehatan mental, atau apakah pengaruh ini dimediasi melalui faktor-faktor seperti dukungan sosial atau akses terhadap layanan kesehatan. Dengan menetapkan model yang tepat, peneliti dapat mengukur seberapa besar pengaruh masing-masing variabel terhadap hasil kesehatan, serta mengidentifikasi jalur kausal yang paling dominan.

Analisis jalur juga memungkinkan untuk memperkirakan sejauh mana efek dari intervensi atau kebijakan yang ditujukan untuk meningkatkan faktor-faktor sosial tertentu dapat memperbaiki kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pendekatan ini tidak hanya membantu dalam memahami mekanisme di balik interaksi kompleks antara variabel sosial dan kesehatan, tetapi juga memberikan landasan empiris untuk perencanaan strategi intervensi yang lebih efektif dan berbasis bukti dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

## **7.4 Studi Kasus dan Aplikasi Praktis**

### **7.4.1 Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular**

Penyakit menular dan penyakit tidak menular merupakan dua kategori besar dalam epidemiologi yang memiliki karakteristik, faktor risiko, dan dampak yang berbeda-beda, terutama terkait dengan faktor sosial. Berikut adalah studi kasus mengenai dampak faktor sosial pada penyakit menular seperti HIV/AIDS, serta penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung, berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

## 1. Penyakit Menular: HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang memiliki dampak sosial dan ekonomi yang signifikan. Penularan HIV terkait erat dengan perilaku sosial, norma budaya, dan akses terhadap layanan kesehatan. Faktor sosial seperti pendidikan, status ekonomi, dan akses terhadap informasi dan layanan kesehatan sangat mempengaruhi prevalensi dan penyebaran HIV/AIDS di berbagai populasi.

Faktor-faktor sosial seperti rendahnya pendidikan formal, tingkat pengangguran yang tinggi, ketidaksetaraan gender, dan stigma sosial terhadap HIV/AIDS berperan dalam meningkatkan risiko infeksi HIV. Faktor-faktor ini saling terkait dan mempengaruhi cara individu berinteraksi dengan informasi dan layanan kesehatan yang tersedia, serta dampaknya terhadap perilaku yang mempengaruhi risiko infeksi.

Misalnya, individu dengan tingkat pendidikan rendah mungkin memiliki pengetahuan yang kurang tentang cara penularan dan pencegahan HIV, yang dapat meningkatkan kemungkinan mereka terkena infeksi. Selain itu, tingkat pengangguran yang tinggi dapat memperburuk akses terhadap layanan kesehatan, termasuk layanan pencegahan HIV, serta dapat mempengaruhi kondisi sosial-ekonomi yang dapat memperburuk risiko kesehatan. Ketidaksetaraan gender juga dapat mempengaruhi kontrol individu terhadap keputusan tentang seksualitas dan akses terhadap sumber daya kesehatan yang diperlukan.

Stigma sosial terhadap HIV/AIDS juga memainkan peran penting dalam mendorong perilaku yang berisiko dan menghambat upaya pencegahan dan pengobatan. Stigma ini dapat menyebabkan individu merasa malu atau takut mencari informasi atau pengobatan yang diperlukan, serta dapat mempengaruhi dukungan sosial yang penting untuk pencegahan dan pengelolaan HIV/AIDS.

Di berbagai negara, program-program pencegahan HIV/AIDS sering kali mencakup pendekatan yang berbasis masyarakat untuk meningkatkan kesadaran,

mempromosikan tes HIV, dan memberikan akses terhadap layanan pengobatan dan dukungan. Pendekatan ini memperhitungkan faktor sosial seperti struktur sosial, norma budaya, dan aksesibilitas ekonomi dalam upaya untuk mengurangi angka infeksi dan meningkatkan kualitas hidup individu yang hidup dengan HIV/AIDS.

## 2. Penyakit Tidak Menular: Diabetes dan Penyakit Jantung

Diabetes dan penyakit jantung merupakan contoh penyakit tidak menular yang prevalensinya juga dipengaruhi oleh faktor sosial. Studi epidemiologi menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti status sosial-ekonomi, gaya hidup, dan akses terhadap layanan kesehatan memainkan peran penting dalam risiko terkena kedua jenis penyakit ini. Status sosial-ekonomi rendah sering kali berhubungan dengan pola makan yang kurang sehat, tingkat aktivitas fisik yang rendah, dan tingkat stres yang tinggi, yang semuanya meningkatkan risiko terkena penyakit seperti diabetes dan penyakit jantung. Faktor-faktor ini saling terkait dan sering kali dipengaruhi oleh akses terbatas terhadap sumber daya kesehatan dan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat.

Individu dengan pendapatan yang rendah mungkin menghadapi kesulitan dalam membeli makanan bergizi dan sering kali cenderung mengandalkan makanan yang lebih murah tetapi kurang sehat, seperti makanan cepat saji atau makanan dengan kandungan gula dan lemak tinggi. Keterbatasan akses ini dapat menyebabkan diet yang tidak seimbang, yang berkontribusi pada peningkatan risiko obesitas, diabetes tipe 2, dan penyakit jantung. Selain itu, tingkat aktivitas fisik yang rendah sering terjadi di antara individu dengan status sosial-ekonomi rendah, karena faktor-faktor seperti akses terbatas terhadap fasilitas olahraga, kesibukan dalam pekerjaan yang membutuhkan waktu lama, atau lingkungan fisik yang kurang mendukung aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang rendah ini dapat memperburuk risiko diabetes dan penyakit jantung melalui

pengaruhnya terhadap metabolisme tubuh dan keseimbangan energi.

Tingkat stres yang tinggi juga umum di kalangan individu dengan status sosial-ekonomi rendah, yang dapat disebabkan oleh beban finansial, ketidakpastian pekerjaan, atau kondisi lingkungan yang kurang stabil. Stres kronis ini dapat berkontribusi pada peningkatan risiko penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung melalui mekanisme biologis dan perilaku.

Faktor sosial juga mempengaruhi kemungkinan seseorang untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang sehat seperti diet seimbang dan aktivitas fisik teratur. Program-program intervensi yang berfokus pada meningkatkan literasi kesehatan, mengurangi ketidaksetaraan sosial-ekonomi, dan meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan yang terjangkau dapat membantu mengurangi prevalensi diabetes dan penyakit jantung di masyarakat.

Studi kasus tentang dampak faktor sosial pada penyakit menular seperti HIV/AIDS, serta penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung, menunjukkan betapa pentingnya faktor sosial dalam penentuan risiko, prevalensi, dan pengelolaan kedua jenis penyakit ini. Pendekatan epidemiologi sosial yang holistik mempertimbangkan interaksi kompleks antara struktur sosial, lingkungan fisik, perilaku individu, dan akses terhadap layanan kesehatan dalam upaya untuk mengurangi beban penyakit di masyarakat.

#### **7.4.2 Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan yang efektif tidak hanya mempertimbangkan aspek medis atau biologis penyakit, tetapi juga mengakui peran penting faktor sosial dalam menentukan kesehatan masyarakat. Berbagai negara dan organisasi telah mengembangkan kebijakan kesehatan yang mencoba mengatasi ketidaksetaraan sosial, mengurangi determinan sosial yang merugikan, dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa contoh kebijakan kesehatan yang mempertimbangkan

faktor sosial dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat, berdasarkan sumber-sumber terpercaya.

a. Program Penanggulangan Kemiskinan dan Kesehatan

Banyak negara telah mengadopsi program penanggulangan kemiskinan yang tidak hanya bertujuan untuk mengurangi ketimpangan ekonomi, tetapi juga untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan memperbaiki kondisi sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat. Contohnya adalah program-program yang memberikan subsidi kesehatan atau bantuan finansial kepada keluarga miskin untuk memastikan bahwa mereka dapat mengakses perawatan kesehatan yang diperlukan tanpa harus menghadapi beban keuangan yang berlebihan.

Menurut *World Health Organization* (WHO), upaya untuk mengurangi kemiskinan memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Program-program ini tidak hanya berkontribusi langsung dalam mengatasi masalah seperti gizi buruk dan penyakit menular, tetapi juga memperbaiki akses terhadap layanan kesehatan yang kritis seperti vaksinasi, layanan kesehatan reproduksi, dan perawatan penyakit kronis.

Pengurangan kemiskinan secara substansial mempengaruhi kesehatan masyarakat dengan beberapa cara. Pertama, dengan meningkatkan akses terhadap makanan yang cukup dan bergizi, program-program ini dapat mengurangi tingkat gizi buruk dan kelaparan, yang merupakan faktor risiko utama untuk kesehatan yang buruk dan penurunan imunitas terhadap penyakit menular. Kedua, dengan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dasar seperti vaksinasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, program ini membantu dalam mengendalikan penyebaran penyakit menular seperti campak, polio, dan HIV/AIDS. Ketiga, dengan memberikan dukungan untuk perawatan kronis seperti diabetes dan hipertensi, program-program ini dapat mengurangi angka morbiditas dan

mortalitas terkait penyakit tidak menular yang semakin meningkat.

Contoh konkrit dari implementasi program pengurangan kemiskinan yang berhasil adalah di beberapa negara berkembang, di mana upaya pemerintah dan organisasi non-pemerintah telah mengarah pada peningkatan akses terhadap layanan kesehatan dasar melalui subsidi biaya kesehatan, peningkatan akses terhadap air bersih dan sanitasi, serta peningkatan akses terhadap pendidikan kesehatan dan perawatan kesehatan reproduksi. Keberhasilan ini tidak hanya terlihat dalam penurunan angka kesakitan dan kematian, tetapi juga dalam peningkatan kualitas hidup dan harapan hidup masyarakat yang terlibat.

Dengan demikian, WHO menekankan bahwa upaya untuk mengurangi kemiskinan tidak hanya merupakan langkah etis dan moral, tetapi juga investasi penting dalam kesehatan masyarakat global. Dengan mengurangi disparitas sosial-ekonomi dan meningkatkan akses terhadap sumber daya kesehatan yang penting, kita dapat mencapai kemajuan yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan umum di seluruh dunia.

b. Kebijakan Perumahan dan Kesehatan

Kebijakan perumahan yang memperhatikan faktor sosial juga memiliki dampak besar terhadap kesehatan masyarakat. Memiliki akses terhadap perumahan yang layak, aman, dan terjangkau adalah salah satu faktor penting dalam meningkatkan kondisi kesehatan individu dan keluarga. WHO mencatat bahwa kondisi perumahan yang buruk dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk infeksi pernapasan, alergi, dan gangguan mental.

Di beberapa negara, implementasi kebijakan perumahan yang berfokus pada penyediaan perumahan terjangkau dan pemeliharaan infrastruktur perumahan yang baik telah membawa dampak positif yang signifikan bagi kesehatan masyarakat dan kualitas hidup individu. Kebijakan ini tidak hanya bertujuan untuk memenuhi

kebutuhan dasar akan tempat tinggal, tetapi juga mengurangi beban penyakit terkait dengan kondisi perumahan yang buruk.

Pertama, penyediaan perumahan terjangkau membantu mengurangi tingkat pengangguran dan kemiskinan yang terkait dengan krisis perumahan, yang sering kali berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental individu. Dengan menyediakan akses yang lebih baik terhadap perumahan yang layak, pemerintah dapat mengurangi tekanan sosial-ekonomi yang mempengaruhi kesehatan, seperti stres kronis dan ketidakstabilan tempat tinggal yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan mental.

Kedua, pemeliharaan infrastruktur perumahan yang baik membantu dalam mencegah penyebaran penyakit menular dan penyakit terkait lingkungan. Infrastruktur perumahan yang buruk, seperti kelembaban tinggi atau kurangnya ventilasi, dapat meningkatkan risiko penyakit pernapasan seperti asma atau alergi. Dengan memastikan bahwa perumahan memenuhi standar kesehatan yang baik, pemerintah dapat mengurangi angka kesakitan yang disebabkan oleh kondisi perumahan yang tidak memadai.

Ketiga, kebijakan perumahan yang efektif juga mencakup akses yang lebih baik terhadap layanan publik seperti air bersih, sanitasi, dan fasilitas kesehatan. Ini tidak hanya meningkatkan kualitas hidup sehari-hari bagi individu dan keluarga, tetapi juga memperkuat ketahanan terhadap wabah penyakit dan bencana alam yang terkait dengan lingkungan perumahan.

c. Program Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Kebijakan kesehatan juga sering kali mencakup program-program pendidikan dan promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan literasi kesehatan dan mempengaruhi perilaku masyarakat. Pendidikan kesehatan yang efektif tidak hanya memberikan informasi tentang praktik kesehatan yang baik, tetapi juga menyoroti pentingnya faktor sosial dalam determinan kesehatan.

Program-program pendidikan kesehatan yang mendapat dukungan luas dapat memberikan kontribusi besar dalam membantu masyarakat memahami dampak faktor sosial terhadap kesehatan mereka. Faktor-faktor ini termasuk lingkungan kerja yang aman, akses terhadap makanan sehat, dan kebijakan transportasi yang ramah lingkungan. Dengan membangun pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara kondisi sosial-ekonomi, lingkungan fisik, dan kesehatan, masyarakat dapat lebih efektif dalam mengambil tindakan preventif untuk meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri.

Program pendidikan kesehatan yang efektif sering kali memfokuskan pada penyuluhan mengenai bagaimana faktor-faktor sosial dapat mempengaruhi risiko terjadinya penyakit, serta strategi untuk mengurangi dampak negatifnya. Misalnya, melalui kampanye penyuluhan di tempat kerja, masyarakat dapat diberitahu tentang pentingnya lingkungan kerja yang aman untuk mengurangi cedera dan penyakit terkait pekerjaan. Pendidikan tentang akses terhadap makanan sehat juga dapat meningkatkan kesadaran tentang diet yang seimbang dan berdampak positif terhadap kesehatan jangka panjang.

### **7.4.3 Intervensi dan Program Kesehatan**

Intervensi berbasis komunitas dan program kesehatan telah terbukti menjadi strategi yang efektif dalam mengurangi kesenjangan kesehatan antara berbagai kelompok populasi. Berbagai inisiatif ini tidak hanya menargetkan pengurangan penyakit tertentu, tetapi juga bertujuan untuk mengatasi determinan sosial yang mendasarinya. Intervensi dan program kesehatan yang berhasil telah membuktikan kemampuannya dalam mengurangi kesenjangan kesehatan di berbagai komunitas, berdasarkan bukti-bukti dari sumber-sumber terpercaya.

Pertama, intervensi berbasis komunitas seperti *Community Health Workers* (CHWs) telah terbukti efektif dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dasar dan mendukung pencegahan penyakit di komunitas yang terpinggirkan. CHWs,

sebagai bagian dari komunitas lokal mereka, tidak hanya menyediakan informasi kesehatan yang tepat, tetapi juga memberikan dukungan emosional dan membantu menghubungkan individu dengan layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Sebagai contoh, studi yang diterbitkan dalam jurnal "Global Health Action" menunjukkan bahwa CHWs telah berhasil meningkatkan kesadaran dan penggunaan perawatan kesehatan, khususnya dalam upaya pencegahan penyakit seperti malaria dan HIV/AIDS.

Kedua, program pendidikan kesehatan di sekolah telah membawa dampak positif yang signifikan dalam mengurangi kesenjangan kesehatan, terutama di kalangan anak-anak dan remaja. Program ini tidak hanya menyediakan informasi tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga meningkatkan literasi kesehatan sejak dini. Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), program-program ini telah membantu mengurangi prevalensi obesitas, meningkatkan pola makan sehat, dan mempromosikan aktivitas fisik di kalangan pelajar, yang merupakan langkah kunci dalam mengatasi disparitas kesehatan dari usia muda.

Di sisi program kesehatan yang berhasil, program vaksinasi universal menjadi contoh yang nyata dalam mengurangi angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit menular. Melalui program ini, populasi, terutama anak-anak dan kelompok rentan, mendapatkan perlindungan yang luas terhadap penyakit serius seperti polio. Keberhasilan program eliminasi polio global menunjukkan bahwa vaksinasi dapat mengatasi disparitas kesehatan tidak hanya antar negara, tetapi juga di dalam masyarakat setempat.

Selain itu, inisiatif pengurangan merokok juga menjadi contoh sukses dalam memperbaiki kesehatan masyarakat. Melalui regulasi yang ketat, pendidikan masyarakat, dan kampanye berbasis bukti, prevalensi merokok telah berhasil diturunkan secara signifikan di banyak negara. Langkah-langkah seperti regulasi iklan tembakau, peningkatan pajak tembakau, dan kampanye anti-rokok yang terarah telah berkontribusi dalam menurunkan angka perokok aktif dan pasif, serta meningkatkan kesehatan pernapasan dan

kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, sesuai dengan data dari World Health Organization (WHO).

Intervensi berbasis komunitas dan program kesehatan yang berhasil mengurangi kesenjangan kesehatan sering kali mengintegrasikan pendekatan yang holistik, melibatkan komunitas lokal, serta mengatasi determinan sosial yang mendasarinya. Dengan fokus pada pencegahan, pendidikan, dan akses terhadap layanan kesehatan yang adil, program-program ini dapat memberikan dampak yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan populasi secara keseluruhan dan mengurangi disparitas kesehatan yang ada. Dengan mempelajari dan menerapkan strategi-strategi ini, diharapkan masyarakat dapat mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik secara berkelanjutan.

## **7.5 Tantangan dan Masa Depan Epidemiologi Sosial**

### **7.5.1 Tantangan Metodologis**

Epidemiologi sosial menghadapi sejumlah tantangan metodologis yang kompleks dalam upaya untuk mengukur dan menganalisis pengaruh faktor sosial terhadap kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Salah satu tantangan utamanya adalah kompleksitas variabel sosial yang saling terkait dan sulit dipisahkan. Misalnya, faktor seperti status ekonomi, pendidikan, pekerjaan, lingkungan tempat tinggal, dan jaringan sosial sering berinteraksi dalam mempengaruhi kesehatan individu. Menurut Lisa F. Berkman dan Ichiro Kawachi dalam buku "*Social Epidemiology*," mengidentifikasi pengaruh langsung dari satu faktor sosial tanpa memperhitungkan faktor lainnya menjadi tugas yang rumit (Berkman et al., 2014). Contohnya, pendapatan dapat memengaruhi akses terhadap perawatan kesehatan, sementara pendidikan juga berperan dalam membentuk perilaku kesehatan.

Pengukuran faktor sosial juga menjadi tantangan signifikan dalam epidemiologi sosial. Variabel sosial seperti pendidikan atau penghasilan sering digunakan sebagai indikator, tetapi pengukuran ini mungkin tidak mewakili dimensi sosial yang lebih kompleks seperti stigma atau pengalaman diskriminasi. Hal ini dapat mempengaruhi validitas

dan reliabilitas studi epidemiologi, mengurangi kemampuan untuk memahami secara mendalam bagaimana faktor-faktor sosial ini berkontribusi terhadap kondisi kesehatan masyarakat.

Keterbatasan data merupakan masalah lain yang sering dihadapi dalam epidemiologi sosial. Data sosial tidak selalu tersedia secara lengkap atau terpadu, terutama di tingkat global di mana infrastruktur data mungkin belum sepenuhnya terbangun. Keterbatasan ini dapat membatasi kemampuan peneliti untuk melakukan analisis yang komprehensif dan membuat generalisasi yang akurat dari temuan epidemiologi sosial.

Mengidentifikasi hubungan sebab-akibat antara faktor sosial dan kesehatan juga merupakan tantangan metodologis yang signifikan. Hubungan ini seringkali kompleks dan multidimensional, memerlukan analisis yang hati-hati terhadap faktor perancu potensial, serta mempertimbangkan faktor confounding dan bias yang dapat memengaruhi hasil. Perlu ditekankan pentingnya untuk melakukan analisis yang cermat untuk menetapkan kausalitas antara faktor sosial tertentu dengan hasil kesehatan yang diamati.

Dalam mengatasi tantangan ini, epidemiologi sosial terus mengembangkan metodologi baru seperti analisis multilevel, teknik modeling struktural, dan pemanfaatan data big data. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk lebih baik memahami kompleksitas faktor sosial dalam menentukan kesehatan masyarakat, menghasilkan pengetahuan yang lebih mendalam dan relevan untuk mendukung kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan inklusif.

### **7.5.2 Perubahan Sosial dan Kesehatan Global**

Perubahan sosial yang dipicu oleh globalisasi, urbanisasi, dan perubahan iklim memiliki dampak yang signifikan terhadap pola penyakit dan kesehatan global. Globalisasi telah mempercepat integrasi ekonomi dan sosial antar negara, mengarah pada mobilitas yang lebih besar dari orang, barang, dan layanan. Ini menciptakan tantangan baru dalam pengelolaan kesehatan global karena

penyebaran penyakit menular seperti influenza, HIV/AIDS, dan COVID-19 dapat terjadi dengan cepat melintasi batas negara.

Urbanisasi, di sisi lain, menyebabkan perubahan besar dalam struktur sosial dan lingkungan fisik. Lebih dari separuh populasi dunia kini tinggal di daerah perkotaan, yang sering kali terkait dengan polusi udara, kepadatan populasi yang tinggi, dan ketimpangan sosial ekonomi. Ini berdampak pada pola penyakit seperti penyakit pernapasan, penyakit kardiovaskular, dan masalah kesehatan mental yang lebih tinggi di kota-kota besar.

Perubahan iklim adalah faktor lain yang signifikan dalam mengubah pola penyakit global. Pemanasan global mempengaruhi distribusi vektor penyakit seperti malaria dan demam berdarah, memperluas wilayah tempat penyakit tersebut dapat berkembang biak. Perubahan iklim juga meningkatkan frekuensi bencana alam seperti banjir, badai, dan kekeringan, yang dapat langsung mengancam kesehatan masyarakat dengan meningkatkan risiko cedera, malnutrisi, dan penyebaran penyakit menular.

Perubahan sosial ini tidak hanya mempengaruhi prevalensi penyakit, tetapi juga menimbulkan tantangan baru bagi sistem kesehatan global dalam menghadapi risiko kesehatan yang kompleks dan saling terkait. Oleh karena itu, penting untuk mengembangkan strategi yang komprehensif dan kolaboratif dalam epidemiologi sosial yang dapat mengatasi dampak dari globalisasi, urbanisasi, dan perubahan iklim terhadap kesehatan masyarakat secara efektif. Secara keseluruhan, penanganan tantangan ini membutuhkan pendekatan holistik yang melibatkan berbagai disiplin ilmu, termasuk epidemiologi, sosiologi, dan ilmu lingkungan, serta kolaborasi internasional untuk menghadapi dampak negatif yang terus berkembang terhadap kesehatan global.

### **7.5.3 Inovasi dan Pendekatan Baru**

Pengembangan teknologi dan pendekatan baru dalam epidemiologi sosial, seperti penggunaan big data dan analisis jaringan sosial, menandai evolusi penting dalam cara kita memahami dan mengatasi tantangan kesehatan masyarakat modern. Big data, yang mencakup volume besar informasi yang diperoleh dari berbagai sumber digital seperti rekam medis

elektronik, media sosial, sensor kesehatan, dan platform online lainnya, telah membuka peluang baru dalam mengidentifikasi pola-pola penyakit, memahami determinan sosial kesehatan, dan merancang intervensi yang lebih efektif.

Penerapan big data dalam epidemiologi sosial memungkinkan analisis yang lebih mendalam dan real-time terhadap kesehatan populasi. Misalnya, dalam *Handbook of Computational Social Science for Policy* bahwa penggunaan data dari media sosial dapat digunakan untuk memantau dan memprediksi penyebaran penyakit menular seperti influenza. Dengan memanfaatkan big data, mereka dapat mendeteksi gejala awal wabah dan mengarahkan sumber daya kesehatan dengan lebih efisien (Bertoni et al., 2023).

Selain itu, analisis jaringan sosial menjadi semakin penting dalam mengeksplorasi hubungan antar individu dan kelompok yang mempengaruhi kesehatan. Menurut Steijvers et al., (2021), analisis jaringan sosial memungkinkan kita untuk mengidentifikasi pengaruh sosial dalam penyebaran perilaku kesehatan, seperti kebiasaan merokok atau kepatuhan terhadap vaksinasi. Dengan memahami struktur dan dinamika jaringan sosial, kita dapat merancang strategi intervensi yang lebih tepat sasaran untuk mempengaruhi perilaku kesehatan di tingkat komunitas.

Meskipun potensi besar dari big data dan analisis jaringan sosial, ada tantangan yang perlu diatasi. Masalah privasi data dan keamanan informasi menjadi krusial dalam penggunaan data kesehatan yang sensitif. Selain itu, kapasitas untuk mengelola, mengintegrasikan, dan menganalisis data dalam skala besar memerlukan investasi dalam infrastruktur teknologi dan keterampilan analitik yang diperlukan di kalangan profesional kesehatan masyarakat. Secara keseluruhan, penggunaan big data dan analisis jaringan sosial menawarkan pendekatan inovatif untuk menangani tantangan kompleks dalam epidemiologi sosial.

## DAFTAR PUSTAKA

- Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology* (Second edition). Oxford University Press.
- Bertoni, E., Fontana, M., Gabrielli, L., Signorelli, S., & Vespe, M. (Eds.). (2023). *Handbook of Computational Social Science for Policy*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-16624-2>
- Chandola, T., & Marmot, M. (2005). Social Epidemiology. In W. Ahrens & I. Pigeot (Eds.), *Handbook of Epidemiology* (pp. 893–916). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-26577-1\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-540-26577-1_23)
- Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States, Board on Population Health and Public Health Practice, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Communities in Action: Pathways to Health Equity* (J. N. Weinstein, A. Geller, Y. Negussie, & A. Baci, Eds.; p. 24624). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24624>
- Friis, R. H., & Sellers, T. A. (2014). *Epidemiology for public health practice* (5th ed). Jones & Bartlett Learning.
- Furler, J. (2006). Social determinants of health and health inequalities: What role for general practice? *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 264–265. <https://doi.org/10.1071/HE06264>
- Grant, R. (2012). A Bridge Between Public Health and Primary Care. *American Journal of Public Health*, 102(S3), S304–S304. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300825>
- Hilovsky, K. (2020). *Creating the healthiest nation: Health and Housing Equity*.
- Honjo, K. (2004). Social epidemiology: Definition, history, and research examples. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 193–199.
- McMaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare:

- Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in Public Health*, 8, 231.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 349–370.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Schneider, M.-J., & Schneider, H. S. (2017). *Introduction to public health* (Fifth edition). Jones & Bartlett Learning.
- Steijvers, L. C. J., Brinkhues, S., Hoebe, C. J. P. A., Van Tilburg, T. G., Claessen, V., Bouwmeester-Vincken, N., Hamers, F., Vranken, P., & Dukers-Muijers, N. H. T. M. (2021). Social networks and infectious diseases prevention behavior: A cross-sectional study in people aged 40 years and older. *PLOS ONE*, 16(5), e0251862.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251862>
- Tulchinsky, T. H. (2018). John Snow, Cholera, the Broad Street Pump; Waterborne Diseases Then and Now. In *Case Studies in Public Health* (pp. 77–99). Elsevier.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00017-2>
- Winkelman, M. J. (2009). *Culture and health: Applying medical anthropology* (1. ed). Jossey-Bass.



# **BAB 8**

## **KESEHATAN GLOBAL**

*Oleh A Fahira Nur*

### **8.1 Epidemiologi Penyakit Menular Global**

#### **8.1.1 Definisi dan Ruang Lingkup**

Epidemiologi adalah cabang ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari kondisi kesehatan atau penyakit di antara populasi manusia serta penerapan studi ini untuk mengontrol masalah kesehatan. Ini mencakup analisis pola, penyebab, dan efek dari kondisi kesehatan dan penyakit dalam populasi tertentu. Dengan kata lain, epidemiologi mengkaji bagaimana penyakit menyebar, siapa yang terpengaruh, serta faktor-faktor risiko dan pelindung yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Metode epidemiologi digunakan untuk mengumpulkan dan menganalisis data, serta untuk mengembangkan strategi pencegahan dan intervensi kesehatan.

Dalam konteks kesehatan global, epidemiologi memainkan peran yang sangat penting dalam memantau dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular. Dengan kemampuan untuk melacak pola penyakit secara global, epidemiologi membantu dalam mengidentifikasi wabah, memahami dinamika transmisi, dan menilai dampak penyakit terhadap populasi. Misalnya, dalam kasus pandemi COVID-19, epidemiologi telah menjadi alat kunci dalam memahami penyebaran virus, mengidentifikasi kelompok berisiko, dan mengembangkan kebijakan serta intervensi untuk mengurangi penularan. Data epidemiologi juga digunakan oleh organisasi internasional seperti WHO untuk membuat rekomendasi kesehatan dan mengkoordinasikan respons global.

Epidemiologi tidak hanya berfokus pada identifikasi dan analisis penyakit, tetapi juga pada pengembangan strategi untuk pencegahan dan pengendalian penyakit. Ini termasuk program vaksinasi, kampanye kesehatan masyarakat, dan intervensi untuk mengurangi faktor risiko seperti merokok, pola makan yang buruk,

dan kurangnya aktivitas fisik. Epidemiologi memberikan bukti ilmiah yang diperlukan untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang efektif, mengalokasikan sumber daya kesehatan secara efisien, dan mengevaluasi keberhasilan program kesehatan. Dengan demikian, epidemiologi mendukung pencapaian tujuan kesehatan global, termasuk pengurangan morbiditas dan mortalitas akibat penyakit.

Epidemiologi juga membantu dalam mengatasi tantangan kesehatan global seperti resistensi antibiotik, penyakit akibat perubahan iklim, dan penyakit baru yang muncul. Dengan metode dan alat epidemiologi, para ahli kesehatan dapat melakukan surveilans yang efektif, memprediksi pola penyakit di masa depan, dan merespons dengan cepat terhadap ancaman kesehatan yang muncul. Epidemiologi juga berperan dalam penelitian kesehatan global yang bertujuan untuk menemukan solusi inovatif dan berbasis bukti untuk masalah kesehatan yang kompleks. Dengan informasi yang akurat dan analisis yang mendalam, epidemiologi memberikan landasan yang kuat untuk tindakan kesehatan global yang proaktif dan terkoordinasi.

### **8.1.2 Penyakit Menular Utama**

#### **1. HIV/AIDS**

HIV/AIDS adalah salah satu penyakit menular yang paling berdampak secara global sejak pertama kali diidentifikasi pada awal 1980-an. Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel CD4, yang melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit lain. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah tahap lanjut dari infeksi HIV, di mana sistem kekebalan tubuh sangat lemah sehingga pasien rentan terhadap infeksi oportunistik dan kanker tertentu. Meskipun kemajuan dalam pengobatan antiretroviral (ARV) telah memungkinkan banyak orang hidup lebih lama dan lebih sehat dengan HIV, epidemi ini tetap menjadi masalah besar, terutama di negara-negara dengan sumber daya terbatas. Upaya global untuk memerangi HIV/AIDS melibatkan pendidikan, pencegahan, pengujian, dan akses luas ke pengobatan ARV.

## 2. Malaria

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium*, yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles* yang terinfeksi. Penyakit ini terutama terjadi di daerah tropis dan subtropis, dengan beban penyakit terbesar di Afrika sub-Sahara. Gejala malaria termasuk demam, menggigil, sakit kepala, dan nyeri otot, dan jika tidak diobati, dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih parah dan mematikan. Upaya global untuk mengontrol malaria melibatkan penggunaan kelambu berinsektisida, penyemprotan insektisida dalam ruangan, dan pengobatan *artemisinin-based combination therapy* (ACT). Selain itu, program vaksinasi malaria sedang berkembang dengan harapan dapat menambah alat yang efektif dalam melawan penyakit ini. Namun, resistensi parasit terhadap obat dan resistensi nyamuk terhadap insektisida merupakan tantangan utama dalam pengendalian malaria.

## 3. Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang paling sering menyerang paru-paru, tetapi juga dapat mempengaruhi organ lain. TB menyebar melalui udara ketika seseorang dengan TB aktif batuk atau bersin. Gejala TB meliputi batuk yang berlangsung lebih dari tiga minggu, nyeri dada, dan penurunan berat badan yang tidak diinginkan. TB merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia, terutama di negara-negara berkembang. Pengendalian TB melibatkan diagnosis dini dan pengobatan jangka panjang dengan kombinasi antibiotik. Salah satu tantangan terbesar dalam pengendalian TB adalah meningkatnya kasus TB resisten terhadap obat (MDR-TB) dan TB resisten terhadap berbagai obat (XDR-TB), yang memerlukan pengobatan yang lebih kompleks dan mahal.

## 4. COVID-19

Pandemi COVID-19, yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2, telah memberikan dampak besar pada kesehatan global sejak awal kemunculannya pada akhir 2019. Penyakit ini menyebar dengan cepat melalui kontak dekat dan droplet pernapasan, menyebabkan gejala yang berkisar dari ringan hingga parah,

termasuk demam, batuk, dan kesulitan bernapas. COVID-19 telah menyebabkan jutaan kematian dan membebani sistem kesehatan di seluruh dunia. Respon global terhadap pandemi ini mencakup upaya besar-besaran dalam pengembangan dan distribusi vaksin, penerapan tindakan kesehatan masyarakat seperti pembatasan sosial dan penggunaan masker, serta pengembangan dan pemberian terapi medis untuk mengobati pasien yang terinfeksi. Pandemi ini juga telah menyoroti pentingnya kesiapsiagaan dan respons cepat terhadap ancaman penyakit menular baru, serta kerjasama internasional dalam penelitian dan pengelolaan krisis kesehatan global.

### **8.1.3 Strategi Pengendalian dan Pencegahan**

#### **1. Vaksinasi**

Vaksinasi adalah salah satu metode paling efektif untuk mencegah penyebaran penyakit menular. Vaksin bekerja dengan merangsang sistem kekebalan tubuh untuk menghasilkan respons terhadap patogen tertentu tanpa menyebabkan penyakit itu sendiri. Ini membantu membangun kekebalan individu dan, ketika diterapkan secara luas, dapat menghasilkan kekebalan kelompok (*herd immunity*), yang melindungi populasi secara keseluruhan, termasuk mereka yang tidak bisa divaksinasi karena alasan kesehatan. Program imunisasi yang sukses, seperti vaksinasi polio dan campak, telah secara drastis mengurangi insiden penyakit ini di seluruh dunia. Vaksinasi COVID-19 juga telah menjadi kunci dalam mengendalikan pandemi global yang dimulai pada akhir 2019.

#### **2. Sanitasi**

Sanitasi yang baik adalah dasar dari pencegahan penyakit menular, terutama yang ditularkan melalui air dan makanan. Penyediaan air bersih, pembuangan limbah yang tepat, dan praktik kebersihan yang baik, seperti mencuci tangan dengan sabun, dapat secara signifikan mengurangi penyebaran patogen. Misalnya, akses ke sanitasi yang lebih baik telah terbukti mengurangi insiden diare, yang merupakan penyebab utama kematian anak di banyak negara berkembang. Upaya peningkatan sanitasi mencakup pembangunan infrastruktur

sanitasi, kampanye kesadaran masyarakat, dan promosi perilaku higienis. Dalam konteks global, organisasi seperti UNICEF dan WHO bekerja sama dengan pemerintah lokal untuk meningkatkan akses terhadap sanitasi yang layak dan mendidik masyarakat tentang pentingnya kebersihan.

3. Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Kebijakan kesehatan masyarakat memainkan peran krusial dalam pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Kebijakan ini dapat mencakup berbagai tindakan, mulai dari regulasi vaksinasi wajib, pelaporan wajib penyakit tertentu, hingga pembatasan perjalanan dan karantina selama wabah. Kebijakan kesehatan masyarakat yang efektif memerlukan data yang akurat, penelitian ilmiah yang kuat, dan koordinasi antar berbagai sektor pemerintahan dan organisasi internasional. Contohnya, dalam mengatasi pandemi COVID-19, banyak negara menerapkan kebijakan pembatasan sosial, penutupan sekolah dan tempat kerja, serta mandat penggunaan masker untuk mengurangi penyebaran virus. Selain itu, kebijakan pencegahan penyakit menular seksual, seperti distribusi kondom gratis dan pendidikan kesehatan seksual, juga telah membantu mengurangi insiden penyakit seperti HIV/AIDS.

4. Edukasi dan Kampanye Kesadaran

Edukasi dan kampanye kesadaran masyarakat merupakan komponen penting dalam pencegahan penyakit menular. Melalui program pendidikan kesehatan, masyarakat diberi informasi tentang cara mencegah infeksi, pentingnya vaksinasi, dan praktik kebersihan yang baik. Kampanye ini seringkali menggunakan berbagai media, termasuk televisi, radio, media sosial, dan bahan cetak, untuk menjangkau audiens yang luas. Misalnya, kampanye untuk mempromosikan vaksinasi HPV (Human Papillomavirus) telah meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap vaksin yang dapat mencegah kanker serviks. Selain itu, kampanye tentang pentingnya mencuci tangan dengan sabun telah terbukti efektif dalam mengurangi penyebaran penyakit menular di komunitas. Edukasi berkelanjutan dan peningkatan kesadaran masyarakat adalah

kunci untuk memastikan keberlanjutan tindakan pencegahan dan pengendalian penyakit menular.

#### **8.1.4 Tantangan dan Solusi**

##### **1. Tantangan dalam Pengendalian Penyakit Menular**

Pengendalian penyakit menular di berbagai negara dihadapkan pada berbagai tantangan yang kompleks dan beragam. Salah satu tantangan utama adalah akses terbatas ke layanan kesehatan, terutama di negara-negara berkembang dengan infrastruktur kesehatan yang kurang memadai. Faktor ekonomi juga memainkan peran signifikan, di mana biaya pengobatan dan pencegahan sering kali tidak terjangkau oleh masyarakat miskin. Selain itu, ketidaksetaraan sosial dan geografis seringkali memperburuk situasi, dengan komunitas pedesaan dan terpencil memiliki akses yang lebih sedikit terhadap fasilitas kesehatan dibandingkan dengan penduduk perkotaan. Tantangan lain termasuk resistensi terhadap obat, seperti pada kasus malaria dan tuberkulosis, yang mengurangi efektivitas pengobatan yang ada. Masalah seperti kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya vaksinasi, keengganan budaya, dan penyebaran informasi yang salah juga menghambat upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular.

##### **2. Solusi yang Diimplementasikan**

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, berbagai solusi telah diimplementasikan di berbagai negara. Peningkatan akses layanan kesehatan menjadi prioritas utama, dengan investasi dalam infrastruktur kesehatan, pelatihan tenaga medis, dan distribusi obat-obatan esensial. Program vaksinasi massal telah diperluas untuk mencakup populasi yang lebih luas, seringkali dengan dukungan dari organisasi internasional seperti WHO dan UNICEF. Untuk mengatasi resistensi obat, strategi pengobatan kombinasi dan pengembangan obat baru terus dilakukan. Edukasi masyarakat juga ditingkatkan melalui kampanye kesadaran yang berfokus pada pentingnya vaksinasi, praktik kebersihan, dan penggunaan alat pelindung diri. Teknologi informasi dan komunikasi digunakan untuk menyebarkan informasi yang akurat dan menangkal

misinformasi. Selain itu, kerjasama internasional diperkuat untuk memfasilitasi berbagi data, sumber daya, dan pengetahuan dalam upaya mengendalikan penyebaran penyakit menular secara global. Contoh nyata adalah respons global terhadap pandemi COVID-19, yang melibatkan kerjasama antara pemerintah, organisasi internasional, sektor swasta, dan komunitas ilmiah untuk mempercepat pengembangan vaksin, terapi, dan tindakan kesehatan masyarakat.

## **8.2 Ketimpangan Kesehatan dan Akses Layanan Kesehatan**

### **8.2.1 Determinasi Sosial Kesehatan**

#### **1. Faktor Sosial**

Faktor sosial memainkan peran besar dalam mempengaruhi kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Tingkat pendidikan, misalnya, memiliki korelasi langsung dengan pengetahuan dan perilaku kesehatan. Orang yang lebih terdidik cenderung lebih sadar akan pentingnya praktik-praktik kesehatan yang baik, seperti vaksinasi, kebersihan diri, dan pola makan sehat. Selain itu, struktur keluarga dan jaringan sosial juga mempengaruhi kesehatan. Dukungan sosial yang kuat dari keluarga dan komunitas dapat meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapi stres dan penyakit. Di sisi lain, diskriminasi dan marginalisasi sosial dapat menghambat akses terhadap layanan kesehatan dan meningkatkan risiko penyakit, terutama dalam kelompok rentan seperti minoritas etnis, orang dengan disabilitas, dan kelompok LGBTQ+.

#### **2. Faktor Ekonomi**

Faktor ekonomi sangat menentukan kemampuan individu dan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Kemiskinan merupakan salah satu determinan utama yang mempengaruhi status kesehatan. Di banyak negara berkembang, orang-orang yang hidup di bawah garis kemiskinan seringkali tidak memiliki cukup sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, termasuk makanan bergizi, perumahan yang layak, dan layanan kesehatan. Selain

itu, ketidakmampuan untuk membayar biaya medis dapat mendorong orang untuk menunda atau menghindari mencari perawatan, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka. Di sisi lain, negara-negara dengan ekonomi yang lebih kuat memiliki lebih banyak sumber daya untuk diinvestasikan dalam sistem kesehatan, yang berkontribusi pada peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi penduduknya.

### 3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan juga memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat. Kondisi lingkungan fisik, seperti kualitas air dan udara, serta sanitasi yang memadai, sangat mempengaruhi prevalensi penyakit menular dan tidak menular. Polusi udara, misalnya, dikaitkan dengan penyakit pernapasan kronis seperti asma dan bronkitis, serta penyakit kardiovaskular. Selain itu, perubahan iklim global berdampak pada kesehatan dengan meningkatkan frekuensi dan intensitas bencana alam seperti banjir, kekeringan, dan gelombang panas, yang pada gilirannya meningkatkan risiko penyakit dan kematian. Lingkungan tempat tinggal, termasuk perumahan yang padat dan tidak sehat, juga dapat menjadi tempat berkembang biaknya patogen. Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara global harus mencakup kebijakan dan tindakan yang berfokus pada perbaikan kondisi lingkungan, termasuk pengelolaan sampah, penyediaan air bersih, dan mitigasi perubahan iklim.

#### **8.2.2 Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan**

Di negara maju, akses terhadap layanan kesehatan umumnya lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang. Sistem kesehatan di negara maju biasanya didukung oleh infrastruktur yang lebih baik, jumlah tenaga medis yang mencukupi, dan teknologi medis yang canggih. Selain itu, negara maju seringkali memiliki program asuransi kesehatan nasional atau swasta yang luas, yang membantu mengurangi beban biaya medis bagi warganya. Ini memungkinkan individu untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan tanpa mengalami kesulitan finansial yang signifikan. Pemerintah di negara maju juga sering

mengimplementasikan kebijakan kesehatan yang proaktif, seperti program vaksinasi massal, pemeriksaan kesehatan rutin, dan kampanye kesadaran kesehatan yang efektif. Semua faktor ini berkontribusi pada tingkat kesehatan yang lebih tinggi dan harapan hidup yang lebih panjang di negara maju.

Sebaliknya, negara berkembang sering menghadapi berbagai tantangan dalam menyediakan akses layanan kesehatan yang memadai bagi penduduknya. Infrastruktur kesehatan yang kurang memadai, kekurangan tenaga medis, dan sumber daya yang terbatas menjadi hambatan utama. Banyak penduduk di negara berkembang yang tinggal di daerah pedesaan dan terpencil, jauh dari fasilitas kesehatan, sehingga sulit bagi mereka untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan. Biaya perawatan kesehatan juga sering kali menjadi penghalang, karena banyak individu yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan harus membayar biaya medis dari kantong mereka sendiri. Selain itu, sistem kesehatan di negara berkembang seringkali kurang terorganisir, dengan kekurangan obat-obatan esensial dan peralatan medis. Program pencegahan dan promosi kesehatan juga seringkali tidak cukup berkembang, mengakibatkan tingginya prevalensi penyakit yang dapat dicegah. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan upaya kolaboratif dari pemerintah, organisasi internasional, dan sektor swasta untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di negara berkembang.

### **8.2.3 Keadilan Kesehatan**

#### **1. Kebijakan Pemerintah untuk Kesehatan Universal**

Salah satu upaya utama untuk mencapai keadilan dalam akses layanan kesehatan adalah penerapan kebijakan kesehatan universal. Banyak negara telah mengembangkan sistem asuransi kesehatan nasional yang menyediakan cakupan layanan kesehatan dasar bagi seluruh warganya, tanpa memandang status ekonomi mereka. Contoh sukses dari kebijakan ini dapat dilihat di negara-negara seperti Kanada dan Inggris, yang memiliki sistem kesehatan nasional yang didanai oleh pajak. Sistem ini memastikan bahwa setiap individu memiliki akses ke perawatan kesehatan yang mereka butuhkan

tanpa menghadapi kesulitan finansial. Selain itu, kebijakan pemerintah seringkali mencakup program subsidi untuk kelompok berpenghasilan rendah dan rentan, serta pembebasan biaya untuk layanan kesehatan esensial seperti imunisasi dan perawatan prenatal.

## 2. Intervensi Berbasis Komunitas dan Pendekatan Multisektoral

Intervensi berbasis komunitas dan pendekatan multisektoral juga penting untuk mencapai keadilan dalam akses layanan kesehatan. Program kesehatan yang didesain dan diimplementasikan dengan melibatkan masyarakat lokal dapat lebih efektif karena mereka mempertimbangkan konteks sosial, budaya, dan ekonomi spesifik dari komunitas tersebut. Contohnya, program kesehatan ibu dan anak yang melibatkan bidan komunitas dan kader kesehatan lokal telah terbukti meningkatkan akses dan kualitas perawatan prenatal dan persalinan di banyak negara berkembang. Selain itu, pendekatan multisektoral yang melibatkan kerjasama antara berbagai sektor seperti pendidikan, pekerjaan, dan perumahan juga dapat mengatasi determinan sosial dari kesehatan. Program-program ini bisa mencakup pendidikan kesehatan di sekolah, penyediaan perumahan layak, dan inisiatif pekerjaan yang mendukung kesehatan pekerja.

## 3. Peran Organisasi Internasional dan Kemitraan Global

Organisasi internasional dan kemitraan global memainkan peran kunci dalam mendukung upaya mencapai keadilan dalam akses layanan kesehatan. Organisasi seperti WHO, UNICEF, dan Bank Dunia seringkali menyediakan dukungan teknis dan finansial kepada negara-negara berkembang untuk memperkuat sistem kesehatan mereka. Inisiatif global seperti program COVAX untuk distribusi vaksin COVID-19 bertujuan untuk memastikan bahwa negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah mendapatkan akses yang adil terhadap vaksin. Selain itu, kemitraan antara pemerintah, sektor swasta, dan organisasi non-pemerintah dapat menggalang sumber daya dan keahlian yang dibutuhkan untuk mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks. Program-program ini mencakup

pengadaan obat-obatan esensial, pembangunan fasilitas kesehatan, dan pelatihan tenaga kesehatan lokal, semuanya dengan tujuan meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi populasi yang paling membutuhkan.

## **8.3 Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Global**

### **8.3.1 Penyakit Tidak Menular (PTM)**

#### **1. Penyakit Jantung**

Penyakit jantung adalah salah satu penyakit tidak menular (PTM) paling umum yang berdampak signifikan pada kesehatan global. Penyakit jantung meliputi berbagai kondisi seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan aritmia. Faktor risiko utama penyakit jantung termasuk hipertensi, kolesterol tinggi, obesitas, merokok, pola makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas fisik. Di seluruh dunia, penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian, dengan beban terbesar di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Upaya pencegahan meliputi promosi gaya hidup sehat, pengendalian faktor risiko seperti tekanan darah dan kolesterol, serta peningkatan akses ke layanan kesehatan untuk deteksi dini dan pengobatan.

#### **2. Diabetes**

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat menghasilkan atau menggunakan insulin secara efektif. Ada dua jenis utama diabetes: tipe 1, yang biasanya didiagnosis pada anak-anak dan remaja, dan tipe 2, yang lebih umum pada orang dewasa dan terkait erat dengan obesitas dan gaya hidup sedentari. Diabetes dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk penyakit jantung, gagal ginjal, kebutaan, dan amputasi. Prevalensi diabetes meningkat di seluruh dunia, terutama di negara-negara berkembang yang mengalami urbanisasi cepat dan perubahan pola makan. Pencegahan dan pengelolaan diabetes melibatkan promosi pola makan sehat, aktivitas fisik, pengelolaan berat badan, serta akses ke perawatan medis yang mencakup pengobatan insulin dan pemantauan kadar gula darah.

### 3. Kanker

Kanker adalah kelompok penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak terkendali yang dapat menyerang jaringan di sekitarnya dan menyebar ke bagian lain dari tubuh. Jenis kanker yang paling umum termasuk kanker paru-paru, payudara, prostat, dan kolorektal. Faktor risiko kanker meliputi faktor genetik, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, paparan sinar ultraviolet, infeksi tertentu, serta pola makan dan gaya hidup tidak sehat. Deteksi dini melalui skrining rutin dan diagnosis cepat sangat penting untuk pengobatan yang efektif. Upaya pencegahan melibatkan pengendalian faktor risiko melalui promosi kesehatan, vaksinasi (misalnya vaksin HPV untuk mencegah kanker serviks), dan kebijakan pengendalian tembakau. Selain itu, akses ke perawatan kanker yang komprehensif, termasuk terapi bedah, kemoterapi, dan radioterapi, sangat penting dalam meningkatkan hasil pengobatan.

### 4. Penyakit Pernapasan Kronis

Penyakit pernapasan kronis seperti penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dan asma juga merupakan PTM yang signifikan secara global. Penyakit ini biasanya disebabkan oleh paparan jangka panjang terhadap iritan seperti asap rokok, polusi udara, dan bahan kimia industri. Gejala utama meliputi sesak napas, batuk kronis, dan produksi lendir yang berlebihan. PPOK dan asma dapat sangat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya dan seringkali memerlukan perawatan medis jangka panjang. Pencegahan dan pengelolaan penyakit pernapasan kronis melibatkan pengurangan paparan terhadap faktor risiko, seperti berhenti merokok, meningkatkan kualitas udara, dan penggunaan inhaler serta obat-obatan untuk mengontrol gejala. Edukasi masyarakat tentang bahaya merokok dan polusi udara, serta kebijakan publik yang mendukung lingkungan udara bersih, adalah langkah penting dalam mengurangi beban penyakit ini.

Secara keseluruhan, PTM seperti penyakit jantung, diabetes, kanker, dan penyakit pernapasan kronis menimbulkan tantangan

besar bagi kesehatan global. Pencegahan, deteksi dini, dan pengelolaan yang efektif melalui pendekatan multisektoral dan berbasis bukti sangat penting untuk mengurangi dampaknya pada populasi di seluruh dunia.

### **8.3.2 Faktor Risiko Global**

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian dan penyakit di seluruh dunia, dan faktor risiko utama PTM meliputi kombinasi dari gaya hidup tidak sehat, pola makan yang buruk, dan paparan lingkungan yang tidak sehat. Salah satu faktor risiko utama adalah perilaku merokok dan penggunaan tembakau, yang terkait erat dengan peningkatan risiko penyakit jantung koroner, stroke, kanker, dan penyakit pernapasan kronis. Merokok juga berkontribusi pada perburukan kesehatan global melalui efek negatifnya terhadap sistem kesehatan dan ekonomi. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko penting bagi PTM, seperti obesitas, diabetes tipe 2, dan penyakit kardiovaskular. Gaya hidup tidak aktif ini semakin umum terjadi di seluruh dunia karena urbanisasi, teknologi modern yang menyebabkan gaya hidup yang lebih duduk, dan kurangnya fasilitas untuk berolahraga.

Pola makan yang buruk, seperti diet tinggi lemak jenuh, garam, dan gula serta rendah serat, adalah faktor risiko lain yang signifikan. Konsumsi makanan cepat saji, minuman manis, dan makanan olahan yang tinggi kalori telah menjadi bagian dari pola makan modern di banyak negara, yang berkontribusi pada prevalensi obesitas dan penyakit terkaitnya. Kebiasaan makan yang tidak sehat juga dapat meningkatkan risiko diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung koroner. Pengendalian pola makan adalah tantangan besar dalam kesehatan global, membutuhkan pendekatan yang komprehensif melalui kebijakan pangan dan kampanye kesadaran masyarakat.

Paparan lingkungan yang tidak sehat, seperti polusi udara dan paparan bahan kimia berbahaya, juga merupakan faktor risiko utama untuk PTM. Polusi udara dari kendaraan bermotor, industri, dan pembakaran biomassa dapat meningkatkan risiko penyakit pernapasan kronis, termasuk asma dan PPOK, serta berkontribusi

pada penyakit kardiovaskular dan kanker. Kualitas udara yang buruk terutama mempengaruhi kesehatan di daerah perkotaan yang padat penduduk, di mana populasi rentan, seperti anak-anak dan lansia, lebih rentan terhadap dampak negatifnya. Pengurangan polusi udara melalui kebijakan lingkungan yang ketat dan investasi dalam teknologi bersih menjadi kunci untuk mengurangi beban penyakit ini.

Selain faktor risiko individu, determinan sosial juga memainkan peran penting dalam PTM. Ketidaksetaraan sosial dan ekonomi dapat mempengaruhi akses terhadap sumber daya kesehatan yang penting, seperti layanan pencegahan, diagnosis dini, dan perawatan. Pendidikan rendah, pengangguran, dan ketidakstabilan sosial juga dapat menjadi prediktor kemiskinan yang meningkatkan risiko PTM. Solusi untuk mengatasi faktor risiko PTM harus melibatkan pendekatan lintas-sektoral yang mencakup pendidikan kesehatan, promosi gaya hidup sehat, regulasi lingkungan, dan kebijakan sosial yang inklusif. Dengan mengidentifikasi dan mengatasi faktor risiko ini secara efektif, kita dapat mengurangi prevalensi PTM dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara global.

### **8.3.3 Pencegahan dan Pengelolaan**

#### **1. Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan merupakan strategi utama dalam mencegah penyakit tidak menular (PTM). Ini melibatkan pendekatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat dan perilaku pencegahan. Kampanye kesadaran tentang bahaya merokok, kelebihan berat badan, diet tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik dapat mengubah perilaku masyarakat menuju gaya hidup yang lebih sehat. Selain itu, edukasi kesehatan di sekolah dan komunitas juga merupakan bagian penting dari promosi kesehatan, membantu individu untuk mengenali faktor risiko PTM dan mengadopsi kebiasaan hidup yang lebih baik. Program-program ini harus disertai dengan dukungan dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, sektor swasta, dan organisasi non-

- pemerintah, untuk memastikan pesan kesehatan dapat mencapai target audiens dengan efektif.
2. **Kebijakan Pengurangan Risiko**  
Kebijakan pengurangan risiko adalah langkah lain yang penting dalam mengelola PTM. Ini mencakup regulasi yang dirancang untuk mengurangi paparan terhadap faktor risiko seperti tembakau, alkohol, dan makanan tidak sehat. Contoh kebijakan yang efektif termasuk larangan merokok di tempat umum, pajak tinggi pada makanan dan minuman berkalori tinggi, serta promosi lingkungan yang ramah bagi pejalan kaki dan pengendara sepeda untuk meningkatkan aktivitas fisik. Regulasi lingkungan juga penting, termasuk standar emisi yang ketat untuk mengurangi polusi udara dan air yang dapat berkontribusi pada penyakit pernapasan kronis, kanker, dan penyakit kardiovaskular. Kebijakan pengurangan risiko harus didukung oleh bukti ilmiah yang kuat dan konsultasi dengan para ahli kesehatan masyarakat serta stakeholder terkait untuk memastikan implementasi yang efektif dan adil.
  3. **Intervensi Medis**  
Intervensi medis diperlukan untuk mengelola PTM yang telah berkembang atau memiliki risiko tinggi. Ini mencakup diagnosis dini, pengobatan yang tepat, dan manajemen penyakit jangka panjang. Skrining rutin dan pemeriksaan kesehatan adalah bagian dari strategi ini, yang memungkinkan deteksi dini penyakit seperti kanker payudara, kanker kolorektal, dan diabetes. Pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung juga memerlukan pendekatan yang holistik, termasuk penggunaan obat-obatan, perubahan gaya hidup, dan dukungan dari tim perawatan kesehatan yang terintegrasi. Penting untuk memastikan akses yang adil dan terjangkau terhadap layanan kesehatan yang diperlukan, sehingga individu yang terkena PTM dapat mengelola kondisi mereka secara efektif dan mengurangi risiko komplikasi yang lebih serius.

#### **8.3.4 Kasus Studi**

Salah satu contoh yang menonjol dalam mengurangi prevalensi penyakit tidak menular (PTM) adalah Kamboja. Kamboja

telah melakukan kemajuan signifikan dalam menanggulangi beberapa PTM melalui pendekatan yang holistik dan terkoordinasi. Di bidang kesehatan kardiovaskular, Kamboja juga telah mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang bahaya faktor risiko seperti merokok, diet tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik. Mereka telah meluncurkan kampanye anti-merokok yang efektif dan mengimplementasikan kebijakan publik yang mendukung lingkungan bebas asap rokok. Pemerintah Kamboja juga telah berfokus pada promosi pola makan sehat dan olahraga, dengan tujuan mengurangi prevalensi obesitas dan penyakit terkaitnya.

Upaya Kamboja dalam mengurangi PTM juga melibatkan kemitraan yang erat antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta. Mereka telah mengintegrasikan strategi kesehatan masyarakat dalam pembangunan infrastruktur kesehatan, memperluas akses ke layanan kesehatan dasar di daerah pedesaan, dan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam sektor kesehatan. Ini semua merupakan contoh bagaimana pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan dapat menghasilkan perubahan positif dalam mengurangi beban PTM di sebuah negara.

Kesuksesan Kamboja menunjukkan pentingnya komitmen politik yang kuat, kepemimpinan yang berorientasi pada bukti, dan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya untuk mengatasi PTM. Mereka telah memberikan contoh inspiratif bagi negara-negara lain dalam mengembangkan dan menerapkan strategi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan mengurangi risiko PTM di tingkat nasional.

## **8.4 Sistem Kesehatan Global dan Kebijakan Kesehatan**

### **8.4.1 Struktur dan Fungsi Sistem Kesehatan**

Sistem kesehatan di seluruh dunia bervariasi dalam struktur, pendanaan, dan penyediaan layanan kesehatan. Dua model utama yang umum ditemui adalah sistem kesehatan nasional (atau publik) dan sistem kesehatan swasta. Sistem kesehatan nasional didanai dan dioperasikan oleh pemerintah, dengan tujuan menyediakan

layanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh penduduk. Contoh terkenal dari sistem ini adalah *National Health Service* (NHS) di Britania Raya, di mana layanan kesehatan dasar seperti kunjungan ke dokter umum, rawat inap di rumah sakit, dan beberapa obat-obatan disubsidi atau bahkan gratis bagi warga.

Di sisi lain, sistem kesehatan swasta beroperasi berdasarkan prinsip pasar, di mana layanan kesehatan disediakan oleh entitas swasta yang beroperasi untuk mencari keuntungan. Di negara-negara dengan sistem kesehatan swasta yang dominan seperti Amerika Serikat, warga mengandalkan asuransi kesehatan swasta untuk membayar biaya layanan kesehatan mereka, yang dapat mencakup kunjungan dokter, rawat inap, prosedur medis, dan obat-obatan. Sistem ini memberikan fleksibilitas dan pilihan kepada individu dalam pemilihan layanan kesehatan, tetapi juga dapat meningkatkan ketimpangan akses dan biaya bagi mereka yang tidak mampu atau tidak tercakup asuransi.

Selain itu, beberapa negara menggunakan pendekatan campuran yang menggabungkan elemen dari kedua model. Contohnya adalah sistem asuransi wajib di Jerman, di mana semua penduduk wajib memiliki asuransi kesehatan yang didanai oleh pemerintah dan swasta. Model campuran seperti ini berusaha untuk menggabungkan keunggulan dari sistem kesehatan nasional dalam penyediaan layanan yang merata dan sistem kesehatan swasta dalam memberikan pilihan dan inovasi.

Pendanaan sistem kesehatan juga bervariasi secara signifikan. Sistem kesehatan nasional umumnya didanai melalui pajak yang dipungut dari pendapatan nasional atau kontribusi langsung dari pemerintah. Di beberapa negara, ada juga skema pembiayaan tambahan seperti premi asuransi kesehatan wajib atau opsional yang dikelola oleh badan asuransi nasional atau swasta. Di sisi lain, dalam sistem kesehatan swasta, pendanaan utama berasal dari premi yang dibayar oleh individu atau majikan, bersama dengan kontribusi dari pemerintah dalam bentuk subsidi atau insentif pajak.

Kedua model sistem kesehatan ini memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing, yang sering kali mencerminkan prioritas politik, nilai budaya, dan kondisi ekonomi negara tersebut.

Diskusi tentang efektivitas, keadilan akses, dan biaya dari masing-masing sistem terus berlanjut di tingkat global, sementara beberapa negara terus mengadaptasi dan mengubah sistem mereka untuk memenuhi tantangan baru dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh populasi.

#### **8.4.2 Kebijakan Kesehatan Global**

Kebijakan kesehatan global mencakup berbagai inisiatif dan regulasi yang dirancang untuk mempengaruhi kesehatan populasi di tingkat internasional. Salah satu kebijakan utama adalah regulasi obat-obatan, yang bertujuan untuk memastikan keamanan, kualitas, dan efektivitas obat yang tersedia untuk konsumsi publik di seluruh dunia. Badan pengaturan obat-obatan nasional bekerja sama dengan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk menetapkan standar internasional dan memastikan bahwa obat-obatan yang diedarkan memenuhi persyaratan yang ketat sebelum disetujui untuk digunakan dalam pengobatan dan pencegahan penyakit.

Program vaksinasi juga menjadi kebijakan kesehatan global yang krusial. Organisasi internasional seperti WHO dan UNICEF berperan dalam mendukung program-program vaksinasi yang luas untuk melawan penyakit menular seperti polio, campak, dan tuberkulosis. Program-program ini mencakup distribusi vaksin, pendidikan masyarakat tentang manfaat vaksinasi, serta monitoring dan evaluasi untuk memastikan cakupan vaksin yang optimal. Upaya kolaboratif ini tidak hanya membantu mengurangi angka kematian akibat penyakit menular, tetapi juga mencegah penyebaran penyakit secara global melalui vaksinasi massal.

Selain itu, inisiatif kesehatan masyarakat juga merupakan bagian penting dari kebijakan kesehatan global. Ini mencakup program-program untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dasar seperti air bersih, sanitasi, dan nutrisi yang memadai. WHO dan lembaga internasional lainnya berperan dalam mempromosikan kebijakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, seperti kampanye anti-merokok, promosi gaya hidup sehat, dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular. Kolaborasi internasional dan dukungan keuangan dari negara-

negara donor sering kali diperlukan untuk mendukung implementasi program-program ini di negara-negara berkembang.

Selain dari kebijakan kesehatan spesifik, aspek lain dari kebijakan kesehatan global termasuk penanggulangan bencana dan respons kedaruratan kesehatan masyarakat. Organisasi internasional seperti WHO memainkan peran penting dalam memberikan bantuan teknis dan logistik saat terjadi bencana alam atau kejadian kesehatan global yang mendesak, seperti wabah penyakit menular atau krisis kesehatan publik lainnya. Koordinasi antarnegara dan respon cepat dalam mengatasi situasi darurat ini dapat menyelamatkan nyawa dan mengurangi dampak kesehatan yang luas.

Kebijakan kesehatan global tidak hanya mempengaruhi kesehatan individu dan populasi di tingkat nasional, tetapi juga memiliki dampak yang luas terhadap stabilitas ekonomi dan sosial global. Dengan terus mengembangkan dan menerapkan kebijakan yang efektif, komunitas internasional berharap dapat memperbaiki kondisi kesehatan global secara keseluruhan dan mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks di abad ke-21 ini.

#### **8.4.3 Pembiayaan Kesehatan**

Cara pembiayaan layanan kesehatan bervariasi di seluruh dunia, tercermin dari perbedaan sistem kesehatan dan kondisi ekonomi masing-masing negara. Salah satu model pembiayaan utama adalah asuransi kesehatan, yang dapat bersifat publik atau swasta. Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, sistem asuransi kesehatan swasta dominan, di mana individu dan keluarga membayar premi bulanan kepada perusahaan asuransi untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan. Ini memungkinkan pasien untuk memilih provider layanan kesehatan dan menutupi biaya perawatan medis yang mungkin diperlukan, namun juga menghadirkan tantangan terkait biaya dan aksesibilitas bagi mereka yang tidak mampu atau tidak tercakup asuransi.

Di negara-negara seperti Kanada, Britania Raya, dan sebagian besar Eropa Barat, terdapat sistem asuransi kesehatan nasional yang didanai secara publik. Pemerintah memungut pajak dari penduduknya untuk membiayai layanan kesehatan nasional

yang mencakup hampir semua biaya perawatan kesehatan. Model ini umumnya memberikan akses yang lebih merata ke layanan kesehatan dan memastikan bahwa semua warga dapat menerima perawatan yang dibutuhkan tanpa biaya langsung atau dengan biaya yang sangat terjangkau.

Selain asuransi kesehatan, pembiayaan kesehatan juga dapat berasal dari sumber publik seperti anggaran pemerintah. Di banyak negara, anggaran kesehatan diprioritaskan sebagai bagian dari belanja publik untuk memastikan pendanaan yang memadai bagi fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan program-program kesehatan masyarakat. Pembiayaan publik ini dapat mencakup subsidi bagi layanan kesehatan dasar seperti vaksinasi, perawatan maternal, dan program pencegahan penyakit menular.

Bantuan internasional juga memainkan peran penting dalam pembiayaan layanan kesehatan di banyak negara berkembang. Organisasi internasional seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Bank Dunia, dan berbagai badan bantuan luar negeri dari negara-negara maju menyediakan dana dan bantuan teknis untuk mendukung program-program kesehatan di negara-negara yang membutuhkan. Bantuan ini dapat digunakan untuk membangun infrastruktur kesehatan, melatih tenaga medis, meningkatkan akses ke obat-obatan esensial, serta mendukung program-program kesehatan masyarakat.

Beberapa negara mengadopsi campuran dari berbagai sumber pembiayaan kesehatan untuk mencapai cakupan kesehatan yang optimal bagi penduduk mereka. Model ini mencerminkan tantangan unik setiap negara dalam mengatasi akses dan biaya layanan kesehatan, serta mempertimbangkan faktor-faktor demografis, epidemiologis, dan ekonomi. Di tengah dinamika globalisasi dan tantangan kesehatan global, penting untuk terus mengembangkan sistem pembiayaan yang berkelanjutan dan inklusif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

#### **8.4.4 Inovasi dan Teknologi dalam Kesehatan**

Teknologi dan inovasi telah memainkan peran yang semakin penting dalam meningkatkan layanan kesehatan di seluruh dunia.

Salah satu teknologi terkemuka yang telah mengubah cara layanan kesehatan diberikan adalah telemedicine atau telehealth. Telemedicine memungkinkan pasien untuk berinteraksi dengan profesional kesehatan dari jarak jauh melalui teknologi informasi dan komunikasi, seperti video conference dan aplikasi berbasis web. Hal ini membantu mengatasi tantangan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan di daerah terpencil atau dengan populasi yang sulit dijangkau, serta memungkinkan konsultasi yang cepat dan efisien.

Rekam medis elektronik (*Electronic Health Records/EHR*) juga merupakan inovasi yang telah mengubah cara penyedia layanan kesehatan mengelola informasi pasien. Sistem EHR memungkinkan penyimpanan dan pertukaran data medis secara elektronik, yang meningkatkan koordinasi perawatan, mengurangi kehilangan informasi, dan memungkinkan analisis data yang lebih baik untuk pengambilan keputusan klinis. Penggunaan EHR juga meningkatkan keamanan pasien dan efisiensi administrasi di fasilitas kesehatan, karena memungkinkan akses cepat dan aman terhadap informasi medis.

Di samping itu, teknologi kesehatan terbaru seperti perangkat medis wearable dan Internet of Things (IoT) juga memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan pemantauan kesehatan personal dan manajemen penyakit kronis. Perangkat wearable seperti smartwatch dan fitness tracker memungkinkan individu untuk memantau denyut jantung, tingkat aktivitas fisik, dan tidur, serta memberikan data yang berguna bagi pasien dan penyedia layanan kesehatan untuk menganalisis pola kesehatan dan memberikan intervensi yang tepat waktu.

Teknologi genomics dan analisis big data juga memberikan potensi besar dalam meningkatkan diagnosis penyakit, prediksi risiko kesehatan individu, dan pengembangan obat-obatan yang disesuaikan dengan genetika pasien. Kemajuan dalam teknologi imaging seperti MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) dan CT (*Computed Tomography*) scan juga telah meningkatkan akurasi diagnosis medis dan perencanaan perawatan.

Namun, adopsi teknologi kesehatan tidak tanpa tantangan. Salah satu tantangan utama adalah privasi dan keamanan data,

terutama dalam penggunaan EHR dan data kesehatan digital. Perlindungan data pribadi dan regulasi yang ketat diperlukan untuk memastikan bahwa informasi kesehatan tetap aman dan terlindungi dari penyalahgunaan. Secara keseluruhan, teknologi dan inovasi terus memainkan peran penting dalam transformasi layanan kesehatan, meningkatkan akses, efisiensi, dan kualitas perawatan kesehatan.

## **8.5 Tantangan dalam Mendukung Akses Universal Terhadap Layanan Kesehatan**

Salah satu aspek yang dapat dibahas dalam konteks kesehatan global adalah tantangan yang dihadapi dalam mendukung akses universal terhadap layanan kesehatan. Meskipun ada kemajuan dalam teknologi dan inovasi, masih ada ketimpangan yang signifikan dalam akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas di berbagai belahan dunia. Beberapa negara, terutama di Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan, menghadapi tantangan dalam infrastruktur kesehatan yang terbatas, kurangnya sumber daya manusia terlatih, serta akses terhadap obat-obatan dan teknologi medis yang diperlukan.

Masalah aksesibilitas ini sering kali menjadi penghambat utama dalam upaya untuk mengatasi beban penyakit menular dan tidak menular di negara-negara berkembang. Banyak individu tidak dapat mengakses layanan kesehatan dasar seperti vaksinasi, perawatan maternal, atau pengobatan untuk penyakit kronis karena jarak geografis yang jauh, biaya transportasi yang tinggi, atau kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai di wilayah mereka.

Penyebab lain dari ketimpangan ini meliputi faktor-faktor ekonomi, sosial, dan budaya yang kompleks. Misalnya, dalam beberapa masyarakat, terdapat stigma terhadap pelayanan kesehatan tertentu atau keyakinan tradisional yang dapat menghambat pencarian perawatan medis yang tepat waktu. Pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan mitra internasional perlu bekerja sama untuk mengatasi hambatan-hambatan ini melalui kebijakan yang inklusif, pendanaan yang berkelanjutan, dan pendekatan yang berbasis pada masyarakat.

Dalam konteks globalisasi dan interkoneksi yang semakin meningkat, upaya untuk mencapai akses universal terhadap layanan kesehatan menjadi semakin penting. Diskusi dan upaya kolaboratif internasional perlu fokus pada peningkatan infrastruktur kesehatan dasar, pelatihan sumber daya manusia, distribusi obat-obatan yang adil, dan kampanye edukasi kesehatan masyarakat yang efektif.

## DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. (2021). Global Health Observatory (GHO) data. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho>
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72.
- Kickbusch, I., & Reddy, K. S. (2015). Global health governance—The next political revolution. *Public Health*, 129(7), 838-842.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2020). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Retrieved from <http://www.healthdata.org/gbd>
- Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2013). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: Robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980), 1902-1909.
- Mackenbach, J. P. (2012). Political determinants of health. *European Journal of Public Health*, 22(1), 2-2.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029.
- Binagwaho, A., Farmer, P. E., Nsanzimana, S., Karema, C., Gasana, M., de Dieu Ngirabega, J., ... & Nyatanyi, T. (2014). Rwanda 20 years on: Investing in life. *The Lancet*, 384(9940), 371-375.
- Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2005). Why are health systems prone to corruption?. *Global Corruption Report*, 2005, 2005, 19-25.
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936-942.
- Leach-Kemon, K., Chou, D. P., Schneider, M. T., Tardif, A., Dieleman, J. L., Brooks, B. P., ... & Murray, C. J. (2012). The global financial crisis has led to a slowdown in growth of funding to improve health in many developing countries. *Health Affairs*, 31(1), 228-235.

- Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., ... & Scheel, I. B. (2014). The political origins of health inequity: Prospects for change. *The Lancet*, 383(9917), 630-667.
- Hotez, P. J., Alvarado, M., Basáñez, M. G., Bolliger, I., Bourne, R., Boussinesq, M., ... & Brindley, P. J. (2014). The global burden of disease study 2010: Interpretation and implications for the neglected tropical diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(7), e2865.
- Glassman, A., & Temin, M. (2016). Millions saved: New cases of proven success in global health. Center for Global Development.
- Yamey, G., & Feachem, R. (2011). Evidence-based policymaking in global health: The payoffs and pitfalls. *Health Affairs*, 30(6), 984-992.



# **BAB 9**

## **KETIDAKSETARAAN KESEHATAN**

*Oleh Derry Trisna Wahyuni S*

### **9.1 Definisi Ketidaksetaraan Kesehatan**

Dewasa ini, perbedaan atau ketidaksetaraan dalam bidang kesehatan menimbulkan kekhawatiran. Hal ini bisa disebabkan terkait dengan masalah sosial yang bisa menyebabkan kesehatan menjadi tidak baik pada kelompok atau orang-orang yang kurang beruntung.

Ketidaksetaraan kesehatan adalah hal-hal yang menimbulkan perbedaan atau ketimpangan pada derajat kesehatan seseorang atau masyarakat atau tidak samanya pembagian sumber daya kesehatan antar wilayah dan ini juga terjadi diantara berbagai kelompok masyarakat. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai kondisi, misalnya dimana seseorang itu dilahirkan, dimana mereka bermukim atau dimana mereka nanti akan tinggal dimasa pensiunnya.

Selain itu ketidaksetaraan kesehatan bisa juga diartikan sebagai perbedaan penyakit, kekerasan atau cara memperoleh kesehatan yang maksimal pada komunitas yang kurang beruntung secara sosial.

Ketidaksetaraan bisa juga terjadi pada pelayanan kesehatan dan pada umumnya mengacu pada perbedaan antar individu, kelompok dalam hal jaminan kesehatan, akses pelayanan kesehatan, akses terhadap pengguna layanan serta akses memperoleh kualitas pelayanan kesehatan (Braveman, 2013).

### **9.2 Fakta – Fakta Ketidaksetaraan Kesehatan dan Penyebabnya Menurut WHO**

Banyak bukti yang menunjukkan bahwa faktor sosial yaitu pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, gender serta etnis berpengaruh besar pada kesehatan individu. Semakin rendah kedudukan sosio-ekonomi individu maka semakin tinggi resiko

kesehatannya menjadi buruk. Berikut ini fakta-fakta ketidaksetaraan kesehatan dan penyebabnya yang dirilis oleh WHO:

### **9.2.1 Ketidaksetaraan Kesehatan Adalah Perbedaan Sistematis Dalam Hasil Kesehatan**

Ketidaksetaraan kesehatan merupakan suatu kondisi dimana ada perbedaan status kesehatan atau penyebaran sumber daya kesehatan dalam populasi yang berbeda, yang muncul dari kondisi sosial dimana individu lahir, bertumbuh, tinggal, bekerja dan menua. Ketidaksetaraan kesehatan merupakan kondisi yang tidak adil dan dapat diminimalisir dengan kebijakan-kebijakan dari pemerintah yang tepat sesuai masing-masing kondisi di setiap daerah.

### **9.2.2 Angka Kematian Anak dibawah 5 Tahun**

Setiap Hari 16.000 anak meninggal sebelum ulang tahun kelima mereka, yang disebabkan karena menderita pneumonia, malaria, diare serta penyakit lainnya. Anak-anak dari 20% rumah tangga termiskin berpeluang dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan 20% anak dari rumah tangga terkaya.

### **9.2.3 Kematian Ibu**

Kematian ibu merupakan indikator utama ketidaksetaraan kesehatan yang menunjukkan ketidaksetaraan yang besar antara orang kaya dan miskin baik di dalam negara maupun antar negara di dunia. 99% kematian ibu pertahunnya disumbang oleh negara berkembang. Wanita di negara Chad memiliki resiko kematian ibu seumur hidup sebesar 1 dari 16 orang, sedangkan di Swedia risikonya adalah kurang dari 1 dari 10.000 orang.

### **9.2.4 TBC adalah Penyakit Kemiskinan**

Data menunjukkan sekitar 95% kematian akibat menderita TBC terjadi di negara berkembang. Kematian terjadi sebagian besar pada orang dewasa muda yang seharusnya masih dalam usia paling produktif. Tertularnya penyakit TBC membuat penderitanya tidak bisa meningkatkan atau memperbaiki kondisi ekonominya secara pribadi maupun keluarga.

### **9.2.5 Kematian Dini Akibat Penyakit Tidak Menular**

87% kematian akibat penyakit tidak menular terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Hal ini terjadi dikarenakan biaya kesehatan untuk menangani penyakit tersebut dengan cepat dapat menguras sumber daya rumah tangga, sehingga menyebabkan keluarga mengalami kemiskinan. Biaya untuk penanganan penyakit tidak menular yang sangat tinggi menjadikan jutaan orang menjadi jatuh miskin setiap tahunnya, yang menyebabkan menghambat pembangunan secara menyeluruh.

### **9.2.6 Harapan Hidup**

Harapan hidup bervariasi sebesar 34 tahun Antar Negara. Di Negara yang memiliki pendapatan rendah, angka harapan hidup rata-rata yaitu 62 tahun, sementara di Negara yang memiliki pendapatan tinggi yaitu 81 tahun. Sebagai contoh seorang anak yang lahir di Negara Sierre Leone memiliki harapan hidup sampai 50 tahun, sedangkan anak yang dilahirkan di Negara Jepang bisa berharap hidup sampai 84 tahun.

### **9.2.7 Ketidaksetaraan Kesehatan Yang Mengkhawatirkan**

Ketidaksetaraan yang mengkhawatirkan salah satunya yaitu terjadi di Amerika Serikat. Orang Amerika dari keturunan Afrika hanya ada 13% populasi namun mencakup hampir setengahnya dari seluruh penderita infeksi HIV yang baru. Dari kondisi tersebut tidak ada alasan biologis atau genetik atas perbedaan kondisi kesehatan yang mengkhawatirkan ini.

### **9.2.8 Ketidaksetaraan Kesehatan Di Perkotaan**

Di daerah Glasgow, harapan hidup seorang pria diperkirakan 66,2 tahun, Di daerah Ruchill dan Possilpark mencapai 81,7 tahun , di daerah Cathcart dan Simshill selisih 15,5 tahun. Menurut temuan London Health Observatory, Di london ketika melakukan perjalanan ke arah timur dari Westminster, setiap pemberhentian tube mewakili hampir 1 tahun hilangnya harapan hidup seseorang.

### **9.2.9 Dampak Ketidaksetaraan Kesehatan Terhadap Keuangan Masyarakat**

Parlemen di Eropa membuat perkiraan bahwa kerugian yang ditanggung di Uni Eropa akibat ketidaksetaraan kesehatan yaitu sebesar 1,4% dari produk domestik bruto (PDB). Angka yang hampir setara dengan biaya belanja pertahanan Uni Eropa yaitu 1,6% dari PDB. Kondisi ini disebabkan karena hilangnya produktivitas dan pembayaran pajak, selain itu juga peningkatan pembayaran kesejahteraan dan biaya layanan kesehatan.

### **9.2.10 Ketidaksetaraan Kesehatan Yang Terus-Menerus Menghambat Pembangunan**

Fakta menunjukkan bahwa hampir 1 miliar orang di dunia hidup dalam lingkungan yang kumuh. Angka ini mewakili sekitar seperempat populasi perkotaan di dunia. Kemungkinan tercapainya SDG's nomor 3 mengenai kesehatan dan kesejahteraan yang baik, terkait erat dengan target tujuan no 11 tentang kota dan komunitas berkelanjutan (WHO, 2018).

## **9.3 Ketidaksetaraan Akses Kesehatan Di Indonesia**

Dalam era globalisasi dan kondisi ekonomi yang terus berkembang, akses pelayanan kesehatan menjadi perhatian penting dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan klinik-klinik kesehatan menjadi elemen kunci dalam memastikan masyarakat mendapatkan akses pelayanan yang berkualitas. Namun demikian, masih ada tantangan dalam mewujudkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang merata dan inklusif. Faktor ekonomi dan sosial diidentifikasi menjadi faktor penting yang dapat mempengaruhi sejauh mana masyarakat bisa mengakses pelayanan kesehatan. Masalah ini menjadi semakin rumit karena adanya ketidaksetaraan dalam distribusi sumberdaya dan layanan kesehatan diberbagai lapisan masyarakat dan berbagai daerah tempat tinggal mereka (Dwi Binuko and Fauziyah, 2024).

### **9.3.1 Ketersediaan Pelayanan Kesehatan**

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan faktor utama yang memungkinkan seseorang memanfaatkan layanan kesehatan. Ketersediaan faktor suplai dalam mendukung kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan JKN secara umum jumlahnya belum mencukupi dan penyebarannya pun belum merata di setiap wilayah kota/kabupaten di Indonesia. Rasio Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) per penduduk cenderung lebih tinggi di luar Pulau Jawa dan Bali.

Perlu diperhatikan pada perhitungan rasio fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang dilakukan dengan denominator jumlah penduduk yang menghasilkan rasio FKTP, FKTL, TT dan dokter spesialis yang dianggap tidak adil bagi seluruh wilayah. Memakai rasio ini bisa jadi terlihat bagus pada suatu wilayah, tapi kenyataannya ada juga yang masih susah dijangkau. Misalnya yang ada di daerah Papua, terlihat rasio fasilitas pelayanan kesehatan lebih bagus/tinggi dibandingkan dengan daerah Jawa karena penduduk di Papua lebih sedikit, sedangkan di wilayah Jawa/Bali mempunyai rasio lebih rendah padahal terdapat banyak fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu sekiranya pemerintah perlu memikirkan dikembangkan suatu indeks untuk mengukur ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan agar bisa melihat data per jumlah penduduk dan luas wilayah (Misnaniarti *et al.*, 2018).

### **9.3.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan**

Sampai saat ini, pemenuhan sumber daya manusia kesehatan masih menjadi masalah utama yang perlu ditangani khususnya dalam sektor kesehatan di Indonesia. Saat ini hanya ada 0,68 dokter termasuk dokter spesialis per 1.000 populasi di Indonesia. Sedangkan menurut standar World Health Organization (WHO) angkanya yaitu 1 dokter per 1.000 populasi.

Masalah kekurangan dokter ini cukup mengkhawatirkan terutama yaitu di luar pulau Jawa. Misalnya di Indonesia bagian timur 50% puskesmas di Papua tidak memiliki dokter umum apalagi dokter spesialis. Dari segi jumlah sumber daya manusia kesehatan, Indonesia masih kekurangan 31.481 dokter spesialis

untuk menangani 277.432.360 penduduk. Selain itu 47% RSUD pada tingkat kota/kabupaten di Indonesia belum terpenuhi dengan 7 jenis dokter spesialis. Kondisi semacam ini dikhawatirkan dapat mempengaruhi ketidaksetaraan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, penurunan kualitas pelayanannya dan menjadikan tidak optimalnya cakupan kesehatan semesta.

Penyebab ketidaksetaraan dalam pemenuhan SDM ini salah satunya yaitu bias kebijakan yang menggunakan standar tenaga kesehatan dari pusat atau pulau jawa. Saat ini suplai dokter dan perawat masih mengandalkan dari pusat, dan bila berlanjut akan memperparah ketidaksetaraan itu sendiri.

Selain masalah bias kebijakan, ada juga penyebab lainnya yaitu masalah bias geospasial. Indonesia mempunyai kondisi geografis dengan jumlah pulau yang sangat banyak, medan tempuh yang cukup sulit serta jangkauan pemerataan pembangunan yang belum tercapai. Oleh karena itu, salah satu solusi dari pemerintah yaitu dengan memindahkan Ibu Kota Negara dari Pulau Jawa ke Pulau Kalimantan. Harapannya dapat lebih menjangkau dan tercapainya pemerataan pembangunan termasuk sektor kesehatan yang sangat krusial (Kemenko PMK RI, 2023).

## **9.4 Contoh ketidaksetaraan Sosial dibidang kesehatan**

### **9.4.1 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Contoh berikut ini mengenai ketidaksetaraan sosial yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan. Di berbagai negara, terdapat perbedaan yang jelas dalam akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dan daerah terpencil.

### **9.4.2 Ketidaksetaraan Ekonomi**

Masalah ekonomi sangat berperan penting dalam ketidaksetaraan kesehatan. Seseorang yang mempunyai pendapatan kecil sering tidak bisa membayar biaya kesehatan yang mahal. Termasuk biaya pemeriksaan medis, obat-obatan, atau pengobatan jangka panjang. Namun dengan ada Jaminan Kesehatan Nasional hal ini bisa teratasi.

### **9.4.3 Ketidaksetaraan Sosial-Ekonomi dan Gizi**

Ketidaksetaraan sosial-ekonomi ikut berdampak pada gizi. Individu yang hidup dalam garis kemiskinan atau ketidakstabilan ekonomi dan pendapatan mendapat akses terbatas terhadap makanan sehat dan bergizi. Sehingga, mereka lebih mudah terkena penyakit masalah gizi, seperti kekurangan gizi, obesitas, atau masalah penyakit gizi lainnya.

### **9.4.4 Ketidaksetaraan Kesehatan Mental**

Ketidaksetaraan sosial dapat terjadi pada kesehatan mental. Seseorang yang dengan latar belakang sosial-ekonomi yang lebih rendah dan minoritas sering menghadapi risiko yang lebih tinggi pada masalah kesehatan mental. Selain itu akses yang terbatas pada kesehatan mental dan anggapan sosial juga dapat memperburuk keadaan ini.

### **9.4.5 Kesetaraan Gender dalam Akses Pelayanan Kesehatan**

Ketidaksetaraan gender juga menjadi masalah dalam bidang kesehatan. Di beberapa kalangan kelompok masyarakat, wanita sering menghadapi hambatan akses dan diskriminasi pada pelayanan kesehatan. Terutama hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi dan maternal. Ketidaksetaraan ini dapat memengaruhi kesehatan perempuan secara keseluruhan dan menyebabkan dampak yang kurang baik pada kehidupan perempuan.

### **9.4.6 Ketidaksetaraan Kesehatan Masyarakat Minoritas**

Minoritas kelompok sosial tertentu seringkali mengalami ketidaksetaraan kesehatan. Masyarakat minoritas sering mendapatkan hambatan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, termasuk masalah diskriminasi, bahasa, atau budaya yang berbeda-beda (AZS, 2023).

## **9.5 Upaya Mengatasi Ketidaksetaraan Kesehatan**

### **9.5.1 Mendukung agar kesehatan menjadi lebih baik**

Hal ini dapat dilakukan dengan mendukung kesehatan lebih baik secara menyeluruh. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan

walaupun membutuhkan biaya yang besar, tapi jika dibiarkan berlarut-larut kan menjadi biaya yang lebih besar dimasa yang akan datang.

Cara yang paling mudah yaitu dengan meningkatkan dan menjaga kesehatan individu atau masyarakat. Selain itu mengembangkan teknologi yang mendukung untuk mengawal kesehatan masyarakat dimanapun berada merupakan hal yang penting untuk diterapkan. Misalnya aplikasi mengenai tentang manajemen ibu menyusui untuk mendukung pelaksanaan ASI Eksklusif.

### **9.5.2 Meningkatkan kerjasama lintas sektoral**

Melaksanakan kerjasama dengan berbagai instansi ataupun organisasi di berbagai bidang merupakan salah satu cara untuk meminimalkan ketidaksetaraan kesehatan. Bekerja sama dengan berbagai mitra untuk pelayanan informasi dan proses pelayanan kesehatan pada masyarakat. Berkolaborasi dengan instansi lain seperti pendidikan, layanan sosial dan bidang lainnya.

### **9.5.3 Peningkatan Kesehatan Masyarakat**

Meningkatkan kesadaran kesehatan serta pendidikan untuk seluruh lapisan masyarakat, seperti bergaya hidup sehat sangat diperlukan untuk investasi jangka panjang kesehatan. Meningkatkan informasi kesehatan dengan menjangkau seluruh lapisan masyarakat supaya meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan mereka.

### **9.5.4 Pelayanan kesehatan dengan teknologi digital**

Hal ini bisa membantu mengurangi ketidaksetaraan kesehatan dengan menggunakan metode yang dapat bermanfaat bagi semua orang yang ingin mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu dengan menambahkan ketersediaan pelayanan dan cara mengaksesnya bisa berdampak positif pada masyarakat.

### **9.5.5 Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan**

Saat ini tantangan yang besar terhadap ketidaksetaraan adalah mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini bisa dilakukan

dengan berbagai cara diantaranya salah satunya dengan layanan teknologi digital yang bisa memastikan banyak orang untuk mengakses pelayanan yang diperlukan dengan kebutuhan mereka. Akses ini dapat dengan mudah didapatkan seperti waktu tunggu yang tidak lama, ketersediaan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan dan lain-lain.

#### **9.5.6 Edukasi tentang kesehatan untuk masyarakat**

Hal ini dapat mengurangi ketidaksetaraan kesehatan dan memungkinkan masyarakat agar lebih sadar terhadap kesehatan mereka. Edukasi kesehatan ini bisa melibatkan lintas sektoral dan memastikan kesadaran pendidikan kesehatan tidak hanya fokus pada penyelenggara kesehatan tapi bisa memastikan orang lebih banyak memiliki akses informasi yang dibutuhkan (Donaldson, 2024).

### **9.6 Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik**

Saat ini telah dicapai kemajuan besar dalam melawan penyebab utama kematian dan penyakit. Kesehatan yang optimal sangat penting bagi kelanjutan pembangunan yang mencerminkan kompleksitas dan keterkaitan keduanya. Hal ini memperhitungkan ketidaksetaraan ekonomi dan sosial, urbanisasi yang cepat, ancaman terhadap iklim dan lingkungan, beban HIV dan penyakit menular lainnya yang terus berlanjut, serta tantangan-tantangan yang muncul seperti penyakit tidak menular (UNDP, 2024).

## DAFTAR PUSTAKA

- AZS (2023) '6 Contoh Ketimpangan Sosial di Bidang Kesehatan dalam Era Modern \_ kumparan', *Kumparan*. Available at: <https://kumparan.com/sejarah-dan-sosial/6-contoh-ketimpangan-sosial-di-bidang-kesehatan-dalam-era-modern-20Pe56PkNh6/full>.
- Braveman, P. (2013) 'Social conditions, health equity, and human rights – Health and Human Rights J', *Health and Human Rights Journal*, pp. 167–194. Available at: <https://www.hhrjournal.org/>.
- Donaldson, C. (2024) *6 Ways to Reduce Health Inequalities Through Patient Engagement, HETT INSIGHTS*.
- Dwi Binuko, R. S. and Fauziyah, N. F. (2024) 'Pengaruh Faktor Ekonomi dan Sosial Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit', *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 8(2), pp. 123–134. doi: 10.52643/marsi.v8i2.4182.
- Kemenko PMK RI (2023) *Menko PMK Ungkap Permasalahan Ketimpangan Pemenuhan SDM Kesehatan di indonesia, Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia*. Available at: <https://www.kemenkopmk.go.id/menko-pmk-ungkap-permasalahan-ketimpangan-pemenuhan-sdm-kesehatan-di-indonesia>.
- Misnaniarti, M. *et al.* (2018) 'Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), pp. 6–16. doi: 10.22435/jpppk.v1i1.425.
- UNDP (2024) *The SDG's In Action, United Nations Development Programme*. Available at: [https://www-undp-org.translate.goog/sustainable-development-goals?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc&\\_x\\_tr\\_hist=true](https://www-undp-org.translate.goog/sustainable-development-goals?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true).

WHO (2018) *Ketimpangan Kesehatan Dan Penyebabnya*, *World Health Organization*. Available at: [https://www-who-int.translate.goog/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc).



# **BAB 10**

## **PENGEMBANGAN KEBIJAKAN KESEHATAN**

*Oleh Arlia*

### **10.1 Pendahuluan**

Menurut WHO, sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dan tidak berarti bebas dari penyakit atau gangguan lainnya. Organisasi Kesehatan Dunia juga memandang kesehatan sebagai hak.

Menurut WHO, penikmatan standar kesehatan tertinggi adalah hak asasi manusia paling mendasar yang harus diwujudkan tanpa memandang ras, agama, opini politik, status ekonomi atau sosial.

Oleh karena itu, mencapai kesehatan yang baik untuk semua melalui kebijakan kesehatan memerlukan upaya yang disengaja, multi pihak, dan evaluasi berkelanjutan.

Kebijakan kesehatan merupakan kumpulan keputusan pemerintah mengenai kesehatan. Tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Kebijakan inti kesehatan nasional ditetapkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Keputusan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Kebijakan ini menguraikan arah, tujuan, pedoman, dasar dan landasan inisiatif pengelolaan seluruh inisiatif kesehatan di Indonesia.

Oleh karena itu, jika dilihat dari bentuk dan hierarkinya, kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik.

Di sisi lain, kebijakan publik merupakan bagian dari kebijakan secara keseluruhan

Perencanaan kesehatan merumuskan permasalahan kesehatan yang berkembang di masyarakat, mengidentifikasi kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menentukan tujuan

program yang paling mendasar, dan mengembangkan langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Perencanaan akan efektif jika Anda mementingkan masalah berdasarkan fakta, bukan emosi atau angan-angan. Data digunakan untuk mengungkap fakta yang mendukung rumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan terbaik untuk mencapai suatu tujuan. Rencana juga merupakan keputusan untuk melakukan sesuatu di masa depan, suatu tindakan yang direncanakan untuk masa depan.

Meskipun keberhasilan program bergantung pada perencanaan yang tepat, namun masih terdapat berbagai masalah ketika pembuatan rencana kesehatan.

Bakri (2001) menyatakan bahwa berbagai masalah perencanaan kesehatan ialah tidak adanya tim khusus untuk memimpin pengelolaan perencanaan kesehatan kabupaten/kota. Keterampilan tenaga kesehatan dalam berbagai aspek proses perencanaan masih rendah.

Proses perencanaan kesehatan masih kurang melibatkan masyarakat dan sektor terkait, serta belum ada model/siklus perencanaan khusus yang digunakan dalam proses perencanaan.

Selama tiga dekade terakhir, pencapaian perencanaan kesehatan telah berhasil meningkatkan pelayanan kesehatan dasar secara lebih merata, sehingga menurunkan angka kematian bayi dan balita, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, serta meningkatkan masyarakat. Kami berhasil meningkatkan status gizi masyarakat dan memperluas umur rata-rata masyarakat.

Namun, dalam beberapa tahun terakhir, pembangunan kesehatan menghadapi tantangan besar dalam mempertahankan peningkatan status kesehatan masyarakat. Hal ini terlihat dari melambatnya penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan meningkatnya angka gizi buruk pada anak balita (Bappenas, 2009).

## **10.2 Tahap-tahap pengembangan Kebijakan kesehatan**

Tahap-tahap pengembangan kebijakan kesehatan merupakan pola keseluruhan dalam perancangan kebijakan kesehatan, termasuk hubungan masalah, perumusan, implementasi, dan evaluasi dampak sosial.

Tahapan kebijakan kesehatan merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses dengan variabel berbeda yang perlu diteliti.

Tahapan kebijakan kesehatan mencakup berbagai unsur seperti eksekutif, legislatif, forum media massa, pakar, akademisi, dan praktisi di bidang medis.

Secara umum tahapan proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan meliputi perumusan masalah, perumusan kebijakan, implementasi kebijakan, pemantauan kebijakan, dan evaluasi kebijakan.

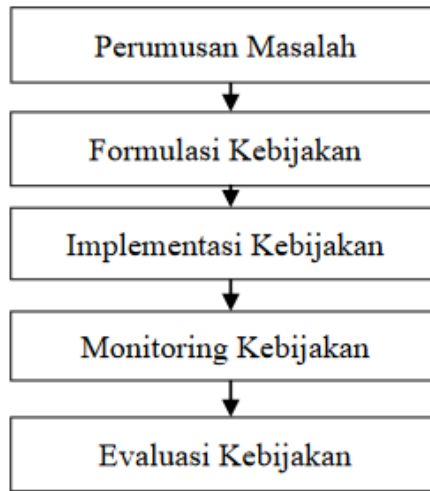
### **10.2.1 Proses kebijakan dalam beberapa tahap**

Para ahli membagi proses kebijakan menjadi beberapa tahap untuk memudahkan peninjauan terhadap kebijakan yang dikembangkan. Pendapat para ahli mengenai tahapan pengambilan kebijakan adalah sebagai berikut (Jasmen Manurung, dkk, 2021)

1. Menurut James Anderson tahapan pengambilan kebijakan adalah perumusan masalah, perumusan kebijakan, pengambilan kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan.
2. Menurut Patton dan Sawicki, tahapan pengambilan kebijakan adalah: pendefinisian masalah, penetapan kriteria evaluasi, identifikasi kebijakan alternatif, evaluasi kebijakan alternatif, pemilihan kebijakan yang dipilih (*choving the choice policy*), dan pemilihan implementasi kebijakan yang sudah ada. telah diadopsi (implementasi kebijakan prioritas).
3. Menurut Thomas R. Dye, tahapan pengambilan kebijakan adalah mengidentifikasi masalah kebijakan, menetapkan agenda, merumuskan kebijakan, menjustifikasi kebijakan, melaksanakan kebijakan, dan mengevaluasi kebijakan.

4. Menurut James Anderson, David W. Brady, dan Charles Bullock III, tahapan dalam pengambilan kebijakan adalah: *policy issue*, *policy* formulasi, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan (*policy evaluasi*).
5. Menurut A.G. Pak Subarsono, tahapan pengambilan kebijakan adalah penyusunan agenda, perumusan kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan.
6. Menurut Randall B. Ripley tahapan pengambilan kebijakan adalah menetapkan agenda, mengembangkan dan menjustifikasi tujuan dan program, melaksanakan program, dan mengevaluasi pelaksanaan.
7. Menurut James P. Menurut Lester dan Joseph Stewart Jr. tahapan pengembangan kebijakan adalah penetapan agenda, perumusan kebijakan, implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan, perubahan kebijakan, dan penghentian kebijakan.
8. Menurut Herbert A. Simon tahapan pembentukan kebijakan adalah intelijen, desain, dan seleksi.
9. Menurut Harold D. Menurut Lasswell, tahapan perumusan kebijakan adalah pendidikan, promosi, resep, aktivasi (penyelidikan terhadap kebijakan tingkat yang lebih tinggi), penerapan, penghentian, dan evaluasi .
10. Sedangkan menurut R. Mack, langkah-langkah perumusannya adalah: Kebijakan tidak hanya menentukan keputusan (*problem recognition*), merumuskan alternatif dan kriteria seleksi, menentukan keputusan terbaik, dan menghasilkan hasil politik (efek), namun juga keterkaitan dan penambahan (*supplementation*).

Maka dari itu , tahapan proses proses pembuatan kebijakan kesehatan secara umum ialah sebagai berikut (Jasmen Manurung , 2021)



### **10.2.2 Pendekatan pengembangan kebijakan kesehatan**

Pendekatan yang paling umum digunakan untuk memahami proses politik adalah apa yang disebut “heuristik panggung”.

Pendekatan ini menggunakan teori dan model untuk membagi proses politik ke dalam serangkaian tingkatan, dan tidak mencerminkan apa yang terjadi dalam situasi nyata.

Langkah pertama adalah mengidentifikasi masalah dan membiasakan diri dengan hal baru, termasuk sejauh mana masalahnya. Langkah ini mempertimbangkan sejauh mana permasalahan penting yang ada dalam agenda.

Kedua, formulasi kebijakan yang mempertimbangkan siapa saja yang akan terlibat dalam kesepakatan. Bagaimana kebijakan disepakati dan dikomunikasikan dalam pengembangan kebijakan.

Ketiga, implementasi kebijakan. Meskipun tahapan ini sering diabaikan, namun merupakan tahapan yang sangat penting dalam pengembangan kebijakan karena jika kebijakan tidak dilaksanakan maka dapat dianggap salah.

Keempat, evaluasi kebijakan. Hal ini mengidentifikasi apa yang terjadi, termasuk peristiwa yang tidak diharapkan dari kebijakan (Pollard & Court, 2005).

## 10.3 Komponen Kebijakan

Pakar kebijakan kesehatan membagi kebijakan menjadi empat komponen: konten, proses, konteks, dan aktor (Walt, 1994). Ke-empat elemen kebijakan dibahas secara terpisah.

### 1. Konten

Konten/isi pedoman berkaitan dengan hal-hal teknis dan kelembagaan.

Contoh aspek teknisnya antara lain diare, malaria, demam tifoid, dan promosi kesehatan.

Dari segi kelembagaan, ada lembaga pemerintah dan lembaga swasta.

Ada empat tingkat konten kebijakan:

- a. Sistematis atau komprehensif, yang menetapkan tujuan dan prinsip dasar.
- b. Prioritas program merupakan salah satu bentuk alat intervensi dan dapat diterjemahkan menjadi petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- c. Organisasi yang fokus pada struktur lembaga yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan.
- d. Tindakan yang bertujuan memperoleh informasi untuk meningkatkan fungsi sistem kesehatan.

### 2. Proses

Proses kebijakan ialah agenda yang diselenggarakan melalui proses perancangan dan pelaksanaan.

Berbagai model yang digunakan oleh analis kebijakan antara lain: - Model inkrementalis (seleksi terlebih dahulu), yaitu pengembangan kebijakan yang lambat dan negosiasi dengan pihak-pihak yang berkepentingan untuk memilih kebijakan yang disukai.

- a. Model rasional (*mixed scan model*) dimana pembuat kebijakan mengeksplorasi model kebijakan secara menyeluruh dan mengambil langkah-langkah untuk bernegosiasi dengan kelompok prioritas.
- b. Model ekuilibrium bersela berarti bahwa kebijakan berfokus pada isu-isu yang menjadi perhatian utama para pembuat kebijakan.

Masing-masing model di atas membagi proses kebijakan menjadi beberapa komponen untuk memudahkan analisis.

Namun pada kenyataannya, proses politik memiliki karakteristik tersendiri yang relevan dengan model tersebut.

### 3. Konteks

Konteks kebijakan adalah lingkungan atau setting di mana kebijakan dibuat dan diterapkan (Kitson, Ahmed, Harvey, Seers, Thompson, 1996).

Faktor-faktor yang relevan mencakup faktor politik, ekonomi, sosial, dan budaya, yang mempunyai dampak signifikan dalam membentuk proses kebijakan (Walt, 1994).

Masih banyak bentuk lain yang masuk dalam konteks politik.

Artinya, peran tingkat pusat dominan, namun dukungan birokrasi dan pengaruh aktor internasional juga berperan.

### 4. Aktor

Aktor adalah mereka yang menjadi pusat kerangka kebijakan kesehatan.

Aktor-aktor ini biasanya mempengaruhi proses di tingkat pusat, daerah, dan kabupaten/kota.

- a. Mereka adalah bagian dari jaringan, yang juga disebut mitra, yang membahas dan memutuskan kebijakan di semua tingkatan (Walt, 1994).
- b. Hubungan antara aktor dan peran mereka sebagai pengambil keputusan (kekuasaan) bukanlah isu yang berarti dalam perdebatan politik, namun sebagian besar bergantung pada kompromi politik (Buse, Walt, Gilson, 1994).
- c. Politik adalah tentang proses dan kekuasaan (Walt, 1994).
- d. Kebijakan kesehatan dikatakan efektif jika mencapai tujuannya secara efisien pada tingkat tertinggi, dan mencapai tujuan pada tingkat tertinggi secara optimal dan efisien bila diterapkan dengan biaya rendah (Sutton 1999).
- e. Efisiensi dalam hal ini terletak pada terbatasnya investasi pemerintah dalam menstabilkan kondisi kesehatan. Oleh karena itu, sangat penting untuk

mengalokasikan sumber daya kepada mereka yang membutuhkan berdasarkan bukti (Peabody, 1999).

## **10.4 Proses Pembuatan pengembangan kebijakan Kesehatan**

### **10.4.1 Perumusan Masalah**

Perumusan kebijakan adalah tentang memperjelas permasalahan spesifik mana yang perlu ditangani (Jasmen Manurung dkk., 2021).

Misalnya saja pada majalah IMD dan ASI Eksklusif, dinas kesehatan menghubungi masyarakat dan tenaga kesehatan untuk mengangkat isu ini.

Selain kegiatan kehumasan, Kementerian Kesehatan juga menggalakkan pemberian ASI eksklusif di berbagai media massa.

Rancangan peraturan zonasi yang disiapkan oleh Kementerian Kesehatan akan diserahkan kepada Kementerian Kehakiman untuk dikonsultasikan kepada publik.

Hasil konsultasi publik menjadi bahan pertimbangan dalam penyusunan peraturan zonasi dan harus diselesaikan sebelum diserahkan kepada Badan Pertimbangan (Bams).

Dalam banmus ini, prioritas pembahasan ditentukan oleh dewan.

Prioritas pembahasan ini akan dimasukkan ke dalam Program Legislatif Daerah (Prolegda).

Ketika rancangan peraturan zonasi dimasukkan ke dalam Prolegda, maka masuk dalam daftar prioritas pembahasan, sehingga pembahasan rancangan peraturan zonasi dapat segera dilakukan. (Rini Pratiwi, 2013) Perkembangan kebijakan ini juga dapat diartikan sebagai proses perencanaan.

Perencanaan memperhatikan tiga aspek utama: hasil kegiatan perencanaan (planning result), ukuran organisasi Apa yang digunakan untuk melaksanakan pekerjaan (mekanisme perencanaan) dan langkah-langkah atau proses pelaksanaan pekerjaan yang direncanakan (proses perencanaan).

(Sri Widi Astuti, 2017)

### **10.3.2 Formulasi Kebijakan**

Perumusan kebijakan merupakan upaya atau tahapan merumuskan suatu permasalahan atau menetapkan suatu agenda pemerintah dalam bentuk hukum publik (Jasmen Manurung dkk, 2021).

Fase ini juga mempertimbangkan siapa yang akan terlibat dalam pengembangan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut disepakati, dan bagaimana kebijakan tersebut dikomunikasikan (Jasmen Manurung, 2021).

### **10.3.3 Implementasi Kebijakan**

Implementasi kebijakan merupakan upaya untuk melaksanakan suatu kebijakan. Pada prinsipnya implementasi kebijakan merupakan suatu cara untuk mencapai tujuan kebijakan. Ada dua langkah yang tersedia untuk mengimplementasikan suatu kebijakan: implementasi langsung dalam bentuk program, atau pembuatan kebijakan turunan atau turunan dari suatu kebijakan (Kus Winarno, 2013) Proses implementasi kebijakan tidak dapat berjalan lancar jika tidak ada faktor pendukung yang mendominasi proses tersebut.

Alternatif kebijakan yang dipilih pada dasarnya adalah kompromi dari berbagai kelompok kepentingan yang terlibat dalam pembentukan kebijakan.

Keputusan politik dapat berbentuk undang-undang, kasus hukum, perintah eksekutif, keputusan menteri, dan lain-lain. Pedoman dibuat dengan tujuan agar nantinya dapat mengikat secara hukum (Fachry Yophy Bashofy, 2015).

Proses implementasi melibatkan banyak aktor dalam pengambilan keputusan mengenai alokasi sumber daya publik tertentu, dan banyak aktor berupaya untuk mempengaruhi keputusan tersebut.

Keterlibatan intensif para aktor ini akan bergantung pada isi dan cara pelaksanaan program (KusWinarno 2013).

Meskipun tahapan ini sering diabaikan, namun tahapan ini merupakan tahapan yang sangat penting dalam pengembangan kebijakan karena jika kebijakan tidak dilaksanakan dapat dianggap salah (Jasmen Manurung, 2021).

### 10.3.4 Monitoring Kebijakan

Pemantauan kebijakan merupakan upaya untuk memantau pelaksanaan atau penerapan suatu kebijakan (Jasmen Manurung, 2021). Pada dasarnya pengawasan untuk memastikan kegiatan yang dilakukan tidak menyimpang dari rencana yang telah ditetapkan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan organisasi.

Fungsi pemantauan ini adalah untuk mencegah (mencegah) dan memperbaiki (menyembuhkan) penyimpangan. Menginstruksikan karyawan untuk menghindari penyimpangan (preventif).

Aspek yang perlu diperhatikan dalam fungsi ini adalah objek, metode, dan proses (Sri Widi Astuti, dkk, 2017).

### 10.3.4 Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan merupakan upaya untuk mengevaluasi perbedaan keadaan sebelum dan sesudah implementasi suatu kebijakan (Jasmen Manurung 2021).

Dalam mengevaluasi kebijakan, ada beberapa indikator yang harus digunakan: efektivitas, efisiensi, kesesuaian dan keadilan, daya tanggap dan akurasi (Kus Winarno 2013).

Langkah ini juga dapat dikatakan sebagai identifikasi atas apa yang dihasilkan dari kebijakan tersebut dan apa yang tidak diharapkan (Jasmen Manurung, dkk, 2021)

Evaluasi pelaksanaan kebijakan kesehatan meliputi hal-hal sebagai berikut : Hal ini dapat dicapai dengan mempertimbangkan indikator target dan *outcome* (Elisabet Bre Boli, 2020) Mengurangi kasus gizi buruk pada anak dibawah usia 5 tahun Kesimpulan Terdapat lima tahapan dalam proses kebijakan kesehatan, yaitu sebagai berikut.

1. Perumusan masalah kebijakan merupakan upaya merumuskan secara tepat permasalahan apa yang harus diatasi.
2. Perumusan kebijakan adalah upaya atau langkah untuk menjadikan suatu persoalan atau permasalahan menjadi agenda pemerintah yang berbentuk hukum publik.

3. Implementasi kebijakan pada prinsipnya merupakan suatu cara untuk mencapai tujuan kebijakan.
4. Pemantauan kebijakan merupakan upaya untuk memantau pelaksanaan atau pelaksanaan suatu kebijakan.
5. Evaluasi kebijakan adalah upaya untuk menilai perbedaan antara keadaan sebelum dan sesudah penerapan suatu kebijakan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Sri Widi, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila Fatmasari. (2017). "Analisis Proses Perencanaan dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat di RSUD dr. R. Soetijono Blora". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Bakri, Hamzah., 2001. Penguatan Sistem Perencanaan Kesehatan Kabupaten/Kota. Disampaikan pada Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Kabupaten/Kota Se Sulawesi Selatan Tahun 2001. Makasar.
- Bappenas. 2009. Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah Kedepan. Background Study RPJMN 2010-2014. Jakarta. [15 April 2010].
- Bashofy, Fachry Yophy, Anastasia Murdyastuti, M. Hadi Makmur. (2015). "Perumusan Kebijakan Pemerintah Desa". *Jurnal Ilmu Administrasi*.
- Bakri, Hamzah., 2001. Penguatan Sistem Perencanaan Kesehatan Kabupaten/Kota. Disampaikan pada Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Kabupaten/Kota Se Sulawesi Selatan Tahun 2001. Makasar.
- Bappenas. 2009. Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah Kedepan. Background Study RPJMN 2010-2014. Jakarta. [15 April 2010].
- Bashofy, Fachry Yophy, Anastasia Murdyastuti, M. Hadi Makmur. (2015). "Perumusan Kebijakan Pemerintah Desa". *Jurnal Ilmu Administrasi*. 1(1) 1-12.  
<https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/71593/Fachry%20Yophy%20Bashofy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boli, Elisabet Bre. (2020). "Analisis Kebijakan Gizi dalam Upaya Penanganan Masalah Gizi di Propinsi Nusa Tenggara Timur". *Jurnal Komunitas Kesehatan Masyarakat*. 2(1)
- Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Seers K, Thompson DR, 1996 From research to practice :one organitational

- model for promoting research-based practice*. J Adv Nurs 23: 430–40
- Muninjaya, A.A. Gde., 2004. Manajemen Kesehatan. Edisi 2. EGC. Bandung.
- Manurung, Jasmen, Vina Novela, Qonita Ulfiana, Janner Pelanjani Simamora, Niken Bayu Argaheni, Efendi Sianturi, Rahmat Haji Hal: 43-50 Proses perumusan kebijakan kesehatan: perumusan masalah, formulasi, implementasi, monitoring, dan evaluasi: literature review 49 Saeni, Lakhmudien. (2021). kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yayasan
- Rahmat , Hapzarah Habib. 2018. *Prinsip Dasar Pembangunan Keshatan*
- Rahmat , Hapzarah Habib. 2019. *Pembangunan Kesehatan dengan menguatkan system Kesehatan Nasioanal* .
- Rani , Ayun Sriatmi, Sutopo 2020. *Kebijakan kesehatan: (implementasi kebijakan kesehatan)* Semarang : Undid Pres.
- Pollard A and Court J, 2005. *How Civil Society Organisations Use vidence to Influence Policy Processes: A literature review*. ODI Working Paper 249.
- Sutton F and Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. hurchill ivingstone Harcourt Brace. London. UK.
- Walt G, 1994. *Health policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books. UK.
- Winarno, Kus, Mubasysyir Hasanbasri, Deni Kurniadi Sunjaya. (2013). "Evaluasi Kebijakan Pembangunan Puskesmas Pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah". *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2(2)86-94.<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/54045/IDL-54045.pdf?sequence=1&isAllowed=>



# **BAB 11**

## **PARTISIPASI MASYARAKAT**

*Oleh Ramli A Bidullah*

### **11.1 Definisi Partisipasi Masyarakat**

Menurut Mikklesen (2003) dalam (Sintiawati, Suherman, and Saridah 2021). Partisipasi adalah Keterlibatan masyarakat secara sukarela dalam perubahan yang di tentukan sendiri oleh masyarakat. Selain itu partisipasi juga diartikan sebagai keterlibatan masyarakat dalam upaya pembangunan lingkungan, kehidupan, dan diri mereka sendiri. Kemudian Adi (2007) dalam (Sintiawati et al. 2021) menjelaskan lebih jauh lagi mengenai partisipasi bahwa masyarakat terlibat dalam program pemberdayaan di mulai dari proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya, mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Partisipasi masyarakat dalam pembangunan diartikan sebagai ikut sertanya masyarakat dalam pembangunan ikut dalam kegiatan pembangunan dan ikut serta memanfaatkannya dan ikut menikmati hasil-hasil pembangunan. Selanjutnya menurut Handayani (2006) berpendapat partisipasi lebih pada alat sehingga dinamai partisipasi sebagai keterlibatan masyarakat secara aktif dalam keseluruhan proses kegiatan sebagai media penumbuhan kohesifitas antar masyarakat, masyarakat juga dengan pemerintah menggalang tumbuhnya rasa memiliki dan tanggung jawab pada program yang dilakukan istilah partisipasi sekarang ini menjadi kata kunci dalam setiap program pengembangan masyarakat, seolah-olah mejadi “model” baru yang harus melekat pada sikap rumusan kebijakan dan proposal proyek, (Sintiawati et al. 2021).

## 11.2 Konsep Partisipasi Masyarakat

Konsep partisipasi dalam administrasi publik merupakan sesuatu yang sangat penting dalam mewujudkan nilai-nilai demokrasi. Ketika memasukkan nilai-nilai *reinventing government* yaitu prinsip "*community owned government : empowering rather than serving*" yang menunjukkan betapa pentingnya partisipasi masyarakat dalam tata kelola pemerintahan. Kedudukan partisipasi masyarakat kemudian diperkuat dengan berkembangnya perspektif *new public service*. Dimana jadi diri warga negara tidak hanya dipandang sebagai persoalan kepentingan semata (*self interest*) namun juga melibatkan nilai, kepercayaan, dan kepedulian terhadap orang lain. Dalam perspektif ini warga negara diposisikan sebagai pemilik pemerintahan (*owner of government*) yang mampu bertindak secara bersama-sama mencapai sesuatu yang lebih baik. Kepentingan publik tidak lagi dipandang sebagai kepentingan pribadi, melainkan sebagai hasil dialog dan keterlibatan publik dalam mencari nilai bersama dan kepentingan bersama.

Partisipasi masyarakat dapat didefinisikan sebagai upaya melibatkan masyarakat secara aktif dalam pembuatan keputusan dan pelaksanaan kebijakan publik yang mempengaruhi kehidupan mereka. Partisipasi masyarakat bisa dilakukan dalam berbagai bentuk, seperti memberikan masukan, memberikan tanggapan, menyumbangkan tenaga, waktu, atau sumber daya lainnya, serta turut serta dalam pengambilan keputusan dan perencanaan program pembangunan, Czapanskiy, & Manjoo 2008 dalam (Riyanto and Kovalenko 2023). Tujuan dari partisipasi masyarakat adalah untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas kebijakan publik dan pembangunan, sehingga dapat lebih merespons kebutuhan dan harapan masyarakat, serta mendorong terciptanya negara yang lebih demokratis dan kesejahteraan yang lebih merata bagi seluruh masyarakat, Harris, Owen, & Gould 2012 dalam (Riyanto and Kovalenko 2023). Partisipasi masyarakat menjadi semakin penting di tengah kompleksitas isu-isu sosial, politik, dan ekonomi yang dihadapi oleh negara saat ini. Dengan partisipasi masyarakat yang aktif, kebijakan publik dapat lebih terbuka, akuntabel, dan partisipatif, sehingga dapat menghasilkan hasil yang lebih baik dan lebih bermanfaat bagi masyarakat. Selain itu, partisipasi masyarakat

juga dapat membantu memperkuat ikatan sosial dan kohesi masyarakat, serta memperkuat kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi secara bersama-sama, Masango (2002) dalam (Riyanto and Kovalenko 2023). Partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat secara sukarela yang didasari oleh determinan dan kesadaran diri masyarakat itu sendiri dalam program pembangunan. Ada lima cara untuk melibatkan keikutsertaan masyarakat yaitu:

1. Survei dan konsultasi lokal untuk memperoleh data dan informasi yang diperlukan.
2. Memanfaatkan petugas lapangan, agar sambil melakukan tugasnya sebagai agen pembaharu juga menyerap berbagai informasi yang dibutuhkan dalam perencanaan.
3. Perencanaan yang bersifat desentralisasi agar lebih memberikan peluang yang semakin besar kepada masyarakat untuk berpartisipasi.
4. Perencanaan melalui pemerintah lokal.
5. Menggunakan strategi pembangunan komunitas (*community development*).

Partisipasi secara umum merupakan peran serta atau keikutsertaan/ keterlibatan seseorang secara perseorangan atau berkelompok dalam suatu kegiatan. Dalam rangka memperoleh hasil yang optimal, dibutuhkan pendekatan yang mensinergikan potensi masyarakat. Pendekatan ini memerlukan perencanaan matang yang mendorong peran serta aktif masyarakat. Lebih lanjut, Negara kesejahteraan merupakan suatu konsep yang menunjukkan adanya tanggung jawab pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial kepada seluruh warganya. Perlu partisipasi aktif dari masyarakat untuk mencapainya (Riyanto and Kovalenko 2023).

Partisipasi masyarakat memiliki peran yang penting dalam pembangunan negara kesejahteraan. Masyarakat yang aktif berpartisipasi dapat mempengaruhi kebijakan pemerintah untuk memperhatikan kepentingan dan kebutuhan mereka, terutama mereka yang membutuhkan dukungan dari Negara. Partisipasi masyarakat juga membantu mempercepat dan memperluas akses

publik terhadap sumber daya dan layanan kesejahteraan yang disediakan oleh pemerintah. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas hidup masyarakat dan mengurangi kesenjangan sosial di dalam masyarakat, Sukmana dkk, 2015 dalam (Riyanto and Kovalenko 2023). Partisipasi masyarakat sebagai salah satu komponen yang sangat memegang peranan utama melaksanakan pembangunan di pedesaan, karena dengan pelibatan partisipasi masyarakat yang murni akan berdampak pada kemanfaatan hasil pembangunan terhadap masyarakat desa mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan pemanfaatan hasil pembangunan di desa, Nasution (2009) dalam (Irawan 2019).

Namun, partisipasi masyarakat bukanlah hal yang mudah dilakukan. Terdapat berbagai tantangan dan hambatan yang dapat menghambat partisipasi masyarakat dalam pembangunan negara kesejahteraan, seperti kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya partisipasi, kurangnya akses dan informasi, serta perbedaan kepentingan dan pandangan yang ada di dalam masyarakat.

### **11.3 Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat**

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam suatu program, di mana sifat faktor-faktor tersebut dapat mendukung suatu keberhasilan program namun ada juga yang sifatnya dapat menghambat keberhasilan program. Angell menyatakan bahwa partisipasi yang tumbuh dalam masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecenderungan seseorang dalam berpartisipasi (Ros, 1967) dalam (Irawan 2019):

1. Usia Faktor usia merupakan faktor yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap kegiatan-kegiatan kemasyarakatan yang ada. Mereka dari kelompok usia menengah ke atas dengan keterikatan moral kepada nilai dan norma masyarakat yang lebih mantap, cenderung lebih banyak yang berpartisipasi daripada mereka yang dari kelompok usia lainnya.

2. Jenis kelamin Nilai yang cukup lama dominan dalam kultur berbagai bangsa menyatakan bahwa pada dasarnya tempat perempuan adalah “di dapur” yang berarti bahwa dalam banyak masyarakat peranan perempuan yang terutama adalah mengurus rumah tangga, akan tetapi semakin lama nilai peran perempuan tersebut telah bergeser dengan adanya gerakan emansipasi dan pendidikan perempuan yang semakin baik.
3. Pendidikan Pendidikan menjadi salah satu syarat mutlak untuk berpartisipasi. Pendidikan dianggap dapat mempengaruhi sikap hidup seseorang terhadap lingkungannya, suatu sikap yang diperlukan bagi peningkatan kesejahteraan seluruh masyarakat.
4. Pekerjaan dan penghasilan Hal ini tidak dapat dipisahkan satu sama lain karena pekerjaan seseorang akan menentukan berapa penghasilan yang akan diperolehnya. Pekerjaan dan penghasilan yang baik dan mencukupi kebutuhan sehari-hari dapat mendorong seseorang untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan masyarakat. Pengertiannya bahwa untuk berpartisipasi dalam suatu kegiatan, harus didukung oleh perekonomian yang mapan.
5. Lamanya tinggal Lamanya seseorang tinggal dalam lingkungan tertentu dan pengalamannya berinteraksi dengan lingkungan tersebut akan berpengaruh pada partisipasi seseorang. Semakin lama ia tinggal dalam lingkungan tertentu, maka rasa memiliki terhadap lingkungan cenderung lebih terlihat dalam partisipasinya yang besar dalam setiap kegiatan lingkungan tersebut.

## **11.4 Model Partisipasi Masyarakat**

Model CLEAR yang ditawarkan Pratchett, Stocker dan Lowndes (2006) dalam (Irawan 2019), digunakan untuk mengidentifikasi lima faktor yang menyebabkan ketaksamaan respon warga terhadap partisipasi. Model CLEAR berpendapat bahwa partisipasi akan sangat efektif dimana masyarakat:

1. *Can Do – have the resources and knowledge to participate*; Klaimnya adalah bahwa ketika orang memiliki keterampilan dan sumber daya yang sesuai, mereka lebih dapat berpartisipasi. Keterampilan ini berkisar dari kemampuan dan kepercayaan diri untuk berbicara di depan umum atau menulis surat, hingga kapasitas untuk mengatur acara dan mendorong orang lain berpikiran serupa untuk mendukung inisiatif.
2. *Like to – have a sense of attachment that reinforces participation*; Berada pada gagasan bahwa perasaan orang merasa menjadi bagian dari sesuatu mendorong mereka untuk terlibat. Argumennya adalah bahwa jika Anda merasa menjadi bagian dari sesuatu maka Anda lebih bersedia untuk terlibat. Jika Anda merasa dikecualikan atau merasa bahwa Anda tidak diterima maka Anda dapat memutuskan untuk tidak berpartisipasi. Jika partisipasi dilihat hanya untuk orang tua atau pria, orang lain mungkin tidak merasa nyaman atau mampu bergabung. Rasa percaya, koneksi dan jaringan yang terhubung dapat, sesuai dengan argumen modal sosial, memungkinkan orang untuk bekerja sama dan berkoordinasi.
3. *Enable to – are provided with the opportunity for participation*; Sebuah faktor dalam partisipasi, didasarkan pada pengamatan penelitian bahwa sebagian besar partisipasi difasilitasi melalui kelompok atau organisasi. Partisipasi politik dalam isolasi lebih sulit dan kurang berkelanjutan (kecuali individu sangat termotivasi) daripada keterlibatan kontak yang saling menguatkan melalui kelompok dan jaringan. Partisipasi kolektif memberikan kepastian dan umpan balik yang berkesinambungan bahwa penyebab keterlibatan relevan dan partisipasi memiliki nilai tertentu. Memang, bagi beberapa orang, keterlibatan dengan cara ini lebih penting daripada hasil dari partisipasi tersebut. Keberadaan jaringan dan kelompok yang dapat mendukung partisipasi dan yang dapat menyediakan rute ke dalam pengambil keputusan, oleh karena itu, sangat penting bagi keimanan partisipasi di suatu daerah.

4. *Asked to – are mobilized through public agencies and civic channels*; Pada temuan banyak penelitian bahwa mobilisasi penting. Orang cenderung lebih sering terlibat dan lebih sering saat mereka diminta untuk terlibat. Penelitian menunjukkan bahwa kesiapan orang untuk berpartisipasi sering bergantung pada apakah mereka didekati dan bagaimana pendekatannya. Mobilisasi bisa berasal dari berbagai sumber tapi bentuk yang paling kuat adalah ketika mereka yang bertanggung jawab atas keputusan meminta orang lain untuk terlibat dengan mereka dalam membuat keputusan. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat keterbukaan sistem politik dan manajerial memiliki pengaruh yang signifikan, dengan partisipasi meningkat dimana ada berbagai undangan dan peluang.
5. *Responded to – see evidence that their views have been considered*. Menangkap gagasan bahwa bagi orang untuk berpartisipasi secara berkelanjutan mereka harus percaya bahwa keterlibatan mereka membuat perbedaan, bahwa hal itu mencapai manfaat positif. Faktor ini sekaligus memberikan faktor yang paling jelas namun juga faktor yang paling sulit dalam meningkatkan partisipasi politik. Agar orang berpartisipasi mereka harus percaya bahwa mereka akan didengarkan dan, jika tidak selalu disepakati, setidaknya dalam posisi untuk melihat bahwa pandangan mereka telah diperhitungkan.

Mardikanto & Soebianto (2013) dalam (Hermawan and Rofiq 2020) mengemukakan partisipasi dibagi menjadi empat tahap mulai dari ikut perencanaan, partisipasi dalam pelaksanaan kegiatan, partisipasi dalam pemantauan serta evaluasi. Hal ini juga ditegaskan bentuk-bentuk partisipasi dibagi menjadi empat bentuk, yaitu partisipasi dalam pembuatan keputusan, partisipasi dalam pelaksanaan, partisipasi dalam menerima kebermanfaatan (*participation in benefits*) dan partisipasi dalam evaluasi (*participation in evaluation*).

## **11.5 Partisipasi Masyarakat Bidang Kesehatan**

Seiring dengan peningkatan kepadatan penduduk dari tahun ke tahun, maka tingkat aktivitas manusia juga terus meningkat untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan, sehingga permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat pun semakin kompleks (Ahyanti et al. 2022). Bidang kesehatan menjadi sorotan paling tajam karena pembangunan kesehatan merupakan salah satu kunci yang mempengaruhi pembangunan sektor lain. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama dan menjadi prioritas mendasar bagi kehidupan. Masih banyaknya kasus terkait tentang kesehatan yang terjadi di negeri ini juga menjadi faktor utama mengapa kesehatan menjadi pekerjaan rumah yang sangat penting dalam pemerintahan, (Irawan 2019).

Pembangunan Kesehatan merupakan upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Salah satu upaya pemerintah untuk mengubah perilaku masyarakat melalui upaya partisipasi. Partisipasi masyarakat merupakan keterlibatan secara langsung seseorang atau kelompok masyarakat secara sukarela dalam suatu kegiatan dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Beberapa pendapat memberikan kesimpulan partisipasi ialah salah satu upaya untuk mencari solusi permasalahan yang lebih baik dengan membuka lebih banyak kesempatan bagi masyarakat untuk terlibat memberikan kontribusi agar pelaksanaan program pembangunan dapat berjalan secara efektif, efisien, dan berkelanjutan.

Partisipasi masyarakat bidang kesehatan dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) untuk meningkatkan gerakan hidup sehat. UKBM untuk meningkatkan gerakan hidup sehat sebagai wadah gerakan pemberdayaan masyarakat yang terbentuk berdasarkan kebutuhan masyarakat itu sendiri yang nantinya dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat agar mampu memberdayakan dirinya sendiri dan

mampu meningkatkan status kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat yang diharapkan menjadi input dalam menentukan arah pembangunan kesehatan.

## **11.6 Penerapan Partisipasi Masyarakat Dalam Bidang Kesehatan**

### **11.6.1 Partisipasi Masyarakat Dalam Penanggulangan Stunting**

Keluarga merupakan sasaran sekaligus pelaku utama di dalam upaya penurunan stunting di Desa. Permasalahan stunting di tingkat yang paling mendasar merupakan permasalahan keluarga. Stunting terjadi karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan keluarga, seperti kurangnya pengetahuan tentang penyusunan menu gizi seimbang dan kurang mampunya dalam keluarga menyediakan bahan pangan sehat. Dengan demikian, upaya penurunan stunting harus dimulai dari upaya untuk memberdayakan keluarga-keluarga di Desa agar memiliki pengetahuan dan kemampuan mumpuni di dalam mencegah stunting. Keluarga menjadi pelaku terdepan dalam memberikan atau memfasilitasi layanan kepada kelompok prioritas penurunan stunting. Sebagian besar layanan kepada kelompok prioritas datang dan bersumber dari keluarga. Terdapat berbagai jenis layanan yang bisa dan harus dilakukan oleh keluarga kepada kelompok prioritas seperti misalnya: menyediakan menu sehat setiap hari, menyediakan hunian yang bersih dan sehat, menyediakan sarana air minum dan sanitasi yang memenuhi standar, menyediakan bahan makanan sehat untuk diolah setiap hari, memastikan ibu hamil, bayi dan balita mendapatkan layanan kesehatan sesuai kebutuhan dan waktunya, memberikan pengasuhan kepada bayi dan balita, serta meningkatkan pengetahuan kelompok prioritas tentang penurunan stunting, (Harwijayanti et al. 2022).

### **11.6.2 Partisipasi Masyarakat dalam Kegiatan Posyandu**

Kegiatan pemantauan pertumbuhan balita melalui pengukuran biasanya dilaksanakan oleh Puskesmas melalui Posyandu secara rutin. Namun terdapat kendala yang dihadapi, yaitu kurangnya partisipasi keluarga Balita dalam kegiatan

Posyandu sehingga diperlukan partisipasi aktif dari para kader kesehatan sebagai bentuk pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan. Pemberian edukasi yang kontinyu dapat dijadikan sebagai salah satu solusi agar keluarga yang memiliki balita memiliki kesadaran bersama dalam pemantauan pertumbuhan balitanya.

Seorang kader pemberdayaan masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan atau biasa dikenal dengan sebutan kader merupakan individu baik laki-laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Kegiatan yang dilakukan dengan inisiasi masyarakat itu sendiri memegang teguh prinsi promotif dan preventif. Partisipasi masyarakat dalam program posyandu merupakan langkah awal yang dapat dilakukan untuk mengikutsertakan anggota masyarakat untuk ikut serta dalam proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dengan tujuan dapat menunjang serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tujuan dari pada partisipasi masyarakat dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat, yakni menumbuhkan kesadaran hak dan kewajiban masyarakat, memupuk keswadayaan (Sharing jiwa berbagi), meneguhkan rasa tanggung jawab, dan mau memelihara atas hasil dan pasca kegiatan di masyarakat, serta meningkatkannya. Sedangkan fungsi yang di emban oleh Partisipasi masyarakat antara lain tidak sedikit kegiatan yang biasa di selesaikan meminimumkan anggaran /dana, memiliki nilai tambah, tanggung jawab tinggi, mengatur kebutuhan, penggunaan /pemanfaatana sumber daya alam dan manusia dapat optimal.(Sintiawati et al. 2021).

#### **11.6.3 Partisipasi masyarakat melawan Covid-19**

Pentingnya partisipasi masyarakat dalam membangun ketahanan sosial secara mandiri terbangun untuk melawan pandemi covid-19. Memutuskan mata rantai pandemi covid-19, seperti yang dilakukan di kelurahan Teling Tingkuluh kecamatan Wanea kota Manado, kekompakan dan keinginan berbuat sesuatu untuk memecahkan masalah yang dialami

bersama muncul. Semua berasal dari keprihatinan adanya kasus positif covid-19. Semangat dan untuk melakukan sesuatu yang sangat bermakna lahir dalam bentuk yang berbeda-beda (Emiron Wanimbo, Selvie Tumengkol 2021). Partisipasi masyarakat umumnya dipandang suatu bentuk perilaku. Dalam pelaksanaan pembatasan sosial berskala besar (PSBB), partisipasi masyarakat dalam mendukung berjalannya PSBB yaitu memenuhi protokol kesehatan di antaranya melakukan pemeriksaan badan fisik physical distancing atau jaga jarak fisik dan melakukan aktifitas keseharian pada umumnya di rumah saja. Sehingga dapat disimpulkan bahwa partisipasi masyarakat adalah suatu proses sosial, anggota kelompok masyarakat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan mengambil keputusan dan menetapkan mekanisme untuk memenuhi kebutuhannya, (Emiron Wanimbo, Selvie Tumengkol 2021).

Partisipasi masyarakat menjadi penentu keberhasilan untuk pencegahan penyebaran wabah virus corona atau Covid-19, itu dikarenakan pemerintah tidak akan bisa menangani kasus tersebut tanpa ada peran dari masyarakat. serta implementasi program, dan merupakan implementasi kesediaan dan kemauan dari masyarakat untuk berkontribusi dan berkorban terhadap implementasi pembangunan atau dalam hal ini program pencegahan virus corona. Kekuatan partisipasi dalam pencegahan virus corona seperti yang diberitakan oleh [tribunnews.com](https://tribunnews.com) (16 Maret 2020) yang menyatakan bahwa keberhasilan di Wuhan untuk bisa bangkit kembali yang menjadi kunci utama adalah partisipasi masyarakat yang mengikuti imbauan pemerintah untuk tidak keluar rumah, selain itu juga di Korea Selatan yang bisa menurunkan jumlah persebaran covid- 19 secara drastis. Padahal pemerintah tidak memberlakukan lockdown. Fenomena tersebut membuktikan bahwa partisipasi masyarakat untuk mematuhi aturan yang dibuat pemerintah mampu mencegah penyebaran virus, (Hermawan and Rofiq 2020).

Partisipasi masyarakat menjadi kunci utama untuk pencegahan penyebaran wabah Covid-19. Pemerintah menganjurkan masyarakat untuk menerapkan social distancing

(pembatasan sosial) dan physical distancing (pembatasan fisik) guna memotong rantai penyebaran virus tersebut. Sebagian masyarakat secara sadar dan kritis mengikuti mekanisme pembatasan sosial, tetapi sebagian lagi belum berpartisipasi. Pelaksanaan kebijakan pemerintah sebagaimana telah diatur dalam UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, mensyaratkan keterlibatan masyarakat secara aktif, seperti: masyarakat patuh terhadap imbauan agar tetap di rumah, ikut serta dalam aktivitas pencegahan penyebaran di lingkungan masing-masing dan ikut memberi sumbangan materi maupun tenaga sukarela. Tanpa partisipasi masyarakat, tujuan pelaksanaan kebijakan tersebut tidak akan tercapai dengan baik. Partisipasi masyarakat dalam penanganan Covid-19 mempunyai peran yang sangat penting, masyarakat dapat berperan bukan saja sebagai objek tetapi juga sebagai subjek penanganan Covid-19. Partisipasi masyarakat pada dasarnya merupakan kesediaan secara ikhlas dari masyarakat untuk membantu kegiatan penanganan penyakit yang terjadi di daerahnya masing-masing agar penyebaran Covid-19 ini tidak semakin meluas. Karena itu, masyarakat dengan kesadaran sendiri melakukan *social distancing/physical distancing*, *self-quarantine* dan *self-isolation*, (Mulyadi 2020).

#### **11.6.4 Partisipasi Masyarakat dalam pencegahan Diare**

Berdasarkan hasil studi, data menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara dukungan sosial terhadap partisipasi masyarakat dalam pencegahan diare pada anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tomuan Siantar dengan nilai- $p = 0,008 < 0,05$ . Dalam mengambil keputusan atau bertindak positif, pemerintah dapat mempengaruhi peningkatan partisipasi masyarakat dalam suatu kegiatan. Kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam hal penyehatan lingkungan yang harus bekerja sama dengan pemerintah setempat meliputi: pemeriksaan sanitasi rumah penduduk, pemeriksaan bakteriologis perusahaan air minum isi ulang, penyuluhan PHBS dan menjalin kerjasama dengan masyarakat setempat baik itu tokoh adat, agama dan pemuda. Fungsi pengawasan dan pengendalian (controlling)

merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen penanggulangan diare di Puskesmas. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Penyimpangannya harus dapat dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi oleh pimpinan. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan, Leonita & Jalinus, 2018 dalam (Maryanti et al. 2023).

#### **11.6.5 Partisipasi Masyarakat dalam Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)**

Partisipasi masyarakat secara keseluruhan dalam pelaksanaan UKBM untuk meningkatkan GERMAS seperti dicontohkan di Desa Gunaksa termasuk dalam tingkatan partisipasi semu (*takonism*) menurut Tangga Partisipasi. Dalam tahap perencanaan dan evaluasi partisipasi dalam bentuk komunikasi satu arah, karena dalam kegiatan Musrenbang Desa, Musyawarah Masyarakat Desa, dan Survey Mawas Diri hanya melibatkan perwakilan masyarakat tanpa ada jajak pendapat atau diskusi publik terlebih dahulu. Jika masyarakat menyampaikan ide, gagasan atau kritik melalui perwakilan masyarakat pada musyawarah desa tidak ada jaminan digunakan sebagai perubahan atau rencana program sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penyampaian ide tersebut hanya bersifat formalitas. Sedangkan pada tahap pelaksanaan, partisipasi masyarakat di Desa Gunaksa dilibatkan untuk bekerjasama meningkatkan derajat kesehatan individu seperti menjadi kader posyandu, kader jumantik, kader PAUD, kader anti rokok, menggunakan fasilitas kesehatan, dan ikut menyebarkan informasi Kesehatan, (Saraswati and Lubis 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahyanti, Mei, Prayudhy Yushananata, Ahmad Fikri, Sarip Usman, Novita Rudiyan, and M. Ridwan. 2022. "PENINGKATAN PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM MENCAIPI WILAYAH SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI KECAMATAN TANJUNGKARANG BARAT KOTA BANDAR LAMPUNG." *JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)* 5(3).
- Emiron Wanimbo, Selvie Tumengkol, Juliana Tumiwa. 2021. "Partisipasi Masyarakat Dalam Memutuskan Mata Rantai Pandemi Covid-19 Di Kelurahan Tingkuluh Kecamatan Wanea Kota Manado." *Journal Ilmiah Society* 1(1):1–10.
- Harwijayanti, Bakti Putri, Mulya Agustina, Lia Rosa Veronika Sinaga, Revita Permata Hati, Nourma Nurjanah, Dito Anurogo, Novita Ika Wardani, Ramli Ramli, Legina Anggraeni, Yesi Nurmawati, Tri Siswati, and Febriantika. 2022. *STUNTING*.
- Hermawan, Yudan, and Akhmad Rofiq. 2020. "Community Participation in Covid-19 Prevention." *Journal of Nonformal Education and Community Empowerment* 4(1):17–22.
- Irawan, Andri. 2019. "Model Partisipasi Masyarakat Dalam Program Kampung Siaga Aktif Di Kampung Salor Indah Distrik Kurik Kabupaten Merauke." *Jurnal Sosial Politik* 5(1):40. doi: 10.22219/sospol.v5i1.6990.
- Maryanti, Endang, Indah Anggraini, Sri Lasmawanti, Fahmashufyani, Fahmashufyani, and Muhammad Crystandy. 2023. "Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Partisipasi Masyarakat Dalam Pencegahan Diare Pada Anak Balita." *Journal of Telenursing (JOTING)* 5(1):133–42. doi: 10.31539/joting.v5i1.4757.
- Mulyadi, Mohammad. 2020. "Partisipasi Masyarakat Dalam Penanganan Penyebaran Covid-19." *Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI* XII(8):13–18.
- Riyanto, Mochamad, and Vitalina Kovalenko. 2023. "Partisipasi Masyarakat Menuju Negara Kesejahteraan: Memahami Pentingnya Peran Aktif Masyarakat Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Bersama." *Jurnal Pembangunan Hukum Indonesia* 5(2):374–88. doi: 10.14710/jphi.v5i2.374-388.

- Saraswati, A. A. Sagung Ratu Putri, and Dinar Saurmauli Lubis. 2020. "Partisipasi Masyarakat Dalam Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat Untuk Meningkatkan Germas Di Desa Gunaksa." *Archive of Community Health* 7(2):1. doi: 10.24843/ach.2020.v07.i02.p01.
- Sintiawati, Nani, Maman Suherman, and Idah Saridah. 2021. "Partisipasi Masyarakat Dalam Mengikuti Kegiatan Posyandu." *Lifelong Education Journal* 1(1):91–95. doi: 10.59935/lej.v1i1.2.



# **BAB 12**

## **KESEHATAN LINGKUNGAN**

*Oleh Bambang Suhartawan*

Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023, bahwa kesehatan lingkungan adalah Kesehatan Lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Sedangkan Persyaratan Kesehatan adalah kriteria dan ketentuan teknis kesehatan pada media lingkungan.

Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan ditetapkan untuk media air, udara, Tanah, Pangan, Sarana dan Bangunan, dan Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit yang berada pada lingkungan: a. Permukiman; b. Tempat Kerja; c. Tempat Rekreasi; dan d. Tempat dan Fasilitas Umum.

### **12.1 Pendahuluan**

Kesehatan lingkungan adalah bidang yang mempelajari dampak lingkungan fisik, biologis, sosial, dan perilaku terhadap kesehatan manusia. Ini mencakup berbagai faktor, seperti kualitas udara, air, tanah, kondisi sanitasi, keberadaan bahan kimia berbahaya, serta faktor-faktor sosial dan ekonomi yang memengaruhi kesehatan masyarakat. Tujuan utamanya adalah untuk memahami bagaimana lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan manusia dan untuk mengembangkan strategi untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan memperbaiki kualitas lingkungan. Kesehatan lingkungan juga berusaha untuk mencegah penyakit dan mencegah kerusakan lingkungan yang dapat mengancam kesehatan manusia dan ekosistem secara keseluruhan.

Kesehatan lingkungan adalah bidang studi yang mengkaji interaksi antara lingkungan fisik, biologis, sosial, dan perilaku

dengan kesehatan manusia. Hal ini melibatkan pemahaman tentang bagaimana faktor-faktor lingkungan, seperti kualitas udara, air, tanah, sanitasi, polusi, keberadaan zoonosis (penyakit yang ditularkan dari hewan ke manusia), serta perubahan iklim, mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan.

Tujuan kesehatan lingkungan adalah untuk melindungi, mempromosikan, dan meningkatkan kesejahteraan manusia dengan memahami dampak lingkungan terhadap kesehatan, mencegah penyakit dan cedera yang disebabkan oleh lingkungan yang tidak sehat, serta mempromosikan praktek-praktek yang mendukung lingkungan yang bersih, aman, dan berkelanjutan.

Dengan kata lain, kesehatan lingkungan berfokus pada identifikasi, evaluasi, dan pengelolaan faktor-faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan manusia, dengan tujuan utama untuk menciptakan kondisi lingkungan yang mendukung kesehatan yang optimal bagi individu dan masyarakat.

## **12.2 Aspek-aspek Penting Kesehatan Lingkungan**

Pembahasan tentang kesehatan lingkungan meliputi sejumlah pokok-pokok penting yang mencakup berbagai aspek yang berhubungan dengan kesehatan manusia dan lingkungan. Berikut ini adalah beberapa pokok pembahasan utama dalam bidang kesehatan lingkungan:

### **1. Kualitas Udara**

Kualitas udara merupakan aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang mencakup berbagai parameter, seperti partikel halus (PM<sub>2.5</sub> dan PM<sub>10</sub>), gas beracun seperti nitrogen dioksida (NO<sub>2</sub>), sulfur dioksida (SO<sub>2</sub>), ozon (O<sub>3</sub>), karbon monoksida (CO), dan zat kimia berbahaya lainnya. Pemaparan terhadap polusi udara dapat memiliki dampak negatif yang signifikan pada kesehatan manusia, termasuk gangguan pernapasan, penyakit kardiovaskular, gangguan sistem saraf, dan masalah kesehatan lainnya. Berikut adalah uraian detail tentang kualitas udara dan contoh penerapannya:

- a. Partikel Halus (PM2.5 dan PM10):
  - 1) Partikel halus (PM2.5) dan partikel kasar (PM10) adalah partikel kecil dalam udara yang berasal dari berbagai sumber, seperti pembakaran kendaraan bermotor, industri, pembakaran biomassa, dan aktivitas konstruksi.
  - 2) Pemaparan terhadap PM2.5 dan PM10 telah terkait dengan berbagai gangguan kesehatan, termasuk penyakit paru-paru, penyakit jantung, gangguan pernapasan, dan bahkan kematian prematur. Contoh penerapannya: Pemerintah daerah melakukan pemantauan kualitas udara secara teratur dan memberlakukan kebijakan pengendalian polusi udara, seperti pengurangan emisi kendaraan dan industri, serta promosi teknologi bersih.
- a. Gas Beracun:
  - a. Nitrogen Dioksida ( $\text{NO}_2$ ): Gas ini berasal dari aktivitas pembakaran, seperti kendaraan bermotor, pembangkit listrik, dan industri. Pemaparan terhadap  $\text{NO}_2$  dapat menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan, asma, dan penyakit paru-paru kronis.
  - b. Sulfur Dioksida ( $\text{SO}_2$ ): Gas ini dilepaskan oleh aktivitas industri, pembangkit listrik, dan proses pembakaran bahan bakar fosil. Pemaparan terhadap  $\text{SO}_2$  dapat menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan, asma, dan gangguan pernapasan lainnya. Contoh penerapannya: Penggunaan teknologi kontrol emisi, seperti instalasi peralatan pemurnian gas di pabrik dan pembangkit listrik, serta penggunaan bahan bakar bersih, dapat mengurangi emisi gas beracun.
- b. Ozon ( $\text{O}_3$ ):
  - 1) Ozon troposferik adalah polutan udara sekunder yang terbentuk oleh reaksi kimia antara oksida nitrogen dan senyawa organik volatil dalam kehadiran sinar matahari.
  - 2) Pemaparan terhadap ozon dapat menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan, peningkatan gejala

asma, dan gangguan pernapasan lainnya. Contoh penerapannya: Kampanye kesadaran masyarakat untuk mengurangi penggunaan kendaraan bermotor pada hari-hari dengan tingkat ozon yang tinggi, serta promosi praktik transportasi berkelanjutan.

c. Karbon Monoksida (CO):

- 1) Karbon monoksida merupakan gas beracun yang dihasilkan dari pembakaran tidak sempurna bahan bakar fosil, seperti kendaraan bermotor dan industri.
- 2) Pemaparan terhadap CO dapat menyebabkan keracunan, gejala seperti pusing, mual, dan bahkan kematian jika terpapar dalam kadar tinggi. Contoh penerapannya: Pemerintah melakukan inspeksi berkala terhadap kendaraan bermotor untuk memastikan bahwa sistem pembakarannya berfungsi dengan baik dan memperketat regulasi terkait emisi kendaraan.

Penerapan langkah-langkah kontrol dan pengendalian polusi udara adalah kunci dalam menjaga kualitas udara yang sehat dan melindungi kesehatan manusia dari dampak negatifnya. Pemantauan berkala, peraturan yang ketat, serta edukasi masyarakat adalah komponen penting dalam upaya menjaga kualitas udara yang optimal.

## **2. Kualitas Air**

Kualitas air adalah aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang mencakup berbagai parameter fisik, kimia, dan biologis dalam air. Pencemaran air dapat terjadi akibat limbah industri, limbah pertanian, limbah domestik, serta aktivitas manusia lainnya, dan dapat memiliki dampak serius terhadap kesehatan manusia. Berikut adalah uraian detail tentang kualitas air dan contoh penerapannya:

- a. Pencemaran oleh Limbah Industri:
  - 1) Limbah industri mengandung berbagai zat kimia berbahaya, seperti logam berat, pestisida, bahan kimia organik, dan senyawa beracun lainnya.
  - 2) Pencemaran air oleh limbah industri dapat menyebabkan keracunan, gangguan hormonal, dan berbagai masalah kesehatan lainnya pada manusia. Contoh penerapannya: Pemerintah menerapkan regulasi ketat terkait pembuangan limbah industri, membatasi jumlah zat berbahaya yang dapat dilepas ke dalam air, serta mendorong penggunaan teknologi pengolahan limbah yang ramah lingkungan.
- b. Pencemaran oleh Limbah Pertanian:
  - 1) Limbah pertanian, seperti pestisida, pupuk, dan limbah organik, dapat mencemari air melalui limpasan permukaan dan infiltrasi ke dalam sumber air.
  - 2) Pencemaran air oleh limbah pertanian dapat menyebabkan eutrofikasi dan pertumbuhan alga berlebihan, yang dapat menghasilkan toksin berbahaya bagi kesehatan manusia serta mengurangi kualitas air minum. Contoh penerapannya: Praktik pertanian berkelanjutan, seperti penggunaan pupuk organik dan pengelolaan air yang efisien, serta implementasi zona penyangga di sekitar sumber air, dapat membantu mengurangi pencemaran dari pertanian.
- c. Pencemaran oleh Limbah Domestik:
  - 1) Limbah domestik mencakup air kotor dari rumah tangga, termasuk limbah dari dapur, kamar mandi, dan pencucian pakaian.
  - 2) Pencemaran air oleh limbah domestik dapat menyebabkan penyebaran penyakit infeksi, seperti diare, kolera, dan penyakit kulit, serta meningkatkan risiko keracunan oleh bahan kimia domestik. Contoh penerapannya: Sistem

pengolahan air limbah yang efektif di kota-kota dan pemukiman, serta kampanye kesadaran masyarakat tentang pentingnya sanitasi yang baik, dapat membantu mengurangi pencemaran air oleh limbah domestik.

d. Dampaknya terhadap Kesehatan Manusia:

- 1) Pencemaran air dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk penyakit infeksi seperti diare, tifus, dan kolera akibat bakteri dan patogen lainnya yang terdapat dalam air yang terkontaminasi.
- 2) Pemaparan kronis terhadap zat kimia berbahaya dalam air dapat menyebabkan masalah kesehatan kronis, seperti kanker, gangguan hormonal, dan gangguan sistem saraf. Contoh penerapannya: Program pemantauan kualitas air yang dilakukan oleh badan pengawas lingkungan setempat, kampanye edukasi masyarakat tentang pentingnya air bersih dan sanitasi yang baik, serta promosi penggunaan sumber air bersih yang aman dan terlindungi.

Penerapan praktik-praktik pengelolaan air yang berkelanjutan, penggunaan teknologi yang ramah lingkungan, serta kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kualitas air adalah kunci dalam menjaga kesehatan manusia dan lingkungan yang berkelanjutan.

### **3. Kualitas Tanah**

Kualitas tanah adalah aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang mencakup kondisi fisik, kimia, dan biologi tanah. Pencemaran tanah dapat terjadi akibat limbah industri, limbah pertanian, penggunaan pestisida dan herbisida, serta aktivitas manusia lainnya. Pencemaran tanah dapat menyebabkan keracunan makanan, meracuni tanaman, dan menciptakan risiko kesehatan bagi manusia yang terpapar

melalui tanah atau produk-produk pertanian. Berikut adalah uraian detail tentang kualitas tanah dan contoh penerapannya:

a. Kontaminasi oleh Limbah Industri:

- 1) Limbah industri, seperti limbah cair, limbah padat, dan limbah berbahaya, dapat mencemari tanah dengan zat-zat kimia beracun, seperti logam berat, senyawa organik berbahaya, dan bahan kimia sintetis.
- 2) Pencemaran tanah oleh limbah industri dapat meracuni tanaman dan menyebabkan akumulasi zat berbahaya dalam rantai makanan, serta menciptakan risiko kesehatan bagi manusia yang mengonsumsi produk-produk pertanian yang terkontaminasi. Contoh penerapannya: Pemerintah menerapkan regulasi yang ketat terkait penanganan limbah industri dan pemantauan kualitas tanah di sekitar pabrik-pabrik untuk mengidentifikasi dan mengatasi kontaminasi tanah.

b. Pencemaran oleh Limbah Pertanian:

- 1) Limbah pertanian, seperti pupuk, pestisida, dan limbah organik, dapat mencemari tanah dengan zat-zat kimia berbahaya dan menyebabkan penurunan kualitas tanah serta produktivitas pertanian.
- 2) Pencemaran tanah oleh limbah pertanian dapat menghasilkan keracunan makanan jika tanaman menyerap zat-zat beracun, dan dapat menciptakan risiko kesehatan bagi manusia yang mengonsumsi produk-produk pertanian yang terkontaminasi. Contoh penerapannya: Praktik pertanian berkelanjutan, seperti penggunaan pupuk organik dan pengelolaan tanah yang baik, serta penerapan teknik pertanian yang ramah lingkungan, dapat membantu mengurangi pencemaran tanah oleh limbah pertanian.

c. Penggunaan Pestisida dan Herbisida:

- 1) Penggunaan pestisida dan herbisida dalam pertanian dan kegiatan lainnya dapat meninggalkan

residu kimia berbahaya di tanah yang dapat mencemari tanaman dan meracuni tanah.

- 2) Pencemaran tanah oleh pestisida dan herbisida dapat menyebabkan penurunan keanekaragaman hayati tanah dan meningkatkan risiko kesehatan bagi manusia yang terpapar melalui produk-produk pertanian yang terkontaminasi. Contoh penerapannya: Penggunaan pestisida dan herbisida yang terukur dan tepat sasaran, serta promosi praktik pertanian organik dan pengendalian hama alami, dapat membantu mengurangi pencemaran tanah oleh bahan kimia pertanian.

Penerapan praktik pengelolaan tanah yang berkelanjutan, pemantauan kualitas tanah yang teratur, dan edukasi masyarakat tentang risiko pencemaran tanah adalah langkah-langkah penting dalam menjaga kualitas tanah yang optimal dan melindungi kesehatan manusia serta lingkungan.

#### **4. Sanitasi dan Hygiene**

Sanitasi dan hygiene adalah aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang mencakup upaya untuk meningkatkan kondisi sanitasi publik, termasuk penyediaan akses air bersih, fasilitas sanitasi yang aman, dan promosi praktik higienis untuk mencegah penularan penyakit infeksi. Berikut adalah uraian detail tentang sanitasi dan hygiene beserta contoh penerapannya:

##### **a. Penyediaan Akses Air Bersih:**

- 1) Akses air bersih merupakan aspek penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Air bersih dibutuhkan untuk konsumsi, kebersihan, dan kebutuhan rumah tangga lainnya.
- 2) Penyediaan akses air bersih dapat dilakukan melalui pembangunan infrastruktur air bersih, sumur bor, pipa air, atau sistem pengolahan air bersih. Contoh penerapannya: Pemerintah setempat membangun sumur-sumur bor dan sistem

penyediaan air bersih di desa-desa yang belum terjangkau oleh infrastruktur air bersih, serta melakukan pemeliharaan rutin terhadap infrastruktur yang sudah ada.

b. Fasilitas Sanitasi yang Aman:

- 1) Fasilitas sanitasi yang aman, seperti toilet dan tempat pembuangan limbah, penting untuk mencegah penyebaran penyakit melalui kontak dengan limbah manusia.
- 2) Pembangunan toilet yang higienis dan aman, serta sistem pengelolaan limbah yang tepat, merupakan langkah penting dalam meningkatkan sanitasi masyarakat. Contoh penerapannya: Pemerintah lokal membangun toilet umum di tempat-tempat umum seperti pasar, taman, dan terminal transportasi, serta melakukan program penyuluhan tentang pentingnya penggunaan toilet yang higienis di masyarakat.

c. Promosi Praktik Higienis:

- 1) Praktik higienis, seperti mencuci tangan dengan sabun, menjaga kebersihan lingkungan, dan mengelola limbah dengan benar, merupakan langkah efektif dalam mencegah penularan penyakit infeksi.
- 2) Promosi praktik higienis dapat dilakukan melalui kampanye penyuluhan, pelatihan, dan pendidikan masyarakat tentang pentingnya kebiasaan hidup bersih dan sehat. Contoh penerapannya: Organisasi non-pemerintah (NGO) bekerja sama dengan pemerintah dan sekolah-sekolah untuk menyelenggarakan program pelatihan mencuci tangan yang benar menggunakan sabun, serta menyediakan fasilitas cuci tangan di tempat-tempat umum.

d. Pembersihan Lingkungan:

- 1) Kondisi lingkungan yang bersih dapat membantu mencegah berkembangnya vektor penyakit, seperti

nyamuk dan tikus, yang dapat menyebarkan penyakit infeksi.

- 2) Program pembersihan lingkungan, seperti pengelolaan sampah yang baik, pengendalian populasi vektor penyakit, dan pemeliharaan kebersihan tempat-tempat umum, merupakan bagian penting dari upaya meningkatkan sanitasi publik. Contoh penerapannya: Komunitas lokal bersama-sama membersihkan lingkungan sekitar, mengumpulkan sampah, dan mengelola limbah secara teratur untuk menjaga kebersihan dan kesehatan masyarakat.

Penerapan langkah-langkah tersebut merupakan bagian penting dari upaya meningkatkan sanitasi publik dan mendorong praktik higienis di masyarakat. Melalui upaya ini, dapat diharapkan penurunan angka penyakit infeksi dan peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

## **5. Pengelolaan Limbah**

Pengelolaan limbah adalah aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang mencakup strategi untuk mengelola limbah padat dan cair dengan tujuan mengurangi dampak negatifnya terhadap lingkungan dan kesehatan manusia. Ini juga melibatkan promosi praktik daur ulang dan pengelolaan limbah yang berkelanjutan untuk mengurangi volume limbah yang dihasilkan dan meminimalkan pencemaran lingkungan. Berikut adalah uraian detail tentang pengelolaan limbah beserta contoh penerapannya:

### **a. Pengelolaan Limbah Padat:**

- 1) Limbah padat mencakup berbagai jenis limbah, seperti sampah rumah tangga, limbah industri, dan limbah konstruksi.
- 2) Strategi pengelolaan limbah padat meliputi pengurangan, pemilahan, pengumpulan, pengangkutan, pengolahan, dan pembuangan limbah dengan cara yang aman dan ramah

lingkungan. Contoh penerapannya: a. Program daur ulang: Pemerintah setempat mempromosikan praktik daur ulang dengan menyediakan fasilitas daur ulang dan melakukan kampanye edukasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya daur ulang. b. Pengomposan: Masyarakat diberikan fasilitas pengomposan untuk mengolah limbah organik menjadi kompos yang dapat digunakan kembali sebagai pupuk organik untuk pertanian.

b. Pengelolaan Limbah Cair:

- 1) Limbah cair meliputi limbah domestik, limbah industri, dan limbah pertanian yang berbentuk cairan.
- 2) Strategi pengelolaan limbah cair mencakup pengumpulan, pengolahan, dan pembuangan limbah cair dengan cara yang tidak merusak lingkungan dan tidak membahayakan kesehatan manusia. Contoh penerapannya: a. Pengolahan limbah domestik: Instalasi pengolahan air limbah (IPAL) digunakan untuk membersihkan limbah domestik sebelum dibuang ke lingkungan. b. Pengolahan limbah industri: Industri menerapkan teknologi pengolahan limbah seperti proses pengolahan fisik, kimia, dan biologis untuk menghilangkan zat berbahaya dari limbah sebelum dibuang.

c. Promosi Praktik Daur Ulang dan Pengelolaan Limbah Berkelanjutan:

Pentingnya praktik daur ulang dan pengelolaan limbah berkelanjutan dipromosikan untuk mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dan meminimalkan dampak negatifnya terhadap lingkungan dan kesehatan manusia. Contoh penerapannya: a. Program pengelolaan limbah berkelanjutan: Pemerintah dan organisasi non-pemerintah (NGO) meluncurkan program untuk meningkatkan

kesadaran masyarakat tentang pengelolaan limbah yang berkelanjutan dan memberikan pelatihan tentang praktik-praktik pengelolaan limbah yang ramah lingkungan. b. Insentif pajak dan subsidi: Pemerintah memberikan insentif pajak atau subsidi kepada industri dan masyarakat yang mengadopsi praktik daur ulang dan pengelolaan limbah yang berkelanjutan sebagai bagian dari upaya untuk mendorong perubahan perilaku.

Melalui pengelolaan limbah yang efektif dan berkelanjutan, diharapkan dapat tercapai lingkungan yang lebih bersih, kesehatan masyarakat yang lebih baik, dan pembangunan yang berkelanjutan secara keseluruhan.

## **6. Zoonosis dan Vector-Borne Diseases**

Zoonosis dan penyakit yang ditularkan oleh vektor adalah jenis penyakit menular yang disebabkan oleh organisme patogen yang dapat ditularkan antara hewan dan manusia, atau melalui vektor seperti nyamuk, tikus, dan kutu. Berikut adalah uraian detail tentang zoonosis dan penyakit yang ditularkan oleh vektor beserta contoh penerapannya:

### **a. Zoonosis:**

- 1) Definisi: Zoonosis adalah penyakit yang dapat ditularkan dari hewan ke manusia atau sebaliknya. Contohnya termasuk influenza avian, rabies, dan demam Q.
- 2) Penyebaran: Penularan zoonosis terjadi melalui kontak langsung dengan hewan yang terinfeksi, konsumsi produk hewan yang terkontaminasi, atau melalui vektor yang menularkan penyakit dari hewan ke manusia.
- 3) Penerapan: Program pengawasan kesehatan hewan, vaksinasi hewan ternak, dan edukasi masyarakat tentang cara mencegah penularan zoonosis merupakan contoh penerapan strategi untuk mengendalikan penyebarannya. Misalnya, vaksinasi hewan ternak terhadap rabies dan pemberian

informasi kepada peternak tentang praktik biosekuriti yang baik.

b. Penyakit yang Ditularkan oleh Vektor:

- 1) Definisi: Penyakit yang ditularkan oleh vektor adalah penyakit yang disebarkan oleh organisme vektor seperti nyamuk, kutu, dan tikus.
- 2) Penyebaran: Vektor bertindak sebagai perantara dalam penularan penyakit dari satu organisme ke organisme lainnya. Contoh penyakit yang ditularkan oleh vektor termasuk malaria, demam berdarah, dan demam kuning.
- 3) Penerapan: Upaya pengendalian vektor dan manajemen habitat mereka adalah strategi utama dalam mengendalikan penyebaran penyakit yang ditularkan oleh vektor. Contohnya adalah penggunaan insektisida untuk mengendalikan populasi nyamuk pembawa malaria atau pembersihan lingkungan untuk mengurangi habitat tikus yang menyebarkan penyakit seperti leptospirosis.

c. Program Imunisasi:

- 1) Definisi: Program imunisasi dapat menjadi salah satu langkah efektif dalam mencegah penyebaran penyakit menular, termasuk zoonosis dan penyakit yang ditularkan oleh vektor.
- 2) Penerapan: Program imunisasi dilakukan untuk melindungi populasi dari penyakit menular dengan memberikan vaksin kepada individu atau kelompok yang rentan. Contoh penerapan program imunisasi dalam konteks zoonosis termasuk vaksinasi hewan ternak untuk mencegah penularan rabies ke manusia, sedangkan dalam konteks penyakit yang ditularkan oleh vektor, program imunisasi dilakukan untuk melindungi manusia dari penyakit seperti demam berdarah melalui vaksinasi terhadap virus tersebut.

d. **Pengawasan Epidemiologi:**

- 1) **Definisi:** Pengawasan epidemiologi adalah kegiatan pemantauan dan penelusuran kasus penyakit untuk mendeteksi, mencegah, dan mengendalikan penyebaran penyakit menular.
- 2) **Penerapan:** Dengan melakukan pengawasan epidemiologi yang efektif, dapat dilakukan identifikasi kasus penyakit zoonosis dan penyakit yang ditularkan oleh vektor secara cepat. Langkah-langkah seperti pelaporan kasus, investigasi epidemiologi, dan pelacakan kontak dapat membantu mengidentifikasi sumber penularan dan mencegah penyebaran lebih lanjut.

Melalui penerapan strategi ini, diharapkan dapat mengurangi beban penyakit zoonosis dan penyakit yang ditularkan oleh vektor serta meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

## **7. Perubahan Iklim**

Perubahan iklim adalah fenomena global yang memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan manusia. Ini meliputi peningkatan suhu global, cuaca ekstrem, perubahan pola penyakit menular, dan kerentanan terhadap bencana alam. Berikut adalah uraian detail tentang perubahan iklim beserta contoh penerapannya:

a. **Peningkatan Suhu Global:**

- 1) Perubahan iklim menyebabkan peningkatan suhu rata-rata di seluruh dunia. Hal ini dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, seperti kenaikan suhu tubuh, dehidrasi, penyakit kulit, dan bahkan kematian akibat panas.
- 2) **Contoh penerapannya:**
- 3) Pemerintah dan organisasi kesehatan masyarakat memperluas program peringatan panas dan memberikan akses yang lebih luas terhadap tempat

perlindungan dan air minum selama gelombang panas.

- 4) Pembangunan kota yang berkelanjutan dengan desain hijau, seperti taman kota dan atap hijau, dapat membantu mengurangi efek panas kota dan memberikan sumber perlindungan dari panas.

b. Cuaca Ekstrem:

- 1) Perubahan iklim menyebabkan peningkatan frekuensi dan intensitas cuaca ekstrem, seperti badai tropis, banjir, kekeringan, dan gelombang panas yang ekstrim. Cuaca ekstrem ini dapat menyebabkan kerusakan fisik, kehilangan properti, dan bahkan kematian.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pemerintah dan badan kesehatan masyarakat mengembangkan rencana tanggap darurat untuk mengatasi dampak kesehatan dari cuaca ekstrem, termasuk penyediaan tempat pengungsian dan sumber air bersih selama banjir dan kekeringan.
- 4) Pembangunan infrastruktur tahan bencana, seperti tanggul banjir dan sistem drainase yang efektif, dapat membantu melindungi masyarakat dari dampak cuaca ekstrem.

c. Perubahan Pola Penyakit Menular:

- 1) Perubahan iklim dapat memengaruhi pola penyebaran penyakit menular, seperti malaria, demam dengue, dan penyakit diare, dengan memperluas wilayah penyebarannya dan memperpanjang musim penyakit.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Program pemantauan penyakit yang lebih aktif dan responsif membantu mendeteksi perubahan pola penyakit yang terkait dengan perubahan iklim dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang diperlukan.
- 4) Pemerintah dan organisasi kesehatan masyarakat memperluas program vaksinasi dan pemberantasan

vektor penyakit untuk mengurangi risiko penyebaran penyakit menular yang lebih luas.

d. Kerentanan Terhadap Bencana Alam:

- 1) Perubahan iklim dapat meningkatkan kerentanan terhadap bencana alam, seperti banjir, tanah longsor, dan kebakaran hutan, yang dapat menyebabkan cedera fisik, trauma, dan stres psikologis pada individu.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pemerintah dan lembaga kesehatan masyarakat menyelenggarakan program pelatihan dan penyuluhan tentang kesiapsiagaan dan tanggap darurat untuk mengurangi dampak kesehatan dari bencana alam yang diakibatkan oleh perubahan iklim.
- 4) Program pemulihan pascabencana, seperti layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial, membantu memulihkan kesehatan fisik dan mental individu yang terdampak bencana.

Melalui pemahaman yang lebih baik tentang dampak perubahan iklim terhadap kesehatan manusia dan implementasi tindakan yang tepat, kita dapat mengurangi risiko dan meningkatkan ketahanan masyarakat terhadap tantangan yang dihadapi akibat perubahan iklim.

## **8. Keadilan Lingkungan**

Keadilan lingkungan adalah konsep yang memeriksa kesenjangan sosial dan ekonomi dalam dampak lingkungan dan kesehatan, serta memperjuangkan kebijakan yang adil dan inklusif untuk melindungi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ini mengakui bahwa tidak semua individu atau komunitas memiliki akses yang sama terhadap lingkungan yang sehat dan bahwa ketidaksetaraan dalam akses tersebut dapat menghasilkan dampak yang tidak adil terhadap kesehatan dan kesejahteraan. Berikut adalah uraian detail tentang keadilan lingkungan beserta contoh penerapannya:

- a. Pemahaman terhadap Dampak Diferensial:
  - 1) Keadilan lingkungan memperhatikan bagaimana berbagai kelompok masyarakat, seperti kelompok berpendapatan rendah, minoritas etnis, dan komunitas yang terpinggirkan, mungkin lebih rentan terhadap dampak negatif lingkungan dan kesehatan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Studi epidemiologi mengidentifikasi pola distribusi penyakit tertentu di antara kelompok-kelompok tertentu, menyoroti ketidaksetaraan dalam dampak kesehatan lingkungan.
- b. Perjuangan untuk Kebijakan yang Adil:
  - 1) Keadilan lingkungan memperjuangkan kebijakan yang memperhitungkan kepentingan dan kebutuhan semua kelompok masyarakat, termasuk yang paling rentan terhadap dampak lingkungan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Pembentukan dan advokasi kelompok-kelompok masyarakat dan organisasi nirlaba untuk memperjuangkan kebijakan lingkungan yang inklusif, seperti kebijakan pengendalian polusi udara yang lebih ketat atau kebijakan pengelolaan limbah yang adil.
- c. Partisipasi Masyarakat:
  - 1) Keadilan lingkungan mendorong partisipasi aktif dari berbagai kelompok masyarakat dalam proses pengambilan keputusan terkait lingkungan dan kesehatan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Penyelenggaraan pertemuan publik, diskusi kelompok, atau forum partisipatif untuk memberikan suara kepada kelompok-kelompok yang terdampak secara langsung oleh kebijakan lingkungan.

- d. Akses yang Adil terhadap Sumber Daya:
  - 1) Keadilan lingkungan berusaha untuk memastikan bahwa semua individu dan komunitas memiliki akses yang adil terhadap sumber daya lingkungan yang penting untuk kesehatan dan kesejahteraan mereka.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Penyediaan akses yang setara terhadap air bersih, udara bersih, ruang terbuka hijau, dan infrastruktur publik lainnya di semua wilayah, tanpa memandang latar belakang sosial atau ekonomi.
- e. Pengakuan terhadap Pengetahuan Lokal:
  - 1) Keadilan lingkungan mengakui nilai pengetahuan lokal dan tradisional dalam pemahaman tentang lingkungan dan kesehatan, serta memperjuangkan pengakuan dan penggunaannya dalam pengambilan keputusan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Melibatkan komunitas lokal dan pemimpin tradisional dalam pengembangan dan implementasi kebijakan lingkungan untuk memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman mereka.

Melalui pendekatan yang berfokus pada keadilan lingkungan, kita dapat memastikan bahwa upaya perlindungan lingkungan dan kesehatan masyarakat menguntungkan semua orang, termasuk yang paling rentan terhadap dampak negatifnya. Ini merupakan langkah penting dalam membangun masyarakat yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan secara keseluruhan.

## **9. Keamanan Pangan**

Keamanan pangan adalah aspek penting dalam kesehatan lingkungan yang meninjau kontaminasi dan keracunan makanan yang berhubungan dengan produksi pangan, penyimpanan, transportasi, dan praktik konsumsi. Upaya untuk memastikan pasokan pangan yang aman dan

berkualitas sangat penting untuk melindungi kesehatan masyarakat. Berikut adalah uraian detail tentang keamanan pangan beserta contoh penerapannya:

a. Produksi Pangan:

- 1) Pada tahap produksi, keamanan pangan mencakup praktik-praktik pertanian, peternakan, dan perikanan yang aman dan berkelanjutan. Hal ini termasuk penggunaan pupuk, pestisida, antibiotik, dan bahan kimia lainnya yang tidak berbahaya bagi kesehatan manusia.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Praktek pertanian organik di mana tidak ada penggunaan pestisida kimia sintetis dan pupuk kimia berbahaya.
- 4) Pemantauan dan regulasi ketat terhadap penggunaan antibiotik dalam peternakan untuk menghindari kontaminasi bakteri resisten antibiotik dalam daging dan produk susu.

b. Penyimpanan dan Transportasi:

- 1) Selama penyimpanan dan transportasi, keamanan pangan melibatkan pengendalian suhu yang tepat, pengemasan yang higienis, dan pemisahan produk makanan untuk mencegah kontaminasi silang.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Penggunaan pendingin dan freezer yang tepat di tempat penyimpanan makanan untuk mencegah pertumbuhan bakteri yang merugikan.
- 4) Pemisahan produk makanan mentah dan matang di tempat penyimpanan dan transportasi untuk mencegah kontaminasi silang.

c. Praktik Konsumsi:

- 1) Pada tahap praktik konsumsi, keamanan pangan melibatkan persiapan, pengolahan, dan penyajian makanan yang higienis untuk mencegah keracunan makanan.
- 2) Contoh penerapannya:

- 3) Mencuci tangan sebelum menyiapkan atau menyajikan makanan untuk menghindari penularan kuman.
  - 4) Memasak makanan pada suhu yang tepat dan menyimpan makanan yang dimasak dengan aman untuk mencegah pertumbuhan bakteri berbahaya.
- d. Pemantauan dan Regulasi:
- 1) Pemerintah dan lembaga kesehatan masyarakat bertanggung jawab untuk memantau keamanan pangan dan mengeluarkan regulasi yang diperlukan untuk memastikan kepatuhan industri makanan terhadap standar keamanan yang ditetapkan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Pemerintah menetapkan batas maksimum residu pestisida dalam produk makanan dan melakukan pengawasan terhadap produksi dan impor untuk memastikan kepatuhan terhadap regulasi tersebut.
  - 4) Program inspeksi pangan yang dilakukan oleh otoritas kesehatan setempat untuk memastikan kepatuhan restoran, pasar, dan toko makanan terhadap standar keamanan dan kebersihan.
- e. Edukasi dan Informasi Publik:
- 1) Peningkatan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang keamanan pangan merupakan bagian penting dari upaya untuk mencegah keracunan makanan dan penyakit terkait makanan.
  - 2) Contoh penerapannya:
  - 3) Kampanye informasi publik tentang praktik-praktik keamanan pangan, termasuk cara memilih, menyimpan, dan menyiapkan makanan dengan aman.
  - 4) Pelatihan bagi pekerja di industri makanan tentang praktik-praktik keamanan pangan yang baik untuk memastikan kepatuhan terhadap standar keamanan.

Melalui implementasi langkah-langkah ini, dapat dijamin bahwa pasokan pangan yang aman dan berkualitas tersedia untuk masyarakat, yang pada gilirannya akan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan umum.

## **10. Pengembangan Perkotaan Berkelanjutan**

Pengembangan perkotaan berkelanjutan adalah konsep yang menekankan perencanaan dan pengelolaan perkotaan yang memperhitungkan kesehatan lingkungan dan masyarakat serta berusaha untuk mencapai keseimbangan antara pertumbuhan ekonomi, keberlanjutan lingkungan, dan kualitas hidup yang tinggi bagi penduduk perkotaan. Berikut adalah uraian detail tentang pengembangan perkotaan berkelanjutan beserta contoh penerapannya:

### **a. Perencanaan Perkotaan yang Terpadu:**

- 1) Pengembangan perkotaan berkelanjutan memerlukan perencanaan perkotaan yang terpadu, yang mempertimbangkan aspek-aspek seperti penggunaan lahan, transportasi, pemukiman, infrastruktur, dan lingkungan alam.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pembentukan rencana tata ruang kota yang berkelanjutan, dengan menetapkan zona-zona untuk penggunaan lahan yang tepat, seperti pemukiman padat yang terintegrasi dengan fasilitas publik dan area hijau.

### **b. Infrastruktur Hijau:**

- 1) Pengembangan perkotaan berkelanjutan menekankan pembangunan infrastruktur hijau, termasuk taman kota, taman terbuka, jalur hijau, dan ruang terbuka lainnya, untuk meningkatkan kualitas lingkungan dan kesejahteraan penduduk kota.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pembangunan taman kota dan jalur hijau di sepanjang sungai atau jalur kereta api yang tidak

digunakan, yang dapat digunakan sebagai ruang rekreasi dan transportasi alternatif.

c. Transportasi Publik yang Ramah Lingkungan:

- 1) Pengembangan perkotaan berkelanjutan mempromosikan penggunaan transportasi publik yang ramah lingkungan, seperti kereta api, bus, dan sepeda, untuk mengurangi polusi udara, kemacetan, dan emisi gas rumah kaca.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pembangunan sistem transportasi massal yang efisien, seperti jaringan kereta api cepat atau Bus Rapid Transit (BRT), untuk menyediakan aksesibilitas yang baik bagi penduduk kota tanpa meningkatkan penggunaan mobil pribadi.

d. Peningkatan Kualitas Hidup:

- 1) Pengembangan perkotaan berkelanjutan berusaha untuk meningkatkan kualitas hidup penduduk perkotaan dengan menyediakan akses yang baik terhadap fasilitas kesehatan, pendidikan, tempat rekreasi, dan ruang terbuka publik.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Pembangunan fasilitas umum seperti pusat kesehatan masyarakat, sekolah, taman bermain, dan tempat olahraga di sekitar pemukiman padat penduduk untuk meningkatkan kualitas hidup penduduk.

e. Partisipasi Masyarakat:

- 1) Pengembangan perkotaan berkelanjutan melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan, sehingga kebijakan dan proyek perkotaan dapat mencerminkan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.
- 2) Contoh penerapannya:
- 3) Penyelenggaraan pertemuan masyarakat, lokakarya partisipatif, atau forum kota untuk memungkinkan warga kota berpartisipasi dalam pengembangan rencana tata ruang dan kebijakan perkotaan.

Melalui pengembangan perkotaan berkelanjutan, diharapkan dapat diciptakan kota-kota yang lebih sehat, hijau, efisien, dan inklusif bagi semua penduduknya. Hal ini juga dapat membantu mengurangi dampak negatif perkotaan terhadap lingkungan dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

Pokok-pokok pembahasan ini mencerminkan kompleksitas interaksi antara lingkungan dan kesehatan manusia serta memerlukan pendekatan lintas-disiplin untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah-masalah yang terkait.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Fahmi. (2010). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Universitas Indonesia-Press.
- Anies. (2006). *Manajemen Berbasis Lingkungan Solusi Mencegah dan Menanggulangi Penyakit Menular*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Cunningham, W.P., & Cunningham, M.A. (2011). "Principles of Environmental Science: Inquiry and Applications." McGraw-Hill.
- Depkes RI. (2013). *Sistematika Pedoman Pengendalian Penyakit Demam Tifoid*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan.
- Irianto, Koes. (2015). *Memahami berbagai macam penyakit penyebab, gejala, penularan, pengobatan, pemulihan dan pencegahan*. Bandung: Alfabeta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lailatul. (2013). *Ketersediaan Sarana Sanitasi Dasar, Personal Hygiene ibu dan Kejadian Diare*.
- Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan*, Jakarta.
- Tchobanoglous, G., & Burton, F.L. (2003). *Wastewater Engineering: Treatment and Reuse*. McGraw-Hill.
- Turner, B.L. et al. (2017). *Sustainable Environmental Management: Principles and Practice*. CRC Press.

# **BAB 13**

## **EVALUASI PROGRAM KESEHATAN**

*Oleh Taswin*

### **13.1 Pendahuluan**

Seluruh program dan kegiatan pada umumnya dilaksanakan untuk mencapai tujuan atau target tertentu, demikian juga dengan program kesehatan masyarakat, untuk mencapai target yang telah ditentukan tersebut maka manajemen organisasi akan melakukan berbagai langkah perencanaan (*planning*) sesuai dengan analisa situasi yang sudah dilaksanakan sebelumnya.

Ketika perencanaan sudah dilaksanakan maka akan dihasilkan capaian- capaian tertentu dari masing-masing program. Maka kegiatan selanjutnya adalah mengukur sejauh mana capaian dari masing-masing program dibandingkan dengan perencanaan yang sudah ditetapkan diawal kegiatan. Dari keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja inilah maka evaluasi dilaksanakan, baik terhadap program itu sendiri maupun terhadap langkah- langkah dalam pelaksanaan program.

Evaluasi atau kegiatan penilaian merupakan bagian yang penting dari proses manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi akan memberikan umpan balik (*feed back*) terhadap program atau pelaksanaan suatu kegiatan. Tanpa adanya evaluasi, sulit untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang sudah direncanakan oleh suatu program telah tercapai atau belum. Evaluasi dipandang sebagai suatu cara untuk perbaikan pembuatan keputusan untuk tindakan-tindakan di masa yang akan datang (Reinke, 1987)

## 13.2 Definisi Evaluasi Program Kesehatan

Evaluasi merupakan bagian dari sistem manajemen yaitu perencanaan, organisasi, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Tanpa evaluasi, maka tidak akan diketahui bagaimana kondisi objek evaluasi tersebut dalam rancangan, pelaksanaan serta hasilnya. Istilah evaluasi sudah menjadi kosa kata dalam bahasa Indonesia, akan tetapi kata ini adalah kata serapan dari bahasa Inggris yaitu *evaluation* yang berarti penilaian atau penaksiran.

Pemahaman mengenai pengertian evaluasi dapat berbeda-beda sesuai dengan pengertian evaluasi yang bervariasi oleh para pakar evaluasi. Menurut Stufflebeam, evaluasi adalah *"the process of delineating, obtaining, and providing useful information for judging decision alternatives,"* Artinya evaluasi merupakan proses menggambarkan, memperoleh, dan menyajikan informasi yang berguna untuk merumuskan suatu alternatif keputusan.

Evaluasi juga didefinisikan sebagai suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 2010).

Dari dua pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa evaluasi adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah didapatkan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh (Umar, 2002) yang berguna untuk merumuskan alternatif keputusan di masa yang akan datang.

Definisi program kesehatan adalah kumpulan proyek-proyek di bidang kesehatan baik yang berjangka panjang maupun berjangka pendek. Jadi dapat disimpulkan bahwa evaluasi program kesehatan masyarakat adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu program kesehatan masyarakat telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta

bagaimana manfaat yang telah didapatkan dari program kesehatan masyarakat yang telah dilaksanakan bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh (Umar, 2002) yang berguna untuk merumuskan alternatif keputusan di masa yang akan datang.

### **13.3 Tujuan Evaluasi Program Kesehatan**

Tujuan evaluasi menurut (Supriyanto, S. dan Nyoman, 2007) adalah :

1. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan - kegiatan yang dilakukan antara lain memeriksa kembali kesesuaian dari program dalam hal perubahan kecil yang terus - menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program.
2. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
3. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

Adapun Tujuan Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat menurut (Husna, 2012) adalah:

1. Memberikan masukan bagi perencanaan program kesehatan masyarakat.
2. Menyajikan masukan bagi pengambil keputusan yang berkaitan dengan tindak lanjut, perluasan atau penghentian program kesehatan masyarakat.
3. Memberikan masukan bagi yang mengambil keputusan tentang modifikasi atau perbaikan program kesehatan masyarakat.

4. Memberikan masukan yang berkenaan dengan faktor pendukung dan penghambat program kesehatan masyarakat.
5. Memberi masukan untuk kegiatan motivasi dan pembinaan (pengawasan, supervisi, dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola, dan pelaksana program kesehatan masyarakat

### **13.4 Prinsip Evaluasi Program Kesehatan**

Prinsip-prinsip evaluasi (Reinke, 1987) program kesehatan masyarakat:

1. Sebagai kunci pengambilan keputusan yang lebih baik, evaluasi harus melihat kedepan dan berorientasi pada tindakan.
2. Evaluasi bersifat menyeluruh dan dinamis, menaruh perhatian pada kebijakan pengujian dan alternatif-alternatif rencana, mengawasi kemajuan dalam proses penerapan dan memberi penilaian sumatif kepada hasil akhir.
3. Evaluasi dilandasi prinsip manajemen berdasar tujuan dan dimulai dengan pernyataan yang jelas mengenai pengaruh-pengaruh yang harus dicapai pada populasi mana dan dalam jangka waktu kapan.
4. Strategi untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan harus diperiksa ketepatan dan kesesuaiannya.
5. Ketepatan waktu dan tempat laporan-laporan evaluatif harus disesuaikan dengan kebutuhan akan keputusan yang tepat waktu.
6. Karena evaluasi bersifat membandingkan, evaluasi bergantung pada indikator-indikator yang menggambarkan tingkat dan rasio yang tepat, daripada tingkat-tingkat penyelesaian yang tepat
7. Penilaian-penilaian harus membedakan antara hasil yang merupakan pusat perhatian pengendalian keputusan dan keluaran yang timbul sebagai akibat ketidakpastian dan kesempatan.

8. Efisiensi, efektivitas, dan keadilan harus didefinisikan dengan jelas.

### **13.5 Jenis Evaluasi Program Kesehatan**

Perbedaan antara jenis-jenis evaluasi itu sebagian besar hanya terletak pada frekuensi dan waktu pelaksanaannya. Contoh, evaluasi proses adalah evaluasi yang paling sering dilakukan, sedangkan evaluasi dampak adalah evaluasi yang paling jarang dilakukan. Evaluasi isi berfokus pada efek langsung pengajaran pada jangka waktu yang lebih lama. Pelaksanaan evaluasi proses memerlukan lebih sedikit sarana dibandingkan evaluasi dampak, yang memerlukan sangat banyak sarana dalam pelaksanaannya (Bastable, 1999).

Sedangkan menurut (Azwar, 2010), jenis evaluasi antara lain:

1. Evaluasi formatif yaitu suatu bentuk evaluasi yang dilaksanakan pada tahap pengembangan program dan sebelum program dimulai. Evaluasi yang dilakukan di sini adalah pada saat merencanakan suatu program. Tujuan utamanya adalah untuk meyakinkan bahwa rencana yang akan disusun benar-benar telah sesuai dengan masalah yang ditemukan, dalam arti dapat menyelesaikan masalah tersebut. Penilaian yang bermaksud mengukur kesesuaian program dengan masalah dan atau kebutuhan masyarakat ini sering disebut dengan studi peninjauan kebutuhan (need assessment study).
2. Evaluasi proses atau evaluasi promotif yaitu suatu proses evaluasi yang memberikan gambaran tentang apa yang sedang berlangsung dalam suatu program dan memastikan ada dan terjangkaunya elemen-elemen fisik dan struktural dari pada program. Evaluasi yang dilakukan di sini adalah pada saat program sedang dilaksanakan. Tujuan utamanya adalah untuk mengukur apakah program yang sedang dilaksanakan tersebut telah sesuai dengan rencana atau tidak, atau apakah terjadi penyimpangan- penyimpangan yang dapat merugikan pencapaian tujuan dari program tersebut. Pada umumnya ada dua bentuk penilaian pada

tahap pelaksanaan program ini yaitu monitoring dan penilaian berkala.

3. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang memberikan pernyataan efektifitas suatu program selama kurun waktu tertentu dan evaluasi ini menilai sesudah program tersebut berjalan. Penilaian yang dilakukan disini adalah pada saat program telah selesai dilaksanakan. Tujuan utamanya dapat dibedakan menjadi dua yaitu mengukur keluaran (*output*) serta mengukur dampak (*impact*) yang dihasilkan.
4. Evaluasi dampak yaitu suatu evaluasi yang menilai keseluruhan efektivitas program dalam menghasilkan target sasaran.
5. Evaluasi hasil adalah evaluasi yang menilai perubahan-perubahan atau perbaikan dalam morbiditas, mortalitas atau indikator status kesehatan lainnya untuk sekelompok penduduk tertentu.

### **13.6 Ruang Lingkup Evaluasi Program Kesehatan**

Sesuai dengan luasnya pengertian kesehatan, maka ruang lingkup penilaian yakni hal-hal yang akan dinilai dari suatu program kesehatan amat luas. Beberapa ahli memberikan pedoman sebagai berikut, yakni (Azwar, 2010):

1. Deniston

Deniston menyebutkan bahwa hal-hal yang dapat dinilai dari suatu program kesehatan dibedakan menjadi 4 macam, yakni:

- a. Kelayakan program

Penilaian dilakukan disini ialah terhadap program secara keseluruhan. Program dinilai layak (*appropriateness*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi.

- b. Kecukupan program

Sama halnya dengan kelayakan, maka penilaian yang dilakukan disini adalah juga terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai cukup (*adequancy*)

jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan

c. Efektivitas program

Penilaian juga dilakukan terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai efektif (*effectiveness*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.

d. Efisiensi

Sama halnya dengan efektivitas, maka penilaian juga dilakukan terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai efisien (*efficiency*) jika program tersebut dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah dan juga pada waktu pelaksanaannya tidak memerlukan sumber daya yang besar.

2. George James

Sama halnya dengan Demiston, maka George James juga membedakan ruang lingkup penilaian suatu program kesehatan atas empat macam. Dua ruang lingkup penilaian adalah sama, sedangkan dua lainnya berbeda. Rincian selengkapnya adalah sebagai berikut:

a. Upaya Program

Penilaian yang dilakukan di sini adalah terhadap upaya yang dilaksanakan oleh program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Jika upaya (*effort*) yang dilaksanakan telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, maka program tersebut dari sudut upaya mendapat penilaian yang baik.

b. Penampilan Program

Penilaian yang dilakukan di sini adalah terhadap penampilan program (*performance*) yang dibandingkan dengan rencana yang telah ditetapkan. Jika penampilan tersebut yakni hasil yang dicapai dinilai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, maka program tersebut

dari sudut penampilannya mendapat penilaian yang baik.

c. Ketepatan Penampilan Program

Penilaian yang dilakkan di sini ialah terhadap penampilan program (*adequacy of performance*) yang dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Jika hasil yang dicapai dinilai dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka program tersebut dari sudut ketepatan penampilannya mendapat penilaian yang baik.

e. Efisiensi Program

Penilaian yang dilakkan di sini ialah terhadap penampilan program yang dibandingkan tidak hanya terhadap tujuan dan atau masalah, tetapi juga terhadap penggunaan sumberdaya (*efficiency*). Jika hasil yang dicapai dinilai dapat mencapai tujuan, berhasil mengatasi masalah serta penggunaan sumberdayanya terbatas, maka program tersebut dari sudut efisiensi mendapat penilaian yang baik.

3. Milton R. Roemer

Milton R. Roemer membedakan ruang lingkup penilaian suatu program kesehatan atas enam macam yaitu:

a. Status Kesehatan yang Dihasilkan

Di sini penilaian yang dilakukan terhadap tingkat kesehatan (*health status outcomes*) yang dihasilkan dari dilaksanakannya suatu program kesehatan. Mudah dipahami bahwa penilaian ini sulit dilakukan, karena berbagai faktor lainnya yang sebenarnya turut mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat, harus turut diperhitungkan.

b. Kualitas pelayanan yang diselenggarakan

Penilaian yang dilakukan di sini ialah terhadap kualitas pelayanan (*estimated quality of services*) oleh suatu program. Penilaian dilakukan dengan membandingkannya terhadap suatu tolak ukur ataupun kriteria yang telah ditetapkan (*minimum medical*

*standard*). Suatu program kesehatan dianggap baik, jika kualitas pelayanan telah sesuai dengan standar minimal pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan. Tolak ukur dan ataupun kriteria yang digunakan sebagai perbandingan banyak macamnya. Misalnya angka kesembuhan, lama rata-rata hari perawatan dan ataupun obat yang diberikan terhadap penderita.

c. Kuantitas pelayanan yang dihasilkan

Dasar penilaian ini ialah adanya perbedaan pelayanan yang diselenggarakan (*quantity of services provided*). Misalnya pelayanan pencegahan lebih baik dari pada pelayanan pengobatan. Jadi jika suatu program kesehatan lebih banyak menekankan pelayanan pencegahan, maka program tersebut dianggap lebih baik dari pada program yang terlalu mengutamakan pelayanan pengobatan. Perlu diingat bahwa dalam melakukan penilaian seperti ini harus diperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi program, misalnya pemakaian sumber dana, tenaga dan sarana yang tersedia. Secara umum disebutkan jika rasio antara dana dan masyarakat, rasio antara tenaga dan masyarakat serta rasi antara sarana dan masyarakat adalah tinggi, maka pelayanan kesehatan tersebut dinilai baik, karena berarti kontak antara masyarakat dengan pelayanan kesehatan dapat lebih sering. Tentu mudah dipahami bahwa penarikan kesimpulan yang seperti ini harus hati-hati. Karena kadang kala ditemukan banyaknya pengunjung suatu sarana pelayanan kesehatan (dengan demikian kontak antara dokter dengan penderita adalah juga tinggi), justru disebabkan kualitas program kesehatan yang tidak baik.

d. Sikap masyarakat terhadap perogram kesehatan

Program kesehatan juga dapat dinilai dari sikap masyarakat (*attitude of recipients*) yang memanfaatkan pogram kesehatan tersebut. Penilalian yang seperti ini bersifat subjektif dan karena itu hasilnya sulit dipercaya.

e. Sumberdaya yang tersedia

Penilaian yang dilakukan di sini ialah terhadap sumber daya yang tersedia (*resources made of available*), baik terhadap sumber dana, tenaga dan ataupun sumber sarana. Jika sumber tersebut tersedia secara memadai, maka program tersebut dinilai cukup baik.

f. Biaya yang dipergunakan

Penilaian yang dilakukan di sini adalah terhadap biaya (*cost of the program*) yang digunakan oleh program. Dasar penilaian adalah melakukan perbandingan antara input dengan output. Jika perbedaannya terlalu besar, maka program tersebut dinilai tidak baik.

Biasanya penilaian keenam macam ruang lingkup ini dilakukan untuk dua waktu yang berbeda (sebelum dan sesudah program) dan ataupun pada dua daerah kerja yang berbeda (*study area and control area*). Perbandingan dilakukan antara kedua data yang diperoleh.

4. Blum

Sama halnya dengan Roemer, Blum juga membedakan ruang lingkup penilaian atas enam macam hanya saja perinciannya agak berbeda yakni:

a. Pelaksanaan program

Pertanyaan pokok yang akan dijawab pada penilaian tentang pelaksanaan program ialah apakah program tersebut terlaksana atau tidak, bagaimana pelaksanaannya serta faktor-faktor penopang dan penghambat apakah yang ditemukan pada pelaksanaan program. Pada penilaian tentang pelaksanaan program ini, tidak terlalu dipersoalkan masalah efektivitas dan ataupun efisiensi program.

b. Pemenuhan Kriteria yang Telah Ditetapkan

Pertanyaan pokok yang akan dijawab pada penilaian tentang pemenuhan kriteria program ialah apakah dalam pelaksanaan program, semua ketentuan yang telah ditetapkan terpenuhi atau tidak. Ketentuan dan

ataupun kriteria yang dimaksudkan disini adalah seperti yang tercantum dalam rencana kerja program yang dimaksud.

c. Efektifitas program

Penilaian tentang efektivitas program menunjuk pada keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

d. Efisiensi program

Sama halnya penilaian tentang efektivitas, maka penilaian tentang efisiensi program juga melihat keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tetapi dikaitkan dengan penggunaan dana. Sekalipun program dapat mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah, tetapi jika memerlukan biaya yang besar, maka program tersebut dinilai tidak efisien.

e. Keabsahan hasil yang dicapai oleh program

Pada penilaian tentang keabsahan hasil program (*validity*), maka penilaian tersebut dikaitkan pula dengan kemampuannya memberikan hasil yang sama pada setiap kali program tersebut dilaksanakan. Program disebut absah (*valid*), apabila pada setiap kali program tersebut dilaksanakan, hasil yang diperoleh adalah sama.

f. Sistem yang digunakan untuk melaksanakan program

Pada penilaian tentang sistem, yang dinilai adalah seluruh faktor yang terdapat dalam program dan atau seluruh faktor yang diperkirakan mempengaruhi program.

g. Untuk kepentingan praktis, ruang lingkup penilaian

tersebut secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok saja yakni:

1) Penilaian terhadap masukan

Termasuk ke dalam penilaian terhadap masukan (*input*) ini ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber dana, tenaga, dan ataupun sumber sarana.

- 2) Penilaian terhadap proses  
Penilaian terhadap proses (*proces*) lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksudkan disini mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan program.
- 3) Penilaian terhadap keluaran  
Yang dimaksud dengan penilaian terhadap keluaran (*output*) ialah penilaian terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program.
- 4) Penilaian terhadap dampak  
Penilaian terhadap dampak (*impact*) program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (2010) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta, Binarupa Aksara.
- Bastable, S.B. (1999) *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Husna, T. (2012) *Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja di PT. Citra Baru Commercial Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Reinke, W.A. (1987) *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Supriyanto, S. dan Nyoman, A.D. (2007) *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Umar, H. (2002) *Evaluasi Kinerja Perusahaan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.



## **BIODATA PENULIS**



**Dian Mahanani ND, S.ST, M.Kes**

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Institut Kesehatan Masyarakat

Penulis lahir di Jakarta tanggal 26 Agustus 1968 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Hermina. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Indonesia Jakarta. Penulis menekuni bidang Menulis.bidang ilmu Kesehatan Masyarakat

## BIODATA PENULIS



**Nurunyah, SKM, M. Kes**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat

Penulis lahir di Pontianak tanggal 11 November 2023. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan dilanjutkan dengan S2 kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Menulis.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk kuliah di S1 Kesehatan Masyarakat, lulus ditahun 2008 di Universitas Muhammadiyah Pontianak dan melanjutkan ke studi S2 prodi Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia Jakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen, penulis pun aktif sebagai penulis buku dan peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan hibah eksternal.

*Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman dan berilmu di antaramu beberapa derajat. Dan Allah Maha Teliti terhadap apa yang kamu kerjakan. (Q.S Al-Mujadilah: 11)*

Email Penulis: [nurul.nia50@gmail.com](mailto:nurul.nia50@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



### **Anom Dwi Prakoso, SKM., M.KM**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan,  
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Kudus tanggal 26 Juli 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Jurusan Kesehatan Masyarakat, Universitas Dian Nuswantoro, dan melanjutkan S2 di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Medika Suherman. Selain menulis dan mengajar, penulis juga mengemban tanggung jawab seperti Ketua Perkumpulan Institusi Pendidikan Administrasi Kesehatan Indonesia (PIPAKI), Ketua Pelaksana Harian Yayasan Menawan Cerdas Indonesia (YMCI), dan Ketua Penjamin Mutu Internal KB Jannatul Firdaus. Selain itu, penulis juga aktif meneliti dan mempublikasikan karya di berbagai jurnal nasional dan internasional. Penulis bisa dihubungi melalui email: [anomdwiprakoso@gmail.com](mailto:anomdwiprakoso@gmail.com).

## **BIODATA PENULIS**



### **Lyliana Endang Setianingsih, drg., M.P.H.**

Dosen Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Jakarta tanggal 29 Oktober 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan, Universitas Medika Suherman. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia pada tahun 2004, dan menyelesaikan pendidikan S2 di jurusan Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada pada tahun 2016.

## BIODATA PENULIS



**Nita Putristi Mayarestya, Amd.Keb, S.K.M., M.K.M.**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat

Penulis lahir di Yogyakarta tanggal 23 Januari 1993. Penulis adalah dosen Program Studi Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Menyelesaikan pendidikan D3 pada Jurusan Kebidanan, melanjutkan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dengan peminatan utama Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

## **BIODATA PENULIS**



**Adhar Arifuddin**

Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Universitas Tadulako

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 09 November 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Tadulako. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi pada tahun 2005. Pada tahun 2009 menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi. Tahun 2023 menyelesaikan Pendidikan S2 Penelitian dan Evaluasi Pendidikan. Tahun 2023 melanjutkan studi S2 statistik dengan konsentrasi Spatial Sains Data dan Bioinformatika (SSDB), dan Tahun 2021 melanjutkan studi S3 di Jurusan Penelitian dan Evaluasi Pendidikan dengan Konsentrasi Metode Penelitian.

## **BIODATA PENULIS**



**Derry Trisna Wahyuni S, S.SiT., M.Kes.**

Dosen Program Studi D3 Administrasi Rumah Sakit  
Akademi Kesehatan Kartini Batam

Penulis lahir di Bukittinggi tanggal 30 Juni 1983. Penulis adalah Dosen Tetap pada Program Studi D3 Administrasi Rumah Sakit, Akademi Kesehatan Kartini Batam. Penulis merupakan lulusan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang pada tahun 2013. Keilmuan yang digeluti penulis dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi salah satunya yaitu bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Sistem Manajemen Mutu Rumah Sakit, Manajemen Asuransi Kesehatan, Manajemen Logistik Rumah Sakit, Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit, Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit, Manajemen Pemasaran Rumah Sakit, Manajemen Strategi Rumah Sakit, Metode Penelitian dan Riset Pemasaran Rumah Sakit.

## **BIODATA PENULIS**



**Arlia , SKM., M.Kes.**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Datu Kamnre

Penulis lahir di Padang tanggal 20 November 1992 . Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Datu Kamnre. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Unvesitas Muslim Indonesia dan Melanjutkan Studi S2 pada Jurusan Magister Kesehaan Masyarakat di Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia. Pengalaman organisasi di kampus sebagai Ketua program Studi Administrasi kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Datu Kamnre , serta anggota kepanitiaan di beberapa acara kampus.

## **BIODATA PENULIS**



**Ramli A Bidullah, SKM, M.Kes**

Ramli A Bidullah, SKM, M.Kes, Lahir di sebuah Desa terpencil, Desa Tangkop biasanya disebut Desa Pinalong Kecamatan Liang Banggai Kepulauan Sulawesi Tengah, pada tanggal 25 Mei 1987 dari orang tua Ayah Amad Achmad Bidullah (alm) dan Ibu Rahma Lumuan. Penulis merupakan anak ketiga dari empat bersaudara, dan saat ini penulis menikah dengan seorang isteri Nurlaela Latempoh dan dikaruniai seorang putri Adzkia Azzahra dan seorang Putra Virendra Elramdhan Bidullah. Penulis menempuh pendidikan Formal SD di SDN Inpres Pinalong, SMP di SMPN 1 Liang, Lulus SMA di SMAN 1 Banggai tahun 2004 namun pernah sekolah di SMAN 1 Patani Gebe. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Tompotika Luwuk Banggai Tahun 2009, selanjutnya menyelesaikan Pacasarjana (S2) di Universitas Hasanuddin konsentrasi Promosi Kesehatan Tahun 2013 dan sementara ini penulis terdaftar sebagai Mahasiswa Doktorat di Universitas Hasanuddin.

Penulis memulai pekerjaan sebagai Dosen Tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Tompotika Luwuk tahun 2009 setelah Lulus Sarjana sampai dengan sekarang. Penulis menduduki jabatan Sekretaris Prodi Kesehatan Masyarakat Tahun 2011, Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Tahun 2012-2013, Sebagai Wakil Dekan III Tahun 2013-2014, sebagai Wakil Dekan I 2014-2018 dan sejak Tahun 2018 sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat sampai dengan sekarang. Penulis juga sebagai pengasuh

Mata Kuliah Bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang salah satunya adalah Mata Kuliah **Psikologi Kesehatan dan Perubahan Sosial Kesehatan serta Sosiologi dan Antropologi Kesehatan dan Pengorganisasian dan Pemberdayaan masyarakat**. Penulis sering memberikan tulisan-tulisan opini pada Media local maupun media social baik cetak (koran) maupun elektronik (Tiktok : Ramli Bidullah, FB, : Ramli A Bidullah, IG: ramlibidullah. penulis mempunyai website pribadi [www.ramlibidullah.com](http://www.ramlibidullah.com) untuk berbagi pendapat lewat tulisan-tulisan opini terutama tentang kesehatan masyarakat. Semoga apa yang kita lakukan bernilai ibadah kepada Allah SWT.

## BIODATA PENULIS



**Drs. Bambang Suhartawan, M.MT**

Dosen Jurusan Teknik Lingkungan  
Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan  
Universitas Sains dan Teknologi Jayapura

Penulis lahir di Blitar Tahun 1964. Penulis adalah dosen tetap dengan status PNS-DPK pada Jurusan Teknik Lingkungan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan (FTSP) Universitas Sains dan Teknologi Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Kimia Jurusan Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam (MIPA) Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Cenderawasih Jayapura pada tahun 1989. Pendidikan Pasca Sarjana diperoleh dari Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) Surabaya jurusan Manajemen Teknik Lingkungan pada tahun 2002. Beberapa buku yang telah ditulis terkait bidang lingkungan antara lain : Pengelolaan Sumber Daya Air; Penyehatan Udara; Adaptasi dan Mitigasi Perubahan Iklim di Indonesia; Ekotoksikologi, Pengelolaan Limbah Industri; Sistem Lingkungan Industri; Analisis Kualitas Lingkungan; Kesehatan Lingkungan Bancana; Manajemen Penyakit Tripos Berbasis Lingkungan; Pengelolaan Limbah Padat, Limbah Industri dan B3; Lingkungan : Pemahaman Masalah dan Solusi; Kesehatan Lingkungan : Memahami Dampak Lingkungan Terhadap Kesehatan; Kimia Ramah Lingkungan; Pencemaran Udara dan Perubahan Iklim; Entomologi dalam Kesehatan Lingkungan; Pengelolaan Limbah Cair; Kimia Lingkungan; Kesehatan Lingkungan

Global; Pengenalan Pembangunan Berkelanjutan dan Memahami Konsep dan Teori Ekologi Lingkungan.

## **BIODATA PENULIS**



**Taswin, SKM., M.Kes**

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin

Penulis lahir di Parepare, Sulawesi Selatan pada tanggal 14 Juni 1984. Penulis merupakan Dosen Tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin di Baubau. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di STIK Tamalatea Makassar tahun 2007 dan melanjutkan S2 pada Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Selain aktif pada kegiatan tri dharma perguruan tinggi, juga aktif pada publikasi hasil penelitian pada jurnal nasional terakreditasi, penulis juga aktif dalam menulis buku. Buku ini merupakan buku ke-11 (sebelas) yang telah ditulis oleh penulis. Penulis pernah sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat (Periode 2011 – 2015 dan Periode 2015 – 2019), dan Ketua Unit Penjaminan Mutu (UPM) tahun 2019 – 2021. Saat ini penulis sebagai Wakil Dekan Bidang Akademik, Kerjasama, dan Sistem Informasi, tahun 2023 – sekarang.