



# DASAR-DASAR KESEHATAN MASYARAKAT



Kori Puspita Ningsih, AMd., SKM., MKM. | Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.  
Ahmadi, S.Kep., Ns., M.Kes. | Eka Putri Rahayu, SKM, MPH.  
Ns. Anita Lufianti., M.Kes., M.Kep. | Eka Fujiati, S.KM.,M.KL.  
Wahyuni Hafid, SKM.,M.Epid. | Ahmad Aviv Mahda, S.KM., M.Kes.  
Lisa Djafar, SKM, M.Kes. | Kahar, SKM., M.KL.  
Emelia Tonapa, S.KM., M.Kes. | Sunarti Hanapi, SKM., M.Kes.  
Ika Sugiarti, S.Ag, M.Kes.  
Lorensia Panselina Widowati, S.Keb., Bd., MKM.  
Dhimas Herdhianta, S.KM., M.Kes. | Irvan Herdiana, M.Farm.

Bunga Rampai

**DASAR-DASAR  
KESEHATAN  
MASYARAKAT**

ITSPKU

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa :

**Kutipan Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Bunga Rampai

# DASAR-DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Kori Puspita Ningsih, AMd., SKM., MKM.  
Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.  
Ahmadi, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Eka Putri Rahayu, SKM, MPH.  
Ns. Anita Lufianti., M.Kes., M.Kep.  
Eka Fujiati, S.KM.,M.KL.  
Wahyuni Hafid, SKM.,M.Epid.  
Ahmad Aviv Manda, S.KM., M.Kes.  
Lisa Djafar, SKM, M.Kes.  
Kahar, SKM., M.KL.  
Emelia Tonapa, S.KM., M.Kes.  
Sunarti Hanapi, SKM., M.Kes.  
Ika Sugiarti, S.Ag, M.Kes.  
Lorensia Panselina Widowati, S.Keb., Bd., MKM.  
Dhimas Herdhianta, S.KM., M.Kes.  
Irvan Herdiana, M.Farm.



PRADINA PUSTAKA

# Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat

## Penulis :

Kori Puspita Ningsih, AMd., SKM., MKM. | Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.  
Ahmadi, S.Kep., Ns., M.Kes. | Eka Putri Rahayu, SKM, MPH.  
Ns. Anita Lufianti., M.Kes., M.Kep. | Eka Fujiati, S.KM., M.KL.  
Wahyuni Hafid, SKM.,M.Epid. | Ahmad Aviv Mahda, S.KM., M.Kes.  
Lisa Djafar, SKM, M.Kes. | Kahar, SKM., M.KL.  
Emelia Tonapa, S.KM., M.Kes. | Sunarti Hanapi, SKM., M.Kes.  
Ika Sugiarti, S.Ag, M.Kes. | Lorensia Panselina Widowati, S.Keb., Bd., MKM.  
Dhimas Herdhianta, S.KM., M.Kes. | Irvan Herdiana, M.Farm.

## Editor :

Dr. Fatma Sukmawati, M.Pd  
Dini Wahyu Mulyasari

## Proofreader :

Pradina Pustaka

## Desain Cover :

Tim Pradina Pustaka

## Ukuran :

xiv, 268 Hlm  
Uk : 15,5 x 23 cm

ISBN : 978-623-88036-4-4

IKAPI : 236/JTE/2022

## Cetakan pertama :

September 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis  
Isi diluar tanggung jawab percetakan  
Copyright © 2022 by Pradina Pustaka

Hak cipta dilindungi Undang-undang  
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau  
Memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari penerbit

## PENERBIT PRADINA PUSTAKA

Dk. Demangan RT 03 RW 04, Bakipandeyan, Kec. Baki - Sukoharjo 57556

Email : pradinapustaka@gmail.com

Telp : 087848001644

www.pradinapustaka.com

(Grup Penerbitan CV. Pradina Pustaka Grup)

# KATA PENGANTAR

---

Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi di Indonesia mampu menyelesaikan naskah buku bunga rampai dengan Judul “Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat”. Latar belakang dari penerbit mengadakan kegiatan Menulis kolaborasi ini adalah untuk membiasakan Dosen menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul “Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat” merupakan media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai materi apa saja yang akan mereka pelajari yang berasal dari berbagai sumber terpercaya yang berguna sebagai tambahan wawasan. Keberhasilan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2) Sejarah dan Konsep Kesehatan Masyarakat, 3) Hukum Kesehatan Masyarakat, 4) Sistem Pelayanan Kesehatan Nasional, 5) Perilaku Kesehatan, 6) Konsep Pencegahan Penyakit Dalam Pelayanan Kesehatan, 7) Konsep Dasar Epidemiologi, 8) Konsep Dasar Biostatistik, 9) Konsep dan Upaya Kesehatan Lingkungan, 10) Isu Kesehatan Lingkungan Lokal, Nasional, dan Internasional, 11) Konsep Dasar Kesehatan Kerja, 12) Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi dan Kependudukan, 13) Konsep Pencegahan Penyakit, 14) Administrasi Kebijakan Kesehatan, 15) Konsep Edukasi dan Promosi Kesehatan, 16) Manajemen Obat, Obat Tradisional dan Penggunaan Obat Rasional.

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

# DAFTAR ISI

---

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT .....</b>	<b>1</b>
A. Definisi Kesehatan Masyarakat .....	1
B. Tujuan Kesehatan Masyarakat .....	3
C. Fungsi Dari Kesehatan Masyarakat .....	4
D. Ruang Lingkup Kesehtaan Masyarakat .....	6
E. Prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat .....	8
F. Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat .....	9
DAFTAR PUSTAKA.....	14
PROFIL PENULIS .....	15
<b>BAB 2 SEJARAH DAN KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT .....</b>	<b>17</b>
A. Pendahuluan.....	17
B. Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	17
C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat .....	21
D. Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia .....	24
E. Sejarah Pendidikan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia .....	27
F. Organisasi Profesi Kesehatan Masyarakat .....	30
G. Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat .....	31
H. Upaya-Upaya Kesehatan Masyarakat.....	33
I. Tujuan Upaya Kesehatan Masyarakat .....	34
J. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat .....	34
K. Sasaran Kesehatan Masyarakat.....	35
DAFTAR PUSTAKA.....	36

PROFIL PENULIS .....	38
<b>BAB 3 HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT .....</b>	<b>39</b>
A. Pendahuluan.....	39
B. Determinan Kesehatan.....	40
C. Definisi Hukum Kesehatan.....	41
D. Masalah Kesehatan Masyarakat .....	42
E. Fungsi Hukum Kesehatan.....	43
F. Bidang Ilmu Kesehatan .....	44
G. Asas dan Tujuan Hukum Kesehatan .....	44
H. Hak dan Kewajiban Hukum Kesehatan.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	49
PROFIL PENULIS .....	50
<b>BAB 4 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN NASIONAL.....</b>	<b>51</b>
A. Pendahuluan.....	51
B. Definisi Sistem Pelayanan Kesehatan .....	53
C. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan .....	53
D. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan .....	54
E. Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan.....	56
F. Standar Pelayanan Minimal (Spm).....	59
G. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan .....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
PROFIL PENULIS .....	66
<b>BAB 5 PERILAKU KESEHATAN .....</b>	<b>67</b>
A. Konsep Perilaku .....	67
B. Perilaku Kesehatan .....	68
C. Bentuk-Bentuk Perilaku Kesehatan.....	69
D. Perilaku Terhadap Sakit Dan Penyakit.....	70
E. Perilaku Sakit ( <i>Illness Behavior</i> ).....	71
F. Perilaku Peran Sakit ( <i>The Sick Role Behavior</i> ) .....	76
G. Perilaku Peran Sakit ( <i>The Sick Role Behavior</i> ) .....	76



H. Perilaku Peran Sakit ( <i>The Sick Role Behavior</i> ) .....	77
I. Perilaku Pencegahan Penyakit.....	77
J. Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan .....	79
DAFTAR PUSTAKA.....	81
PROFIL PENULIS .....	82
<b>BAB 6 KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT DALAM PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>83</b>
A. Pendahuluan.....	83
B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	84
C. Pencegahan Penyakit .....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	94
PROFIL PENULIS .....	95
<b>BAB 7 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI .....</b>	<b>97</b>
A. Sejarah Perkembangan Epidemiologi .....	97
B. Definisi Epidemiologi.....	101
C. Ruang Lingkup Epidemiologi.....	105
D. Bidang Kajian Epidemiologi.....	106
E. Tujuan Epidemiologi.....	107
F. Manfaat Epidemiologi.....	107
G. Metode Pendekatan Epidemiologi.....	109
H. Sehat dan Sakit Dalam Epidemiologi .....	110
DAFTAR PUSTAKA.....	113
PROFIL PENULIS .....	114
<b>BAB 8 KONSEP DASAR BIostatistik .....</b>	<b>115</b>
A. Pengertian Biostatistik.....	115
B. Kegiatan Dan Proses Statistik .....	116
C. Ruang Lingkup Statistik .....	128
D. Peran Biostatistik Dalam Kesehatan Masyarakat.....	129
DAFTAR PUSTAKA.....	131
PROFIL PENULIS .....	132

<b>BAB 9 KONSEP DAN UPAYA KESEHATAN LINGKUNGAN .....</b>	<b>133</b>
A. Sejarah Kesehatan Lingkungan.....	133
B. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan .....	135
C. Hubungan Lingkungan, Manusia dan Kesehatan Masyarakat.....	137
D. Paradigma Kesehatan Lingkungan .....	142
E. Masalah Kesehatan Lingkungan .....	144
F. Upaya Kesehatan Lingkungan.....	145
DAFTAR PUSTAKA.....	148
PROFIL PENULIS .....	149
<b>BAB 10 ISU KESEHATAN LINGKUNGAN LOKAL, NASIONAL DAN INTERNASIONAL .....</b>	<b>151</b>
A. Pendahuluan.....	151
B. Masalah Kesehatan Lingkungan .....	153
C. Isu Kesehatan Lingkungan Lokal.....	159
D. Isu Kesehatan Lingkungan Nasional.....	162
E. Isu Kesehatan Lingkungan International/Global .....	164
F. Upaya Penanganan Isu Kesehatan Lingkungan.....	165
DAFTAR PUSTAKA.....	170
PROFIL PENULIS .....	172
<b>BAB 11 KONSEP DASAR KESEHATAN KERJA .....</b>	<b>173</b>
A. Pengertian Kesehatan Kerja .....	173
B. Sejarah Kesehatan Kerja .....	174
C. Kesehatan Kerja Dari Prespektif Keilmuan .....	178
D. Ruang Lingkup Kesehatan Kerja .....	179
E. Hazard, Risiko Dan Sistem Kesehatan Kerja.....	181
F. Lingkungan Kerja Dan Penyakit Akibat Kerja .....	182
G. Epidemiologi Dalam Kesehatan Kerja.....	184
DAFTAR PUSTAKA.....	186
PROFIL PENULIS .....	187

<b>BAB 12 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KEPENDUDUKAN</b>	<b>189</b>
A. Definisi Kesehatan Reproduksi.....	189
B. Tujuan Kesehatan Reproduksi .....	190
4. Menciptakan dukungan laki-laki dalam membuat keputusan, mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi.(Marmi, 2015).....	191
C. Sasaran Kesehatan Reproduksi .....	191
D. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	191
E. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi .....	193
F. Masalah Kesehatan Reproduksi.....	195
G. Faktor Yang Diluar Kesehatan Yang Berpengaruh Buruk Terhadap Terpenuhiannya Hak Reproduksi Perorangan .....	196
H. Penilaian Derajat Kesehatan Reproduksi.....	197
I. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi.....	198
DAFTAR PUSTAKA.....	201
PROFIL PENULIS .....	202
<b>BAB 13 KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT</b> .....	<b>203</b>
A. Latar Belakang.....	203
B. Pengertian Pencegahan Penyakit .....	204
C. Tujuan Pencegahan Penyakit.....	205
D. Tingkatan Pencegahan Penyakit.....	207
E. Strategi Upaya Pencegahan .....	217
F. Kesimpulan .....	218
DAFTAR PUSTAKA.....	219
PROFIL PENULIS .....	220
<b>BAB 14 ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN</b> .....	<b>221</b>
A. Administrasi dan Manajemen.....	221
B. Konsep Kebijakan Kesehatan.....	222
C. Manajemen Dan Pengambilan Keputusan.....	224
D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan .....	227

E. Pendekatan Dalam Formulasi Kebijakan .....	227
F. Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan .....	230
DAFTAR PUSTAKA.....	235
PROFIL PENULIS .....	236
<b>BAB 15 KONSEP EDUKASI DAN PROMOSI KESEHATAN .....</b>	<b>237</b>
A. Pendahuluan.....	237
B. Pendidikan Dan Promosi Kesehatan.....	238
C. Strategi Promosi Kesehatan .....	239
D. Sasaran Promosi Kesehatan .....	243
E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan .....	244
F. Metode Promosi Kesehatan.....	248
DAFTAR PUSTAKA.....	249
PROFIL PENULIS .....	250
<b>BAB 16 MANAJEMEN OBAT, OBAT TRADISIONAL DAN PENGGUNAAN OBAT RASIONAL .....</b>	<b>251</b>
A. Pendahuluan.....	251
B. Manajemen Obat.....	252
C. Obat Tradisional .....	255
D. Penggunaan Obat Rasional.....	262
DAFTAR PUSTAKA.....	267
PROFIL PENULIS .....	268

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Fungsi Kesehatan Masyarakat.....	5
Gambar 2. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan .....	10
Gambar 3. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan .....	55
Gambar 4. Pola Jaringan Rujukan .....	58
Gambar 5. Model Segitiga Epidemiologi .....	111
Gambar 6. Model Roda ( <i>the wheel</i> ) .....	111
Gambar 7. Model Jaring-jaring sebab-akibat.....	112
Gambar 8. Contoh diagram batang vertikal dan diagram batang horizontal .....	123
Gambar 9. Contoh diagram garis .....	123
Gambar 10. Contoh diagram lingkaran .....	124
Gambar 11. Contoh diagram gambar.....	124
Gambar 12. Ruang lingkup statistik.....	128
Gambar 13. Model Seimbang/ keadaan Sehat.....	139
Gambar 14. Model Seimbang/ keadaan Sehat.....	140
Gambar 15. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit.....	140
Gambar 16. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit.....	140
Gambar 17. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit.....	141
Gambar 18. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit.....	141
Gambar 19. Paradigma Kesehatan Lingkungan.....	143
Gambar 20. Luas Kawasan Kumuh Perkotaan dan Menjadi Prioritas Mendapatkan Penanganan .....	160
Gambar 21. Analisis Drive-Pressure-State-Impact-Response (DPSIR) pada Program Langit Biru (KLHK) .....	166
Gambar 22. Konsep Program Kampung Iklim (ProKlim).....	167
Gambar 23. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) atau Sustainable Development Goals (SDGs) .....	169
Gambar 24. Bentuk Simplisia Obat Tradisional .....	256
Gambar 25. Logo Jamu .....	259
Gambar 26. Contoh produk jamu .....	260
Gambar 27. Logo OHT.....	261
Gambar 28. Logo Fitofarmaka.....	262

## DAFTAR TABEL

---

Tabel 1. Perbedaan Pelayanan Kesehatan Kuratif dan Pelayanan Pencegahan ...	20
Tabel 2. Penemu dan Hasil Penemuan dalam Penanggulangan Penyakit.....	23
Tabel 3. Jenis Layanan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota .....	60
Tabel 4. Data Pengukuran Responden .....	120
Tabel 5. Data Pengukuran Responden .....	121
Tabel 6. Distribusi Status Merokok Responden.....	121
Tabel 7. Tabulasi Silang Status Merokok dan Hipertensi Responden.....	122

ITSPKU

ITSPKU

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

# BAB 1

## DASAR ILMU KESEHATAN

### MASYARAKAT

---

Kori Puspita Ningsih, AMd., SKM., MKM  
Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

#### A. Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat mengandung dua unsur kata dasar yaitu sehat dan masyarakat. Konsep sehat tersebut diartikan sebagai kondisi sejahtera dari badan, jiwa dan sosial sehingga dapat beraktivitas secara produktif ekonomis dan sosial. Sedangkan masyarakat merupakan sekelompok orang yang saling berhubungan. Merujuk pada WHO (1947) sehat diartikan sebagai suatu keadaan yang sempurna secara fisik, mental, serta sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan. Sehat adalah hak paling mendasar dari setiap manusia, tanpa membedakan ras, agama, politik, dan kondisi sosial ekonominya. Menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, bahwa sehat adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Kesehatan masyarakat adalah seluruh upaya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan menggunakan serangkaian upaya yang sekurang-kurangnya terdiri dari unsur atau ciri-ciri sebagai berikut: (a) berbasis masyarakat; (b) berorientasi pencegahan dan/atau peningkatan derajat kesehatan; (c) dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh lintas sektoral; (d) melibatkan masyarakat untuk berpartisipasi.



Berikut beberapa penjelasan dari para ahli terkait definisi Kesehatan Masyarakat:

1. **Menurut Winslow (1920)** seorang ahli kesehatan masyarakat mendefinisikan kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk: (a) meningkatkan sanitasi lingkungan; (b) mengendalikan infeksi menular; (c) pendidikan secara individual dalam hal hygiene perorangan; (d) mengorganisasikan pelayanan medis dan perawatan untuk tercapainya diagnosis dini dan terapi pencegahan terhadap penyakit; dan (e) pengembangan sosial ke arah adanya jaminan hidup yang layak dalam bidang kesehatan.
2. **Menurut Prayitno (1994)** dalam pandangan yang sempit mungkin dapat dikatakan bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat itu adalah ilmu yang mempelajari sehat dan sakit saja, dan dalam arti yang luas ternyata Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang lebih menitikberatkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam IKM dikenal adanya 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri dari:
  - a. *Promotive* (meningkatkan pemahaman kesehatan);
  - b. *Preventive* (meningkatkan upaya pencegahan penyakit);
  - c. *Protective* (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit);
  - d. *Curative* (upaya penyembuhan terhadap penyakit);
  - e. *Rehabilitative* (upaya pemulihan).
3. **Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948)**, Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Dari batasan ini dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat itu meluas dari

hanya berurusan sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan sampai dengan ilmu sosial, dan itulah cakupan ilmu kesehatan masyarakat.

4. **Menurut WHO (2018)**, kesehatan masyarakat mengacu pada semua upaya terorganisir (baik publik atau swasta) untuk mencegah penyakit, mempromosikan kesehatan dan memperpanjang hidup di antara populasi secara keseluruhan.

Menyimak definisi tersebut di atas, maka terlihat bahwa ternyata Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) berkaitan dengan sebuah kompleksitas yang amat dalam sekali. Definisi IKM menurut Winslow bahwa kesehatan masyarakat mempunyai dua aspek teoritis (ilmu atau akademik) dan praktis (aplikatif). Masing-masing aspek ini memiliki peran dalam kesehatan masyarakat. Pada aspek teoritis kesehatan masyarakat perlu didukung dan didasari dengan hasil-hasil riset/penelitian. Artinya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat (aplikasi) harus didasarkan pada temuan-temuan (*evident based*) hasil kajian ilmiah (penelitian). Sebaliknya kesehatan masyarakat juga harus terapan (*applied*) artinya hasil-hasil studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program.

## B. Tujuan Kesehatan Masyarakat

Fokus kesehatan masyarakat meliputi seluruh spektrum kesehatan dan kesejahteraan dari promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk identifikasi awal dan manajemen untuk rehabilitasi dan perawatan akhir hidup, atau promosi, perlindungan dan pencegahan. Kesehatan masyarakat biasanya mencakup tiga domain luas: praktik perlindungan kesehatan, peningkatan pelayanan kesehatan dan peningkatan kesehatan, dengan ini didukung oleh kecerdasan kesehatan (WHO, 2022).

Tujuan umum kesehatan masyarakat adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kapasitas masyarakat agar dapat meningkatkan pelayanan kesehatannya secara mandiri. Sedangkan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah:

1. Untuk meningkatkan pemahaman individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang pengertian sehat dan sakit.
2. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
3. Menangani kelompok rentan khusus dan kasus yang memerlukan perawatan lanjutan di pelayanan kesehatan (Eliana dan Sumiati, 2016).

### C. Fungsi Dari Kesehatan Masyarakat

Terdapat beberapa pendapat ahli tentang kesehatan masyarakat. Fungsi utama kesehatan masyarakat untuk:

1. Memperpanjang dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.
2. Mendapatkan perlindungan kesehatan melalui kegiatan promosi kesehatan, yang dimulai melalui kegiatan pencegahan dari penyakit yang berpotensi menular serta untuk mengurangi keadaan semakin parah.
3. Mengoptimalkan teknologi guna mencapai promosi kesehatan kepada masyarakat sehingga informasi yang disampaikan akan lebih efektif dan menyeluruh (Riegelman, 2009).

Sedangkan menurut (Notoatmodjo, 2012), fungsi kesehatan masyarakat adalah:

1. Mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan penduduk.
2. Memperpanjang umur seseorang atau masyarakat.

3. Meningkatkan kesehatan masyarakat, yang dilakukan dengan menerapkan perilaku hidup bersih sehat sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup manusia.



Gambar 1. Fungsi Kesehatan Masyarakat  
(sumber: Public Health Nigeria, 2022)

Kesehatan masyarakat yang baik adalah salah satu tanggung jawab utama kementerian kesehatan semua negara, dan negara-negara anggota *World Health Organization (WHO)*. Meskipun mulia, kesehatan masyarakat yang baik mengharuskan negara-negara untuk mengembangkan sistem kesehatan masyarakat mereka, membangun struktur dan memperoleh sumber daya yang diperlukan. Salah satu cara untuk melakukannya adalah dengan menerapkan fungsi kesehatan masyarakat esensial atau Essential Public Health Functions (EPHF). Fungsi kesehatan masyarakat esensial menjadi tanggung jawab utama setiap negara, yang mendasar untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat melalui tindakan kolektif (CDC, 2000). Pekerjaan EPHFs di Wilayah, yang diawasi oleh komite pengarah ahli kesehatan masyarakat dan perwakilan dari organisasi internasional seperti *World Bank*, *United Nations Children's Fund*, *CDC and International Association of National Public Health Institutes*, telah mengidentifikasi serangkaian fungsi (gambar 1), yaitu:

## 1. Fungsi inti

- a. Surveian dan pemantauan determinan kesehatan, risiko, morbiditas dan mortalitas.
- b. Kesiapsiagaan dan respons kesehatan masyarakat terhadap wabah penyakit, bencana alam, dan keadaan darurat lainnya.
- c. Perlindungan kesehatan termasuk pengelolaan lingkungan, makanan, toksikologi dan keselamatan kerja
- d. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui populasi dan intervensi pribadi, termasuk: tindakan untuk mengatasi determinan sosial kesehatan dan ketidaksetaraan kesehatan.

## 2. Fungsi pendukung

- a. Menjamin tata kelola kesehatan yang efektif, undang-undang kesehatan masyarakat, pembiayaan dan struktur kelembagaan (fungsi penata layanan).
- b. Menjamin tenaga kerja yang cukup dan kompeten untuk pemberian kesehatan masyarakat yang efektif.
- c. Mendukung komunikasi dan mobilisasi sosial untuk kesehatan.
- d. Memajukan penelitian kesehatan masyarakat untuk menginformasikan dan memengaruhi kebijakan dan praktik (Ala Alwan et all, 2015; Public Health Nigeria, 2022).

## D. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan Masyarakat (IKM) berasal dari banyak disiplin ilmu antara lain, Biologi, Kimia, Fisika, Kedokteran, Kesehatan Lingkungan, Sosiologi, Pendidikan, Psikologi, Antropologi, dan lain-lain. Namun secara garis besar, pilar utama dari IKM adalah:

1. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
2. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
3. Biostatistik/Statistik Kesehatan.
4. Kesehatan Lingkungan.
5. Gizi Masyarakat.
6. Kesehatan Kerja.
7. Epidemiologi

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

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

Masalah yang ada pada kesehatan masyarakat bersifat multikausal, sehingga pemecahan masalahnya secara multidisipliner dengan perpaduan antara teori dan praktik. Upaya untuk memecahkan masalah dalam ruang lingkup kesehatan masyarakat meliputi:

1. Promosi kesehatan (*promotif*)

Promosi kesehatan bertujuan untuk memperbaiki tingkat kesehatan suatu komunitas. Upaya meningkatkan kesehatan adalah upaya yang ditujukan guna meningkatkan kesehatan melalui program pemeliharaan kesehatan perorangan dan lingkungan, peningkatan gizi, olahraga teratur, istirahat yang

cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan optimal dari badan, jiwa, dan sosial.

2. Pencegahan penyakit (*preventif*)

Upaya mencegah penyakit adalah upaya yang ditujukan agar penyakit tidak terjadi, melalui program pemberian imunisasi bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala guna mendeteksi penyakit sejak dini.

3. Terapi (*kuratif*)

Terapi atau pengobatan adalah upaya yang dilakukan untuk mengobati orang sakit secara tepat sehingga dalam waktu singkat kesehatannya dapat dipulihkan.

4. Pemeliharaan kesehatan (*rehabilitatif*)

Pemeliharaan kesehatan adalah upaya yang ditujukan kepada penderita yang baru pulih dari sakitnya atau biasa disebut survival (Eliana dan Sumiati, 2016).

## E. Prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) secara garis besar ada enam yang perlu diketahui yaitu:

1. IKM lebih menekankan pemikiran dan tindakan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit daripada pengobatan/kuratif.
2. IKM menekankan pada masyarakat atau kumpulan orang, baik yang sehat maupun sakit atau yang bermasalah daripada kumpulan individu (perorangan) yang sakit saja.
3. Dalam IKM faktor lingkungan di anggap memegang peran yang sangat penting. Hal ini mengingatkan bahwa adanya suatu masalah kesehatan atau penyakit yang ada di masyarakat tidak hanya di lihat dari faktor dari dalam saja akan tetapi faktor dari luar.
4. IKM melihat upaya-upaya masyarakat yang terorganisasikan pada prinsipnya, pengorganisasian masyarakat itu

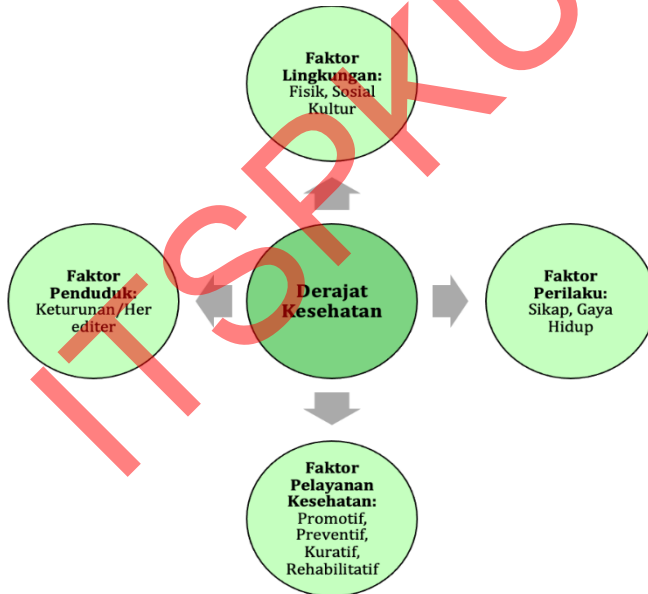
- mempunyai orientasi kepada sesuatu kegiatan-kegiatan tertentu untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
5. IKM menganggap masyarakat baik sebagai objek dan sekaligus subjek upaya kesehatan. Hal ini diartikan bahwa walaupun masyarakat sebagai objek dalam melaksanakan program kesehatan masyarakat, akan tetapi masyarakat juga harus sebagai subjek yang berpartisipasi aktif dalam mendukung segala upaya yang bertujuan menciptakan kesehatan masyarakat tanpa adanya dukungan dari masyarakat, maka program kesehatan masyarakat tidak akan terlaksana dengan baik.
  6. IKM melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang multi sektoral yang kait mengait dengan permasalahan lainnya (non kesehatan). Hal ini dimungkinkan karena segala hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan selalu bersinggungan dengan sektor lainnya. Misalnya masalah balita gizi buruk, tidak hanya sebagai masalah di sektor kesehatan saja akan tetapi menjadi masalah di sektor pertanian sebagai penyedia pangan dan sektor ekonomi sebagai pengambil kebijakan dalam masalah penanggulangan masalah ekonomi masyarakat (kemiskinan)(Adnani Hariza, 2017).

## F. Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Peran kesehatan masyarakat sangat sentral dalam kesehatan masyarakat. Apa yang membedakan kesehatan masyarakat dari kedokteran klinis adalah bahwa fokusnya adalah pada seluruh populasi - bukan pasien individu (Lee, 1997). Oleh karena itu ahli kesehatan masyarakat perlu memahami faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, sehingga kesehatan masyarakat yang baik dapat tercapai.



Guna mencapai kondisi sehat, maka kita perlu memperhatikan faktor internal dan eksternal pada diri manusia. Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, emosi, inovasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya. Kedua faktor tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, baik secara individu, kelompok maupun dalam masyarakat, yang menurut Hendrik L Blum (1997) dikelompokkan menjadi empat bagian yang dapat berpengaruh besar terhadap kesehatan (gambar 2).



**Gambar 2. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan (H.L Blum, 1997)**

Faktor lingkungan, perilaku, penduduk dan pelayanan saling berkaitan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (gambar 2). Intervensi yang akan dilakukan pada perilaku seseorang dari sikap dan gaya hidup akan menentukan perilaku

secara berkelompok, sehingga akan membentuk intervensi perilaku pada lingkungan baik fisik, biologis, sosial dan kultur. Dukungan pelayanan kesehatan dan keturunan akan saling mempengaruhi kesehatan. Perilaku manusia yaitu bagaimana masyarakat menyikapi dan mengelola lingkungan, adanya perilaku menjaga dan meningkatkan kesehatan serta perilaku masyarakat dan tenaga kesehatan untuk mengelola dan merespons fasilitas pelayanan kesehatan. mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih sehat dalam mewariskan derajat kesehatan yang sehat. baik untuk keturunannya

## **1. Faktor lingkungan**

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

## 2. Faktor Perilaku

Faktor perilaku atau gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri, di samping itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya. Intervensi penyuluhan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) melalui sektor terkecil di desa, seperti perangkat desa dan kader PKK akan mengawali perubahan perilaku masyarakat (Ningsih, K.P., et al, 2020). Adanya urbanisasi atau migrasi penduduk akan berpengaruh pada perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang tentunya juga akan berdampak pada derajat kesehatan.

## 3. Faktor Pelayanan Kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat, hal ini dikarenakan keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam upaya pemulihan kesehatan seseorang/ masyarakat. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan sangat berpengaruh oleh lokasi, kemudahan akses, ketersediaan tenaga kesehatan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan, serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik.

## 4. Faktor Penduduk

Faktor penduduk yaitu keturunan/genetik/herediter juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang diturunkan lewat genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak

lahir. Faktor ini sulit untuk dilakukan intervensi karena merupakan faktor bawaan atau genetik.

ITSPKU

## DAFTAR PUSTAKA

- Ala, A., Peka, P., & Sammen, S. (2015). Essential public health functions for countries of the Eastern Mediterranean Region: what are they and what benefits do they offer?. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 21(12.) 859-860  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272597>
- Lee P. (1997). The Role Of Public Health In Population Health. *Physician Exec.* (7):25-9. PMID: 10170418.
- Ningsih, K. P., Pramono, A. E. Ilmi, L. R. dkk. (2020). "Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dalam Rangka Menyambut Era New Normal." *Jurnal APTKEMAS* 5: 16–20.  
<http://dx.doi.org/10.31599/jabdimas>.
- Notoatmodjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Public health Nigeria. (2022) *What Is The Function Of Public Health*. Retrieved from <https://www.publichealth.com.ng/what-is-the-function-of-public-health/>
- Riegelman, R. K. (2009). *Public Health 101 Healthy People, Healthy Populations*. Inggris: Jones and Bartlett Publisher
- WHO. (2018). *Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from:
- WHO. (2022) *.21ST Century Health Challenges Can the essential public health functions make a difference?*. Geneva: Retrieved from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/health-service-resilience/essential-public-health-functions>.

## PROFIL PENULIS



**Kori Puspita Ningsih, AMd., SKM., MKM** Lahir di Boyolali, 09 Januari 1988. Penulis adalah putri pertama dari Bp. Much Ridwan dan Ibu Marganingsih, Bsc. Penulis menempuh pendidikan tinggi dari jenjang D3 Rekam Medis Fakultas MIPA Universitas Gadjah Mada, S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta, dan S2 Kesehatan Masyarakat

Konsentrasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Universitas Diponegoro. Penulis mengawali karir sebagai praktisi di RS Mata Dr."Yap" pada tahun 2008 hingga 2015 dan sejak tahun 2009 mulai mengajar di beberapa institusi pendidikan di wilayah Yogyakarta. Tahun 2015 penulis sepenuhnya menjadi pengajar tetap di Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D-3) Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Penulis juga aktif dalam berorganisasi mulai tahun 2013-2017 sebagai pengurus Dewan Perwakilan Daerah Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (DPD PORMIKI) wilayah D.I.Yogyakarta, tahun 2016-2020 menjadi Pengurus Pusat Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI) sebagai bendahara I, tahun 2020-2024 menjadi Pengurus Pusat APTIRMIKI sebagai Ketua Bidang Kurikulum. Saat ini penulis sedang menempuh pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret.

Email Penulis : [puspitakori@gmail.com](mailto:puspitakori@gmail.com)

ITSPKU

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

# BAB 2

## SEJARAH DAN KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

---

Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.  
ITS PKU Muhammadiyah Surakarta

### A. Pendahuluan

Ilmu Kedokteran, ilmu kesehatan tidak lahir begitu saja, tetapi mempunyai perjalanan panjang. Perubahan yang terjadi bukan semata-mata berubah tetapi selalu berdasarkan dari pertimbangan yang terkait dengan masalah kesehatan yang terjadi pada waktu itu. Sejarah diperlukan untuk memberikan nilai-nilai luhur bagi yang memahami pentingnya sejarah. Sejarah kesehatan masyarakat di dunia dan di Indonesia juga selalu berhubungan. Semua itu tidak lepas dari peran berbagai tokoh agama, tokoh cendekiawan dan unsur pemerintahan. Dengan memahami sejarah kesehatan masyarakat diharapkan dapat memberi makna dan nilai sendiri kepada para calon tenaga kesehatan ataupun pelaku tenaga kesehatan.

### B. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Dr Ezzat Abouleish MD dalam tulisannya berjudul *Contributions of Islam to Medicine* menyatakan bahwa Ilmu kedokteran tak lahir dalam waktu semalam. Studi kedokteran yang berkembang pesat di era modern ini merupakan puncak dari usaha jutaan manusia, baik yang dikenal maupun tidak, sejak ribuan tahun silam. Begitu pentingnya, ilmu kedokteran selalu diwariskan dari generasi ke generasi dan bangsa ke bangsa. Cikal bakal ilmu medis sudah ada sejak dahulu kala. Sejumlah



peradaban kuno seperti Mesir, Yunani, Roma, Persia, India, serta Cina sudah mulai mengembangkan dasar-dasar ilmu kedokteran dengan cara sederhana. Tapi peradaban keilmuan, khususnya dalam bidang kedokteran yang dicapai oleh bangsa-bangsa itu akhirnya bergeser. Zaman pertengahan, peradaban ada ditangan Islam, dimana ilmu pengetahuan mendapat perhatian penuh. Tidak terkecuali ilmu kedokteran, ketika penerjemahan dilakukan secara besar-besaran. Dari kegiatan itu, dapat dikatakan kejayaan Islam dalam keilmuan dimulai. Inilah zaman menuju keemasan Islam, yang dalam dunia politik kekhalifahan dipegang oleh bani Abbasiyyah. Kontribusi peradaban Islam dalam dunia kedokteran sungguh sangat tak ternilai. Di era keemasannya, peradaban Islam telah melahirkan sederet pemikir dan dokter terkemuka yang telah meletakkan dasar-dasar ilmu kedokteran modern. Dunia Islam juga tercatat sebagai peradaban pertama yang mempunyai rumah sakit dan dikelola oleh tokoh-tokoh profesional. Dunia kedokteran Islam di zaman kekhalifahan meninggalkan banyak karya yang menjadi literatur keilmuan dunia.

Karya keilmuan bidang kesehatan yang bisa sebagai literatur oleh kedokteran Islam didasari dari ayat Al Qur'an dan Hadits, dimana banyak ditemukan referensi tentang kesehatan. Misalnya dalam ayat Al-Qur'an: "Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh-penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk dan rahmat bagi orang-orangnya yang beriman" (QS:Yunus 57). Pada Hadits juga dapat dijumpai terkait kesehatan yaitu Hadits Bukhari yang diriwayatkan oleh Ibnu Abbas, Rasulullah bersabda. "Dua nikmat yang sering tidak diperhatikan oleh kebanyakan manusia yaitu kesehatan dan waktu luang. "Kalimat "*sehat wal'afiat*" dalam Bahasa Indonesia mengacu pada kondisi jasmani dan bagian-bagiannya yang terbebas dari virus penyakit. Sehat walafiat ini dapat diartikan sebagai kesehatan fisik, mental, maupun kesehatan masyarakat.

Pemeliharaan kesehatan dalam Islam dimulai dari upaya pencegahan kemudian pengobatan. Banyak perilaku Nabi Muhammad SAW dalam menjaga kesehatan diawali dengan perilaku sehat dalam arti mencegah sakit sebelum sakit. Salah satunya adalah Islam memerintahkan mandi bagi umatnya untuk membersihkan tubuh dari najis dan hadas. Dia mengajarkan kepada umatnya, mulai memotong kuku, membersihkan luas jari, mencabut bulu ketiak dan bersiwak hingga bagaimana cara dia makan. Cuci tangan juga menjadi kebiasaan Nabi Muhammad SAW dalam sabdanya: "Cucilah kedua tanganmu sebelum dan sesudah makan dan cucilah kedua tanganmu setelah bangun tidur. Tidak seorang pun tahu di mana tangannya berada di saat tidur". Masih banyak lagi ayat Al Quran dan Hadits Nabi Muhammad SAW terkait dengan kesehatan baik individu maupun untuk kesehatan masyarakat. Dalam perilaku pencegahan tersebut Nabi Muhammad SAW juga menjelaskan terkait pengobatan jika datang sakit, misalnya: "Berobatlah, karena tiadalah suatu penyakit yang diturunkan Allah, kecuali diturunkan pula obat penangkalnya selain satu penyakit, yaitu ketuaan."

Dalam konteks masyarakat modern, masalah kesehatan telah menjadi urusan publik, maka terkait dengan kebijakan negara. Upaya mewujudkan perilaku sehat warga masyarakat dalam perspektif kebijakan kesehatan antara lain: kebijakan penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit; kebijakan peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat; kebijakan peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.

Kebijakan dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui upaya antara lain: peningkatan pencegahan; penyembuhan penyakit; pemulihan kesehatan terutama untuk

ibu dan anak; dan kebijakan peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.

Dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat yang luas terdapat 2 (dua) upaya yaitu upaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif (*curative health care*) dan upaya pelayanan yang bersifat pencegahan (*preventive health care*). Perbedaan tersebut dapat dilihat pada tabel 1. di bawah ini.

**Tabel 1. Perbedaan Pelayanan Kesehatan Kuratif dan Pelayanan Pencegahan**

<b>Curative Health Care</b>	<b>Preventive Health Care</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sasarannya bersifat individual</li> <li>2. Kontak pada klien hanya satu kali</li> <li>3. Terdapat jauh jarak antara petugas kesehatan dengan klien.</li> <li>4. Cara pendekatan:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bersifat reaktif, bermakna menunggu masalah kesehatan/ penyakit datang. Di sini petugas kesehatan hanya menunggu klien datang;</li> <li>b. Cenderung menangani masalah atau penyakit pada sistem biologis;</li> <li>c. Manusia sebagai klien hanya dilihat secara parsial. Padahal manusia terdiri atas aspek bio-psiko-sosio dan spiritual.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sasarannya adalah masyarakat</li> <li>2. Masalah yang ditangani adalah masalah yang dirasakan oleh masyarakat, bukan masalah individual.</li> <li>3. Hubungan petugas kesehatan dan masyarakat bersifat kemitraan.</li> <li>4. Cara pendekatan:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bersifat proaktif, bermakna tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari apa penyebab masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu datangnya klien, tetapi harus turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada pada masyarakat, dan selanjutnya melakukan tindakan.</li> <li>b. Melihat klien sebagai makhluk yang utuh melalui pendekatan yang holistik, bahwa terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya salah satu aspek, baik aspek biologis maupun aspek yang lain. Pendekatan yang utuh pada semua aspek, baik biologis, psikologis, sosiologis maupun spiritual dan sosial.</li> </ol> </li> </ol>

## C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Periode perkembangan kesehatan masyarakat dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu:

### 1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*prescientific period*)

Perkembangan kesehatan masyarakat sebelum ilmu pengetahuan tidak dapat dipisahkan dari sejarah kebudayaan yang ada di dunia, di antaranya adalah budaya dari bangsa Babilonia, Mesir, Yunani, dan Romawi.

Greene (1984), pada zaman tersebut diperoleh catatan bahwa telah dibangun tempat pembuangan kotoran (latrin) umum untuk menampung tinja atau kotoran manusia serta digalinya susia. Latrin dibangun dengan tujuan agar tinja tidak menimbulkan bau yang tidak sedap dan pandangan yang tidak menyenangkan, belum ada pemikiran bahwa latrin dibangun dengan alasan kesehatan karena tinja atau kotoran manusia dapat menularkan penyakit. Pembuatan susia oleh masyarakat pada masa itu dikarenakan air sungai yang biasa mereka minum sudah kotor dan terasa tidak enak, bukan karena minum air sungai dapat menyebabkan penyakit.

Hanlon (1974), dari dokumen lain mencatat pada zaman Romawi Kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan kepada masyarakat untuk: Mencatatkan pembangunan rumah, Melaporkan adanya binatang-binatang yang berbahaya, Melaporkan binatang peliharaan/ternak yang dapat menimbulkan bau, Pemerintah melakukan supervisi ke tempat-tempat minuman (public bar), warung makanan, tempat prostitusi, dan lain-lain.

#### 1. Awal abad I sampai abad ke-7

Notoadmodjo (2014), kesehatan masyarakat makin mendapatkan perhatian khusus, dikarenakan beberapa alasan yaitu munculnya berbagai penyakit menular yang

menyerang penduduk dan telah menjadi epidemi, bahkan ada yang menjadi endemis. Di Asia, khususnya Timur Tengah, Asia Selatan, dan Afrika muncul penyakit kolera yang telah tercatat sejak abad ke-7, bahkan di India penyakit kolera telah menjadi endemis. Penyakit lepra telah menyebar ke Mesir, Asia kecil, dan Eropa melalui para imigran. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi kasus epidemi dan endemis, di antaranya masyarakat mulai memperhatikan berbagai masalah antara lain: Lingkungan, terutama higiene dan sanitasi lingkungan; Pembuangan kotoran manusia (latrin); Mengusahakan air minum bersih; Pembuangan sampah; dan Pembuatan ventilasi yang memenuhi syarat.

## 2. Abad ke-13 sampai abad ke-17

Pada periode waktu tersebut, pes menjadi penyakit epidemi yang paling mematikan, pada tahun 1340 di Cina dan India tercatat 13 juta orang meninggal. Di Mesir dan Gaza dilaporkan bahwa 13 ribu orang meninggal tiap hari karena serangan pes. Berdasarkan catatan di seluruh dunia lebih dari 60 juta meninggal, hingga dijuluki sebagai "*The Black Death*".

## 2. Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period)

### 1. Abad ke-18 sampai awal abad ke-19

Penyakit-penyakit yang timbul tidak dilihat hanya sebagai fenomena biologi yang sempit, tapi merupakan masalah yang kompleks, maka pendekatan pemecahan masalah kesehatan sudah komprehensif dan multi sektoral. Pada periode ini mulai ditemukan penyebab berbagai macam penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit, seperti pada Tabel 1.2 di bawah ini:

**Tabel 2. Penemu dan Hasil Penemuan dalam Penanggulangan Penyakit**

Penemu	Hasil Temuan
Louis Pasteur	Vaksin untuk mencegah penyakit cacar
Joseph Lister	Asam carbol ( <i>carbolic acid</i> ) untuk sterilisasi ruang operasi
William Marton	Ether sebagai anestesi pada waktu operasi

Tahun 1832, Inggris dilanda wabah kolera, Parlemen Inggris menugaskan Edwin Chadwick, seorang pakar sosial (*social scientist*) untuk memimpin penyelidikan, berdasarkan hasil laporan penyelidikannya, akhirnya Parlemen Inggris mengeluarkan undang-undang tentang upaya kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan dan tempat kerja, pabrik, dan lain-lain. Edwin Chadwick menjadi *pioneer* dalam ilmu kesehatan masyarakat. Penerus Chadwick adalah Winslow yang kemudian dikenal sebagai Pembina kesehatan masyarakat modern (*Public Health Modern*). Winslow merumuskan definisi kesehatan masyarakat yang kemudian diterima oleh WHO. Sejak saat itu, lahirlah berbagai macam definisi sehat.

Berikutnya, tokoh John Snow seorang tokoh yang sukses mengatasi penyakit kolera di Kota London. Dalam menyelesaikan masalah kesehatan, John Snow menggunakan pendekatan epidemiologi dalam menganalisis wabah penyakit kolera, yaitu dengan menganalisis faktor tempat, orang, waktu, sehingga dia dianggap sebagai *The Father of Epidemiology*.

## 2. Akhir abad ke-19 sampai awal abad ke-20

Tahun 1893, John Hopkis seorang pengusaha Amerika memelopori berdirinya universitas pertama yang membuka sekolah (Fakultas) kedokteran. Tahun 1908, sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dan lainnya.

## D. Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia

Secara umum perkembangan kesehatan di Indonesia dapat dibagi menjadi 2 (dua) periode yaitu:

### 1. Sebelum Kemerdekaan

1. Tahun 1807, Gubernur Jenderal Daendels mengadakan pelatihan praktik persalinan bagi dukun bayi untuk menurunkan tingginya angka kematian bayi (*infant mortality rate*).
2. Tahun 1884, cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia.
3. Tahun 1851 berdiri sekolah dokter pribumi STOVIA (*School Tot Opleiding von Indische Arsten*) di Batavia oleh dr. Bosch, seorang Kepala Pelayanan Kesehatan Sipil dan Militer di Indonesia dan dr. Bleeker.
4. Tahun 1888, berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, dan berubah menjadi Lembaga Eykman pada tahun 1922.
5. Tahun 1913 didirikan sekolah dokter yang ke-2 di Surabaya dengan nama NIAS (*Neederland Indische Arsten School*).
6. Tahun 1922 terjadi wabah pes, sehingga tahun 1933-1935 dilakukan upaya pemberantasan dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi masal.
7. Tahun 1925 Dr.J.L. Hydrich, melakukan pengamatan dan penelitian terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Purwokerto Banyumas. Dari penelitiannya dapat disimpulkan penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan antara lain: buruknya sanitasi lingkungan; masyarakat buang air besar di sembarang tempat; dan penggunaan air minum yang telah tercemar.

## 2. Era Kemerdekaan

1. Tahun 1947 pemerintah Indonesia mendirikan perguruan tinggi pertama yaitu Universitas Indonesia (UI) dan merubah STOVIA menjadi fakultas kedokteran Universitas Indonesia (FKUI). Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia.
2. Tahun 1951, Konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah, mulai diperkenalkan bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat meliputi aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan.
3. Tahun 1952, Pemerintah Indonesia melaksanakan pelatihan intensif bagi dukun bayi.
4. Tahun 1956, Dr.Y. Sulianti mendirikan "Proyek Bekasi (lemah abang)" sebagai proyek percontohan pelayanan dalam pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia dan sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan, terpilih 8 (delapan) desa wilayah pengembangan masyarakat: Sumatera Utara: Indrapura; Lampung; Jawa Barat: Bojong Loa; Jawa Tengah: Sleman; Yogyakarta: Godean; Jawa Timur: Mojosari, Bali: Kesiman; dan Kalimantan Selatan: Barabai.
5. Tahun 1959, tanggal 12 November dicanangkan Program Pemberantasan Malaria yang selanjutnya disebut Hari Kesehatan Nasional.
6. Pada tahun 1967, dr. Achmad Dipodilogo memaparkan konsep pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dalam wilayah kerja kecamatan yang dibagi menjadi Tipe A, B, dan C serta mengacu pada Konsep Bandung dan Proyek Bekasi.
7. Tahun 1968, dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional, konsep PUSKESMAS dicetuskan sebagai sistem pelayanan kesehatan masyarakat terpadu
8. Tahun 1969, dalam Master Plan of Strengthening National Health Service in Indonesia, diperkenalkan program untuk penguatan Puskesmas. Kegiatan pokok dalam program dasar



dan utama Puskesmas mencakup 18 kegiatan, yaitu: (1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); (2) Keluarga Berencana (KB); (3) Gizi; (4) Kesehatan lingkungan; (5) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta imunisasi; (6) Penyuluhan kesehatan masyarakat; (7) Pengobatan; (8) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS); (9) Perawatan kesehatan masyarakat; (10) Kesehatan gigi dan mulut; (11) Usaha kesehatan jiwa; (12) Optometri; (13) Kesehatan geriatrik; (14) Latihan dan olahraga; (15) Pengembangan obat-obatan tradisional; (16) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3); (17) Laboratorium dasar; dan (18) Pengumpulan informasi dan pelaporan untuk sistem informasi kesehatan. Puskesmas disepakati menjadi 2 (dua) yaitu: tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis).

9. Pada tahun 1979, Puskesmas menjadi satu tipe saja yang dikepalai seorang dokter. Stratifikasi Puskesmas ada 3 (tiga) tingkatan yaitu strata 1: sangat baik, strata 2: rata-rata atau standar dan strata 3: dibawah standar.
10. Pada tahun 1984, Program paket terpadu kesehatan dan KB di Puskesmas meliputi: program KIA, KB, gizi, penanggulangan diare, dan imunisasi.
11. Tahun 2000, Puskesmas tidak harus dipimpin oleh seorang dokter, tetapi dapat juga dipimpin oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat. Hal ini tentunya diharapkan dapat membawa perubahan yang positif, di mana tenaga medis lebih diarahkan pada pelayanan langsung pada klien dan tidak disibukkan dengan urusan administratif/manajerial sehingga mutu pelayanan dapat ditingkatkan.
12. Sampai dengan tahun 2002, jumlah Puskesmas di Indonesia mencapai 7.309. Hal ini berarti 3,6 puskesmas per 10.000 penduduk atau satu puskesmas melayani sekitar 28.144 penduduk. Sementara itu, jumlah desa di Indonesia mencapai 70.921 pada tahun 2003, yang berarti setidaknya satu puskesmas untuk tiap sepuluh desa dibandingkan dengan

rumah sakit yang harus melayani 28.000 penduduk. Jumlah puskesmas masih terus dikembangkan dan diatur lebih lanjut untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang prima. Jumlah puskesmas masih jauh dari memadai, terutama di daerah terpencil. Di luar Jawa dan Sumatra, puskesmas harus menangani wilayah yang luas (terkadang beberapa kali lebih luas dari satu kabupaten di Jawa) dengan jumlah penduduk yang lebih sedikit. Sebuah puskesmas terkadang hanya melayani 10.000 penduduk. Selain itu, bagi sebagian penduduk puskesmas terlalu jauh untuk dicapai.

13. Tahun 2016 - 2021, jumlah Puskesmas di Indonesia 10.203 (Kementerian Kesehatan, 2021). Fungsi dan perannya sangat terasa ketika Pandemi Coronavirus 19 melanda dunia. Puskesmas menjadi ganda depan untuk melakukan promosi dan preventif serta kuratif dan rehabilitatif.

## **E. Sejarah Pendidikan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia**

Pada tahun 1960-an, berdiri Fakultas Kedokteran di beberapa kota besar di Indonesia sedangkan Fakultas Kesehatan Masyarakat belum ada. Sementara itu, Fakultas Kedokteran hanya menghasilkan tenaga-tenaga ahli atau spesialis bidang kedokteran klinik. Pada masa itu pula, tenaga-tenaga ahli kesehatan masyarakat pada umumnya lulusan luar negeri yang jumlahnya sangat sedikit. Dirasakan besar kekurangan jumlah tenaga ahli kesehatan masyarakat untuk dapat menangani masalah-masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, sedangkan dari aspek pembiayaan, pendidikan ke luar negeri dirasakan sebagai beban sangat berat bagi pemerintah Indonesia.

Dalam kaitan itu Dokter Mochtar, Kepala Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Pencegahan, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FK UI) mengajukan gagasan mendirikan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Sebelum

gagasannya terwujud dia gugur dalam kecelakaan pesawat terbang pada tanggal 24 Januari 1961. Pada tahun yang sama, penerusnya Dokter Sajono Sumodidjojo, mengambil langkah untuk mewujudkan gagasan tersebut. Dia mengajukan usulan proyek kepada Rektor Universitas Indonesia yang waktu itu dijabat oleh Sjarif Thajeb, Dekan FKUI, dan Perwakilan WHO di Indonesia. Selanjutnya pada akhir tahun 1964, karena desakan kebutuhan yang besar maka Dokter Sajono mengirim surat kepada Rektor Universitas Indonesia dan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan yang menyatakan bahwa Fakultas Kesehatan Masyarakat harus segera didirikan.

Dengan Surat keputusan Menteri Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan Nomor 26 tahun 1965 tanggal 26 Februari 1965 diputuskan bahwa Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) dibentuk di bawah naungan Universitas Indonesia. Pada tanggal 13 Maret 1965 Panitia Persiapan Pembentukan FKM UI terbentuk yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil FK UI, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, dan Departemen Tenaga Kerja. Selanjutnya terbit Surat Keputusan Menteri Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan No. 153/1965 yang memperbaiki SK yang terdahulu nomor 26 tahun 1965 yang menetapkan tanggal berdirinya FKM UI yaitu 1 Juli 1965.

Tujuan pembentukan FKMUI pada saat itu adalah: (1) Menghasilkan tenaga kesehatan yang terlatih dalam bidang kesehatan masyarakat untuk pelayanan kesehatan; (2) Menghasilkan tenaga kesehatan yang terlatih dalam bidang kesehatan masyarakat untuk perguruan tinggi; (3) Memberikan pendidikan keahlian dalam bidang kesehatan masyarakat bagi lulusan perguruan tinggi seperti dokter, dokter gigi, dokter hewan, apoteker, insinyur, dan memberikan pendidikan lanjutan bagi tenaga para medis yang telah lulus tingkat akademi, seperti akademi penilik kesehatan, akademi gizi, dan akademi perawat.

Pada sekitar tahun 1971 dengan bantuan WHO dan USAID dibentuk Proyek Pengembangan Tenaga Ahli Pendidikan

Kesehatan Masyarakat, atau *Health Education Manpower Development Project*, yang lebih dikenal dengan Proyek HES. Proyek tersebut selain bermaksud mengadakan tenaga ahli atau spesialis dalam bidang pendidikan kesehatan masyarakat, juga dimaksudkan untuk memperkuat FKM UI. Melalui proyek tersebut direncanakan untuk dihasilkan sebanyak sekitar 60 orang tenaga ahli HE (HES) yang akan ditempatkan di pusat dan di daerah. Separuh dari jumlah HES tersebut akan dididik di berbagai universitas di Amerika, sedangkan separuhnya lagi akan dididik di dalam negeri yaitu di FKM UI.

Pada sekitar tahun 1994-1995 dengan dukungan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Departemen Kesehatan dan USAID dibentuk *Faculties of Public Health Development Project* (Proyek pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat di Indonesia). Proyek ini adalah Proyek Kerja sama selama 5 tahun dengan tujuannya adalah membentuk 4 (empat) Fakultas Kesehatan Masyarakat di Perguruan Tinggi Negeri baru di Indonesia, yaitu di Universitas Sumatera Utara (FKM USU) di Medan, Universitas Diponegoro (FKM UNDIP) di Semarang, Universitas Airlangga (FKM UNAIR) di Surabaya, dan Universitas Hasanuddin (FKM UNHAS) di Ujungpandang (sekarang Makassar). FKM UI sebagai Fakultas Kesehatan Masyarakat yang paling tua berfungsi sebagai Pembina. Ketua Project Manajemen Unit (PMU) dari kegiatan tersebut adalah Prof. dr. Does Sampoerno, MPH. Pada saat itu, jumlah FKM di PTN di Indonesia sebanyak 5 buah.

Pada tahun 2000 sampai sekarang kiprah tenaga ahli/sarjana kesehatan masyarakat membangun kesehatan masyarakat kian menguat seiring dibutuhkannya tenaga ahli bidang kesehatan masyarakat. Di samping sejarah terkait berdirinya fakultas perguruan tinggi untuk menjadi tenaga ahli kesehatan masyarakat dan perkembangan kesehatan di Indonesia, maka persyarikatan tenaga profesi ahli kesehatan masyarakat juga mulai muncul.

Pada tahun 2019, tenaga profesi kesehatan masyarakat Indonesia sempat mengalami degradasi dimana tidak lagi diakui sebagai tenaga kesehatan profesional dengan keluarnya surat dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Nomor: KT.05.04/1.1/0002/2020 tertanggal 02 Januari 2020 tentang penghentian sementara penerbitan STR tenaga kesehatan masyarakat. Seiring berjalannya waktu, usaha konsil Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia, Pimpinan Pusat Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia dan berbagai dukungan pihak, Surat tersebut dicabut dan tidak berlaku lagi dengan terbitnya Surat dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, nomor: DM.01.03/F.VII.2/0971/2022 tertanggal 25 April 2022 tentang Penerbitan kembali STR tenaga kesehatan masyarakat. Setiap tenaga kesehatan masyarakat diakui sebagai tenaga profesional harus melalui uji kompetensi yang diselenggarakan oleh MTKI dan pada perkembangannya setiap kelulusan uji kompetensi menjadi persyaratan bagi kelulusan mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat atau sebagai *exit exam*.

## F. Organisasi Profesi Kesehatan Masyarakat

Beberapa organisasi profesi kesehatan masyarakat antara lain:

1. Perhimpunan Dokter Kesehatan Masyarakat Indonesia (PDKMI) dengan nomor Akte notaris: 27 hari Jum'at tertanggal 27 September 2002. Melalui Perubahan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga melalui Akta Notaris Nomor: 03 Nyoman Ayu Reni Yunaeny Ratih, SH. Jl. Pucang Adi No. 32 Surabaya Tanggal 22 April 2014 PDKMI berubah menjadi Perhimpunan Dokter Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat Indonesia (PDK3MI).

2. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI). Pada perjalanan waktu organisasi ini didaftarkan di Kementerian Hukum dan Hak Asasi dan disahkan oleh dengan nomor: AHU - 113.AH.01.07.Tahun 2013 tertanggal 18 Juni 2013.

Organisasi profesi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) mengalami kemajuan secara internal, dengan mempertimbangkan kearifan lokal, anggaran dasar dan anggaran rumah tangga, IAKMI secara resmi salah mengembangkan mempunyai seragam batik nasional yang secara resmi disahkan pada tanggal 17 Mei 2017 dan launching pemakaian seragam nasional di hotel Novotel diusung oleh Pengurus Daerah IAKMI Jawa Tengah, di produksi oleh Pengurus Cabang IAKMI Surakarta yang di inovasi oleh salah anggota IAKMI yaitu Dr. Ida Untari, A.M.K., S.K.M., M.Kes. Batik yang digunakan sebagai seragam nasional mendapatkan Hak cipta yang tercatat di Kementerian Hukum dan HAM Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual pada kategori hak cipta. Ketua Umum Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Pusat, Ridwan Muchtar Thaha, mengatakan, anggotanya memakai seragam baru berupa batik untuk mempertegas identitas IAKMI.

Pasalnya, seragam batik tersebut memiliki makna dan filosofi yang sejalan dengan visi dan misi IAKMI.

"Semua anggota secara emosional mempunyai kedekatan dengan pengurusnya, karena mempunyai seragam (batik) yang sama," kata Ridwan se usai menghadiri peluncuran seragam batik IAKMI di Hotel Novotel Solo, TRIBUNSOLO.COM, Sabtu (13/5/2017).

## **G. Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Beberapa definisi ilmu kesehatan masyarakat antara lain:

1. Winslow (1920), "Public health is a science and art of preventing diseases, prologging life, promotion health and efficiency through organized community effort." Ilmu

Kesehatan Masyarakat adalah suatu “Ilmu dan Seni” mengenai pencegahan penyakit, memperpanjang masa hidup, promosi kesehatan melalui upaya kelompok masyarakat yang terkoordinasi untuk: (1) Perbaikan sanitasi lingkungan, (2) Pencegahan dan pemberantasan penyakit-penyakit menular, (3) Pendidikan kesehatan untuk masyarakat/perorangan, (4) Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, dan (5) pengembangan gerakan sosial yang akan mendorong setiap individu di masyarakat memelihara kesehatan dalam setiap perilaku kehidupan sehari-hari.

2. Ikatan Dokter Amerika (1948), Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.
3. Ikatan Ahli Kesehatan masyarakat Indonesia (IAKMI), Ilmu kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat yang meliputi usaha-usaha peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, keluarga, dan perorangan serta penyehatan lingkungan hidupnya dalam bentuk fisik, biologis, sosio-ekonomis dan sosio-kultural dengan mengikutsertakan masyarakat.

Dari definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat di atas, pada akhirnya timbul pertanyaan: apa sebenarnya perbedaan antara Kedokteran Pencegahan dengan Ilmu Kesehatan Masyarakat? Berbagai ahli dalam bidangnya mengemukakan bahwa antara Kedokteran Pencegahan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat, keduanya memiliki batasan sebagai sinonim saja, dan batasan tersebut senantiasa berubah-ubah. Perbedaan antara Kedokteran Pencegahan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat tidak banyak artinya secara operasional di lapangan, perbedaan hanya pada penempatan tanggung jawab penyelesaian kegiatan yang digunakan untuk kebutuhan kesejahteraan masyarakat, dan

untuk keperluan merancang program kesehatan nasional menyeluruh (*nation-wide health program*).

Ilmu Kesehatan Masyarakat pada akhirnya juga bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang umur harapan hidup, dan meningkatkan taraf kesehatan masyarakat yang terorganisir melalui penyelenggaraan upaya kesehatan yang efisien. Upaya kesehatan tersebut meliputi: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

## H. Upaya-Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan masyarakat menurut beberapa ahli antara lain:

1. Menurut Emerson, ada 7 (tujuh) upaya kesehatan meliputi:
  - a. Pendidikan Kesehatan
  - b. Peningkatan Kesehatan Lingkungan
  - c. Pelaksanaan upaya laboratorium
  - d. Kesehatan Ibu & Anak
  - e. Pengobatan Penyakit
  - f. Perawatan Kesehatan Masyarakat
  - g. Perbaikan Gizi Masyarakat
2. Menurut WHO, ada 7 (tujuh) upaya kesehatan dasar meliputi berbagai kegiatan yang dilakukan sebagai berikut:
  - a. Pendidikan Kesehatan Masyarakat
  - b. Peningkatan Kesehatan Lingkungan
  - c. Pelaksanaan Statistik Kesehatan
  - d. Kesehatan Ibu & Anak
  - e. Pengobatan Penyakit
  - f. Perawatan Kesehatan Masyarakat
  - g. Pemberantasan Penyakit Menular
3. Menurut Prof. Dr. Y. Sulianti, ada 10 (sepuluh) upaya kesehatan dasar meliputi:
  - a. Pendidikan Kesehatan Masyarakat



- b. Peningkatan Sanitasi Lingkungan
- c. Pelaksanaan Statistik Kesehatan
- d. Pemberantasan Penyakit Menular
- e. Pemeliharaan Kesehatan Ibu & Anak
- f. Peningkatan Upaya Kesehatan Sekolah
- g. Pengobatan & Perawatan
- h. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- i. Perbaikan Gizi Masyarakat
- j. Usaha Khusus lainnya

## I. Tujuan Upaya Kesehatan Masyarakat

Secara umum dapat disimpulkan tujuan utama upaya kesehatan masyarakat, yaitu agar setiap individu dalam masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal (jasmani, rohani, dan sosial), dan diharapkan berumur panjang dan lebih produktif.

## J. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

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

1. Sebagai awal periode keilmuan, terdiri dari 2 (dua) disiplin ilmu yaitu ilmu bio-medis (medical biology) dan ilmu sosial.
2. Sesuai perkembangan zaman, ilmu kesehatan masyarakat mencakup beberapa disiplin ilmu antara lain: ilmu biologi, ilmu kedokteran, kimia, fisika, lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, pendidikan, dan lain-lain. Sehingga disebut sebagai keilmuan yang multidisiplin.
3. Pilar utama dari ilmu kesehatan masyarakat adalah:
  - a. Sanitasi Lingkungan
  - b. Epidemiologi
  - c. Kesehatan Kerja.

- d. Biostatistik/Statistik Kesehatan
- e. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
- f. Administrasi Kesehatan Masyarakat
- g. Gizi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat pada praktiknya mempunyai bentangan yang luas dan melebarkan berbagai macam disiplin ilmu dikarenakan penyebab kesehatan masyarakat adalah multikausal sehingga pemecahannya harus secara multidisiplin.

## K. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Dalam melakukan upaya kesehatan sasaran yang ingin dicapai adalah sebagai berikut:

1. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan individu.
2. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan keluarga.
3. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan komunitas.
4. Terpelihara dan meningkatnya status gizi masyarakat, dan
5. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan jiwa masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, S. B. 1970. *Control of Communicable Disease in Man, American Public Health Assosiation, Eleventh Edition*, Eighteenth Street, N.W. Washington D.C. 20056
- Alho, J. M. 1992. *On prevalence, incidence, and duration in general stable populations. Biometrics.*
- Armenial, H.K. and Shapiro, S. 1998. *Epidemiologi and Health Services*. Oxford University, Press NY, Oxford.
- Bustan, M . M. 1997. *Epidemiologi penyakit Tidak Menular.*
- Dainur. 1993. *Materi-Materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Widya Medika
- Daldjoeni, N. 1977. *Kependudukan, Lingkungan dan Masa Depan*. Bandung: Penerbit Alumni
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Edberg, M. 2009. *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat, Teori Sosial dan Perilaku*. Jakarta: ECG
- Erick, P.E. 1981. *Masalah Kesehatan, Lingkungan sebagai sumber penyakit*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Hartono, B. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- ILO. 1971. *Encyclopedia Occupational Health*
- Ladwan & Rose. 1974. *Population, Health Problems, Basic Concept of International Health. International Health Programs, School of Public Health*. University of Hawaii,
- Mayer. 1954. *Occupational Health. American Public Health Association.*
- Mubarak, W.I. & Chayatin, N. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: Salemba
- Muninjaya, G. 2004. *Manajemen Kesehatan. Edisi kedua*. Jakarta: EGC.
- Notoatmojo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Jakarta: Rineka Cipta.

- Pelczar, M.J dan Chan, E.C.S. 1988. *Dasar-dasar Mikrobiologi*. UI Press. Jakarta.
- Riyadi, S. 1981. *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Dasar-dasar dan Sejarah Perkembangannya*. Penerbit Usaha Nasional, Surabaya: Indonesia
- Suwardjono, S: 1982. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. PPE-4,
- Tulchinsky Ted, Varavikova Elena. 2000. *Text Book The New Public health An Introduction For The 21ST Century, 1ST edition*. Academis Press.
- United Stated Public Health Safety (U.S.P.H.S). 1966. *Occupational Disease, Guide to Their Recognition*
- Untari, I. 2018. *7 Pilar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Thema Publishing.
- WHO. 1978. Primary Health Care, *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*, 6-12.
- Wilson G. S. 1958. *Preventive Medicine and Public Health, 2th Edition*. New York. The Macmillan Company.

## PROFIL PENULIS



Dr. Ida Untari, AMK., S.K.M., M.Kes, lahir di Surakarta Jawa Tengah, 29 Maret 1976. SD, SMP, dan SMA ditamatkan di Kota Surakarta. Riwayat pendidikan dimulai DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (1995-1998), AKTA III Program Studi Fakultas Ilmu Kependidikan (FKIP) UNS (1999-2000), S1 Jurusan Epidemiologi Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat UNIMUS (Universitas Muhammadiyah Semarang) tahun 2003-2005, S2 Jurusan Pendidikan Profesi Kesehatan Program Pasca Sarjana Magister Kedokteran Keluarga UNS (2005-2007), dan S3 Kesehatan Masyarakat di Program Pasca Sarjana UNS.

Berbagai pengalaman penulis di bidang penelitian dan pengabdian masyarakat, sudah banyak dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah, jurnal dan buku. Penulis bekerja di Institut Teknologi Sains dan Kesehatan PKU Muhammadiyah Surakarta. No kontak: 081-5678-53-4-35 dan Email Penulis : [idauntari@yahoo.co.id](mailto:idauntari@yahoo.co.id)

# BAB 3

## HUKUM KESEHATAN

### MASYARAKAT

---

Ahmadi, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Universitas Nazhatut Thullab Sampang

#### A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan kata benda, sedangkan sifatnya adalah sehat. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (RI, 2016) Menurut definisi di atas tampak jelas bahwa seseorang dapat dikatakan sehat itu mencakup aspek fisik (badaniah) dan juga rohani (spiritual) dan juga sosial. Fungsi organ tubuh manusia merupakan bentuk dari kesehatan secara fisik (badaniah). Sedangkan kondisi rohani yang juga biasa disebut juga dengan mental merupakan suatu kondisi harmonis antara fungsi jiwa yang sanggup dalam menghadapi masalah dan menyatakan secara positif kebahagiaan dan kemampuan dirinya. Sedangkan kesehatan sosial merupakan per kehidupan dalam masyarakat yang sedemikian rupa sehingga setiap anggota masyarakat mampu memelihara dan memajukan kehidupan sendiri serta keluarganya dalam masyarakat yang memungkinkan untuk dapat beraktivitas, beristirahat dan menikmati hiburan. Kesehatan dapat terwujud jika manusia dapat mengharmoniskan semua fungsi tubuh dan jiwa sehingga tercapai kesehatan jasmani, rohani dan sosial.

Unsur penting dari perkembangan suatu Negara salah satunya adalah Index kesehatan warga negara yang baik, oleh sebab itu suatu negara wajib mempunyai sistem pengaturan

dalam bidang kesehatan agar tujuan menyetatkan masyarakat bisa dicapai. Sistem pengaturan Kesehatan dituangkan dalam bentuk peraturan perundang-undangan sehingga nantinya bisa dijadikan sebagai pedoman yuridis dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada setiap warga negara. Oleh sebab itu pemahaman tentang hukum kesehatan sangat penting dan dibutuhkan tidak hanya bagi profesi tenaga kesehatan, masyarakat/ konsumen pelayanan kesehatan namun juga untuk pihak akademisi serta praktisi hukum. Pemahaman hukum kesehatan sangat penting untuk diketahui agar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur yang dibuat oleh tenaga kesehatan dan apabila terdapat kesalahan dalam pelayanan kesehatan (*malpraktek medis*) bisa diselesaikan menurut pengetahuan hukum kesehatan

## B. Determinan Kesehatan

Hendrick L. Blum pada 1970 mengemukakan sebuah teori klasik tentang empat determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Keempat determinan tersebut antara lain (1) lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik (sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya), (2) perilaku, (3) pelayanan kesehatan, dan (4) keturunan atau hereditas

Seperti yang telah disebutkan di atas, ada tiga derajat kesehatan, yaitu individu, kelompok, dan masyarakat. (Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa derajat kesehatan masyarakat dan kelompok mungkin akan sama. Namun, derajat kesehatan individu berbeda dari derajat kesehatan kelompok dan masyarakat. Ada faktor internal yang mempengaruhi derajat kesehatan individu. Faktor internal, selain keturunan, yang turut berperan itu antara lain umur, gender, pendidikan, dan lain sebagainya.

Keterangan lebih lanjut, determinan kesehatan dapat diartikan sebagai semua faktor yang ada di luar kehidupan

manusia; baik individu, kelompok, maupun komunitas; yang mempengaruhi kehidupan manusia itu secara langsung ataupun tidak. Artinya, selain determinan kesehatan yang dipaparkan oleh Blum di atas, terdapat faktor lain yang juga mempengaruhi dan menentukan kesehatan individu, kelompok, ataupun komunitas dapat terwujud. Piagam Ottawa yang dirumuskan pada 1986 menyebut faktor-faktor lain itu sebagai prasyarat untuk kesehatan

### C. Definisi Hukum Kesehatan

Definisi tentang Hukum Kesehatan yang dikemukakan oleh para ahli dan sarjana dibidang hukum kesehatan antara lain oleh:

1. UU RI NO. 23/1992 (Undang- undang Republik Indonesia No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan) tentang Kesehatan dijelaskan bahwa Hukum Kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/ pelayanan kesehatan. Hal tersebut menyangkut hak dan kewajiban menerima pelayanan kesehatan (baik perorangan dan lapisan masyarakat) maupun dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam segala aspeknya, organisasinya, sarana, standar pelayanan medik dan lain-lain.
2. S.M.Amri menyebutkan bahwa Hukum adalah kumpulan peraturan yang terdiri dari norma dan sanksi, yang bertujuan untuk mengadakan ketertiban dalam pergaulan manusia, sehingga keamanan dan ketertiban terpelihara (Hanafiah, 2009)
3. Prof. Dr. Rang: "Hukum Kesehatan adalah seluruh aturan- aturan hukum dan hubungan-hubungan kedudukan hukum yang langsung berkembang dengan atau yang menentukan situasi kesehatan di dalam mana manusia berada".
4. Prof. Dr. Satjipto Rahardjo, SH. : "Ilmu Hukum Kedokteran meliputi peraturan-peraturan dan keputusan hukum mengenai pengelolaan praktik kedokteran".



5. C.S.T. Kansil, SH. : “Hukum Kesehatan ialah rangkaian peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan yang mengatur pelayanan medik dan sarana medik. Kesehatan yang dimaksud adalah keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari cacat, penyakit dan kelemahan”.
6. Prof. H.J.J. Leenen : “Hukum Kesehatan meliputi semua ketentuan hukum yang langsung berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan dan penerapan dari hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administrasi dalam hubungan tersebut. Dan juga pedoman internasional, hukum kebiasaan dan yurisprudensi yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, hukum otonom, ilmu-ilmu

Definisi hukum kesehatan menurut para ahli diatas yang dapat diambil kesimpulan bahwa pengertian hukum kesehatan adalah keseluruhan aturan hukum yang mengatur hubungan antara pemerintah dan masyarakat, juga hubungan antar lembaga pemerintah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat Ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang sebuah penegakan aturan hukum terhadap akibat pelaksanaan suatu tindakan medik/ kesehatan yang dilakukan oleh pihak yang berprofesi sebagai tenaga kesehatan yang dapat dijadikan dasar bagi kepastian tindakan hukum dalam dunia kesehatan

## D. Masalah Kesehatan Masyarakat

Persoalan yang berkaitan dengan Kesehatan Masyarakat antara lain :

1. Kebijakan pemberantasan penyakit menular
2. Kewenangan pemerintah dalam mengatur tenaga kesehatan
3. Persoalan kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan penggunaan obat

4. Kebijakan pemerintah yang berhubungan dengan upaya kesehatan masyarakat
5. Persoalan keamanan pangan, ketahanan pangan dan usaha kesehatan sekolah
6. Kebijakan kependudukan dan kesehatan

Hukum Kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/ pelayanan kesehatan dan penerapannya, serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan (*health receivers*) maupun sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health providers*) dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman

## E. Fungsi Hukum Kesehatan

Hukum mempunyai fungsi penting sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh hukum itu sendiri, yaitu melindungi, menjaga ketertiban dan ketenteraman masyarakat. Sejalan dengan asas hukum, maka fungsi hukum pun ada tiga, yaitu :

1. Fungsi Manfaat
2. Fungsi Keadilan
3. Fungsi Kepastian hukum

Ketiga fungsi hukum ini pada prinsipnya adalah ingin memberikan 'perlindungan' dari aspek 'hukumnya' kepada setiap orang atau pihak, dalam berbagai bidang kehidupannya. Dengan kata lain, yang ingin diberikan adalah 'perlindungan hukum' jika timbul persoalan-persoalan hukum dalam kehidupan sosial di masyarakat. Dalam pengertian melindungi, menjaga ketertiban dan ketenteraman itulah tersimpul fungsi hukum (Chazawi, 2007). Dalam fungsinya sebagai alat 'social engineering' (pengontrol apakah hukum sudah ditepati sesuai dengan tujuannya), maka hukum dalam kaitannya dengan penyelesaian masalah-masalah di bidang kedokteran/ kesehatan, diperlukan. Karena fungsi hukum tersebut berlaku secara umum maka hal

tersebut berlaku pula dalam bidang Hukum Kesehatan dan Hukum Kedokteran.

## F. Bidang Ilmu Kesehatan

Bidang ilmu lain yang berkaitan erat dengan Hukum Kesehatan khususnya Hukum Kedokteran adalah Kedokteran Kehakiman. Sering orang mencampuradukkan pengertian antara Hukum Kedokteran dengan Kedokteran Kehakiman atau Kedokteran Forensik. Oleh karena itu, secara terminologi, ketiga istilah tersebut dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Hukum Kesehatan:
  - a. *HealthLaw* (Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO)
  - b. *Gesuntheits recht* (Jerman)
  - c. *Gezondheids recht* (Belanda)
2. Hukum Kedokteran :
  - a. *Medical Law* (Inggris, AS)
  - b. *Droit Medical* (Perancis, Belgia)
  - c. Kedokteran Kehakiman; Kedokteran Forensik: *Forensic Medicine*

## G. Asas dan Tujuan Hukum Kesehatan

Upaya Pelayanan Kesehatan didasarkan pada sejumlah asas dan tujuan yang telah diyakini bisa memberikan arahan dalam pelaksanaannya pada tatanan praktik. Dengan adanya asas dan tujuan yang jelas, hukum perlindungan kesehatan memiliki dasar pijakan yang benar-benar kuat.

1. Asas Hukum Kesehatan Dalam ilmu kesehatan terdiri atas beberapa asas yaitu, *Sa science et sa conscience* ilmunya dan hati nuraninya, *Agroti Salus Lex suprema*/keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi, *Deminimis noncurat lex*/hukum tidak mencampuri hal-hal yang sepele *Res ipsa liquitar*/faktanya telah berbicara. Berdasarkan Pasal 2

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menentukan bahwa ada 6 Asas hukum Kesehatan :

2. Asas Perikemanusiaan yang Berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dimaksudkan untuk penyelenggaraan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa
3. Asas Manfaat dimaksudkan untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga Negara.
4. Asas Usaha Bersama dan Kekeluargaan Asas Usaha Bersama dan Kekeluargaan dimaksudkan untuk penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.
5. Asas Adil dan Merata dimaksudkan untuk penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada segenap lapisan masyarakat dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.
6. Asas Perikehidupan Dalam Keseimbangan dimaksudkan untuk penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara materiel dan spiritual.
7. Asas Kepercayaan pada kemampuan dan kekuatan Sendiri untuk penyelenggaraan kesehatan harus berlandaskan pada kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri dengan memanfaatkan potensi nasional seluas-luasnya.

Tujuan Hukum Kesehatan Di dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 3 menentukan bahwa pembangunan kesehatan 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 ekonomis. Tujuan hukum kesehatan adalah:

1. Menyebarluaskan dan meningkatkan pemahaman mengenai hukum kesehatan dan Pelayanan Rumah Sakit di kalangan tenaga kesehatan dan Fasilitas Kesehatan/Rumah Sakit.
2. Meningkatkan kesadaran hukum pemberi dan penerima jasa pelayanan kesehatan agar mengerti hak dan kewajibannya.
3. Mendorong terwujudnya praktik kedokteran/ kesehatan yang senantiasa dan sepenuhnya memedomani ketentuan-ketentuan dalam hukum kesehatan.
4. Membekali keahlian mengantisipasi terjadinya potensi masalah hukum dalam pelayanan kesehatan.

## H. Hak dan Kewajiban Hukum Kesehatan

Undang-undang mengatur hak dan kewajiban pemerintah maupun dari sisi warga negara. Dalam Pasal 4 dan 5 Undang-undang Kesehatan disebutkan juga sejumlah hak setiap orang mendapatkan jaminan dan perlindungan dari hukum. Adapun hak dan kewajiban profesional seorang tenaga medis adalah sebagai berikut

1. Hak untuk bekerja menurut standar profesi medis
2. Hak menolak melaksanakan tindakan medis yang ia tidak dapat pertanggung jawabkan secara profesional
3. Hak untuk menolak suatu tindakan medis yang menurut suara hatinya (*conscienci*) tidak baik
4. Hak untuk mengakhiri hubungan dengan seorang pasien jika ia menilai bahwa kerja sama antara pasien dia tidak ada lagi gunanya
5. Hak atas privacy dokter
6. Hak atas itikad baik dari pasien dalam melaksanakan kontrak terapeutik
7. Hak atas balas jasa

8. Hak atas fair dalam menghadapi pasien yang tidak puas terhadapnya
9. Hak untuk membela diri
10. Hak memilih pasien Merujuk pada pasal 82 dan 83 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengatur soal pelayanan kesehatan pada waktu bencana.

## 1. Kewajiban Tenaga Medis

Kewajiban tenaga medis (*De beroepsplichten van de arts*) bisa dibedakan dalam lima kelompok, yaitu:

1. Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial dari memelihara kesehatan
2. Kewajiban yang berhubungan dengan standar medis
3. Kewajiban yang berhubungan dengan tujuan ilmu kedokteran
4. Kewajiban yang berhubungan dengan prinsip keseimbangan (*proportionaliteits beginsel*)

## 2. Hak Pasien/ Masyarakat untuk Mendapatkan Kesehatan

Hak-hak pasien secara umum telah diatur dalam pasal 32 Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, yang berbunyi :

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi.
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.

7. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
8. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
9. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
10. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
11. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
12. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya.
13. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.
14. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **3. Kewajiban Pasien/ Masyarakat untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan**

1. Menaati segala peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit.
2. Mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya.
3. Memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat.
4. Melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter.

## DAFTAR PUSTAKA

- Chazawi, A. (2007). *Malpraktik Kedokteran Tinjauan Norma dan Doktrin Hukum*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Hanafiah, A. (2009). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- RI, K. K. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Takdir. (2018). *Pengantar Hukum Kesehatan*. Palopo: Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo.
- Undang-undang Republik Indonesia No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.*

ITSPKU



## PROFIL PENULIS



AHMADI, lahir pada 24 Januari 1980 di Pamekasan Jawa Timur. Pendidikan formal di SDN Kramat I. Selanjutnya meneruskan sekolah di SMP Negeri 1 Tlanakan tamat tahun 1997, dan di SMA Negeri 3 Pamekasan, tamat tahun 2000. Melanjutkan pendidikan D3 Keperawatan di Akper Darul Ulum Jombang tamat pada tahun 2003. Kemudian bekerja di UGD Puskesmas Bandaran sampai tahun 2006.

Tahun 2006 mulai menjadi tenaga laboratorium di Akper Nazhatut Thullab Sampang, kemudian mendapat beasiswa yayasan guna melanjutkan kuliah di S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners di Universitas Pesantren Tinggi Darul'Ulum Jombang dan lulus pada tahun 2009. Selepas meraih Sarjana dan lulus Profesi Ners kemudian mengajar dan menjadi dosen tetap di Akper Nazhatut Thullab Sampang.

Tahun 2015, Penulis melanjutkan studi S2 di Universitas Airlangga Surabaya pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan beasiswa BPPDN. Hanya dalam waktu dua tahun (2017), gelar Magister Kesehatan (M.Kes.) telah diraihinya.

# BAB 4

## SISTEM PELAYANAN KESEHATAN NASIONAL

---

Eka Putri Rahayu, MPH  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

### A. Pendahuluan

Sistem pelayanan kesehatan merupakan salah satu struktur multidisipliner yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kehidupan bangsa Indonesia. Setelah Indonesia merdeka, pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) dikembangkan sejalan dengan tanggung jawab pemerintah yaitu melindungi masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan. Kesehatan adalah hak asasi manusia yang tercantum dalam UUD 1945. pemerintah mengembangkan infrastruktur di berbagai wilayah tanah air untuk melaksanakan kewajiban melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan. Program kesehatan yang dikembangkan adalah yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat (*public health essentials*) terutama oleh penduduk kurang mampu.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu pelayanan yang disediakan oleh pemerintah baik secara langsung maupun melalui kerja sama dengan pihak masyarakat atau swasta. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang penting untuk disediakan atau dimotori oleh pemerintah, karena pelayanan kesehatan merupakan pelayanan dasar bagi masyarakat dengan sifatnya yang unik

Pada saat ini, rumah sakit berkembang sebagai sebuah industri kesehatan yang padat karya, padat modal dan padat teknologi. Disebut demikian, karena rumah sakit memanfaatkan sumber daya manusia (SDM) dalam jumlah yang relatif besar, beragam dalam kualifikasi dan profesinya. Demikian pula dengan jumlah dana yang digunakan untuk melaksanakan berbagai jenis pelayanan, termasuk pendapatan (revenue) rumah sakit. Rumah sakit juga memanfaatkan berbagai jenis pelayanan, termasuk jenis kedokteran terbaru untuk meningkatkan mutu pelayanannya.

Pelayanan kesehatan melalui puskesmas juga tidak kalah pentingnya. Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*Public health essentials*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Pada saat ini, puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau wilayah kerjanya, puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu dan puskesmas keliling. Revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (RPKD) terkait dengan era otonomi daerah sangat mendesak dilaksanakan oleh Bupati/Walikota yang diberikan wewenang penuh menggerakkan pembangunan kesehatan di daerahnya masing-masing

Pelayanan klinik kesehatan juga memberikan pelayanan dalam kategori ringan sebagaimana pelayanan kesehatan di puskesmas, tetapi perbedaannya adalah pelayanan klinik kesehatan tidak menjalankan tugas untuk promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan lainnya adalah pelayanan kesehatan tradisional, juga menjadi bagian penting untuk penyelenggaraan layanan kesehatan bagi masyarakat terutama untuk penyakit tertentu dan pelayanan di tempat tertentu yang masih sulit menjangkau pelayanan di puskesmas atau rumah sakit. Ke semua

pelayanan kesehatan di atas adalah pelayanan yang penting untuk diselenggarakan agar masyarakat dapat menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya

## B. Definisi Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah satu kesatuan usulan yang terdiri dari berbagai elemen kesehatan yang berkaitan secara teratur dengan tujuan mempromosikan dan memulihkan atau menjaga kesehatan perorangan, keluarga dan kelompok masyarakat. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan. Sistem terbentuk dari sub sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

## C. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik, apabila:

1. **Tersedia (*Available*) dan berkesinambungan (*Continuous*)**

Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada setiap saat yang dibutuhkan.

2. **Dapat diterima (*Acceptable*) dan bersifat wajar (*Appropriate*)**

Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat-istiadat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3. **Mudah dicapai (*Accessible*)**

Ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan,

elayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, namun tidak ditemukan di daerah pedesaan, hal tersebut tidak termasuk pelayanan kesehatan yang baik.

4. **Mudah dijangkau (*Affordable*)**

Keterjangkauan yang dimaksud adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti itu harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

5. **Bermutu (*Quality*)**

Mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

## D. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi pelayanan kesehatan merupakan pengelompokan pemberian pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat kebutuhan subjek layanan kesehatan. Stratifikasi pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 macam, yaitu:

### 1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health services*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama bersifat pelayanan rawat jalan

(*ambulatory/out patient services*). bentuk pelayanan ini di Indonesia, yaitu puskesmas, klinik perorangan.

## 2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan lebih lanjut yang diperlukan oleh sekelompok masyarakat yang memerlukan rawat inap (*in patient services*) yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis. Bentuk pelayanan ini, yaitu rumah sakit tipe C dan D.

## 3. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder, bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis. Bentuk pelayanan ini, yaitu rumah sakit tipe A dan B.



Gambar 3. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

## E. Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan

Lingkup sistem pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan kedokteran, pelayanan keperawatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat.

### 1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kedokteran memiliki tujuan untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan. Dalam melaksanakan pelayanan di Puskesmas, seorang dokter memiliki beberapa tugas, seperti: mengobati, tugas manajerial dan sebagai petugas kesehatan masyarakat.

### 2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan upaya preventif yaitu mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan.

### 3. Sistem Rujukan

Sistem rujukan merupakan suatu sistem jaringan pelayanan kesehatan melalui penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horizontal, kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional.

### 4. Jenis Rujukan

#### 1. Rujukan Medik

Rujukan medik pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain, meliputi:

- a. Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain.
- b. Rujukan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lengkap.
- c. Rujukan ilmu pengetahuan, antara lain mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi pelayanan, alih pengetahuan dan teknologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

## 2. Rujukan Kesehatan Masyarakat

Rujukan yang menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif, yang antara lain meliputi:

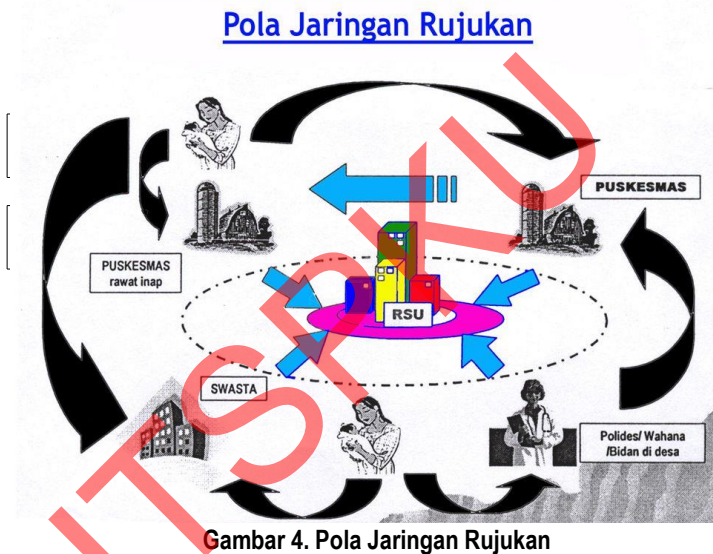
- a. **Rujukan sarana**  
Antara lain bantuan laboratorium kesehatan, teknologi kesehatan.
- b. **Rujukan tenaga**  
Antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyelidikan sebab dan asal-usul penularan penyakit serta penanggulangannya pada bencana alam dan gangguan kamtibmas.
- c. **Rujukan operasional**  
Antara lain bantuan obat, vaksin, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan spesimen jika terjadi keracunan massal, pemeriksaan air minum penduduk.

## 3. Jalur Rujukan Kesehatan

- a. **Rujukan Pelayanan Medis**
  - 1) Antara masyarakat dengan puskesmas
  - 2) Antara Puskesmas Pembantu/Bidan di desa dengan Puskesmas
  - 3) Intern antara petugas Puskesmas/Puskesmas Rawat Inap



- 4) Antara Puskesmas dengan Rumah Sakit, Laboratorium atau fasilitas pelayanan lainnya.
- b. **Rujukan Pelayanan Kesehatan**
- 1) Dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
  - 2) Dari Puskesmas ke instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral.
  - 3) Jika rujukan di kabupaten/kota masih belum mampu menanggulangi, dapat diteruskan di provinsi/pusat.



## 5. Tujuan Sistem Rujukan

Secara umum, tujuan sistem rujukan adalah untuk menghasilkan pemerataan pelayanan kesehatan yang didukung mutu pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil. Akan tetapi secara khusus, sistem rujukan adalah:

1. Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna.

2. Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif secara berhasil guna dan berdaya guna.

## 6. Upaya Kesehatan Rujukan

Langkah-langkah dalam meningkatkan rujukan, yaitu:

1. Meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas dalam menampung rujukan dari Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan dari masyarakat
2. Mengadakan “Pusat Rujukan Antara” dengan mengadakan ruangan tambahan untuk 10 tempat tidur perawatan penderita gawat darurat pada lokasi yang strategis
3. Meningkatkan sarana komunikasi antara unit-unit pelayanan kesehatan dengan perantara telepon atau radio komunikasi pada setiap unit pelayanan kesehatan
4. Menyediakan puskesmas keliling pada setiap kecamatan dalam bentuk kendaraan roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi dengan radio komunikasi
5. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan yang memadai bagi sistem rujukan, baik rujukan medik maupun rujukan kesehatan
6. Meningkatkan dana sehat masyarakat untuk menunjang pelayanan rujukan.

## F. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator, dan nilai (*benchmark*). Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.

Menurut Permenkes No 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

SPM bidang kesehatan pada hakikatnya merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten/kota. SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan oleh Pemda untuk rakyatnya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya. Untuk itu dalam penetapan indikator SPM, Kementerian/Lembaga Pemerintahan Non Kementerian agar melakukan penahanan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu.

**Tabel 3. Jenis Layanan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota**

No.	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Pernyataan Standar
1	Pelayanan kesehatan ibu hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal.	Ibu hamil.	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar.
2	Pelayanan kesehatan ibu bersalin	Sesuai standar pelayanan persalinan.	Ibu bersalin.	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar.
3	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir.	Bayi baru lahir.	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.

No.	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Pernyataan Standar
4	Pelayanan kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita.	Balita.	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
5	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar.	Anak pada usia pendidikan dasar.	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
6	Pelayanan kesehatan pada usia produktif	Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif.	Warga Negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun.	Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
7	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut.	Warga Negara Indonesia usia 60 tahun ke atas.	Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
8	Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi.	Penderita hipertensi.	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.

No.	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Pernyataan Standar
9	Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus.	Penderita Diabetes Melitus.	Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
10	Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa.	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat.	Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
11	Pelayanan kesehatan orang dengan TB	Sesuai standar pelayanan kesehatan TB.	Orang dengan TB.	Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar.
12	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV	Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan HIV.	Orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria / transgender, pengguna napza dan warga binaan lembaga pemasyarakatan)	Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/ transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan ) mendapatkan pemeriksaan

No.	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Pernyataan Standar
				HIV sesuai standar.

## G. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

### 1. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Baru

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi akan mempengaruhi perkembangan sistem pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan, seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit penyembuhannya, maka digunakanlah alat seperti laser dan terapi perubahan gen. Maka, pelayanan kesehatan ini membutuhkan biaya yang cukup besar dan butuh tenaga yang profesional di bidang tertentu.

### 2. Pergeseran Nilai Masyarakat

Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan layanan kesehatan. Demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kondisi demikian akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan.

### 3. Aspek Legal dan Etik

Banyaknya masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan, maka masyarakat membutuhkan payung hukum sebagai aspek legal dan etik untuk memberikan kenyamanan sebagai pengguna jasa.

#### 4. Ekonomi

Semakin tinggi ekonomi seseorang, maka pelayanan kesehatan lebih mudah diperoleh dan dijangkau, begitu sebaliknya dengan orang yang tergolong ekonomi rendah. Keadaan ekonomi ini akan mempengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.

#### 5. Politik

Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan.

ITSPKU

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariga, R. A. 2020. *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish Publisher
- Kementerian Kesehatan. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Muninjaya, A. A. 2022. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Mustofa, A., Roekminiati, S., Lestari, D.S. 2020. *Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing
- Sulaeman, E.S. 2020. *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Zubaidah, R. 2022. *Buku Etik Profesi dan Administrasi Kesehatan*. Klaten: Penerbit Lakeisha



## PROFIL PENULIS



Eka Putri Rahayu, SKM., MPH. Lahir di Samarinda, 26 Oktober 1992. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Mulawarman Samarinda pada tahun 2015. Melanjutkan pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2019.

Saat ini berprofesi sebagai dosen di Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Email Penulis: [work.ekaputri@yahoo.com](mailto:work.ekaputri@yahoo.com)

ITSPKU

# BAB 5

## PERILAKU KESEHATAN

---

Ns. Anita Lufianti., M.Kes., M.Kep

Universitas An Nuur

### A. Konsep Perilaku

Perilaku merupakan suatu aktivitas atau kegiatan organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari segi biologis, semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan manusia mempunyai aktivitas masing-masing. Manusia sebagai makhluk hidup yang memiliki bermacam kegiatan yang sangat luas dan sangat banyak diantaranya adalah berjalan, berbicara, membaca, menulis, berpikir, dan sebagainya.

Menurut Skinner, (dalam Soekidjo Notoadmojo, 2003) merumuskan perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Ada dua jenis respons, yaitu *respondent response* atau *reflexive* yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu yang disebut *eliciting stimulus* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. Misalnya makanan yang enak akan menimbulkan nafsu makan, cahaya silau akan menimbulkan reaksi mata tertutup. Sedangkan *operant response* yakni respons yang ditimbulkan dan berkembang kemudian di ikuti stimulus atau rangsangan lain. Rangsangan ini disebut *reinforcingstimuli* atau *reinforce* karena berfungsi untuk memperkuat respons.

Berdasarkan definisi tersebut, perilaku dapat dibagi menjadi dua yaitu (kholid, 2018) :

1. **Covert behavior**, yaitu perilaku tertutup yang terjadi jika respons stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas, atau masih terselubung.

2. **Overt behavior**, yaitu perilaku terbuka yang terjadi jika respons terhadap stimulus sudah dapat diamati oleh orang lain, atau sudah berupa tindakan

## B. Perilaku Kesehatan

Perilaku Kesehatan merupakan tindakan individu. Kelompok dan organisasi termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan coping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai atribut pribadi berupa keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan, pemulihan dan peningkatan kesehatan ( Pakpahan. M et al, 2021).

Tiga kategori perilaku kesehatan menurut Casl dan Cobb (Glanz et al, 2008).

### 1. Preventif Health Behavior

Setiap kegiatan atau aktivitas yang dilakukan seseorang yang meyakini dirinya sehat dengan tujuan mencegah dan mendeteksi penyakit dalam keadaan asimtomatik atau tanpa gejala (Wacker, 1990)

### 2. Illness Behavior

Setiap kegiatan atau aktivitas yang dilakukan seseorang yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh, termasuk menerima perawatan dari layanan kesehatan. Menurut Parsons, beberapa komponen sick role diantaranya (Wacker, 1990)

### 3. Sick Role Behavior

Setiap kegiatan yang dilakukan seseorang yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh, termasuk menerima

perawatan dari layanan kesehatan. Menurut Wacker tahun 1990 ada empat komponen sick role yaitu:

1. Seseorang tidak bertanggung jawab atas penyakitnya
2. Penyakit memberi individu alasan yang sah untuk tidak berpartisipasi dalam tugas dan kewajiban
3. Seseorang yang sakit diharapkan menyadari bahwa penyakit merupakan kondisi yang tidak diinginkan dan mereka harus diberikan motivasi untuk sembuh.
4. Sembuh diasumsikan terkait dengan mencari bantuan layanan kesehatan

### C. Bentuk-bentuk Perilaku Kesehatan

Tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok perilaku (*behavior causer*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causer*). Menurut Green dalam buku Notoatmodjo (2003), perilaku terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau kelompok masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan

perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

## D. Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respons internal (berasal dari dalam dirinya) maupun eksternal (dari luar dirinya), baik respons pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkatan- tingkatan pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkatan pencegahan penyakit, yaitu: (Irwan, 2017)

1. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)
2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
3. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)
4. Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*).

Menurut Sarwono dalam Soekidjo (2004) yang dimaksud dengan perilaku sakit sebagai berikut : Perilaku sakit adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan. Perilaku sakit menurut Suchman adalah tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu.

Penyebab perilaku Sakit Menurut Mechanic sebagaimana diuraikan oleh Soekidjo (2004) bahwa penyebab perilaku sakit itu sebagai berikut : Dikenal dan dirasakannya tanda dan gejala yang menyimpang dari keadaan normal; Anggapan adanya gejala serius yang dapat menimbulkan bahaya; Gejala penyakit yang dirasakan akan menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja, dan kegiatan kemasyarakatan; Frekuensi dan persisten (terus-menerus, menetap) tanda dan

gejala yang dapat dilihat; Kemungkinan individu untuk terserang penyakit; Adanya informasi, pengetahuan dan anggapan budaya tentang penyakit; Adanya perbedaan interpretasi tentang gejala penyakit; Adanya kebutuhan untuk mengatasi gejala penyakit. Tersedianya berbagai sarana pelayanan kesehatan, seperti : fasilitas, tenaga, obat-obatan, biaya dan transportasi

## E. Perilaku Sakit (*Illness Behavior*)

### 1. Definisi Perilaku Sakit

Perilaku sakit merupakan cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami, melakukan upaya penyembuhan, dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan. Jika individu merasa sakit, perilaku sakit bisa berfungsi sebagai mekanisme coping.

Perilaku spesifik yang tampak bila seseorang memilih peran sebagai orang sakit, yaitu orang sakit tidak dapat disalahkan sejak mulai sakit, dikecualikan dari tanggung jawab pekerjaan, sosial dan pribadi, kemudian orang sakit dan keluarganya diharapkan mencari pertolongan agar cepat sembuh (Irwan, 2017).

### 2. Penyebab Perilaku Sakit

Menurut Sri Kusmiyati dan Desmaniarti dalam Irwan (2014), terdapat tujuh perilaku orang sakit yang dapat diamati yaitu; *Fearfulness* (merasa ketakutan). Bentuk ketakutannya, meliputi takut penyakitnya tidak sembuh, takut mati, takut mengalami kecacatan, dan takut tidak mendapat pengakuan dari lingkungan sehingga merasa diisolasi. Regresi, salah satu perasaan yang timbul pada orang sakit adalah ansietas (kecemasan). Untuk mengatasi kecemasan tersebut, salah satu caranya adalah dengan regresi (menarik diri) dari lingkungannya. Egosentris, yaitu perilaku individu yang sakit banyak mempersoalkan tentang dirinya sendiri. ditandai dengan

hal hanya ingin menceritakan penyakit yang sedang diderita, tidak ingin mendengarkan persoalan orang lain, hanya memikirkan penyakitnya sendiri, Senang mengisolasi dirinya baik dari keluarga, lingkungan maupun kegiatan. Melebih-lebihkan persoalan kecil. Akibatnya individu menjadi cerewet, banyak menuntut, dan banyak mengeluh tentang masalah sepele. Reaksi emosional tinggi, sehingga individu sangat sensitif, karena beberapa faktor diatas, individu yang menderita sakit akan memiliki rasa cemas yang kadang-kadang timbul stress.

### 3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Sakit (Irwan, 2017).

#### 1. **Faktor Internal**

Ada dua hal yang mempengaruhi perilaku sakit yaitu pertama persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami, klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut dapat mengganggu rutinitas kegiatan sehari-hari. Faktor yang kedua adalah asal atau jenis penyakit, pada penyakit akut dimana gejala relatif singkat dan berat serta mungkin mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada, maka klien biasanya akan segera mencari pertolongan dan mematuhi program terapi yang diberikan. Sedangkan pada penyakit kronik biasanya berlangsung lama (>6 bulan) sehingga jelas dapat mengganggu fungsi di seluruh dimensi yang ada.

#### 2. **Faktor eksternal**

##### a. Gejala yang dapat dilihat

Gejala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi citra tubuh dan perilaku sakit, misalnya orang yang terlihat pucat akan lebih cepat mencari pertolongan daripada orang dengan sakit tenggorokan, karena komentar orang lain tentang gejala pucat yang dialaminya.

b. Faktor kelompok sosial

Kelompok sosial klien akan membantu mengenali ancaman penyakit, atau justru menyangkal potensi terjadinya suatu penyakit. Misalnya dua wanita dari kelompok sosial yang berbeda menemukan adanya benjolan pada payudaranya, saran dari rekan – rekan kedua wanita itu kemungkinan akan berbeda, yang satu disarankan memeriksakan ke dokter dan yang lain akan menyarankan tidak diperiksakan. Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seseorang bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit. Dengan demikian perawat perlu memahami latar belakang budaya yang dimiliki klien

c. Faktor ekonomi

Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang ia rasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Faktor kemudahan akses terhadap sistem pelayanan, dekatnya jarak klien dengan RS, klinik atau tempat pelayanan medis lain sering mempengaruhi kecepatan mereka dalam memasuki sistem pelayanan kesehatan.

#### 4. Tahap-tahap Perilaku Sakit (Irwan, 2017).

Tahapan perilaku sakit sebagai berikut:

##### 1. Tahap 1 (mengalami gejala)

Pada tahap ini pasien menyadari ada sesuatu yang salah. Mereka mengenali adanya keterbatasan fungsi fisik atau sensasi tertentu (nyeri, benjolan,dll) tetapi belum menduga adanya diagnosa tertentu. Respons emosional akan muncul jika gejala itu dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari pertolongan.



## 2. Tahap 2 (Asumsi tentang peran sakit )

Pada tahap ini jika gejala menetap dan semakin berat, individu yang sedang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga atau orang terdekat sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya. Perubahan emosional yang muncul pada tahap ini seperti menarik diri atau depresi, jika gejala menetap atau semakin berat maka individu tersebut akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan.

## 3. Tahap 3 (Kontak dengan Pelayanan Kesehatan)

Pada tahap ini klien mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kesehatan dimasa yang akan datang. Profesi kesehatan mungkin akan menentukan bahwa mereka tidak menderita suatu penyakit atau sebaliknya. Klien bisa menerima atau menyangkal diagnosa tersebut. Bila klien menerima diagnosa mereka akan mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan, akan tetapi jika menyangkal mereka mungkin akan mencari sistem pelayanan kesehatan lain.

## 4. Tahap 4 (Peran Klien Dependen)

Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya, sehingga klien bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada. Klien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan dari berbagai tuntutan dan stres hidupnya. Perubahan ini jelas akan mempengaruhi peran klien di tempat ia bekerja, rumah maupun masyarakat.

## 5. Tahap V (Pemulihan dan Rehabilitasi)

Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit, dan dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam. Penyembuhan

yang tidak cepat, menyebabkan seorang klien butuh perawatan lebih lama sebelum kembali ke fungsi optimal, misalnya pada penyakit kronis. Tidak semua klien melewati tahapan yang ada, dan tidak setiap klien melewatinya dengan kecepatan atau dengan sikap yang sama.

## 5. Dampak Sakit

### 1. Dampak terhadap perilaku dan emosi.

Dampak sakit dapat berpengaruh terhadap perilaku dan emosi klien karena setiap orang memiliki reaksi yang berbeda-beda tergantung pada asal penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupan seseorang akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi klien dan keluarga. Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri.

### 2. Terhadap Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat menimbulkan perubahan dalam penampilan fisiknya, dan klien/keluarga akan bereaksi dengan cara yang berbeda-beda terhadap perubahan tersebut. Reaksi klien/keluarga terhadap perubahan gambaran tubuh itu tergantung pada: Jenis Perubahan (mis: kehilangan tangan, alat Indera tertentu, atau organ tertentu) ; Kapasitas adaptasi, kecepatan perubahan dan dukungan yang tersedia.

### 3. Terhadap Konsep Diri

Konsep Diri adalah citra mental seseorang terhadap dirinya sendiri, mencakup bagaimana mereka melihat kekuatan dan

kelemahannya pada seluruh aspek kepribadiannya. Konsep diri tidak hanya bergantung pada gambaran tubuh dan peran yang dimilikinya tetapi juga bergantung pada aspek psikologis dan spiritual diri. Perubahan konsep diri akibat sakit mungkin bersifat kompleks dan kurang bisa terobservasi dibandingkan perubahan peran.

#### 4. Terhadap Dinamika Keluarga

Dinamika Keluarga merupakan proses dimana keluarga melakukan fungsi, mengambil keputusan, memberi dukungan kepada anggota keluarganya, dan melakukan koping terhadap perubahan dan tantangan hidup sehari-hari.

### F. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behavior*)

Menurut Parsons mendefinisikan “peran sakit” memiliki empat karakteristik utama. Pertama, orang yang sakit dibebaskan atau dibebaskan dari melaksanakan peran sosial yang normal. Kedua, orang-orang yang menjalani peran sakit tidak langsung bertanggung jawab atas nasib mereka. Ketiga, orang yang sakit akan mendapatkan respons yang baik dari lingkungan sosial disekitarnya. Peran sakit dianggap sebagai tahap sementara penyimpangan yang tidak boleh diperpanjang jika mungkin. Akhirnya, dalam peran orang sakit atau pasien harus mencari bantuan yang kompeten dan bekerja sama dengan perawat medis untuk sembuh. skema konseptual ini menyiratkan banyak hubungan timbal balik antara orang yang sakit (pasien), dan penyembuh (dokter).

### G. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behavior*)

Menurut Parsons mendefinisikan “peran sakit” memiliki empat karakteristik utama. Pertama, orang yang sakit dibebaskan atau dibebaskan dari melaksanakan peran sosial yang normal. Semakin parah penyakit, semakin seseorang dibebaskan dari peran sosial yang normal. Kedua, orang-orang yang

menjalani peran sakit tidak langsung bertanggung jawab atas nasib mereka. Ketiga, orang yang sakit akan mendapatkan respons yang baik dari lingkungan sosial di sekitarnya.

## H. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behavior*)

Menurut Parsons mendefinisikan “peran sakit” memiliki empat karakteristik utama. Pertama, orang yang sakit dibebaskan atau dibebaskandari melaksanakan peran sosial yang normal. Semakin parah penyakit, semakin seseorang dibebaskan dari peran sosial yang normal. Kedua, orang-orang yang menjalani peran sakit tidak langsung bertanggung jawab atas nasib mereka. Ketiga, orang yang sakit akan mendapatkan respons yang baik dari lingkungan sosial di sekitarnya. Peran sakit dianggap sebagai tahap sementara penyimpangan yang tidak boleh diperpanjang jika mungkin.

Akhirnya, dalam peran orang sakit orang sakit atau pasien harus mencari bantuan yang kompeten dan bekerja sama dengan perawatan medis untuk sembuh. skema konseptual ini menyiratkan banyak hubungan timbal balik antara orang yang sakit (pasien), dan penyembuh (dokter).

## I. Perilaku Pencegahan Penyakit

Tingkatan pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada lima tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2007):

1. **Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).**
  - a. Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas.
  - b. Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan.
  - c. Peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat seks bebas dan Pelayanan Keluarga Berencana

2. **Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Spesific Protection*).**
  - a. Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencegah terhadap penyakit- penyakit tertentu.
  - b. Isolasi terhadap penyakit menular.
  - c. Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja.
  - d. Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergi.
3. **Menggunakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*).**
  - a. Mencari kasus sedini mungkin.
  - b. Melakukan pemeriksaan umum secara rutin.
  - c. Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu misalnya kusta, TBC, kanker serviks.
  - d. Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita.
  - e. Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular.
  - f. Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.
4. **Pembatasan kecacatan (*Dissability Limitation*)**
  - a. Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjut agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi.
  - b. Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan.
  - c. Perbaikan fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.
5. **Pemulihan kesehatan (*Rehabilitation*)**
  - a. Mengembangkan lembaga-lembaga rehabilitasi dengan mengikutsertakan masyarakat
  - b. Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberi dukungan moral

- c. Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri.
- d. Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit.

## J. Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan

Merupakan perilaku yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat sakit atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari yang sederhana yaitu mengobati sendiri (*self treatment*) sampai ke cara modern (teknologi) dengan pergi keluar negeri, misalnya : pada saat ibu akan bersalin dia mencari tenaga kesehatan (bidan, dokter, perawat) untuk menolong persalinannya, penderita sakit jantung akan pergi keluar negeri untuk melakukan pengobatan dan sebagainya (Irwan, 2017)

### 1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (Health Maintenance)

Perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sakit. Perilaku ini terdiri atas dua aspek yaitu sebagai berikut.

1. **Perilaku pencegahan penyakit, misalnya :** pemberian imunisasiTT pada ibu hamil, mencuci tangan dan sebagainya.
2. **Perilaku peningkatan kesehatan dan penyembuhan akibat sakit.** Perlu upaya bagi yang sudah sehat untuk meningkatkan kembali kesehatannya seoptimal mungkin, misalnya: pemberian antibiotik, makan dan minuman yang bergizi, pemberian tablet Fe.

## 2. Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan (Environmental Behaviour)

Menurut Hendrik L.Blum, faktor lingkungan mempunyai kontribusi besar yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya. Apabila individu bisa mengelola lingkungan dengan baik, maka lingkungan tidak akan mengganggu kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, Lingkup perilaku ini sesuai lingkungan kesehatan lingkungan, yaitu :

1. Perilaku terhadap air bersih, meliputi manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
2. Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor atau kotoran.
3. Perilaku pembuangan limbah, baik limbah cair maupun padat. dalam hal ini termasuk sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat dan dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
4. Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat. Rumah sehat menyangkut ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
5. Perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vektor

## 3. Perilaku Hidup Sehat

Perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilakunya antara lain sebagai berikut : Makan dengan menu seimbang; Olahraga secara teratur, juga mencakup segi kualitas dan kuantitas. Dalam satu minggu minimal 2 kali melakukan olah raga selama lebih kurang satu jam; Tidak merokok; Tidak minum-minuman keras; Tidak menggunakan narkoba; Istirahat yang cukup; Hindari stres; Gaya hidup yang sehat : tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri dengan lingkungan sekitar dan sebagainya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Blum HL. 1972. *Planning for Health; Development Application of SocialChange Theory*. New York: Human Science Press. p.3.
- Glanz, K. Barbara K. R. Viswanath, K (2008). *Health Behavior and Health Education.4Th Edition*. 989Market Street, San Francisco, CA 94103-1741
- Irwan (2014) ; *Model perilaku beresiko HIV dan AIDS pada remajadi Provinsi Gorontalo*. Universitas Airlangga Surabaya.
- Irwan (2017) *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta., CV Absolute Media.
- Jullismin. & Nasrullah, H. (2013). Gambaran Pelayanan dan Perilaku kesehatan di Indonesia. *Dalam Jurnal Geography*, 5(2) 123-134
- Kholid, A. (2018) *Promosi Kesehatan dengan pendekatan teori perilaku, media, dan aplikasinya*. Raja Grafindo Persada.
- Notoatmodjo, S. (2003) '*Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*'. Jakarta: Rineka Cipta, 10.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: rinekacipta, 16, 15-49.
- Notoatmodjo, S. (2007) '*Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*'. Jakarta: rinekacipta, 20.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe. IL: The Free Press
- Skinner, B. F. (1938). *The Behaviour of Organisms, American Psychologist*.
- Snelling, A. (2014) *Introduction to Health Promotion*. United States of America: Jossey-Bass.
- Wacker, R. R. (1990) '*The Health Belief Model and preventive health behavior : an analysis of alternative models of causal relationships*', *RetrospectiveTheses and Dissertations*.



## PROFIL PENULIS



Ns. Anita Lufianti., M.Kes., M.Kep. Lahir di Blora, 8 Juli 1977. Penulis beralamat di Perum Ayodya 2 Blok B No. 3 Purwodadi Grobogan, Jawa Tengah. Istri dari Hendrik Budi Prasetyo yang telah dikaruniai dua putra dan satu putri yaitu Kenzo Paramarafsya Radith Prasetyo, Kenstano Qafkharu Dante Prasetyo dan Nikita Queensha Zaffarani Prasetyo.

Penulis merupakan alumni dari Akper Telogorejo Semarang lulus tahun 1998, kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan – Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada lulus tahun 2011. Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Program Studi Magister Kedokteran Keluarga dengan minat utama Pendidikan Profesi Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret lulus tahun 2011. Pada tahun 2013 Penulis menempuh pendidikan S2 di Program Magister Keperawatan Universitas Diponegoro dan lulus tahun 2016. Saat ini penulis sedang menempuh pendidikan Doktorat di Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret, pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Riwayat Pekerjaan pada tahun 2001 – 2006 menjadi Dosen di AKPER Krida Husada Kudus. Tahun 2006 - sekarang (2022) menjadi Dosen di Universitas An Nuur Purwodadi.

# BAB 6

## KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT DALAM PELAYANAN KESEHATAN

---

Eka Fujiati, S.KM., M.KL.  
Puskesmas Curahnongko Kabupaten Jember

### A. Pendahuluan

Manusia sebagai individu dan bagian dari tatanan kehidupan tidak terlepas dari segala permasalahan yang ada, salah satunya yaitu permasalahan kesehatan. Permasalahan kesehatan merupakan permasalahan yang tidak dapat dihindarkan dan tidak dapat dienyapkan dari kehidupan manusia. Permasalahan kesehatan tersebut dapat diatasi dengan beberapa cara dan strategi dengan cara meminimalisir kejadian permasalahan kesehatan. Pencegahan penyakit merupakan salah satu upaya manusia dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang ada dalam kehidupannya.

Kondisi seseorang sehingga bisa dikatakan sakit yaitu apabila terjadi penyimpangan dari keadaan normal, baik struktur maupun fungsinya, keadaan dimana tubuh atau organisme atau bagian dari organisme atau populasi yang diteliti tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Penyebab penyakit dalam epidemiologi berkembang dari rantai sebab akibat ke suatu proses kejadian penyakit, yakni proses interaksi antara penjamu (host) dengan penyebab (agent) serta dengan lingkungan (environment). Proses interaksi ketiga unsur tersebut disebut juga sebagai trias epidemiologi atau segitiga epidemiologi (Nangi et al., 2019). Penyakit infeksi dapat ditularkan kepada manusia yang sensitif melalui beberapa cara yang sering disebut sebagai mode of transmission baik yang terjadi secara langsung atau

tidak langsung dari orang ke orang lain atau penyebarannya pada kelompok populasi ditinjau dari aspek epidemiologi (Hulu et al., 2020)

Distribusi atau penyebaran penyakit mengacu pada analisis pola penyakit berdasarkan karakteristik orang, tempat, dan waktu (person, place, and time). Dengan kata lain, penyebaran penyakit berkaitan dengan siapa yang terkena penyakit, di mana, dan kapan penyakit itu terjadi. Variasi frekuensi penyakit berdasarkan tiga karakteristik tersebut memberikan informasi penting bagi epidemiolog dalam memahami derajat status kesehatan sebuah populasi, membantu dalam merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program kesehatan masyarakat untuk mencegah serta mengendalikan masalah kesehatan (Ahmad et al., 2020).

Segala permasalahan kesehatan yang terjadi dalam tatanan kehidupan manusia bukan saja menjadi tanggung jawab sebagian individu, kelompok, organisasi maupun instansi tertentu, namun segala permasalahan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama. Adanya kolaborasi semua pihak dalam upaya pemecahan masalah kesehatan perlu didukung dengan adanya sistem yang baik dan terintegrasi. Sistem tersebut dapat dimotori oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal ini menjadi pusat dalam penanganan permasalahan kesehatan yang ada termasuk di dalamnya pencegahan penyakit.

## B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Contoh fasilitas pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, puskesmas dan klinik. Dalam upaya menunjang pelayanan kesehatan didirikan upaya kesehatan bersumber masyarakat

(UKBM) dengan prinsip dari, oleh dan untuk masyarakat yang dikenal dengan nama pos pelayanan terpadu (posyandu) (Surahman & Supardi, 2016).

Fasilitas kesehatan menjadi penggerak dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya-upaya peningkatan kesehatan masyarakat tersebut tentunya perlu adanya dukungan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik. Oleh sebab itu dengan terselenggaranya fasilitas pelayanan kesehatan yang optimal dapat mendukung upaya-upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat termasuk pencegahan penyakit yang optimal pula.

## 1. Syarat Pokok Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Menurut (Surahman & Supardi, 2016) berikut syarat-syarat pokok fasilitas pelayanan kesehatan:

### 1. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*)

Artinya fasilitas pelayanan kesehatan mudah ditemukan keberadaannya dan dapat dimanfaatkan masyarakat saat dibutuhkan.

### 2. Dapat diterima (*acceptable*)

Artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat setempat.

### 3. Mudah dicapai (*accessible*)

Artinya lokasi fasilitas pelayanan kesehatan mudah dicapai dengan sarana transportasi yang tersedia, baik di perkotaan maupun perdesaan.

4. **Mudah dijangkau (*affordable*)**

Artinya biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat konsumennya.

5. **Bermutu (*quality*)**

Artinya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar mutu yang ditetapkan.

## 2. Prinsip Pelayanan Kesehatan

Selain adanya syarat pelaksanaan atau penyelenggaraan pelayanan kesehatan terdapat juga prinsip-prinsip yang dapat diimplementasikan dalam penyelenggaranya. Prinsip-prinsip pelayanan kesehatan ini tentunya dapat mendukung dan mengoptimalkan upaya-upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Implementasi prinsip pelayanan kesehatan yang baik dapat memberikan dukungan optimalisasi dalam pencegahan penyakit. Menurut (Surahman & Supardi, 2016) berikut prinsip pelayanan kesehatan:

1. **Mengutamakan pelanggan.**

Standar prosedur pelayanan disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan, bukan hanya untuk memperlancar pekerjaan. Jika pelayanan kita memiliki pelanggan eksternal dan internal, harus ada prosedur yang berbeda dan terpisah untuk keduanya.

2. **Sistem yang efektif.**

Proses pelayanan perlu dilihat sebagai sebuah sistem yang memadukan hasil-hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi. Perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar di mata para pelanggan.

3. **Melayani dengan hati nurani (*soft system*).**

Dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan, diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani.

Perilaku yang dibuat-buat sangat mudah dikenali pelanggan dan akan memperburuk citra pelayanan.

**4. Perbaikan yang berkelanjutan.**

Semakin baik mutu pelayanan akan menghasilkan pelanggan yang semakin sulit untuk dipuaskan, karena tuntutannya akan semakin tinggi, kemudian kebutuhannya semakin meluas dan beragam. Hal tersebut mendorong pemberi jasa pelayanan harus mengadakan evaluasi dan perbaikan terus-menerus.

**5. Memberdayakan pelanggan.**

Menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumber daya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidup sehari-hari.

## **C. Pencegahan Penyakit**

### **1. Pengertian Pencegahan Penyakit**

Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit baik penyakit menular maupun tidak menular.

Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dilakukan dengan cara memutus mata rantai penularan. Hal itu dapat dilakukan dengan cara menghentikan kontak agen penyakit dan pejamu. Faktor pencegahan penularan penyakit menitikberatkan pada penanggulangan faktor risiko penyakit seperti lingkungan dan perilaku. Sanitasi lingkungan yang tidak higienis mempermudah penularan penyakit (Masriadi, 2014).

### **2. Tingkat Pencegahan Penyakit**

Menurut (Sidabutar, 2020) ada beberapa level atau tingkatan dalam melakukan pencegahan penyakit, diantaranya:

1. **Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)**

Sasaran pada orang sehat dengan usaha peningkatan derajat kesehatan dan pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu.

2. **Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)**

Sasaran utama pada mereka yang baru terkena penyakit melalui diagnosis dini serta pengobatan yang tepat.

3. **Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*)**

Sasaran terhadap penderita penyakit tertentu Jangan sampai bertambah berat penyakitnya atau cacat, dan meliputi rehabilitasi

Pencegahan penyakit merupakan suatu usaha yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit yang mencakup semua kalangan. Dalam melakukan pencegahan penyakit ini dibagi atas beberapa tingkatan, yaitu (Irwan, 2017) :

1. **Pencegahan primordial**

Usaha yang dilakukan untuk menghindari terjadinya faktor risiko, serta diperlukannya keterlibatan instansi-instansi terkait sehingga cepat terlaksana. Contohnya pelarangan illegal logging.

2. **Pencegahan primer**

Usaha yang dilakukan pada tahap prepatogenesis sehingga derajat kesehatan dapat ditingkatkan pada jenis penyakit tertentu. Usaha yang dilakukan berupa; Health promotion berupa peningkatan derajat kesehatan individu secara optimal, mengurangi faktor resiko dan memodifikasi lingkungan dan Specific protection, pencegahan ini ditujukan kepada host (manusia) dan penyebab untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

3. **Pencegahan sekunder**

Usaha yang dilakukan pada saat sakit dengan diagnosis dini serta pengobatan yang cepat dan tepat.

#### 4. Pencegahan tersier

Usaha yang dilakukan untuk mencegah kecacatan atau kematian, mencegah terulangnya penyakit serta melakukan proses rehabilitasi fisik, sosial serta psikologi.

### 3. Upaya Pencegahan Penyakit

Sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat ada beberapa kegiatan yang dapat dilakukan. Salah satu kegiatan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat yaitu dengan adanya upaya pencegahan penyakit

Upaya pencegahan penyakit menurut (Hindayani, 2020) ialah sebagai berikut:

#### 1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Pada tahap pra pathogenesis seorang belum terpapar oleh agen walaupun sudah ada interaksi dengan agen. Pada tahap pre pathogenesis upaya pencegahan adalah health promotion, dengan upaya ini diharapkan seseorang akan terhindar dari penyakit. Dengan adanya promosi kesehatan diharapkan masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya, sehingga adanya perubahan pola pikir dan perubahan perilaku dengan dilandasi kesadaran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Contoh promosi kesehatan antara lain:

- a. Penyuluhan tentang cara-cara pemberantasan DBD
- b. Penyuluhan tentang sanitasi lingkungan
- c. Penyuluhan tentang makanan dan minuman
- d. Penyuluhan tentang makanan bergizi, kesehatan olahraga.
- e. Penyuluhan tentang kesehatan mata



## 2. **Spesific Protection (perlindungan Khusus)**

Spesific Protection merupakan upaya pencegahan agar seseorang terhindar dari penyakit dengan cara melakukan upaya perlindungan khusus misalnya:

- a. ikut serta dalam program imunisasi yang bertujuan meningkatkan imunitas tubuh
- b. menggunakan alat pelindung diri seperti masker sebagai protektif dari paparan debu yang membawa agen penyakit dan asap kendaraan
- c. Mengonsumsi gizi seimbang untuk proses metabolisme tubuh yang baik serta penyerapan zat-zat yang dibutuhkan tubuh terpenuhi sehingga tubuh menjadi erat dan tahan terhadap serangan sakit

*Spesifik protection* merupakan upaya preventif pada tahap pre pathogenesis dan tahap inkubasi. Pada orang yang tampak sehat sebagai upaya preventif tidak mudah terserang sakit sedangkan pada orang yang sudah pada tahap inkubasi sebagai upaya preventif meningkatkan ketahanan pejamu dari kerentanan paparan agen. Contoh-contoh spesifik protection antara lain:

- a. Upaya kesehatan gizi keluarga dan balita dengan mengonsumsi gizi seimbang
- b. Pemberian makanan tambahan bagi anak sekolah (PMTAS)
- c. Imunisasi
- d. Vaksinasi
- e. Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) seperti masker, kaca mata dan lain-lain
- f. Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita
- g. Pengendalian perkembangbiakan perindukan vektor atau kontrol vektor seperti abatisasi, ikanisasi, kegiatan 4M (menutup, menguras tempat penampungan air,

- mengubur barang bekas, memantau perkembangbiakan vektor), pemeriksaan jentik berkala
- h. Protectif dari gigitan vektor DBD dengan cara penggunaan kelambu, pemasangan kawat kasa, kelambu berinsektisida, penggunaan relevan lotion anti nyamuk
3. ***Early Diagnosis and From Treatment (Diagnosis Dini dan Pengobatan yang Tepat)***

Early Diagnosis and From Treatment merupakan upaya preventif dengan melakukan upaya pemeriksaan dini dan pengobatan yang tepat sesuai standar kesehatan. Upaya ini dilakukan pada tahap penyakit dini dengan melakukan berbagai upaya agar penyakit dini yang diderita pejamu tidak bertambah parah. Contoh dari Early Diagnosis and From Treatment antara lain:

a. *Screening penyakit*

Screening penyakit dilakukan untuk menyaring orang yang benar-benar sakit dan orang yang benar-benar sehat, sehingga orang yang terjaring benar-benar sakit dapat diintervensi dengan pengobatan yang tepat dan sesuai standar. Hal ini sebagai upaya preventif seseorang yang berada pada tahap penyakit dini untuk tidak bertambah parah dan berlanjut pada tahap penyakit lanjut dengan harapan penderita penyakit dini dapat kembali pulih sembuh total. Sebagai salah satu contoh yaitu screening pap smear untuk menyaring orang yang benar-benar sakit Ca servix.

b. Pengobatan yang tepat memenuhi syarat keilmuan dan dapat diterima masyarakat

Orang yang pada tahap dini sebaliknya melakukan pengobatan yang tepat sesuai standar dan syarat keilmuan medis sehingga dapat kembali pulih. Pada umumnya seseorang pada tahap dini mengalami gejala ringan seperti pusing, bersin-bersin, nyeri ringan yang

menyebabkan seseorang enggan berobat ke fasilitas kesehatan. Hal ini menyebabkan seseorang menjadikan penyakitnya bertambah parah dan biaya untuk pengobatan pun bertambah mahal.

#### 4. **Disability Limitation**

Disability Limitation merupakan upaya preventif pembatasan kecacatan pada seseorang pada tahap penyakit lanjut. Upaya ini merupakan lanjutan dari Early Diagnosis and From Treatment yaitu dengan cara pengobatan dan perawatan yang sempurna dengan harapan pejamu tersebut dapat puih kembali sembuh dan tidak adanya berbagai komplikasi dari suatu penyakit yang dideritanya. Pencegahan kecacatan pada pejamu bertujuan agar filosofi organ tubuhnya dapat berfungsi maksimal dan mencegah kondisi yang memperburuk kesehatan pejamu. Beberapa contoh disability limitation anatara lain:

- a. Monitoring atau evaluasi keteraturan pengobatan
- b. Melakukan upaya pendampingan pada pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar kesehatan
- c. Monitoring efek samping pengobatan
- d. Menekan terjadinya drop out pengobatan pada penderita TB Paru

#### 5. **Rehabilitation**

Rehabbiitation merupakan segala upaya untuk memulihkan fungsi serta optimalisasi produktivitas seseorang setelah masa akhir dari penyakit. Upaya preventif ini dilakukan pada seseorang yang proses penyakit yang dideritanya telah mencapai akhir penyakit. Tujuan dari upaya rehabilitatif adalah berusaha mengembalikan penderita kepada keadaan semula atau sebagai upaya untuk memperpanjang harapan hidup penyakit yang dideritanya sehingga mampu melangsungkan fungsi kehidupannya, misalnya dengan

upaya fisioterapi, memberikan alat bantu untuk berjalan, pendengaran dan lain-lain.

ITSPKU

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, R. A., Indriani, C., Arisanti, R. R., Wahdi, A. E., & Hertanti, N. S. (2020). *Buku Teks Epidemiologi Untuk Kesehatan Masyarakat*. Gadjah Mada University Press.
- Hindayani, W. R. (2020). *Epidemiologi*. Deepublish.
- Hulu, V. T., Supinganto, A., Khairi, L. A., Sianturi, E., Slagian, N., Hastuti, P., & Syamdarniati. (2020). *Epidemiologi Penyakit Menular: Riwayat, Penularan dan Pencegahan*. Yayasan Kita Menulis.
- Irwan. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Absolute Media.
- Masriadi. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Rajagrafindo Persada.
- Nangi, M. G., Yanti, F., & Lestari, S. A. (2019). *Dasar Epidemiologi*. Deepublish.
- Sidabutar, S. (2020). *Buku Ajar Epidemiologi*. Forikes.
- Surahman, & Supardi, S. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Kemenkes RI.

## PROFIL PENULIS



Eka Fujiati, S.KM., M.KL. lahir di Kabupaten Banyuwangi Provinsi Jawa Timur. Menyelesaikan pendidikan sarjana pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kesehatan Lingkungan di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember pada tahun 2015. Kemudian penulis melanjutkan pendidikannya pada Program Studi Magister Kesehatan Lingkungan, Peminatan Manajemen Kesehatan Lingkungan di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, lulus pada tahun 2018. Setelah lulus program magister hingga tahun 2022, penulis bergabung menjadi staf pada Bidang Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Banyuwangi. Selain itu, penulis juga menjadi dosen tamu dan dosen penguji di beberapa perguruan tinggi di kotanya. Tahun 2022, penulis memulai menjalani karirnya sebagai Penyuluh Kesehatan Masyarakat pada Puskesmas Curahmongko, Kabupaten Jember Jawa Timur.

ITSPKU

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

# BAB 7

## KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI

---

Wahyuni Hafid, SKM., M.Epid  
Universitas Gorontalo

### A. Sejarah Perkembangan Epidemiologi

Sejarah perkembangan epidemiologi dimulai sejak zaman purbakala (klasik) sebelum 500 M dan selama periode abad pertengahan yang ditandai dengan wabah penyakit pes di Eropa. Pemahaman terhadap konsep penyakit serta upaya pencegahan dan pengendaliannya memiliki sejarah yang panjang seiring dengan peradaban umat manusia. Pemahaman terhadap berbagai konsep penyakit sekaligus dapat memperluas sudut pandang dalam menanggapi berbagai perbedaan pendapat terkait masalah Kesehatan yang ada di sekitar kita.

Perkembangan ilmu epidemiologi tidak terlepas dari tokoh-tokoh yang memiliki jasa besar, diantaranya;

#### 1. **Hippocrates (460-370)**

Hippocrates dikenal sebagai seorang ahli epidemiologi pertama di dunia. Teori yang dikemukakan diantaranya, suatu penyakit terjadi disebabkan oleh faktor lingkungan seperti kualitas air dan udara. Penemuan tersebut dituliskan Hippocrates pada sebuah buku bersejarah penting dengan judul *on airs, water and places*. Selain itu, pada masa tersebut istilah epidemi dan endemi telah dikenal oleh masyarakat.

#### 2. **Black Death**

*Black death* merupakan peristiwa sangat penting bagi epidemiologi sebab dianggap sebagai epidemi wabah pes yang merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri



*Yersinia pestis*. Peristiwa tersebut terjadi antara tahun 1346-1352 dan diklaim hingga sepertiga dari populasi Eropa pada saat itu (20-30 juta dari 100 juta orang).

### 3. Galen (129-199)

Dokter ahli bedah dari Italia yang menyempurnakan teori Hippocrates dengan menambahkan *procatartic factor* dan *temperament* sebagai faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang yaitu Galen. Teori *procatartic factor* dan *temperament* menjelaskan tentang gaya hidup seseorang dan sifat seseorang menyikapi suatu objek, sehingga dalam teorinya Galen menuliskan bahwa masalah kesehatan (sakit) disebabkan selain ketidakseimbangan unsur tubuh (Hippocrates) juga disebabkan oleh faktor gaya hidup dan sifat pribadi.

### 4. Hieronymous Fracastorius (1483-1553)

Hieronymous Fracastorius merupakan seorang ahli epidemiologi dari Italia yang menyatakan penyakit ditularkan secara kontak langsung yaitu dari satu orang ke orang lain. Teori ini lebih dikenal dengan istilah *transmission process* "*contagion theory*" dalam buku aslinya disebut *des res contagiosa* yang didasari dari hasil pengamatan di Prancis pada penyakit *Syphilis*.

### 5. John Graunt (1620-1674)

Karya John Graunt mencatat perkembangan epidemiologi dalam aspek analisis kuantitatif morbiditas dan mortalitas. Pada tahun 1662, menerbitkan buku yang berjudul *Natural and Political Observations Mentioned in a following Index and Made Upon the Bills of Mortality*. Graunt dikenal sebagai orang pertama yang menggunakan metode kuantitatif morbiditas dan mortalitas untuk menggambarkan statistik vital populasi dengan mengatur data kematian dan kelahiran, termasuk variasi musiman seperti kematian bayi. Analisis yang

dilakukan dari laporan mingguan kelahiran dan kematian di London, dan pertama kalinya nebgkuantifikasi pola penyakit pada populasi. John Graunt juga disebut *Columbus Statistik*.

6. **Thomas Sydenham (1624-1689)**

Thomas Sydenham disebut sebagai *English Hippocrates* sebab teorinya mampu menghidupkan kembali konsep Hippocrates di Inggris dengan menjabarkan secara jelas tentang penularan penyakit yang disebabkan adanya kontak dengan penyakit, meskipun saat itu banyak yang menentang atau tidak menerima teori tersebut.

7. **Antonio Van Leuwenhoek (1632-1723)**

Ilmuwan yang menemukan *Microscope* sekaligus penemu bakteri dan parasite tahun 1674 dan penemu spermatozoa tahun 1677. Beberapa penemuan tersebut sangat bermanfaat untuk analisis epidemiologi selanjutnya.

8. **Edward Jenner (1749-1823)**

Penemuan Jenner mengenai pengembangan vaksin yang memberi kekebalan terhadap penyakit cacar pada tahun 1798 didasari pengamatan yang dilakukan pada *dairymaids* yang telah terinfeksi cacar air (ditularkan oleh ternak) kebal terhadap cacar. Jenner membuat vaksin menggunakan bahan dari lengan *dairymaids*, Sarah Nelmes yang memiliki kasus cacing aktif. Pada tahun 1796 vaksin tersebut disuntikkan ke lengan seorang anak laki-laki usia 8 tahun yang kemudian terkena cacar dan tidak mengembangkan penyakitnya. Metode tersebut dikenal dengan istilah *Germ Theory*.

9. **John Snow (1800-1899)**

John snow menganalisis masalah kolera menggunakan pendekatan epidemiologis dengan cara menganalisis faktor tempat, orang, dan waktu sehingga menemukan bahwa terdapat hubungan antara air minum yang dipasok oleh

perusahaan setempat dengan kejadian kolera di London, Inggris. Sebagai pengakuan atas kontribusi inventifnya maka John Snow dianggap sebagai penemu penyakit kolera dan *the father of field epidemiology*. John snow adalah seorang ahli anesthesiologi di Inggris, menginovasi beberapa metode epidemiologi kunci yang tetap berlaku dan digunakan saat ini.

#### 10. **Lois Pasteur (1822-1895)**

Lois Pasteur mengemukakan sebuah teori pada tahun 1855 tentang suatu kehidupan baru (organisme) yang dapat timbul bukan dari benda mati dan dikenal dengan "*omne vivo ex ovo, omne ovum ex vivo*" diartikan bahwa semua kehidupan berasal dari sel telur dan semua sel telur berasal dari semua yang hidup. Ia juga dapat membuktikan bahwa perubahan kimia pada bahan makanan dapat disebabkan karena adanya kontaminasi oleh mikroorganisme. Karena beberapa penemuannya tersebut maka Lois Pasteur dikenal sebagai penemu bakteri. Selanjutnya berdasarkan penemuan dari Lois Pasteur, maka ahli kesehatan masyarakat kemudian menyebarkan pengetahuan bahwa penyakit-penyakit yang tergolong *food borne disease* disebabkan melalui kontaminasi mikroorganisme pada makanan/minuman.

#### 11. **Robert Koch (1843-1910)**

Robert Koch adalah seorang dokter di Jerman yang memberikan verifikasi bahwa penyakit yang terjadi pada manusia disebabkan oleh organisme hidup tertentu, hal tersebut didasari dari penemuannya saat mengisolasi bakteri yang menyebabkan antraks (*bacillus anthracis*) dan kolera (*vibrio cholerae*). Penemuan yang paling terkenal adalah hasil mengidentifikasi penyakit tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*), karya ini dipublikasikan pada tahun 1882 di *Die Aetiologie der Tuberkulose*.

## 12. William Far (1839)

William far adalah seorang dokter yang pada tahun 1839 diberikan tanggung jawab “Compiler of Abstracts” pada kantor pendaftaran umum di Inggris dan menempati posisi tersebut selama 40 tahun. Dalam mengevaluasi masalah kesehatan masyarakat, William far mengembangkan sistem pengumpulan data rutin tentang jumlah dan penyebab kematian serta penerapan data statistik vital. Selain itu, terkait teori miasma (udara buruk) beliau mengemukakan bahwa di dataran rendah insiden kejadian kolera tinggi karena adanya polusi udara. Dalam perkembangan pengetahuan selanjutnya, kematian kolera yang tinggi di dataran rendah bukan disebabkan polusi udara melainkan sumber penyediaan air minum yang ter polusi (tercemar) yang lazim ditemui di dataran rendah. Beberapa ide kreatif tersebutlah yang membuat beliau dikenal sebagai “Bapak Surveilans Modern”.

## 13. Doll & Hill (1950)

Doll & Hill berkontribusi dalam berbagai riset epidemiologi dan pendemonstrasian efektifitas dan efisiensi studi dengan desain kasus kontrol. Hasil yang diperoleh dari keilmuan epidemiologi dapat digunakan untuk menentukan pengobatan suatu penyakit, melakukan pencegahan dan memperkirakan hasil pengobatan.

## B. Definisi Epidemiologi

Istilah epidemiologi berasal dari Bahasa Yunani, *epi* (tentang), *demos* (penduduk/masyarakat), *logos* (ilmu). Dengan demikian, epidemiologi artinya cabang ilmu kesehatan yang mempelajari, menganalisis penyebaran, dan berupaya memecahkan berbagai masalah kesehatan pada suatu kelompok penduduk serta mempelajari sebab timbulnya gangguan atau

masalah Kesehatan dengan tujuan pencegahan maupun penanggulangan.

Definisi dan Batasan epidemiologi telah dikemukakan oleh beberapa pakar, diantaranya;

1. **MacMahon and Pugh (1970)**, epidemiologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang distribusi penyakit dan determinannya pada manusia. Distribusi penyakit dapat dideskripsikan berdasarkan orang, tempat dan waktu, sedangkan determinan mencakup penjelasan pola distribusi penyakit berdasarkan faktor penyebabnya.
2. **Hirsch (1883)**, epidemiologi adalah suatu gambaran kejadian, penyebaran, dari jenis-jenis penyakit pada manusia saat tertentu di berbagai tempat dan dikaitkan dengan kondisi eksternal.
3. **Mausner dan Kramer (1985)**, epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan determinan dari penyakit dan kecelakaan pada populasi.
4. **Wade Hampton Frost (1927)**, epidemiologi yaitu suatu pengetahuan tentang fenomena massal penyakit infeksi atau sebagai riwayat alamiah penyakit menular. Dengan kata lain pada saat itu ilmu epidemiologi lebih dititik beratkan pada masalah penyakit infeksi (penyakit menular) yang terjadi pada populasi (masyarakat).
5. **Moris (1964) dan Tailor (1967)**, epidemiologi adalah suatu pengetahuan tentang sehat dan sakit dari suatu penduduk. Berdasarkan pemahaman tersebut maka Moris lebih menekankan pada pengetahuan masyarakat tentang status sehat sakit.
6. **Gary D. Friedman (1974)**, *epidemiology is the study of disease occurrence in human population*, artinya epidemiologi adalah ilmu tentang terjadinya penyakit dalam populasi manusia.

7. **Azwar (1999)**, epidemiologi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah Kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor yang mempengaruhinya.
8. **Center of disease control (CDC)**, epidemiologi adalah studi yang mempelajari distribusi dan determinan penyakit dan keadaan Kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah kesehatan.
9. **World Health Organization (WHO)**, epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari penyebaran dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa lainnya yang berhubungan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat serta menerapkan ilmu tersebut dalam memecahkan masalah.

Epidemiologi merupakan filosofi dasar disiplin berbagai ilmu Kesehatan, termasuk kedokteran, yakni proses logis untuk menganalisis dan memahami hubungan interaksi antara proses fisik, biologi, sosial yang erat kaitannya dengan derajat kesehatan. Terkandung tiga komponen penting dalam epidemiologi, yaitu ilmu yang mempelajari tentang “Frekuensi” kejadian kesakitan dan kematian, “Distribusi” (penyebaran) masalah Kesehatan pada sekelompok orang/masyarakat dengan berbagai sifat dan karakteristik tertentu serta “Determinan” (beberapa faktor yang mempengaruhi distribusi kasus pada kelompok masyarakat).

### 1. **Frekuensi**

Frekuensi masalah kesehatan artinya upaya melakukan kuantifikasi (proses patologis) dari suatu kejadian untuk mengukur besarnya masalah untuk melakukan perbandingan. Frekuensi menunjukkan besarnya masalah kesehatan yang terdapat di masyarakat (banyaknya kelompok masyarakat yang terserang penyakit/masalah

kesehatan). Untuk menentukan besarnya frekuensi masalah kesehatan yang terjadi dapat dilakukan beberapa Langkah sebagai berikut :

- a. Laporan dari masyarakat yang datang ke pelayanan kesehatan
- b. Penelitian/survey kesehatan
- c. Studi kasus

## 2. **Distribusi**

Distribusi dalam epidemiologi yaitu menggambarkan pengelompokan masalah kesehatan berdasarkan orang (*person*), tempat (*place*), dan waktu (*time*), artinya dalam menyelidikannya harus selalu menjawab siapa (*who*) terkait karakteristik/ciri-ciri populasi, dimana (*where*), kapan (*when*).

## 3. **Determinan**

Determinan menunjukkan faktor penyebab dari suatu masalah kesehatan, baik yang menerangkan frekuensi, penyebaran, maupun penyebab munculnya masalah kesehatan. Dalam menentukan determinan dari masalah kesehatan yang ditemukan maka perlu dilakukan beberapa langkah diantaranya merumuskan penyebab masalah yang dimaksud, melakukan pengujian terhadap dugaan (hipotesis) yang telah disusun, kemudian melakukan penarikan kesimpulan terhadap hipotesis, serta dapat menyusun beberapa Langkah perencanaan dan pengambilan keputusan dalam menanggulangi masalah kesehatan tersebut.

Perbedaan antara ilmu epidemiologi dan ilmu kedokteran terletak pada cara penanganan masalah kesehatan, dimana ilmu kedokteran telah menekankan pelayanan kasus demi kasus, sedangkan ilmu epidemiologi lebih menekankan pelayanan pada populasi. Oleh sebab itu, selain membutuhkan ilmu kedokteran maka ilmu epidemiologi juga membutuhkan disiplin ilmu lain

seperti; demografi, sosiologi, antropologi, geologi, lingkungan fisik, ekonomi, budaya, dan statistik.

## C. Ruang Lingkup Epidemiologi

Pendekatan epidemiologi sifatnya terfokus pada kelompok masyarakat (komunitas) bukan individu, sehingga para ahli epidemiologi menggunakan holistik sebagai pendekatan analisis untuk mengidentifikasi permasalahan, faktor risiko, dan strategi pemecahan masalah. Ruang lingkup epidemiologi dalam masalah kesehatan, meliputi:

1. **Etiologi (*etiology*)**, hal ini berkaitan dengan identifikasi penyebab penyakit serta masalah kesehatan lainnya.
2. **Efikasi (*efficacy*)**, hal ini berkaitan dengan efek/daya optimal yang diperoleh dari hasil pemberian intervensi kesehatan. Kegunaan defekasi yang dimaksud adalah untuk melihat hasil dari suatu intervensi yang telah diberikan, misalnya defekasi dari pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yaitu menurunkan angka kejadian demam berdarah dengue (DBD).
3. **Efektivitas (*effectiveness*)**, artinya seberapa besar hasil yang diperoleh dari suatu intervensi dan besarnya perbedaan antara tindakan intervensi yang satu dengan yang lainnya. Efektivitas ini bertujuan untuk mengetahui efek intervensi atau pelayanan dalam berbagai kondisi lapangan yang berbeda-beda. Contohnya peningkatan kasus DBD 70% kemudian dilakukan fogging dan hasilnya menunjukkan bahwa kasus DBD menurun menjadi 50%, dengan demikian dapat dikatakan bahwa fogging efektif dalam menurunkan kasus DBD sebanyak 20%.
4. **Efisiensi (*efficiency*)**, yaitu sebuah konsep ekonomi yang melihat pengaruh berdasarkan besarnya biaya yang diberikan dengan hasil yang diperoleh. Contohnya



pemberantasan sarang nyamuk (PSN) cukup menggunakan 3M “menguras tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air, dan mengubur barang bekas yang menjadi tempat genangan air” sehingga pemberantasan sarang nyamuk (PSN) tersebut tidak akan efisien jika membersihkan lingkungan secara keseluruhan.

5. **Evaluasi (*evaluation*)**, yaitu penilaian secara keseluruhan keberhasilan suatu program kesehatan masyarakat atau melihat dengan memberikan nilai keberhasilan program seutuhnya. Contoh, imunisasi TT pada ibu hamil >90% akan menurunkan angka kesakitan tetanus neonatorum.
6. **Edukasi (*education*)**, yaitu intervensi yang dilakukan berupa peningkatan pengetahuan tentang kesehatan masyarakat sebagai bagian dari upaya preventif (pencegahan) suatu penyakit. Contohnya, penyuluhan tentang gejala dan pencegahan Covid-19 dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh infeksi virus Covid-19.

## D. Bidang Kajian Epidemiologi

Beberapa bidang kajian epidemiologi, antara lain:

1. Epidemiologi penyakit menular
2. Epidemiologi penyakit tidak menular
3. Epidemiologi klinis
4. Epidemiologi kependudukan
5. Epidemiologi lingkungan dan kesehatan kerja
6. Epidemiologi gizi
7. Epidemiologi perilaku
8. Epidemiologi kesehatan jiwa
9. Epidemiologi kesehatan reproduksi dan perinatal
10. Epidemiologi genetika/molekuler
11. Epidemiologi sosial
12. Epidemiologi lapangan

13. Epidemiologi kesehatan darurat/bencana
14. Epidemiologi pengelolaan pelayanan kesehatan

## E. Tujuan Epidemiologi

Beberapa tujuan epidemiologi, antara lain:

1. Mendeskripsikan distribusi penyakit pada populasi
2. Mengetahui dan menentukan riwayat alamiah penyakit, etiologi, dan prognosis
3. Menentukan determinan penyakit
4. Mengidentifikasi sindrom dan klasifikasi penyakit
5. Melakukan diagnosa banding dan perencanaan pengobatan
6. Surveilans status kesehatan penduduk
7. Diagnosis komunitas dan perencanaan pelayanan kesehatan
8. Memprediksi kejadian penyakit dan status kesehatan populasi
9. Mengevaluasi efektivitas intervensi preventif
10. Memberikan dasar ilmiah pembuatan kebijakan publik dan regulasi tentang masalah kesehatan masyarakat

## F. Manfaat Epidemiologi

Manfaat yang dapat diperoleh dari suatu analisis epidemiologi, secara sederhana adalah sebagai berikut:

1. **Membantu pekerjaan administrasi kesehatan (*planning, monitoring, and evaluation*)**

Membantu pekerjaan administrasi dalam bidang kesehatan yaitu membantu pekerjaan dalam perencanaan (*planning*) pelayanan kesehatan, pemantauan (*monitoring*), penilaian (*evaluation*), dan pengendalian (*controlling*) suatu upaya kesehatan.

Data yang diperoleh berdasarkan identifikasi dan analisis epidemiologi, akan dapat dimanfaatkan untuk melihat apakah upaya yang dilakukan telah sesuai dengan rencana atau tidak (pemantauan) dan ataukah tujuan yang ditetapkan telah tercapai atau tidak (penilaian).

**2. Menjelaskan penyebab suatu masalah**

Penyebab masalah kesehatan yang telah diketahui maka dapat disusun langkah-langkah penanggulangan selanjutnya, baik yang bersifat pencegahan (*preventif*) ataupun yang bersifat pengobatan (*kuratif*).

**3. Menjelaskan perkembangan riwayat alamiah penyakit**

Riwayat alamiah suatu penyakit (*natural history of disease*) dapat dijelaskan menggunakan metode epidemiologi. Dengan mengetahui gambaran perjalanan suatu penyakit maka dapat pula dilakukan berbagai upaya untuk menghentikan perjalanan penyakit tersebut sehingga tidak berkelanjutan dan semakin parah.

Peranan epidemiologi dalam menerangkan perkembangan alamiah suatu penyakit adalah melalui pemanfaatan keterangan tentang frekuensi dan penyebaran penyakit terutama berdasarkan waktu, sebab dengan mengetahui waktu terpapar dan berakhirnya suatu penyakit maka dapat pula diperkirakan perkembangan penyakit tersebut.

**4. Menjelaskan keadaan suatu masalah kesehatan**

Berdasarkan komponen frekuensi dan penyebaran (distribusi) masalah kesehatan yang dipelajari dalam epidemiologi maka dapat diperoleh keterangan tentang keadaan masalah kesehatan. Keadaan yang dimaksud dalam hal ini adalah perpaduan dari keterangan menurut karakteristik manusia, tempat, dan waktu. Perpaduan ini

akhirnya akan dapat menjelaskan 4 (empat) keadaan masalah kesehatan:

- a. **Epidemi**, artinya keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat dan berada dalam frekuensi yang meningkat.
- b. **Pandemi**, artinya suatu keadaan dimana masalah kesehatan (umumnya penyakit) ditemukan pada daerah tertentu dalam waktu singkat dan mampu memperlihatkan peningkatan yang sangat tinggi serta penyebarannya telah mencakup atau menjangkau wilayah yang sangat luas.
- c. **Endemi**, artinya keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang frekuensinya menetap dalam waktu yang lama di suatu wilayah tertentu.
- d. **Sporadik**, artinya suatu keadaan dimana masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang terjadi di wilayah tertentu frekuensinya berubah-ubah berdasarkan perubahan waktu.

## G. Metode Pendekatan Epidemiologi

Metode pendekatan epidemiologi, meliputi:

### 1. **Epidemiologi Deskriptif**

Epidemiologi deskriptif, merupakan suatu pendekatan dalam bidang epidemiologi yang mempelajari tentang frekuensi, distribusi, dan perkembangan masalah kesehatan pada suatu populasi.

### 2. **Epidemiologi Analitik**

Epidemiologi analitik mempelajari terkait beberapa faktor yang menentukan distribusi hubungan sebab-akibat dari masalah kesehatan pada populasi. Tujuan epidemiologi

analitik adalah untuk menjelaskan faktor risiko dan kausalitas penyakit, memprediksikan kejadian penyakit, serta memberikan saran dan strategi intervensi yang efektif untuk pengendalian penyakit. Berdasarkan peran epidemiologi analitik dibagi menjadi 2 (dua), yaitu :

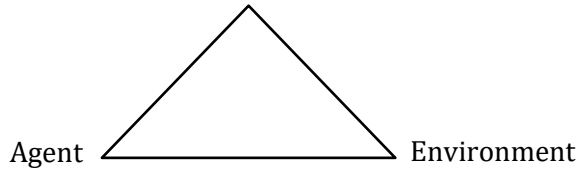
- a. **Studi Observasional**, meliputi studi kasus-kontrol (case control), studi potong lintang (cross sectional), dan studi kohort
- b. **Studi intervensi atau experimental**  
Studi ini dilakukan dengan mengadakan eksperimen (percobaan) pada kelompok subjek (yang diberikan perlakuan) kemudian dibandingkan dengan kelompok control (yang tidak diberikan perlakuan). Selain itu ada juga jenis eksperimen dengan control random (Randomized Controlled Trial/RCT) dan Eksperimen semu (Quasy Experiment).

## H. Sehat dan Sakit Dalam Epidemiologi

### 1. Segitiga Epidemiologi

Dalam pandangan epidemiologi klasik dikenal segitiga epidemiologi atau trias epidemiologi (epidemiologic triangle) yang umum digunakan oleh para ahli dalam menjelaskan konsep berbagai permasalahan kesehatan termasuk konsep terjadinya penyakit. Pada konsep tersebut terdapat 3 faktor utama yang berperan dalam terjadinya masalah kesehatan yaitu host (pejamu), agent (faktor penyebab), environment (lingkungan).

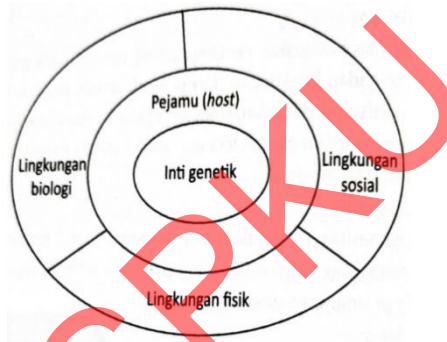
Host



**Gambar 5. Model Segitiga Epidemiologi**

Menurut segitiga epidemiologi, jika terjadi ketidakseimbangan dari ketiga komponen tersebut maka akan menimbulkan masalah kesehatan (sakit).

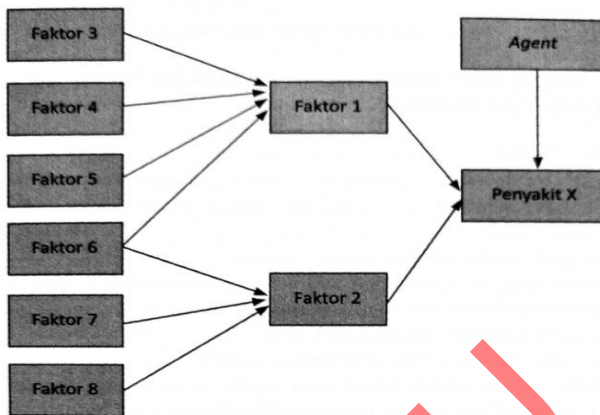
## 2. Model Roda (*the wheel*)



**Gambar 6. Model Roda (*the wheel*)**

Model ini memberikan penjelasan bagaimana hubungan manusia dengan lingkungannya ibarat roda, dimana roda tersebut terdiri dari manusia dengan substansi genetik pada bagian intinya dan komponen lingkungan biologi, sosial, dan fisik mengelilingi pejamu (manusia). Ukuran komponen roda bersifat relatif, tergantung masalah spesifik penyakit yang bersangkutan. Untuk penyakit bawaan (herediter) inti genetik relatif lebih besar, namun untuk kondisi tertentu seperti penyakit campak maka inti genetik relatif kurang penting (kecil) sebab kondisi kekebalan tubuh seseorang dan faktor lingkungan yang lebih berperan. Pada model roda, mendorong pemisahan perincian faktor pejamu dan lingkungan yang berguna untuk analisis epidemiologi.

### 3. Jaringan-jaring Sebab Akibat (*the web of causation*)



Gambar 7. Model Jaringan-jaring sebab-akibat

Model jaringan-jaring sebab akibat memiliki prinsip bahwa setiap efek atau penyakit tidak pernah tergantung hanya pada satu faktor penyebab saja, melainkan tergantung pada sejumlah atau beberapa faktor penyebab dalam rangkaian kausalitas sebelumnya sebagai akibat dari serangkaian proses sebab-akibat. Ada faktor yang berperan sebagai promotor dan ada pula yang berperan sebagai inhibitor, sehingga semua faktor tersebut secara kolektif atau bersama-sama dapat membentuk “*the web of causation*” dimana setiap faktor penyebab saling berkaitan satu sama lain. Hakikat konsep ini adalah timbulnya penyakit dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong rantai pada berbagai titik sehingga model ini cocok digunakan untuk mencari faktor penyebab dari penyakit yang muncul akibat perilaku dan gaya hidup individu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H. 2018. *Pengantar Epidemiologi*. Bandung: Refika.
- Azwa, A. 1999. *Pengantar Epidemiologi Edisi Revisi*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. 2006. *Basic Epidemiology*: WHO.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Principle of Epidemiology in Public Health Practice. Public Health Surveilans. Atlanta: CDC.
- Heriana, C. 2018. *Epidemiologi "Prinsip, Metode, dan Aplikasi dalam Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Refika.
- Last, J. M. 2000. *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press: USA.
- Robert, F. H. 2019. *Epidemiologi 101 Edisi Terjemahan*. Yogyakarta: Andi.
- WHO. 2008. *Communicable Disease Alert an Response for Mass Gathering (Key Consideration)*. Genewa: WHO Publisher.



## PROFIL PENULIS



**Wahyuni Hafid, S.KM., M.Epid** dilahirkan di Pinrang Provinsi Sulawesi Selatan pada Tanggal 15 Maret 1990. Merupakan anak ke-lima dari pasangan H. Abd. Hafid (Alm) dan Ibu Hj. Hasna. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo lulus tahun 2013 dan menyelesaikan program S2 di Program Studi Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga lulus tahun 2016. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo. Penulis sekarang menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia (PAEI). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampuh mata kuliah dasar-dasar epidemiologi, epidemiologi kesehatan darurat, epidemiologi kesehatan reproduksi, manajemen data, praktek surveilans dan wabah, biostatistik deskriptif dan inferensial. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

# BAB 8

## KONSEP DASAR BIOSTATISTIK

---

Ahmad Aviv Mahda, S.KM., M.Kes.

Universitas Jember

### A. Pengertian Biostatistik

Statistika berasal dari Bahasa Latin “status”, dalam Bahasa Inggris “state” yang berarti negara. Statistika dulunya digunakan sebagai pencatatan yang berkaitan dengan negara seperti pajak, data penduduk, kekayaan negara, dan lain-lain. Seiring dengan perkembangan zaman, maka pengertian statistika juga semakin berkembang (Muchson, 2017). Statistik secara sempit diartikan sebagai data dan secara luas diartikan sebagai alat, baik sebagai alat analisis maupun sebagai alat untuk membuat keputusan. Statistik digunakan untuk membatasi cara-cara ilmiah untuk mengumpulkan, menyusun, meringkas, dan menyajikan data penyelidikan (Alhamda, 2018).

Bio berarti hidup, sedangkan statistik adalah kumpulan angka-angka. Sehingga secara harfiah biostatistik adalah kumpulan angka-angka tentang kehidupan. Biostatistik merupakan aplikasi atau penerapan dari metode statistika pada bidang biologi. Bidang biologi yang dimaksud antara lain biologi itu sendiri, kedokteran, Kesehatan, agro-kompleks, maupun ilmu kehidupan (*life science*) lainnya secara umum. Percobaan di laboratorium, penelitian medis, penemuan dan pengembangan obat, pelayanan sosial kesehatan, dan lain sebagainya semuanya menggunakan metode statistik (Efendi & Pramoedyo, 2017).

Statistik kesehatan dikenal dengan istilah biostatistik merupakan ilmu terapan dari statistika dalam bidang kesehatan. Biostatistik sendiri ialah studi tentang perkembangan dan aplikasi metode statistika dalam menganalisis dan memecahkan

masalah kesehatan masyarakat maupun penelitian biomedis, klinis, dan kemasyarakatan. Pemahaman dan ketrampilan pokok tentang biostatistik menjadi salah satu kompetensi dasar (*core competencies*) bagi praktisi, peneliti, dan mahasiswa bidang kesehatan. Konsep-konsep pokok biostatistik menggunakan contoh-contoh permasalahan sehari-hari yang dihadapi oleh kesehatan masyarakat dan kedokteran.

## B. Kegiatan Dan Proses Statistik

Undang-undang Nomor 16 Tahun 1997 Tentang Statistik menjelaskan bahwa kegiatan statistik adalah tindakan yang mencakup:

1. Upaya penyediaan dan penyebarluasan data
2. Upaya pengembangan ilmu statistik
3. Upaya yang mengarah pada berkembangnya Sistem Statistik Nasional

Adapun proses statistik antara lain:

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses mengumpulkan dan mengukur informasi tentang variabel-variabel yang ditargetkan dalam suatu sistem yang mapan, yang kemudian memungkinkan seseorang untuk menjawab pertanyaan yang relevan dan mengevaluasi hasil. Teknik pengumpulan data merupakan suatu proses yang penting dalam mendapatkan data pada penelitian. Jika peneliti tidak mengetahui teknik dari pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang dapat memenuhi standar data yang telah ditentukan. Dengan teknik yang sudah diatur, maka peneliti dapat dengan mudah melakukan penelitian. Pada penelitian ini pengumpulan data yang digunakan berupa observasi, wawancara, dokumentasi, dan angket (Sugiyono, 2017).

a. **Observasi**

Observasi merupakan suatu proses yang untuk menghimpun kesatuan, suatu proses yang tersusun dari beberapa proses biologis dan psikologis. Di antaranya berupa proses-proses pengamatan dan ingatan. Observasi adalah proses pemerolehan data informasi dari tangan pertama, dengan cara melakukan pengamatan langsung terhadap suatu objek di lapangan.

b. **Wawancara**

Wawancara adalah perihal bercakap-cakap dengan maksud tertentu dengan adanya hal yang ditulis. Percakapan tersebut dilakukan oleh dua pihak, pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban dari pertanyaan. Pewawancara yang akan mempersiapkan suatu wawancara, perlu membuat beberapa pertanyaan yang akan ditanyakan, urutan pertanyaan, seberapa penting pertanyaan itu, waktu wawancara, dan bagaimana merumuskan pertanyaan. Terdapat tiga macam wawancara, yaitu:

c. **Wawancara terstruktur**

Wawancara terstruktur dilakukan dengan membawa instrumen yang dijadikan pedoman untuk wawancara, maka pengumpul data yang digunakan berupa *tape recorder*, gambar, dan material lain yang dapat membantu pelaksanaan wawancara menjadi lancar. Dengan wawancara terstruktur ini, setiap responden diberi pertanyaan yang sama dan pengumpul data mencatatnya (Moleong, 2016).

d. **Wawancara semi terstruktur**

Wawancara semi terstruktur merupakan wawancara yang pelaksanaannya lebih bebas dibanding wawancara terstruktur. Tujuan wawancara ini untuk menemukan

permasalahan yang lebih terbuka, dimana pihak terwawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Peneliti perlu mendengar secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan informan.

e. **Wawancara tidak terstruktur**

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara bebas yang peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun secara sistematis dan lengkap pengumpulan datanya. Wawancara ini sering digunakan penelitian pendahuluan atau untuk penelitian yang lebih mendalam tentang subyek yang diteliti.

f. **Dokumentasi**

Dokumen merupakan catatan suatu kejadian yang sudah lalu. Dokumen bisa berupa tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life stories*), cerita, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen lama dapat digunakan dalam penelitian sebagai sumber data karena dapat dimanfaatkan untuk menguji, menafsirkan, bahkan untuk meramalkan (Moleong, 2016).

g. **Angket**

Angket merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya.

2. **Penyusunan Data**

Penyusunan data, yaitu penyusunan data dalam susunan yang teratur agar dapat mudah dibaca dan dilihat secara visual, yang terdiri dari:

- a. **Editing**, yaitu cara mendeteksi adanya kemungkinan kesalahan, ketidakkonsistenan dan ketidakteraturan atau ketidaktepatan data yang telah dikumpulkan.

- b. **Classify**, yaitu mengadakan pengelompokan data yang sesuai dengan sifat-sifat yang dimiliki oleh data.
- c. **Tabulation**, merupakan pengelompokan data sesuai dengan sifat-sifat data yang telah ditentukan dalam susunan kolom-kolom dan baris-baris, sehingga data mudah ditarik kesimpulannya.

### 3. Penyajian Data

Penyajian data adalah salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar data yang telah dikumpulkan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Data-data yang telah diperoleh tersebut dapat disajikan dalam beragam bentuk antara lain (Husaini, 2020):

#### a. Tulisan (tekstural)

Penyajian data dalam bentuk tulisan banyak digunakan dalam bidang sosial ekonomi, psikologi, dan lain-lain, dan berperan sebagai laporan hasil penelitian kualitatif. Penyajian data dalam bentuk tertulis dalam bidang kesehatan biasanya digunakan untuk memberi informasi tentang gambaran umum dari penelitian yang dilakukan, baik tentang gambaran lokasi, karakteristik sampel, dan lain-lain.

Contoh: Rata-rata konsumsi energi balita yang menderita KEP pada kelompok kasus sebesar 487 kkal, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 1.496 kkal. Konsumsi energi dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok defisit energi dan kelompok cukup energi. Delapan puluh sembilan koma enam persen mengalami defisit energi, karena konsumsi energi masih dibawah 70% angka kecukupan energi berdasarkan umur balita. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi instansi terkait untuk segera melakukan upaya intervensi peningkatan konsumsi energi pada balita.

**b. Tabel (tabular)**

Penyajian data dalam bentuk tabel merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris. Penyajian data dalam bentuk tabel banyak digunakan pada penulisan laporan hasil penelitian dengan maksud agar pembaca mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan. Tabel yang lengkap terdiri dari nomor tabel, judul tabel, catatan pendahuluan, badan tabel, catatan kaki, dan sumber tabel. Beberapa bentuk tabel yang sering digunakan antara lain:

**1) Tabel induk (*master table*)**

Tabel induk ini berfungsi sebagai referensi. Tabel induk juga sering disebut sebagai tabel referensi yang dapat diambil sebagian dan disisipkan dalam penulisan laporan. Tabel induk memuat data dari semua variabel yang dikumpulkan. Tabel induk tidak digunakan untuk menarik kesimpulan apa pun. Contoh:

**Tabel 4. Data Pengukuran Responden**

No.	Jenis Kelamin	Umur	Berat Badan	Tinggi Badan	Kadar Lemak
1					
2					
3					

**2) Tabel sinopsis**

Tabel sinopsis ini berisi semua variabel yang dikumpulkan dan ditulis dalam kolom dan baris dengan urutan yang sama. Tabel ini memiliki arti penting dalam perencanaan suatu penelitian, karena dengan adanya tabel sinopsis dapat diketahui jumlah

tabel yang akan dihasilkan dalam laporan hasil penelitian dan variabel yang akan dicari hubungannya, sehingga memudahkan penulisan laporan. Contoh:

**Tabel 5. Data Pengukuran Responden**

	Variabel 1	Variabel 2	Variabel 3
Variabel 1			
Variabel 2			
Variabel 3			

**3) Tabel distribusi**

Tabel distribusi adalah sebuah tabel frekuensi atau bagan yang akan merangkum nilai dan frekuensi dari sebuah data. Contoh:

**Tabel 6. Distribusi Status Merokok Responden**

Status Merokok	Jumlah	%
Tidak merokok	125	62.5
Merokok	75	37.5
Jumlah	200	100.0

**4) Tabulasi silang**

Tabulasi silang disusun berdasarkan banyaknya baris dan kolom. Tabel jenis ini banyak digunakan pada perhitungan statistik inferensial untuk pengujian hipotesis. Contoh:



**Tabel 7. Tabulasi Silang Status Merokok dan Hipertensi Responden**

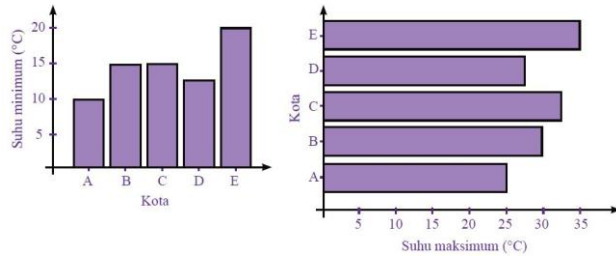
Status Hipertensi	Tidak Merokok	Merokok	Jumlah
Tidak	18 (36,0%)	8 (16,0%)	26 (52,0%)
Ya	4 (8,0%)	20 (40,0%)	24 (48,0%)
<b>Jumlah</b>	22 (44,0%)	28 (56,0%)	50 (100,0%)

**c. Diagram**

Diagram adalah sebuah grafik yang berupa suatu gambaran dan berguna untuk memperlihatkan atau menerangkan suatu data yang ingin disajikan. Kita juga dapat mendefinisikan bahwa diagram adalah lambang-lambang tertentu yang bisa digunakan dalam menjelaskan sarana, prosedur serta kegiatan-kegiatan yang sudah biasa dilaksanakan pada sebuah sistem. Bentuk diagram sendiri ada beragam bentuknya, dimulai dari diagram batang, diagram lingkaran, dan juga diagram garis.

**1) Diagram batang**

Diagram batang biasanya digunakan untuk menyajikan data dalam bentuk kategori. Untuk menggambar diagram batang, diperlukan sumbu datar dan sumbu tegak yang saling berpotongan. Terdapat dua macam diagram batang, yaitu diagram batang vertikal dan diagram batang horizontal.



Gambar 8. Contoh diagram batang vertikal dan diagram batang horizontal

### 2) Diagram garis

Diagram garis biasanya digunakan untuk menyajikan data yang berkesinambungan dan berkala. Seperti pada diagram batang, untuk menggambar diagram garis, diperlukan sumbu datar dan sumbu tegak yang saling berpotongan.

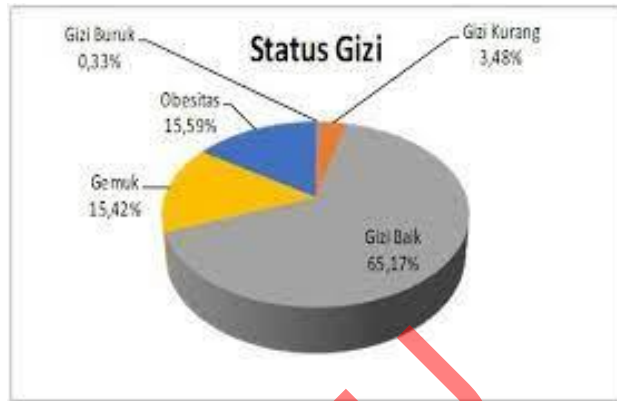


Gambar 9. Contoh diagram garis

### 3) Diagram lingkaran

Diagram lingkaran biasanya digunakan untuk menunjukkan perbandingan suatu data terhadap keseluruhan. Biasanya, besar daerah pada lingkaran dinyatakan dalam persen (%) atau derajat (°). Untuk diagram lingkaran yang dinyatakan dalam derajat,

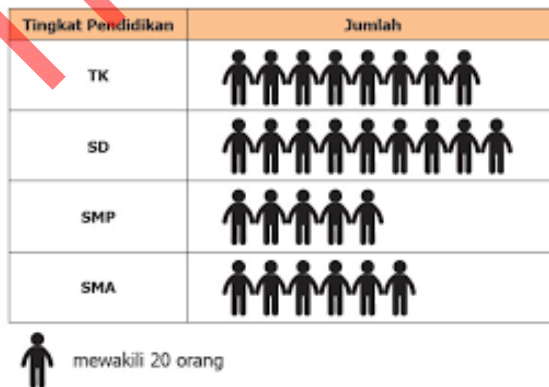
kamu harus membagi lingkaran menjadi juring-juring atau sektor-sektor.



Gambar 10. Contoh diagram lingkaran

4) **Diagram gambar**

Diagram gambar atau piktogram adalah bagan yang menampilkan data dalam bentuk gambar. Menyajikan data dalam bentuk piktogram merupakan cara yang paling sederhana. Pada dasarnya, penyajian data dalam bentuk piktogram memang menarik. Akan tetapi, penggunaan piktogram sangatlah terbatas dan tidak dapat menyajikan data secara detail.



Gambar 11. Contoh diagram gambar

#### 4. Penganalisaan data

Analisis data adalah proses pemeriksaan dan pengolahan untuk diubah menjadi informasi bermanfaat, menarik kesimpulan, dan membantu dalam menyelesaikan suatu permasalahan. Proses analisis ini meliputi kegiatan pengelompokan data berdasarkan karakteristiknya, melakukan pembersihan data, mentransformasi data, membuat model data untuk menemukan informasi penting dari data tersebut. Tak lupa data yang sudah melalui proses tersebut harus disajikan dalam bentuk yang menarik dan mudah dipahami oleh orang lain biasanya dalam bentuk grafik atau plot.

Terdapat beberapa jenis analisis data yaitu analisis kualitatif dan analisis kuantitatif:

- a. **Analisis kualitatif** adalah analisis secara sistematis yang tidak menggunakan model matematika atau statistika. Dengan kata lain analisis ini dilakukan dengan membaca tabel, grafik, atau data lainnya yang sudah tersedia yang diperoleh dari berbagai sumber dengan teknik pengumpulan data tertentu. Tujuan analisis kualitatif adalah untuk menemukan makna dari data-data tersebut.
- b. **Analisis kuantitatif** adalah analisis yang menggunakan model matematika atau statistika dalam memproses datanya. Hasil analisis biasanya berupa angka-angka yang akan disajikan dan diuraikan oleh peneliti. Adapun teknik yang digunakan dalam analisis kuantitatif yaitu teknik analisis deskriptif dan teknik analisis inferensial yang memiliki fungsinya masing-masing.

#### 5. Penarikan kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan hasil akhir dari suatu penelitian, sehingga penelitian yang mula-mula belum jelas meningkat menjadi lebih jelas dan rinci. Terdapat berbagai

cara penarikan kesimpulan, namun dalam dunia keilmuan, secara garis besar dapat dibedakan menjadi dua, yaitu secara deduktif dan induktif (Ihsan, 2015):

a. **Penalaran Induktif**

Penalaran induktif dapat diartikan sebagai penarikan kesimpulan yang bersifat khusus ke umum berdasarkan data yang teramati. Penarikan kesimpulan secara induktif adalah suatu cara penarikan kesimpulan pada suatu proses berpikir dengan menyimpulkan sesuatu yang bersifat umum dari berbagai kasus yang bersifat individual. Penalaran induktif merupakan proses penarikan kesimpulan dari kasus-kasus khusus menjadi kesimpulan yang bersifat umum. Beberapa kegiatan yang tergolong pada penalaran induktif adalah sebagai berikut:

1) **Transduktif**

Transduktif adalah menarik kesimpulan dari satu kasus atau sifat khusus yang satu diterapkan pada kasus khusus lainnya. Penalaran bentuk ini merupakan bentuk penalaran induktif yang paling sederhana. Transduktif dalam matematika dapat diartikan sebagai penarikan kesimpulan sistematis dari suatu kasus matematika yang diterapkan pada kasus matematika lain. Dalam pola berpikir transduktif, rawan sekali terjadi kesalahan dalam penarikan kesimpulan, karena ini merupakan pola berpikir yang paling rendah tingkatannya.

2) **Generalisasi**

Generalisasi adalah suatu proses penalaran yang bertolak dari sejumlah fenomena individual untuk menurunkan suatu inferensi yang bersifat umum yang mencakup semua fenomena tadi. Artinya bahwa peneliti akan mampu mengadakan generalisasi, yaitu menangkap ciri-ciri atau sifat umum yang terdapat

dari sejumlah hal-hal khusus, apabila peneliti telah memiliki konsep, kaidah, prinsip (kemahiran intelektual) dan siasat- siasat memecahkan masalah tersebut.

3) **Analogi**

Kesimpulan analogi adalah kesimpulan yang ditarik dengan cara membandingkan situasi yang satu dengan situasi yang lain. Analogi adalah suatu proses penalaran yang bertolak dari dua peristiwa khusus yang mirip satu sama lain, kemudian menyimpulkan bahwa apa yang berlaku untuk suatu hal akan berlaku untuk hal yang lain.

4) **Hubungan kausal**

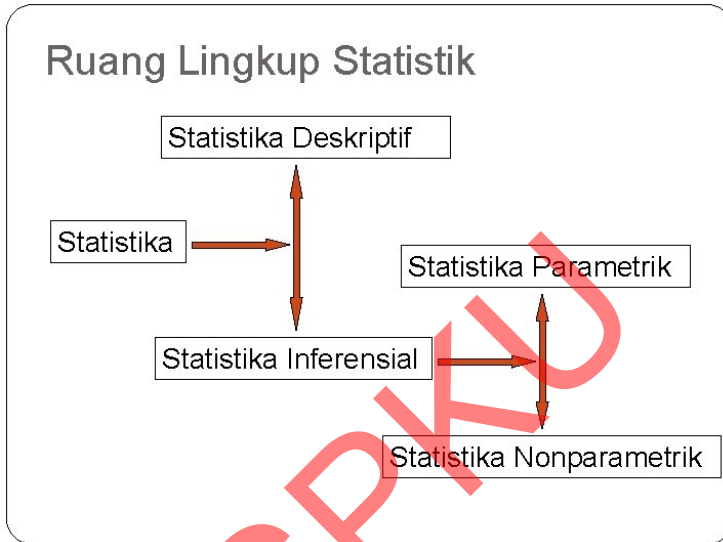
Penalaran hubungan kausal (sebab akibat) adalah keadaan atau kejadian yang satu menimbulkan atau menjadikan keadaan atau kejadian yang lain. Hubungan antara sebab dan akibat tersebut bukan hubungan urutan biasa atau hubungan yang kebetulan. Hubungan sebab akibat merupakan suatu hubungan intrinsik dan asasi, sehingga jika salah satu "sebab" ada/tidak ada, maka yang lain "akibat" juga pasti ada/tidak ada.

b. **Penalaran Deduktif**

Penarikan simpulan secara deduktif adalah suatu cara penarikan simpulan pada suatu proses berpikir yang sebaliknya dari penarikan simpulan induktif. Dalam hal ini penalaran deduktif memberlakukan prinsip-prinsip matematika umum untuk mencapai kesimpulan yang spesifik, atau dengan kata lain penalaran deduktif matematis adalah cara berpikir di mana dari pernyataan matematika yang bersifat umum ditarik kesimpulan matematis yang bersifat khusus. Penarikan kesimpulan

secara wacana atau argumentasi yang memenuhi syarat-syarat logis.

## C. Ruang Lingkup Statistik



**Gambar 12. Ruang lingkup statistik**

Ruang lingkup statistik terbagi menjadi:

### 1. Statistik deskriptif

Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian, tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas (generalisasi). statistik deskriptif hanya berfungsi menguraikan atau menerangkan keadaan atau fenomena. Contoh: Tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi zat besi cukup rendah, hal ini disebabkan hampir 80% ibu hamil mengeluh mual pada saat meminum zat besi dan tidak meminumnya lagi.

### 2. Statistik inferensial

Statistik inferensial adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data sampel, dan hasilnya akan digeneralisasikan

untuk populasi di mana sampel diambil. Misalnya dalam penelitian tentang Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dilakukan pengambilan sampel sesuai dengan blok sensus yang terpilih. Hasil-hasil yang didapatkan pada sampel penelitian Riskesdas tersebut merupakan gambaran kesehatan dasar di Indonesia.

Dengan metode statistik inferensial kita juga dapat mengevaluasi informasi yang telah kita kumpulkan menjadi suatu pengetahuan baru, seperti kita ingin mengetahui apa saja faktor risiko yang dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner, bagaimana efektivitas suatu vaksin baru pencegah flu burung, dan sebagainya.

Lalu dibagi pula menurut bentuk parameternya menjadi statistik parametrik dan statistik non parametrik.

#### 1. **Statistik parametrik**

Statistik parametrik adalah statistika untuk menganalisa data yang diambil dari populasi yang berdistribusi normal. Statistik parametrik digunakan untuk menganalisis data interval atau rasio dan biasanya menggunakan jumlah sampel yang cukup besar.

#### 2. **Statistik non parametrik**

Statistik non parametrik adalah statistika untuk menganalisa data yang diambil dari populasi yang tidak berdistribusi normal. Statistik non parametrik digunakan untuk menganalisis data nominal dan ordinal dan biasanya jumlah sampel relatif kecil.

### D. Peran Biostatistik Dalam Kesehatan Masyarakat

Biostatistik memiliki peran yang sangat penting dalam kesehatan masyarakat, antara lain (Chandra, 2020):



1. Mengukur peristiwa-peristiwa yang penting atau *vital event* yang terjadi dalam masyarakat.
2. Mengukur status kesehatan masyarakat dan mengetahui masalah kesehatan yang terdapat dalam berbagai kelompok masyarakat.
3. Membandingkan status kesehatan masyarakat di suatu tempat dengan tempat lain atau status kesehatan masyarakat sekarang dengan masa lampau.
4. Meramalkan status kesehatan masyarakat dimasa yang akan datang.
5. Menemukan alternatif penyelesaian masalah kesehatan.
6. Evaluasi tentang perjalanan, keberhasilan, dan kegagalan dari suatu program kesehatan atau pelayanan kesehatan yang sedang dijalankan.
7. Keperluan estimasi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan serta menentukan secara pasti target pencapaian tujuan.
8. Keperluan penelitian terhadap masalah kesehatan, keluarga berencana, dan lingkungan hidup.
9. Perencanaan dan sistem administrasi kesehatan.
10. Keperluan publikasi ilmiah di media massa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda, S. (2018). *Buku Ajar Metlit dan Statistik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Chandra, B. (2020). *Pengantar Statistik Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Efendi, A., & Pramoedyo, H. (2017). *Biostatistika dengan R dan MS Excel*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Husaini, U. (2020). *Pengantar Statistika cara Mudah Memahami Statistika*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Ihsan, F. (2015). *Filsafat Ilmu*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Moleong, L. J. (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muchson, M. (2017). *Statistik Deskriptif*. Tuban: Spasi Media.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

## PROFIL PENULIS



Ahmad Aviv Mahda, S.KM., M.Kes. Lahir di Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur pada tahun 1992. Menyelesaikan pendidikan sarjana pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Biostatistika dan Kependudukan di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember pada tahun 2015. Melanjutkan pendidikan magister pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan di Pascasarjana Universitas Jember dan tamat pada tahun 2020. Tahun 2016 mulai terlibat dalam beberapa penelitian bidang kesehatan, kependudukan, sosial, dan ekonomi. Tahun 2021 mulai memasuki dunia pendidikan dan pada saat ini berprofesi sebagai staf tenaga kependidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

*Email: mahda.mahda@gmail.com*

# BAB 9

## KONSEP DAN UPAYA KESEHATAN LINGKUNGAN

---

**Lisa Djafar, SKM, M.Kes**  
**Fakultas Kesehatan Masyarakat**  
**Universitas Gorontalo**

### A. Sejarah Kesehatan Lingkungan

Salah satu ciri makhluk hidup yaitu makan, minum, berkembang biak dan Beradaptasi dengan Lingkungannya. Tak terkecuali dengan manusia bahwa interaksi manusia dan Lingkungan sering kali menyisakan dampak yang ditimbulkan karena perilaku manusia terhadap lingkungannya. Oleh sebab itu Manusia sedari dulu, sejak hidup dalam Bumi mereka telah beradaptasi dengan permasalahan-permasalahan Kesehatan maupun lingkungan. Manusia akan mencari bagaimana bisa bertahan hidup dan menghindari kematian misalnya akibat kelaparan, bahaya ataupun ancaman dari faktor-faktor lain yang ada di sekitarnya.

Pada zaman dahulu, 400 tahun SM adanya kaitan lingkungan dan penyakit manusia telah dikenal manusia dengan adanya dugaan-dugaan maupun anggapan yang berusaha menghubungkan antara masalah kesehatan dengan lingkungan. Pada awal proses adaptasi terhadap lingkungan tersebut dibarengi dengan keterbatasan ilmu pengetahuan manusia pada saat itu menyebabkan manusia sering berspekulasi bahwa timbulnya masalah kesehatan sering dikaitkan dengan sesuatu yang bersifat “mistik/gaib” bahwa Penyakit-penyakit yang ada

dianggap suatu kutukan ataupun amarah sang Dewa. Adanya teori-teori yang ada dimasyarakat serta bukti-bukti peninggalan pada waktu itu membuka cakrawala berpikir para ilmuwan untuk mencari tahu sebab akibat dari masalah yang timbul, sehingganya di masa itu beberapa ilmuwan juga telah berpendapat malaria merupakan penyakit yang disebabkan karena udara atau cuaca buruk, begitu pun dengan air yang kotor menyebabkan sakit perut.

Tahun 460-377 SM, Hippocrates mengeluarkan pendapat bahwa penyakit terjadi melalui kontak dengan jasad hidup, hubungan penyakit dengan lingkungan. Beliau adalah ilmuwan pertama yang mencatat efek buruk pada lingkungan pekerja tambang timah hitam. Keracunan timah hitam tersebut sebagai saksi sejarah bahwa penyakit ini merupakan pertama kalinya penyakit yang berhubungan dengan lingkungan pekerjaan. Sejarah juga mencatat bahwa penduduk di kota Yunani, Romawi dan Mesir banyak penduduknya meninggal dikarenakan serangan penyakit menular seperti wabah pes, cacar, penyakit malaria maupun penyakit menular lainnya. Hal ini dapat diketahui melalui bukti peninggalan berupa catatan kuno, dan prasasti-prasasti kuburan yang ditemukan.

Adanya pencemaran lingkungan dibuktikan oleh John Snow (1854) dengan melakukan penelitian epidemiologi pada wabah kolera yang menelan banyak korban di Broada Street, London, Inggris pada tahun 1832. Penelitian John Snow tersebut menyimpulkan bahwa Sumber air bersih yang dikonsumsi oleh penduduk telah tercemar oleh bakteri *Vibrio Cholerae*. Berdasarkan pengalaman dan pembuktian-pembuktian ilmiah yang ditemukan itulah, konsep pemikiran tentang faktor lingkungan diyakini mempunyai pengaruh terhadap masalah kesehatan baik langsung maupun tidak langsung dan seiring berkembangnya pengetahuan melalui suatu kajian dan pembuktian berkembang menjadi suatu disiplin ilmu yaitu

dikenal dengan Ilmu kesehatan lingkungan (environmental Health).

Dengan adanya masalah-masalah yang ditemui masyarakat pada zamannya memberikan pengalaman bagaimana cara melakukan upaya-upaya dalam bertahan hidup melalui perbaikan, pengobatan dalam mencegah masalah/gangguan kesehatan datang lagi. Misalnya Pada zaman Kreta, Romawi dan Mesir telah melakukan Upaya-upaya kesehatan masyarakat misalnya dengan membangun Tempat perawatan penderita Kusta (Leprosaria), pembangunan perpipaan air, sistem aliran limbah dll. Upaya-upaya kesehatan masyarakat melalui perbaikan kualitas fisik, kenal dengan cikal bakal upaya kesehatan lingkungan.

## **B. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan**

### **1. Pengertian Kesehatan Lingkungan**

Menurut WHO (World Health Organization), Kesehatan Lingkungan yaitu suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat terjamin keadaan sehat dari manusia. Sedangkan Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia menyimpulkan bahwa kesehatan lingkungan merupakan suatu kondisi yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

Berdasarkan PP nomor 66 tahun 2014 pasal 1 ayat 1 bahwa 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.

Ilmu kesehatan lingkungan yaitu ilmu yang mempelajari dinamika hubungan interaktif antara sekelompok penduduk/masyarakat dan segala macam perubahan komponen lingkungan hidup seperti berbagai spesies kehidupan, bahan, zat, atau kekuatan di sekitar manusia, yang menimbulkan ancaman, atau berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan masyarakat, serta mencapai upaya-upaya pencegahannya.

## 2. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Menurut WHO ada 17 lingkup kegiatan kesehatan lingkungan yaitu;

1. *Water pollution control* (Pengendalian pencemaran air)
2. Penyehatan dan pengadaan air bersih
3. *Solid waste managemen* (pengelolaan sampah dan limbah padat)
4. *Waste treatment* (Pengelolaan air limbah)
5. *Vector control* (Pengendalian vektor penyakit)
6. Pengendalian hama terpadu
7. *Food Hygiene* (Pencegahan dan pengawasan pencemaran tanah oleh faktor lingkungan biologis dan kimia, higienis dan sanitasi makanan)
8. *Control of air pollution* (Pencegahan dan pengendalian pencemaran udara)
9. *Radiation control* (Pencegahan dan pengendalian pencemaran radiasi)
10. *Ocupational Health* (Kesehatan Kerja)
11. *Noise Control* (Pengendalian kebisingan / suara)
12. *Housing and Settlement* (Perbaikan perumahan dan system pemukiman)
13. *Urban and region planning* (Perencanaan perkotaan dan pembangunan wilayah)
14. *Accident Prevention* (Pencegahan Penyakit)
15. Pengembangan aspek kesehatan lingkungan pola ekosistem udara, laut, dan lalu lintas darat tempat-tempat rekreasi.

16. Pembinaan dan pengawasan lingkungan tempat-tempat rekreasi dan pariwisata, sanitasi yang dikaitkan dengan epidemi, kedaruratan, bencana alam, migrasi penduduk dan lainnya.
17. Pengembangan sistem pengukuran dan standarisasi yang dibutuhkan untuk memberikan jaminan informasi perlindungan lingkungan sehingga dinyatakan bebas dari segala risiko bagi kesehatan.

## C. Hubungan Lingkungan, Manusia dan Kesehatan Masyarakat

Lingkungan sangat besar perannya dalam penyebaran penyakit. Lingkungan tersebut mempunyai komponen-komponen yang mempengaruhinya, misalnya komponen abiotik yang terdiri dari suhu, air, tanah, udara, kelembaban dsb. serta semua yang termasuk dalam makhluk hidup sebagai komponen abiotik (manusia, hewan, tumbuhan dan mikroorganisme lainnya), sehingganya jika terjadi ketidakseimbangan akan menyebabkan terganggunya lingkungan yang dapat membawa berbagai macam penyakit.

### 1. Host, Agent dan Environment

#### 1. Host/pejamu

Host merupakan keadaan atau karakteristik yang menempel pada manusia yang berperan untuk terjadinya suatu penyakit. Misalnya umur, jenis kelamin, rasa/suku, genetik, perilaku, keadaan imunitas tubuh, status kesehatan misalnya status gizi, dll.

#### 2. Agent

Agent yaitu bibit penyakit yang disebabkan oleh berbagai macam unsur baik yang hidup maupun mati dapat berupa mikroorganisme, bahan nutrisi, bahan kimia, mekanik, dll.



### 3. **Environment**

Lingkungan merupakan faktor luar yang menunjang terjadinya suatu penyakit. Lingkungan juga sebagai penentu terjadi atau tidaknya transmisi Agent ke host, bisa melalui udara, makanan, air, personal hygiene, banyaknya vektor penyakit, sosial/ psiko sosial, dll.

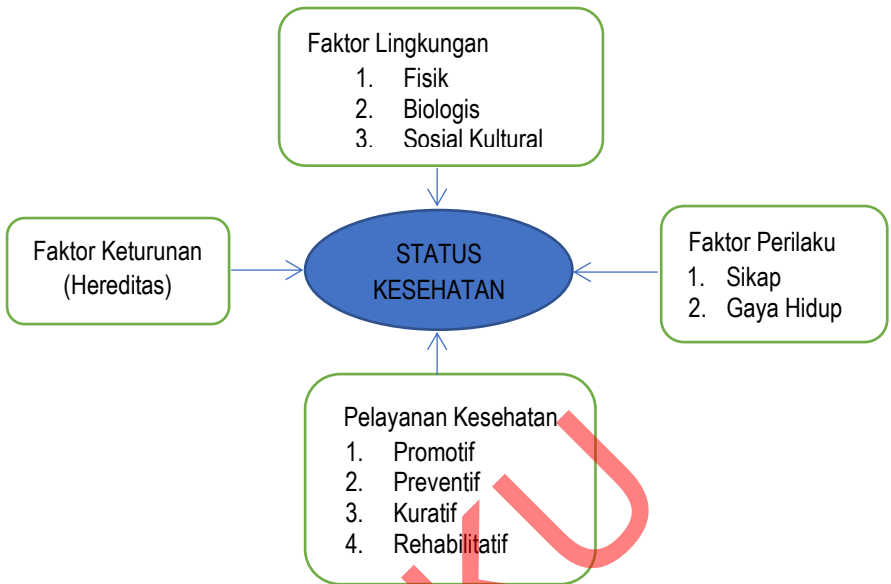
## 2. **Konsep Sehat dan Sakit**

Beberapa teori atau konsep telah digunakan dalam menjelaskan timbulnya penyakit/masalah kesehatan masyarakat khususnya terkait oleh lingkungan. Hal tersebut dapat digunakan sebagai dasar dan pedoman dalam mengendalikan, mencegah dan menanggulangi masalah timbulnya penyakit yang terkait lingkungan.

### 1. **Model Teori Blum**

Hendrick L. Blum mengemukakan bahwa status derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu;

- a. Lingkungan (*environment*)
- b. Perilaku (*life style*)
- c. Genetik
- d. Pelayanan Kesehatan



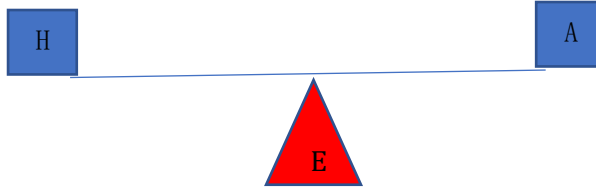
**Gambar 13. Model Seimbang/ keadaan Sehat**

Blum, menyatakan dari keempat faktor tersebut, lingkungan menjadi faktor utama dan paling besar pengaruhnya terhadap kesehatan individu dan masyarakat. Gaya hidup dan keturunan menjadi faktor kedua dalam memengaruhi kesehatan. Sementara itu, pelayanan kesehatan memberikan pengaruh yang kecil terhadap kesehatan individu dan masyarakat.

## 2. Model Gordon

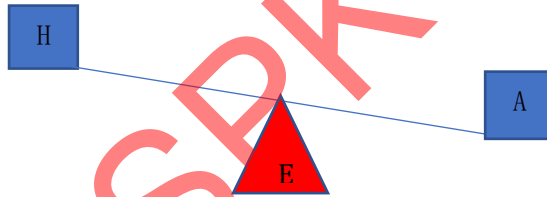
Terjadinya penyakit pada masyarakat dapat digambarkan melalui *Model Gordon* yang menganalogikan bahwa penyakit diibaratkan sebatang pengungkit dengan titik tumpu di tengah dan di kedua ujung batang pengungkit tersebut terdapat pemberat. Pada model Gordon ini terdapat tiga elemen utama yang berperan dalam interaksi sehingga akan terjadi keadaan sehat dan sakit yaitu Host/pejamu atau populasi yang berisiko, Agen yang merupakan penyebab

penyakit dan environment sebagai Lingkungan yang berperan sebagai faktor penentu terjadi atau tidak terjadinya transmisi Agen ke Host.



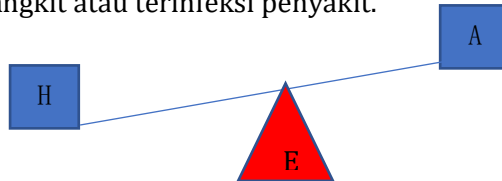
Gambar 14. Model Seimbang/ keadaan Sehat

Model kedua yang di mana agen atau bibit penyakit lebih berat daripada host atau inangnya. Hal ini menyebabkan bibit penyakit mudah membuat host menjadi sakit. Hal ini dapat terjadi ketika terjadinya mutasi bibit penyakit



Gambar 15. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit

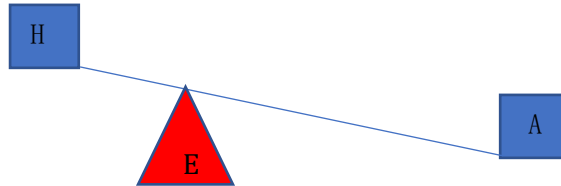
Model ketiga yaitu host atau inang jauh lebih berat daripada agen atau bibit penyakit. Hal ini menyebabkan inang atau host jauh lebih peka terhadap bibit penyakit sehingga mudah untuk terjangkit atau terinfeksi penyakit.



Gambar 16. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit

Model keempat terjadi ketidakseimbangan akibat pergeseran lingkungan yang menyebabkan agen atau bibit penyakit menjadi lebih berat. Sehingga fenomena ini mengakibatkan

bibit penyakit mudah membuat host atau inang menjadi sakit. Fenomena tersebut terjadi salah satunya akibat adanya perubahan iklim global.



**Gambar 17. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit**

Model kelima terjadi ketidakseimbangan dikarenakan pergeseran lingkungan yang menyebabkan host atau inang menjadi lebih berat yang mengindikasikan bahwa host atau inang jauh lebih peka dan mudah terkena bibit penyakit. Hal ini terjadi ketika adanya kontaminasi lingkungan salah satunya pencemaran air, tanah dan udara. (Sumampouw, 2017).



**Gambar 18. Model ketidakseimbangan/ keadaan Sakit**

Manusia dibekali oleh Pencipta kemampuan berpikir. Dengan pemikiran tersebut manusia dapat mengembangkan ilmu dan teknologi sehingga seiring waktu dengan kemampuan itu terjadilah aktivitas interaksi antara manusia dan lingkungan dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya. Semakin banyak aktivitas manusia maka semakin intensif interaksi yang terjadi artinya manusia mempunyai peranan yang cukup penting terhadap struktur dan sifat fungsional ekosistem. Pola Interaksi manusia dan lingkungan hidupnya dapat diamati dengan adanya nilai-nilai keyakinan dan pandangan hidup dari suatu masyarakat terhadap alam di

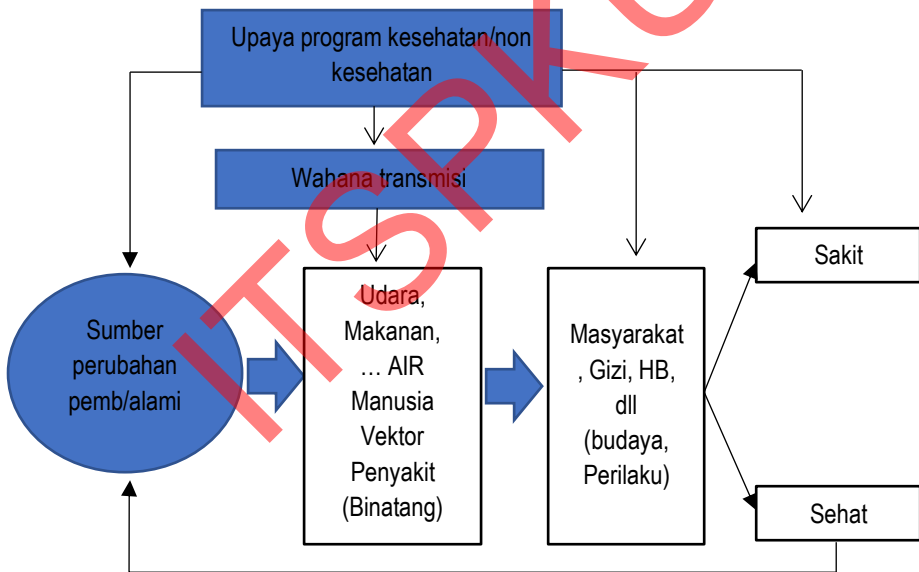
sekitarnya. Adapun nilai-nilai yang dipertahankan masyarakat di satu sisi dapat menjaga kelestarian alam, meskipun beberapa tradisi, keyakinan dan pandangan masyarakat tersebut kebanyakan bersifat mitos dan mistis. Contohnya di beberapa daerah di Indonesia mempercayai dilarang menebang pohon-pohon besar karena ada penunggu, tidak boleh buang sembarangan sesuatu benda/sampah/ kotoran bisa mendatangkan malapetaka dsb.

Menurut Farde (1963) bahwa antara lingkungan alam dan kegiatan manusia selalu ada perantara yang menghubungkannya, yaitu sekumpulan tujuan dan nilai-nilai, seperangkat pengetahuan dan kepercayaan (Kebudayaan). Dengan adanya kebudayaan, manusia dapat memahami dan menginterpretasikan lingkungan alam dan isinya, menyeleksi hal-hal yang berguna baginya dan digunakan untuk pemenuhan kebutuhan bagi kelangsungan hidupnya serta melakukan adaptasi pada lingkungan alamnya. Sehingga manusia mempunyai tanggung jawab atas kelestarian lingkungan guna kelangsungan hidupnya.

## D. Paradigma Kesehatan Lingkungan

Paradigma kesehatan lingkungan merupakan penggambaran tentang hubungan interaksi antara berbagai macam komponen lingkungan dengan dinamika perilaku penduduk. Perubahan lingkungan dapat terjadi seiring dengan adanya peristiwa alam seperti gunung Meletus, gempa bumi dll. maupun akibat aktivitas manusia misalnya pembuangan sampah sembarangan, pembakaran hutan, limbah industri dsb. sehingga menyebabkan pencemaran tanah, air dan udara. Dalam konteks model ini, keilmuan kesehatan lingkungan mempelajari berbagai masalah kesehatan sebagai akibat dari hubungan interaktif antara berbagai bahan, kekuatan, kehidupan zat, yang memiliki potensi penyebab sakit yang timbul akibat adanya perubahan-

perubahan lingkungan dengan masyarakat, serta menerapkan upaya pencegahan gangguan kesehatan yang ditimbulkannya. Berbagai bahan, kekuatan, zat ataupun komponen kehidupan yang memiliki potensi penyebab sakit selalu dalam keadaan berubah dari waktu ke waktu, serta dari tempat satu ke tempat lainnya, akibat adanya sumber-sumber perubahan yang secara aktif selalu menimbulkan perubahan. Sumber perubahan dapat berupa kegiatan manusia, seperti pabrik ataupun transportasi, pemukiman dan lain-lain ataupun peristiwa alamiah, seperti gunung berapi dan berbagai reaksi kimia alamiah yang terjadi. Patogenesis penyakit terjadi erat kaitannya dengan media lingkungan di mana terjadinya penyakit berhubungan dengan perspektif lingkungan yaitu air, udara, dan tanah.



Gambar 19. Paradigma Kesehatan Lingkungan

Sebenarnya lingkungan dapat membersihkan diri terhadap aktivitas yang mencemari dirinya, akan tetapi karena bahan pencemarnya sudah berlebihan sehingga akan menyebabkan lingkungan itu terganggu. Komponen lingkungan bisa saja menimbulkan dampak negatif/ bahaya pada manusia mengingat

komponen tersebut berubah seiring dengan adanya aktivitas manusia.

## 1. Komponen-komponen Lingkungan

1. Golongan Fisik: Radiasi, Kebisingan, keadaan cuaca, suhu, getaran, dll.
2. Golongan kimiawi; Asap rokok, pestisida dalam makanan/minuman, bahan pewarna dan pengawet makanan, limbah pabrik, dsb.
3. Golongan biologis atau mikrobiologi; parasit, spora jamur, bakteri, virus, cacing, dsb.
4. Kelompok Psikososial; adanya hubungan dengan relasi kerja, hubungan antar tetangga, maupun dukungan dari keluarga.

Semua komponen diatas akan berinteraksi dengan manusia baik secara maupun tidak langsung. Interaksi secara langsung antara komponen lingkungan dengan manusia dapat terjadi melalui media/*vehicle*. Media tersebut dapat berupa tanah, air, udara, makanan ataupun minuman, dapat juga terjadi lewat vektor penyakit (nyamuk, lalat), melalui binatang pembawa penyakit, tikus dan kecoak, bahkan medianya bisa jadi manusia.

## E. Masalah Kesehatan Lingkungan

Sebagian manusia melihat bahwa Lingkungan menjadi bahan eksploitasi yang dijadikan objek keuntungan. Pergeseran nilai kesalehan manusia nantinya akan menjadi bumerang bagi manusia itu sendiri. Kerusakan lingkungan tidak lain adalah akibat ulah manusia yang terjadi karena keserakahan terhadap sumber daya alam.

Masalah lingkungan dapat menyebabkan status kesehatan masyarakat berubah. Perubahan kualitas lingkungan mengubah pola kesehatan masyarakat. Contohnya perubahan iklim (global warming), yang berdampak secara global. Tidak dipungkiri sebagian besar kepentingan manusia merusak lingkungan dan sering kali menimbulkan pencemaran lingkungan. Kualitas

lingkungan tergantung perilaku manusia, dengan kata lain keseluruhan hubungan timbal balik yang dilakukan manusia dan lingkungannya akan memberi resultan perubahan terhadap kualitas lingkungan tersebut (Sumber daya alam). Berikut masalah-masalah yang dapat ditemukan dalam kehidupan manusia yaitu;

1. Sampah
2. Urbanisasi Penduduk
3. Penyediaan air bersih
4. Pencemaran udara
5. Pembuangan air limbah
6. Penggundulan hutan
7. Abrasi Pantai
8. Penggunaan pestisida

Faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan lingkungan masyarakat;

1. Disparitas status kesehatan
2. Beban Ganda Penyakit
3. Kinerja Pelayanan yang rendah
4. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung hidup bersih
5. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan

## **F. Upaya Kesehatan Lingkungan**

Faktor utama masalah kesehatan lingkungan yaitu Perilaku dan kebiasaan masyarakat yang buruk terhadap lingkungannya dan telah tertanam lama. Upaya kesehatan lingkungan bertujuan untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia agar merupakan media yang baik untuk terwujudnya kesehatan yang optimum bagi manusia yang hidup di dalamnya. Upaya pencegahan dan perbaikan lingkungan dapat dimulai dari diri sendiri.



Banyak cara yang dapat dilakukan dalam rangka upaya mencegah dan memperbaiki masalah kesehatan lingkungan yang dapat diaplikasikan dalam kehidupan masyarakat melalui;

1. Upaya Pencegahan Primer merupakan upaya kesehatan lingkungan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit dengan cara mengendalikan berbagai faktor penentunya. Contohnya terpenuhinya kebutuhan dasar manusia termasuk di dalamnya tersedianya sarana dan distribusi air bersih dan sanitasi masyarakat.
  - a. Upaya peningkatan kesehatan: penyuluhan kesehatan lingkungan, perbaikan gizi, perbaikan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan, pengendalian faktor lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan.
  - b. Perlindungan umum dan khusus; Peningkatan personal hygiene dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan, perlindungan terhadap bahan-bahan beracun, korosif dsb., perlindungan terhadap sumber-sumber pencemaran.
2. Upaya Pencegahan Sekunder bertujuan mengurangi keparahan penyakit, termasuk diagnosis dini dan pengobatan segera yaitu mendeteksi kasus penyakit sedini mungkin, *general check up*/ pemantauan secara periodik dan teratur, contoh di lingkungan kerja yang bising, secara rutin diperiksa pendengarannya, memeriksa paru-paru pekerja untuk mendeteksi keterpaparan debu pada pekerja. Dll.
3. Upaya pencegahan Tersier bertujuan untuk mencegah terjadinya kecacatan (*disability*) atau pencegahan komplikasi penyakit yang lebih parah. Pada pencegahan ini paling banyak terlibat dibidang pengobatan dan rehabilitasi penderita, sehingga sangat kecil kemungkinan berhubungan dengan lingkungan. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu penyempurnaan pengobatan dan perawatan yang lebih

lanjut. Pengurangan beban sosial penderita untuk mencegah terputusnya pengobatan lanjutan, dsb.

4. Menurut Arif Sumantri (2017), faktor ketergantungan manusia terhadap alam sebaiknya menyadarkan manusia untuk senantiasa menjaga dan merawat alam ini. Cara membangun kesalehan lingkungan erat dengan akhlak terhadap lingkungan. Akhlak bergantung pada pengendalian hawa nafsu yang artinya manusia tidak bisa semena-mena terhadap lingkungan dengan melakukan eksplorasi besar-besaran terhadap sumber daya alam secara tidak bertanggung jawab. Dampak dari kerusakan lingkungan dapat terlihat dari aktivitas manusia; *illegal logging*, pencemaran lingkungan, pemanasan global dsb. Pengelolaan lingkungan yang terintegrasi merupakan salah satu cara pendekatan untuk mengatasi permasalahan lingkungan, dengan melibatkan semua pihak dengan tujuan mengelola lingkungan untuk pembangunan berkelanjutan yang berbasis masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H. (2018). *Pengantar Epidemiologi*. Refika Aditama: Bandung
- Budiman, S. (2019). *Buku Ajar Epidemiologi Kesehatan Lingkungan*. Refika Aditama: Bandung
- Islam, F. dkk. *Dasar Kesehatan Lingkungan*. [http; http://repository.lppm.unila.ac.id/35474/1/FullBook%20Dasar-Dasar%20Kesehatan%20Lingkungan.pdf](http://repository.lppm.unila.ac.id/35474/1/FullBook%20Dasar-Dasar%20Kesehatan%20Lingkungan.pdf).
- Sumampouw, O.J. (2017). *Program Pemberantasan Penyakit Menular. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sam Ratulangi: Manado*.
- Sumantri, A. (2017). *Kesehatan Lingkungan*. Kencana Prenada Media Group: Jakarta.

ITSPKU

## PROFIL PENULIS



Lisa Djafar, lahir di Limboto, Provinsi Gorontalo, pada 10 Maret 1984. Tahun 2002 Menempuh Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo pada Peminatan Epidemiologi, Tahun 2013 Melanjutkan Studi S2 di Universitas Sam Ratulangi Manado pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Lingkungan. Penulis pernah menjadi tenaga abdi pada Puskesmas Kwandang Kab. Gorontalo Utara pada tahun 2007, Tahun 2009-2010 menjadi Fasilitator Pemberdayaan masyarakat pada Program Penyediaan Air Minum Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) dan dari tahun 2011 bekerja sebagai dosen tetap di Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo sampai dengan saat ini.

ITSPKU

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

# BAB 10

## ISU KESEHATAN LINGKUNGAN LOKAL, NASIONAL DAN INTERNASIONAL

---

**Kahar, SKM., M.KL**  
**Poltekkes Kemenkes Bandung**

### A. Pendahuluan

Kesehatan lingkungan adalah bagian penting dari setiap sistem kesehatan masyarakat yang komprehensif. Bidang ini bekerja untuk memajukan kebijakan dan program untuk mengurangi paparan bahan kimia dan lingkungan lainnya di udara, air, tanah, dan makanan untuk melindungi manusia dan menyediakan lingkungan yang lebih sehat bagi masyarakat. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa 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.

Penurunan kualitas lingkungan berbanding lurus dengan kondisi ekonomi, perilaku masyarakat yang kurang peduli dengan kesehatan lingkungan, serta masih rendahnya jangkauan program terkait kesehatan lingkungan karena keterbatasan sumber daya, sehingga proteksi terhadap risiko berbasis lingkungan rendah. Kondisi kesehatan di pedesaan dipengaruhi oleh permukiman, seperti sanitasi air bersih, jamban dan sampah. Sedangkan, di perkotaan permasalahan cenderung kompleks, seperti penyediaan air bersih, limbah domestik padat

dan cair, rumah padat penduduk dan penghuni, limbah cair industri, pencemaran udara, dan sampah.

Lingkungan memegang peranan penting dalam penentuan status kesehatan di masyarakat. Agen penyakit dan jalur pajanan sangat banyak dan kondisi lingkungan yang tidak sehat sering terjadi, sehingga sebagian besar penyakit tidak menular, termasuk penyakit jantung iskemik, penyakit pernapasan kronis dan kanker adalah hasil penyakit yang paling sering disebabkan lingkungan baik secara langsung dan tidak langsung.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan sehat mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, harus bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan, diantaranya limbah (cair, padat, dan gas), sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan, vektor penyakit, zat kimia berbahaya, kebisingan yang melebihi ambang batas, radiasi, air yang tercemar, udara yang tercemar, dan makanan yang terkontaminasi.

WHO mengemukakan bahwa sekitar 13,7 juta kematian per tahun pada tahun 2016, sebesar 24% dari kematian global, disebabkan oleh risiko lingkungan. Hal ini membuktikan bahwa hampir 1 dari 4 dari total kematian global terkait dengan kondisi lingkungan.

Tindakan preventif, promotif, dan proteksi terhadap risiko penyakit berbasis lingkungan dengan aksesibilitas yang mampu menjangkau hingga ke pelosok merupakan ujung tombak dalam penanganan permasalahan kesehatan lingkungan. Kesehatan lingkungan berfokus kepada upaya penyehatan, pengamanan, pengendalian terhadap kesehatan masyarakat dari berbagai faktor risiko dan atau gangguan kesehatan. Selain itu, diperlukan

analisis risiko untuk mengkaji secara cermat potensi risiko kesehatan yang berkenaan dengan kualitas media lingkungan.

## B. Masalah Kesehatan Lingkungan

### 1. Sampah

Pertumbuhan penduduk di Indonesia berbanding lurus dengan bertambahnya volume sampah. Pola konsumtif masyarakat memberikan kontribusi yang konkret terhadap jenis sampah. Timbulan sampah yang akan menjadi perkembangbiakan vektor dan binatang pengganggu yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada manusia (vektor borne disease). Selain itu, timbulan sampah akan berdampak pada estetika lingkungan karena bau yang timbul akibat timbunan sampah hingga pencemaran tanah dapat terjadi.

Timbunan sampah yang berlebihan di Tempat Prosesan Akhir (TPA) berpotensi melepaskan gas metan ( $CH_4$ ) yang dapat meningkatkan emisi gas rumah kaca dan memberikan kontribusi terhadap pemanasan global. Oleh karena itu, paradigma lama bahwa sampah sebagai barang sisa yang tidak berguna harus diubah menjadi paradigma baru pengelolaan sampah yang dapat bernilai ekonomi dan dapat dimanfaatkan, misalnya untuk energi, kompos, bahan baku untuk industri.

BPS melaporkan tahun 2017 persentase sampah yang diangkut setiap hari didominasi wilayah perkotaan sebesar 46,22% dan pedesaan sekitar 4,65% serta gabungan perkotaan dan pedesaan 27,15%. Kementerian Lingkungan Hidup (KLHK) menyatakan bahwa timbunan sampah tahun 2019 sekitar 29,14 juta ton dan meningkat pada tahun 32,82 juta ton (12,63%) tahun 2020, akan tetapi terjadi penurunan produksi sampah sebanyak 21,88 juta ton (33,33%) tahun 2021. Total timbunan sampah tahun 2021 sebesar 28.871.946,24 juta ton/tahun dengan pengurangan sampah 15,37%, Penanganan sampah 49,02%,



sampah terkelola 64,4%, dan sampah tidak terkelola sebanyak 35,6%.

Timbunan sampah dapat berkurang karena aktivitas pengelolaan sampah yang dilakukan secara sistematis, menyeluruh dan berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah. Pengelolaan sampah dilakukan dengan pendekatan yang komprehensif dari produk hingga menjadi sampah. Tempat pengolahan sampah terpadu meliputi kegiatan pengumpulan, pemilahan, penggunaan ulang, daur ulang, pengolahan dan pemrosesan akhir sampah.

## 2. Air Minum

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia, dan radioaktif. Secara fisik, air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan, dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis, air minum yang sehat harus bebas dari bakteri E.Coli dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen, dan lainnya harus di bawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar gross alpha activity tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar gross beta activity tidak boleh melebihi 1 Bq/l.

Rumah tangga harus memiliki akses air minum layak dan bersih dalam mendukung kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat. Kebutuhan air minum, tidak hanya dilihat dari kuantitasnya tetapi juga dari kualitas air minum. Pemenuhan kebutuhan air minum di rumah tangga dapat diukur dari akses air minum layak.

Faktor yang dapat mempengaruhi akses air minum layak diantaranya adalah:

1. Sumber air yang digunakan untuk keperluan air minum.

2. Sumber air yang digunakan untuk keperluan memasak, mandi, dan mencuci
3. Sumber air ke penampungan limbah, kotoran atau tinja terdekat  $\geq 10$  meter.

Cakupan rumah tangga dengan akses air minum di Indonesia berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019 mencapai 73,67%. Akses air minum yang diperoleh dari sumber mata air ledeng (keran), keran umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor/pompa yang memiliki jarak minimal 10 meter dari sarana pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan tempat penampungan atau pembuangan sampah.

Hasil studi kualitas air minum rumah tangga (SKAM RT) tahun 2020 menyatakan bahwa akses air minum layak sebesar 93% dimana 97,6% di perkotaan dan 87,1% di pedesaan. Hanya 11,9% akses air minum aman dengan 15,3% berada di perkotaan dan 8,3% di pedesaan. Kualitas air minum sangat erat kaitannya dengan penyakit berhubungan dengan pencernaan, seperti diare. 1 dari 3 Balita stunting erat kaitannya dengan sanitasi, sarana air minum.

### **3. Limbah Domestik dan Industri**

Limbah adalah hasil bahan buangan yang tidak terpakai lagi dari proses produksi (industri) atau kegiatan sehari-hari di rumah tangga (domestik) yang tidak dikelola dengan baik akan berdampak negatif bagi lingkungan dan kesehatan manusia. Karakteristik limbah, sebagai berikut:

1. Berukuran mikro
2. Bersifat dinamis
3. Penyebaran berdampak luas
4. Berdampak jangka panjang

Limbah domestik adalah limbah yang dihasilkan dari buangan rumah tangga, perkantoran, perdagangan atau sarana sejenisnya. Sanitasi yang buruk berhubungan dengan penyediaan

sarana dan pelayanan pembuangan limbah cair domestik seperti black water dan grey water yang berkaitan kesehatan lingkungan akan berdampak pada derajat kesehatan manusia. Pencemaran air yang diakibatkan oleh limbah yang dihasilkan oleh aktivitas manusia akan berbanding lurus dengan meningkatnya kejadian diare dan beberapa penyakit lainnya.

Akses jamban sehat di Indonesia tahun 2019 menunjukkan bahwa 87,81% keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak. Ditinjau dari Jenis jamban yang digunakan 72,3% masyarakat menggunakan jamban sehat semi permanen (JSP), 18,6% menggunakan jamban sehat semi permanen (JSSP), dan 9,1% menggunakan jamban jenis sharing/komunal. Kriteria jamban sehat harus memenuhi:

1. Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap) Bangunan atas jamban berfungsi untuk melindungi pengguna dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.
2. Bangunan tengah jamban Lubang pembuangan kotoran berbentuk leher angsa. Pada daerah sulit air, lubang dapat dibuat tanpa konstruksi leher angsa tetapi harus diberi tutup. Lantai jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin, dan memiliki saluran pembuangan air bekas ke sistem pembuangan air limbah (SPAL).
3. Bangunan bawah Bangunan bawah sebagai penampung, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja. Bangunan bawah dapat berupa tangki septik dan cubluk. Cubluk hanya boleh digunakan di pedesaan dengan kepadatan penduduk rendah dan sulit air.

Limbah industri adalah sisa buangan yang dihasilkan dari aktivitas industri dengan karakteristik limbah, sebagai berikut:

1. **Limbah padat**, merupakan limbah yang berbentuk padatan, lumpur yang berasal dari pengolahan atau sampah dari

kegiatan industri yang dapat mengontaminasi pencemaran tanah, contohnya plastik, kertas, lumpur dan lainnya.

2. **Limbah cair**, limbah berbentuk cair yang sifatnya berbahaya dan tidak berbahaya tergantung dari karakteristik penyusun limbah yang dapat menjadi entitas pencemaran air jika tidak dilakukan pengolahan terlebih dahulu. Contohnya limbah cair yang berasal dari industri tekstil (pewarnaan kain), kebocoran minyak, industri tahu dan tempe (bahan pengawet) dan sisa bahan kimia lainnya yang berasal dari proses industri.
3. **Limbah gas**, merupakan produk buangan yang dihasilkan dari alam dan aktivitas manusia dalam bentuk molekul gas yang umumnya berdampak buruk bagi kehidupan manusia dan akan menjadi bahan pencemar udara, contohnya asap pabrik dari proses produksi.
4. **Limbah B3**, merupakan limbah yang mengandung bahan berbahaya dan/atau beracun yang menurut sifat, konsentrasi, atau kuantitasnya secara langsung atau tidak langsung dapat mencemari, merugikan lingkungan dan kesehatan serta kelangsungan hidup manusia. Limbah cair, limbah gas dan limbah padat dapat tergolong menjadi limbah B3 tergantung dari karakteristik penyusun.

#### 4. Polusi Udara

Polusi udara merupakan permasalahan kesehatan lingkungan yang menjadi perhatian dan perlu penanganan khusus. Kondisi udara yang diselimuti asap kendaraan bermotor yang mengepul melintasi jalan raya dan gumpalan asap membumbung dari cerobong asap. Beberapa polusi udara memiliki karakteristik sesuai dengan bahan pencemar, seperti tidak terlihat, tidak berbau dan tidak berasa dan hal ini dapat menjadi *silent killet* pada manusia yang terpapar.

Akses ke udara bersih baik di dalam maupun di luar ruangan sangat penting untuk kesehatan anak-anak dan orang dewasa. Baik asap di dalam rumah atau kabut asap di kota, polusi udara merupakan ancaman besar bagi kesehatan manusia. Efek gabungan dari polusi udara ambien (luar ruangan) dan rumah tangga menyebabkan jutaan kematian dini setiap tahun.

### 1. **Polusi Udara dalam Ruangan**

Paparan polutan udara dalam ruangan dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang merugikan seperti, penyakit pernapasan dan kanker. Penggunaan bahan bakar dengan berpolusi di dalam rumah tangga berisiko lebih tinggi menyebabkan kecelakaan seperti, luka bakar, keracunan, dan cedera muskuloskeletal. Diperkirakan sekitar dua pertiga (69,3% dari populasi global terutama menggunakan bahan bakar dan teknologi bersih untuk memasak pada tahun 2020, naik dari setengahnya (49,5% pada tahun 2000).

### 2. **Polusi Udara luar Ruang**

Hampir seluruh populasi global (99%) menghirup tingkat partikel halus dan nitrogen dioksida yang tidak sehat. Sekitar 6000 kota di 117 negara sekarang memantau kualitas udara, dengan data menunjukkan bahwa orang-orang di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menderita paparan polusi udara luar ruang tertinggi pada tingkat yang melebihi batas kualitas udara WHO. Di 117 negara ini, kualitas udara di 17% kota di HIC berada di bawah pedoman kualitas udara WHO untuk partikel dengan diameter sama atau lebih kecil dari 2,5 m (PM<sub>2.5</sub>) atau 10 m (PM<sub>10</sub>). Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, kualitas udara di kurang dari 1% kota memenuhi ambang batas yang direkomendasikan WHO.

Partikulat, terutama PM<sub>2.5</sub>, mampu menembus jauh ke dalam paru-paru dan memasuki aliran darah, yang dapat

menyebabkan komplikasi kardiovaskular, serebrovaskular (stroke), dan pernapasan. Nitrogen dioksida dikaitkan dengan penyakit pernapasan, terutama asma, yang dapat menyebabkan gejala pernapasan (seperti batuk, mengi atau kesulitan bernapas) yang memerlukan perawatan di rumah sakit atau perawatan darurat.

## C. Isu Kesehatan Lingkungan Lokal

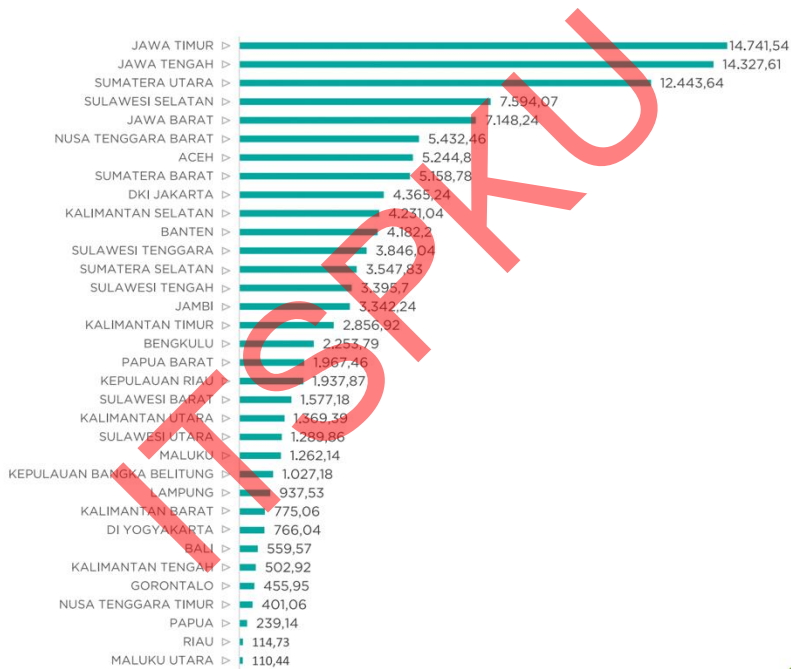
Permasalahan kesehatan lingkungan di tingkat lokal dipengaruhi oleh demografi suatu wilayah, seperti wilayah perkotaan dan pedesaan, serta wilayah dengan rawan bencana gempa. Permukiman kumuh merupakan salah satu contoh kompleks dari isu kesehatan lokal yang masih menjadi pusat perhatian.

Menurut Undang-undang RI No.1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman bahwa permukiman kumuh adalah permukiman yang tidak layak huni yang ditandai dengan ketidakteraturan bangunan, tingkat kepadatan bangunan yang tinggi dan kualitas bangunan serta sarana dan prasarana yang tidak memenuhi syarat.

Permukiman kumuh (Slum area) disebabkan oleh tingginya urbanisasi sehingga pertumbuhan penduduk di perkotaan tidak diimbangi ketersediaan perumahan dan infrastruktur sehingga memicu tumbuhnya jumlah penduduk yang tinggal di daerah kumuh. Indikator kumuh tidaknya suatu permukiman dapat ditentukan oleh:

1. Pemenuhan pelayanan air bersih perpipaan
2. Pelayanan pengolahan air kotor
3. Drainase dan pengendalian banjir
4. Pemadam kebakaran
5. Ruang terbuka hijau (RTH)
6. Pengelolaan sampah
7. Penanggulangan bencana

Pencegahan dilakukan untuk menghindari tumbuh dan berkembangnya perumahan dan permukiman kumuh baru, yang terdiri atas pengawasan dan pengendalian berkaitan dengan kesesuaian perizinan, standar teknis, dan peraturan perundang-undangan. Peningkatan kualitas kawasan kumuh didahului dengan penetapan lokasi kumuh dan dilakukan melalui pemugaran, peremajaan, dan pemukiman kembali. Kemudian pengelolaan dilakukan untuk mempertahankan dan menjaga kualitas permukiman secara berkelanjutan oleh masyarakat secara swadaya atau difasilitasi oleh Pemerintah Daerah.



**Gambar 20. Luas Kawasan Kumuh Perkotaan dan Menjadi Prioritas Mendapatkan Penanganan**

Sumber: DWH Cipta Karya, 2021

Permukiman kumuh dapat berdampak terhadap beberapa aspek , baik secara lokal maupun nasional dan secara umum berpengaruh pada lingkungan, manusia dan sosial ekonomi. Dari aspek lingkungan akan berdampak terhadap penurunan kualitas

lingkungan hidup, seperti kawasan permukiman menjadi rawan bencana banjir dan kebakaran. Hal ini dikarenakan padat hunian dengan konstruksi bangunan tidak memenuhi syarat, ketiadaan ruang terbuka hijau (RTH) sehingga tidak adanya resapan air hujan.

Penurunan kualitas lingkungan hidup akan berdampak pada derajat kesehatan masyarakat. Risiko meningkatnya penyakit berbasis lingkungan di permukiman kumuh, seperti penularan Tuberkulosis dipengaruhi kondisi hunian yang tidak memenuhi ventilasi yang baik, diare dengan akses air bersih dan minum yang tidak saniter serta Bab dapat terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung. Masyarakat yang tinggal di kawasan permukiman kumuh umumnya berbanding lurus dengan kondisi ekonomi. Kesenjangan ekonomi memaksa risiko kejahatan (urban crime) hingga minimnya privasi. Hal ini dapat berdampak pada psikologis penduduk terutama masa tumbuh kembang anak-anak.

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang lebih baik melalui pembentukan sistem kesehatan masyarakat sebagai penggerak pembangunan kesehatan lintas sektor (peran swasta dan pemerintah). Standar dan pelayanan kualitas kesehatan lingkungan ditentukan media lingkungan, seperti air, udara, tanah, makanan dan minuman, vektor.

Pengembangan infrastruktur permukiman pada dasarnya mencapai tiga tujuan strategis, yaitu:

1. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi kota dan desa, dengan tujuan meningkatkan peran pusat-pusat, pertumbuhan ekonomi desa dan meningkatkan akses infrastruktur bagi pertumbuhan ekonomi lokal.
2. Meningkatkan kesejahteraan masyarakat, dimaksudkan untuk mengurangi kemiskinan dan memperluas lapangan kerja.



3. Meningkatkan kualitas lingkungan, dengan tujuan mengurangi luasan kawasan kumuh, meningkatkan kualitas penyelenggaraan penataan kawasan permukiman dan meningkatkan pelayanan infrastruktur permukiman.

## D. Isu Kesehatan Lingkungan Nasional

Penyakit Berbasis Lingkungan masih menjadi perhatian hingga saat ini. Mayoritas penyakit berbasis lingkungan masuk ke dalam 10 besar penyakit di Puskesmas, seperti ISPA, Diare, Scabies, Tuberkulosis, DBD dll.

1. **Tuberkulosis** merupakan salah satu tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs). Indonesia merupakan negara ke-2 tertinggi penderita Tuberkulosis.
2. **Pneumonia** adalah infeksi akut yang disebabkan oleh virus, jamur, dan bakteri. Pada tahun 2019 Ditjen P2P mengemukakan bahwa angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 0,12%. Angka kematian akibat pada kelompok bayi lebih tinggi hamper dua kali lipat dibandingkan kelompok anak umur 1-4 tahun.
3. **Diare** merupakan penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang dapat berujung kematian di Indonesia. Akses air bersih yang tidak saniter dan perilaku hidup bersih dan sehat menjadi pemicu meningkatnya kejadian diare. Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diare pada Balita mencapai 11,0% hal ini dapat menjadi faktor risiko terjadinya stunting.
4. **Demam Berdarah Dengue (DBD)** disebabkan oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui spesies nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Insiden Rate (IR) pada tahun 2019 dilaporkan oleh Ditjen P2P sebesar 51,53 per 100.000 penduduk. Jumlah daerah terjangkit DBD menunjukkan

kecenderungan peningkatan sejak 2010 sampai dengan 2019.

Teori H.L. Bloom mengemukakan bahwa kejadian penyakit mayoritas dipengaruhi oleh faktor lingkungan sebanyak 40%. Hal ini berpengaruh signifikan terhadap lebih dari 80% penyakit disebabkan oleh lingkungan. Faktor yang mempengaruhi penyakit berbasis lingkungan

1. Sampah
2. Tular Vektor dan Zoonosis
3. Ketersediaan air bersih
4. Akses sanitasi yang layak
5. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Upaya pengendalian penyakit berbasis lingkungan, sebagai berikut:

1. penyehatan air bersih dan penyediaan air minum yang aman dengan melakukan surveilans kualitas air, inspeksi sanitasi sarana air bersih, pemeriksaan kualitas air dan pembinaan kelompok pemakai air.
2. Penyehatan lingkungan permukiman dengan jamban keluarga, saluran pembuangan air limbah (SPAL) dan tempat pengelolaan sampah (TPS) serta penyehatan tempat-tempat umum (TTU).
3. Penyehatan tempat pengelola makanan (TPM) sebagai kesiapsiagaan dan penanggulangan KLB keracunan, serta kewaspadaan terhadap *food borne disease* untuk memastikan makan dan minuman yang dikonsumsi aman.
4. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan menggalakkan kader kesehatan dalam pemantauan jentik di tiap rumah.
5. Upaya pembinaan sarana kesehatan, pendidikan dan perkantoran untuk berpartisipasi aktif dalam upaya pengendalian penyakit berbasis lingkungan.

## E. Isu Kesehatan Lingkungan International/ Global

### 1. Air Bersih, Sanitasi dan Higiene (WASH)

Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) merupakan unsur yang sangat penting dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan manusia khususnya dalam penanganan wabah, seperti pandemi Covid-19. Akses air minum dan sanitasi yang tidak aman dan kurangnya perhatian personal hygiene menjadi penyebab kematian dengan perkiraan 879.000 kematian pada tahun 2016. Kematian yang berhubungan dengan diare, infeksi cacing dan penyakit berbasis lingkungan lainnya.

Sanitasi yang dikelola dengan aman (WHO, 2021) seperti pengaman limbah domestik hanya 45% dari populasi global (3,4 miliar orang) dan diperkirakan 40% masih kekurangan akses cuci tangan dengan sabun serta 50% dari 74 negara tidak melakukan pengolahan air limbah yang dihasilkan dari rumah tangga.

### 2. Perumahan Iklim (*Climate Change*)

Perubahan iklim merupakan salah permasalahan yang masih menjadi topik utama. Meningkatnya kegiatan manusia dalam produksi emisi bahan bakar fosil, limbah dari kegiatan industri sehingga konsentrasi karbon atau gas di atmosfer sehingga menyebabkan efek gas rumah kaca. Hal ini berhubungan dengan keberlangsungan kehidupan dan kesehatan manusia serta kelestarian lingkungan. Perubahan iklim mengancam unsur-unsur penting dari kesehatan seperti, udara bersih, air minum yang aman, pasokan makanan bergizi, dan tempat tinggal yang aman dan berpotensi merusak kemajuan kesehatan global selama beberapa dekade.

WHO mengemukakan bahwa tahun 2030 dan 2050, perubahan iklim diperkirakan akan menyebabkan sekitar

250.000 kematian tambahan per tahun, dari malnutrisi, malaria, diare, dan stres panas saja. Biaya kerusakan langsung terhadap kesehatan diperkirakan antara USD 2-4 miliar per tahun pada tahun 2030.

Daerah dengan infrastruktur kesehatan yang lemah didominasi oleh negara berkembang akan menjadi yang paling tidak mampu mengatasi permasalahan perubahan iklim. Oleh karena itu, WHO mendukung negara-negara dalam membangun sistem kesehatan yang tahan iklim dan melacak kemajuan nasional dalam melindungi kesehatan dari perubahan iklim.

Data WHO menunjukkan bahwa sekitar 24% dari semua perkiraan kematian global terkait dengan lingkungan, 3,8 juta kematian setiap tahun akibat paparan asap dalam ruangan dari bahan bakar memasak, 4,2 juta kematian setiap tahun akibat paparan partikel halus.

## F. Upaya Penanganan Isu Kesehatan Lingkungan

### 1. Program langit biru

Program langit biru merupakan upaya penurunan konsumsi bahan bakar minyak sekaligus mengurangi emisi gas rumah kaca dari sektor transportasi.



**Gambar 21. Analisis Drive-Pressure-State-Impact-Response (DPSIR) pada Program Langit Biru (KLHK)**

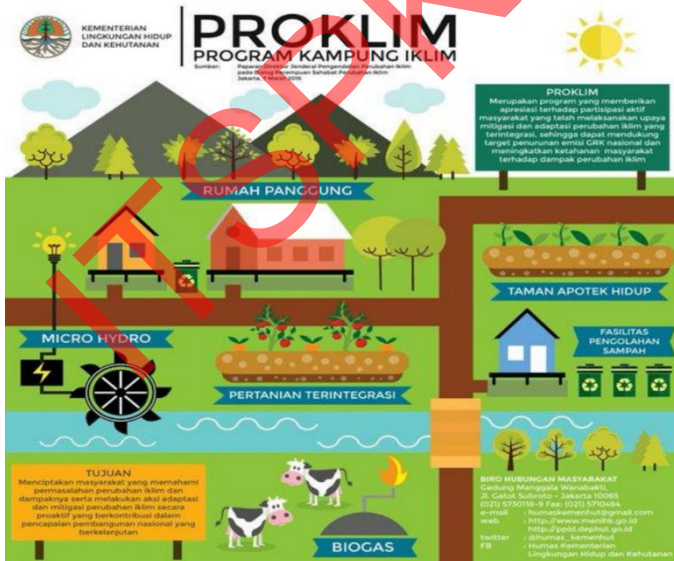
Upaya dalam pemulihan kualitas udara dengan cara menaikkan indeks kualitas udara, seperti:

1. Penyusunan rencana pengendalian pencemaran udara melalui penyusunan inventarisasi emisi untuk mengetahui pemetaan dan roadmap sumber dan beban emisi.
2. Pengendalian sumber emisi yang berasal dari sumber yang bergerak dengan manajemen transportasi dan peningkatan transportasi massal, kegiatan uji emisi secara berkala, peningkatan biaya parkir, Perda terkait kendaraan bermotor dan pembatasan usia dan jenis kendaraan di area tertentu, dan hari bebas kendaraan. Sumber tidak bergerak dengan penataan baku mutu industri, pengawasan implementasi izin lingkungan dan pembinaan perizinan lingkungan.
3. Pemantauan kualitas udara ambien secara kontinu dan manual.
4. Upaya lainnya berupa penanganan kebakaran hutan dan lahan, penyediaan dan pengembangan Ruang Terbuka Hijau (RTH), penyediaan dan pengembangan jalur pejalan kaki,

sepeda yang aman dan nyaman, peraturan terkait kawasan tanpa asap rokok (KTR) dan penggunaan energi ramah lingkungan.

## 2. Program Kampung Iklim (ProKlim)

ProKlim merupakan kegiatan yang memadukan upaya adaptasi dan mitigasi perubahan iklim pada tingkat tapak dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat dan berbagai pihak pendukung seperti pemerintah dan pemerintah daerah, dunia usaha, perguruan tinggi serta lembaga non-pemerintah. Pelibatan para pemangku kepentingan yang efektif serta pengelolaan pengetahuan adaptasi dan mitigasi perubahan di tingkat tapak merupakan salah satu aspek penting untuk mencapai target pengendalian perubahan iklim di tingkat nasional maupun global.



Gambar 22. Konsep Program Kampung Iklim (ProKlim)

Sumber: [http://ditjenppi.menlhk.go.id/reddplus/images/adminppi/dokumen/roadmap\\_proklam.pdf](http://ditjenppi.menlhk.go.id/reddplus/images/adminppi/dokumen/roadmap_proklam.pdf)

Upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim dalam ProKlim merupakan konsep pengendalian perubahan iklim tingkat tapak yang terintegrasi, terutama untuk membangun ketahanan sumber daya pangan, air dan energi dengan memperhitungkan risiko perubahan iklim jangka panjang maupun kejadian bencana terkait hidrometeorologi yang semakin sering terjadi dalam skala yang semakin luas.

Strategi untuk mencapai tujuan dan sasaran pelaksanaan ProKlim tahun 2030 adalah meliputi hal-hal berikut:

1. Memperkuat kelembagaan untuk mendukung pelaksanaan aksi lokal adaptasi dan mitigasi perubahan iklim di tingkat tapak.
2. Memperkuat kapasitas pemerintah daerah dalam mendukung upaya adaptasi dan mitigasi perubahan iklim.
3. Memperkuat kapasitas masyarakat dalam melaksanakan upaya adaptasi dan mitigasi perubahan iklim.
4. Menjalin kemitraan dengan kementerian/lembaga terkait, pemerintah daerah, dunia usaha, dan lembaga non-pemerintah.
5. Mendorong terciptanya kepemimpinan di tingkat masyarakat untuk menjamin keberlangsungan pelaksanaan kegiatan adaptasi dan mitigasi perubahan iklim.
6. Menyebarluaskan keberhasilan upaya adaptasi dan mitigasi perubahan iklim di tingkat lokal untuk mendorong proses replikasi ProKlim.
7. Meningkatkan pengembangan dan penerapan teknologi tepat guna yang mendukung upaya adaptasi dan mitigasi perubahan iklim di tingkat lokal.
8. Mendorong komitmen pengambil kebijakan di tingkat nasional dan daerah untuk pengalokasian sumber daya yang memadai bagi pelaksanaan ProKlim.
9. Mendorong optimalisasi potensi sumber pendanaan untuk mendukung pelaksanaan Program Kampung Iklim.

### 3. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs)

*Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah pembangunan yang menjaga peningkatan kesejahteraan ekonomi masyarakat secara berkesinambungan, pembangunan yang menjaga keberlanjutan kehidupan sosial masyarakat, pembangunan yang menjaga kualitas lingkungan hidup serta pembangunan yang menjamin keadilan dan terlaksananya tata kelola yang mampu menjaga peningkatan kualitas hidup dari satu generasi ke generasi berikutnya. TPB/SDGs merupakan komitmen global dan nasional dalam upaya untuk menyejahterakan masyarakat mencakup 17 tujuan.



Gambar 23. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) atau Sustainable Development Goals (SDGs)

Sumber : <https://sdgs.bappenas.go.id/>

SDGs yang berisi 17 Tujuan dan 169 Target merupakan rencana aksi global untuk 15 tahun ke depan (berlaku sejak 2016 hingga 2030), guna mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan. SDGs berlaku bagi seluruh negara (universal), sehingga seluruh negara tanpa kecuali negara maju memiliki kewajiban moral untuk mencapai Tujuan dan Target SDGs.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustiawan., Yuniarti, F., Wulandari, I. dkk. (2022). *Kesehatan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan*. Media Sains Indonesia; Bandung.
- Albar, I. Dkk. (2017). *Road Map Program Kampung Iklim (ProKlim)*. Direktorat Adaptasi Perubahan Iklim. Direktorat Jendral Pengendalian Perubahan Iklim. Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Statistik Lingkungan Hidup Indonesia. Energi dan Lingkungan*
- Irianto, J. dkk. (2020). *Studi Kualitas Air Minum Rumah Tangga di Indonesia*. Laporan Akhir Penelitian Puslitbang Kemenkes RI
- Indeks Kualitas Lingkungan Hidup*. (2019). Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI
- Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat. (2021). *Informasi Statistik Infrastruktur*. Pusat Data dan Teknologi Informasi Sekertaris Jendral: Kementerian PUPR
- Kementerian PPN/Bappenas. (2020). *Pedoman Teknis Penyusunan Rencana Aksi - Edisi II Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals (TPB/SDGs)*. Kedepuitian Bidang Kemaritiman dan Sumber Daya Alam. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Lutfi, M. & Nugroho, A.R. (2019). *Perkembangan Program Penanganan Permukiman Kumuh di Indonesia dari Masa ke Masa*. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta
- Peraturan Menteri PUPR Nomor 2/PRT/M/2016 tentang Peningkatan Kualitas Perumahan Kumuh dan Permukiman Kumuh
- Peraturan Pemerintah RI No. 22 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
- Peraturan Pemerintah RI No. 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan

Lingkungan

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Kementerian Kesehatan RI; 2020

Susilawaty, A. Dkk. (2022). *Pengendalian Penyakit Berbasis Lingkungan*. Yayasan Kita Menulis:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2011 Tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2008 Tentang Pengelolaan Sampah.

WHO. (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

WHO. (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

ITS PKU

## PROFIL PENULIS



Kahar, SKM., MKL., Lahir di Bone, 22 Januari 1990. Menyelesaikan Pendidikan S1 Jurusan Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Lingkungan di Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2013 dan melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Lingkungan konsentrasi Manajemen Kesehatan Lingkungan di Universitas Airlangga, Surabaya tahun 2016. Penulis mempunyai pengalaman sebagai *volunteer* Pengabdian Masyarakat yang diselenggarakan oleh Kementerian Maritim Indonesia tahun 2017 dan Penugasan Kesehatan Nusantara Sehat Individual oleh Kementerian Kesehatan tahun 2018. Saat ini menjabat sebagai Dosen tetap di Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Bandung tahun 2019- sekarang dengan konsentrasi Penyehatan Udara dan Toksikologi Lingkungan dan Penyehatan Permukiman. Penulis terdaftar sebagai anggota HAKLI (Himpinan Kesehatan Lingkungan Indonesia)

# BAB 11

## KONSEP DASAR KESEHATAN KERJA

---

**Emelia Tonapa, S,KM., M.Kes**  
**Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur**

### A. Pengertian Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja merupakan masalah setiap orang karena bekerja adalah bagian dari kehidupan, dan setiap orang memerlukan pekerjaan untuk mencukupi kehidupan atau untuk aktualisasi dirinya. Dalam melaksanakan pekerjaan tidak dapat dipungkiri bahwa terdapat berbagai potensi bahaya yang ada di tempat kerja yang dapat mengakibatkan cedera dan gangguan kesehatan. Pekerja yang terganggu kesehatannya baik karena cedera, cacat atau terserang penyakit dapat mengganggu kelancaran pekerjaan.

Kesehatan kerja merupakan kondisi fisik dimana seseorang dapat bekerja dengan baik dan optimal dikarenakan kondisi tubuh yang sehat. Kesehatan kerja juga diartikan sebagai suatu kondisi fisik, mental dan sosial seseorang yang tidak saja bebas dari penyakit atau gangguan kesehatan melainkan juga menunjukkan kemampuan untuk berinteraksi dengan lingkungan dan pekerjaannya.

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2019, Kesehatan Kerja adalah upaya yang ditujukan untuk melindungi setiap orang yang berada di Tempat Kerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan.

Penyelenggaraan Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud meliputi upaya: Pencegahan penyakit; Peningkatan kesehatan; Penanganan penyakit; dan Pemulihan kesehatan.

## B. Sejarah Kesehatan Kerja

Pada jaman prasejarah, orang Mesir telah mengenal manfaat cadar bagi perlindungan respirasi saat menambang cinabar (red mercury oxide); di Arabia ada catatan tentang efek sinar matahari pada pekerja di tambang raja Solomon. Pada abad pertengahan sebelum abad ke-19, Georgius Agricola (1494-1555) dari Bohemia menemukan pekerja tambang dengan gejala silikosis. Untuk mencegah penyakit tersebut, Dia menganjurkan tentang pentingnya kebersihan udara di lingkungan kerja, dan menulis buku *Of Things Metallic*; Theophrastus Bombastus van Hohenheim Paracelsus (1493-1541) dari Austria, menyadari hubungan dosis-respons antara kejadian penyakit pada pekerja pengecoran logam dan beratnya penyakit. Hal tersebut telah menjadi dasar perkembangan disiplin ilmu toksikologi. Bernardino Ramazini (1633-1714), seorang professor di Modena, menulis buku yang berjudul *A Diatribe on Diseases of Workers* yang membahas penyakit yang terdapat di kalangan pekerja. Kepada para dokter ia menekankan agar selalu bertanya kepada pasien tentang pekerjaan mereka. Dia dikenal sebagai 'Bapak Kesehatan Kerja' karena prestasi dan jasanya dalam pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan kerja.

Banyak upaya kesehatan kerja yang telah dirintis dan tercatat dalam sejarah. Di Eropa, pada abad ke-19, Anthony Ashley Cooper, 7th Earl of Shaftesbury (1801-1885) menurunkan jam kerja dan meningkatkan kondisi kerja bagi pekerja anak dan wanita di tambang, pabrik dan di tempat kerja lainnya; Dr. Thomas Percival (1740-1804) melaporkan tentang pekerja anak di pabrik tekstil; Robert Owen (1771-1858) memberlakukan kondisi kerja yang baik di pabrik tekstilnya. Legislasi di pabrik dimulai oleh Sir Robert Peel Sr. (1788- 1850); tercatat pula Sadler

(1780-1835) yang mendukung perubahan pada parlemen. Dr Thomas Legge (1863-1932) adalah inspektur pabrik yang pertama di Inggris dan penulis buku *Industrial Maladies* (1934). Beberapa nama yang juga tercatat banyak berperan di bidang kesehatan kerja di negeri mereka antara lain Erisman (1842-1915) di Rusia; dan Hamilton (1869-1970) di Amerika yang banyak meneliti tentang keracunan timah hitam.

Kesehatan Kerja di Indonesia dimulai dari pemerintah kolonial Belanda, pada tahun 1847 sudah ada upaya pencegahan kebakaran pada pemakaian mesin uap untuk keperluan industri, namun belum tertuju pada perlindungan pekerja. Berikut sekilas tentang perkembangan kesehatan kerja dalam tiga periode :

## 1. Perkembangan Kesehatan Kerja Sebelum Kemerdekaan (1900-1945)

Pada zaman VOC telah dibentuk dinas kesehatan yang pada awalnya merupakan dinas kesehatan militer kerajaan Belanda. Sampai pada akhir abad-19, perlindungan terhadap tenaga kerja masih sangat sederhana dan pada saat itu perlindungan lebih diarahkan terhadap sarana produksi, berupa mesin dan pesawat uap. Hal ini tercermin dalam perundang-undangan tentang pesawat uap pada tahun 1852 yang dibuat oleh pemerintah Hindia Belanda. Dengan didirikannya Dinas Stoomwezen maka dapat dikatakan bahwa sejak saat itu pemerintah Hindia Belanda mulai melakukan perlindungan hukum terhadap bahaya yang langsung mengancam jiwa, walau baru terbatas pada pekerja di bagian pesawat uap saja. Pada saat itu industri yang berkembang hanya terbatas pada perusahaan perkebunan dan pertanian hasil hutan dan pertambangan, didukung oleh sarana transportasi kereta api, sungai, darat dan laut. Sebagian besar perusahaan berada dipulau Jawa.

Upaya saat itu ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan sekadarnya kepada para pekerja agar mereka cukup sehat dan mampu memproduksi bahan yang diperlukan Belanda.

Pada awal abad ke-20, pemerintah Hindia Belanda telah melangkah lebih maju dalam perlindungan pekerja yaitu dengan membuat peraturan kebersihan, keselamatan dan kesehatan yang masih sederhana, sesuai keperluan waktu itu. Pada tahun 1925 Dinas pengawasan keselamatan kerja atau *Dien van bet veilegbeidstoezicht* didirikan menggantikan dinas uap atau *Dienst van bet stoomwezen*. Tugas dinas tersebut bertambah besar dengan dibebarkannya pengawasan terhadap pelaksanaan koordinasi tentang kerja malam bagi wanita dan pekerja anak. Selanjutnya banyak diberlakukan peraturan perundang-undangan yang lebih menitikberatkan pada keselamatan seperti di sektor perminyakan, perkeretaapian, pelayaran, angkutan udara, dan tambang.

## 2. Perkembangan Kesehatan Kerja Tahun (1945-1970)

Pada saat Jepang menjajah Indonesia peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh pemerintah Hindia Belanda tidak dicabut atau diganti dengan peraturan yang baru. Setelah Proklamasi Kemerdekaan tanggal 17 Agustus 1945 ditetapkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia. Dalam UUD 1945 pasal 27 ayat (2) menyebutkan bahwa setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan. Pasal ini merupakan landasan bagi setiap perundangan di bidang ketenagakerjaan. Pada tahun 1947 diterbitkan Undang-undang No. 33 tentang kecelakaan, atau yang disebut sebagai Undang-undang Kompensasi. Undang-undang ini ingin menyatakan bahwa dalam keadaan sangat kekurangan, Pemerintah RI akan tetap mengutamakan perlindungan pekerja dari bahaya kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

Pada tahun 1969 diterbitkan Peraturan Menteri Perburuhan No. 7/PMP/1964 tentang Syarat-Syarat Kesehatan, Kebersihan dan Penerangan di Tempat Kerja. mengingat pentingnya sumber daya manusia K3, oleh Menteri tenaga Kerja diterbitkan Peraturan Menteri Kerja RI No.65 tahun 1969 tentang

Penyelenggaraan Kursus Latihan Kader Keselamatan Kerja. Dalam rangka menata pengaturan dan pembinaan ketenagakerjaan, mak diundangkan UU No14 tahun 1969 tentang ketentuan-ketentuan pokok mengenai tenaga kerja. UU No. 14 tahun 1969 menyatakan bahwa setiap tenaga kerja berhak mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan, kesusilaan, pemeliharaan moral kerja, serta perlakuan yang sesuai dengan martabat manusia dan moral agama. Perlindungan terhadap keselamatan dan kesehatan sesuatu yang sangat mendasar karena menyangkut jiwa manusia.

### 3. Perkembangan Kesehatan Kerja (1970-2000an)

Pada tahun 1970 diterbitkan Undang-undang NO 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja. Upaya perlindungan terhadap pekerja di Indonesia mulai lebih diperhatikan. UU Keselamatan Kerja mengatur hak dan kewajiban pekerja dan pemberi kerja untuk melaksanakan syarat-syarat kesehatan kerja di samping syarat-syarat keselamatan kerja. ketentuan ini berlaku di semua tempat kerja, baik di darat, di dalam tanah, permukaan air, di dalam air, maupun di udara yang merupakan wilayah kekuasaan Republik Indonesia. Pada tahun 2019 Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja. pada Bab II Pasal 2 ayat (2) Penyelenggaraan Kesehatan Kerja meliputi upaya :

1. Pencegahan Penyakit
2. Peningkatan kesehatan
3. Penanganan penyakit
4. Pemulihan kesehatan

Bersamaan dengan perkembangan modernisasi dan industri secara pesat, terjadi perubahan pola penyakit pada populasi umum dan populasi pekerja. Perubahan tersebut terjadi dari penyakit-penyakit infeksi menjadi penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup tidak sehat, terutama adalah penyakit pembuluh darah (mis. penyakit jantung koroner dan stroke),



keganasan, penyakit metabolisme dan penyakit degeneratif otot dan tulang rangka. Beberapa “penyakit modern” yang berhubungan sangat erat dengan gaya hidup tidak sehat tersebut banyak menyerang pekerja, terutama yang bekerja di perkantoran yang kurang aktivitas fisik. Dengan demikian, selain kecelakaan dan penyakit terkait kerja yang menimbulkan kerugian dan menurunkan produktivitas, ternyata penyakit kardiovaskular juga menimbulkan kerugian yang jauh melampaui kerugian yang ditimbulkan oleh KAK/PAK.

### C. Kesehatan Kerja Dari Perspektif Keilmuan

Kesehatan kerja adalah bagian ilmu dari Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang merupakan bagian dari Ilmu Kesehatan Masyarakat yang sejak awal bertujuan untuk mencegah kematian dini dan pencegahan penyakit. Kesehatan Kerja adalah ilmu yang mendalami masalah hubungan dua arah antara pekerjaan dan kesehatan. Ilmu ini tidak hanya menyangkut hubungan antara efek lingkungan kerja dengan kesehatan pekerja, tetapi hubungan status kesehatan pekerja dengan kemampuannya untuk melakukan tugas yang harus dikerjakan.

Ilmu Kesehatan Kerja bertujuan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dan kapasitas kerjanya dengan melindungi (proteksi) pekerja dari penyakit. Fokus kajian Ilmu Kesehatan Kerja dari segi keilmuan, ontologi atau objek empiris adalah kesehatan pekerja, perilaku kesehatan dan hazard/faktor risiko kesehatan di tempat kerja. Kajian kesehatan pekerja meliputi kesehatan fisik dan mental. Perilaku kesehatan adalah faktor risiko perilaku hidup dan perilaku bekerja yang berpotensi menimbulkan risiko penyakit degeneratif dan atau Penyakit Akibat Kerja (PAK) pada populasi pekerja. Sedangkan risiko kesehatan di tempat kerja dapat bersumber dari lingkungan, pekerjaan, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja.

Epistemologi atau metode pokok yang digunakan adalah melakukan proses perbaikan berkelanjutan, dengan pengenalan, analisis, pengendalian dan evaluasi faktor risiko penyakit degeneratif dan PAK (termasuk gangguan trauma kumulatif). Aksiologi atau manfaatnya adalah pencegahan kerugian akibat penyakit degeneratif dan PAK, sehingga meningkatkan derajat kesehatan dan kapasitas kerja. Sesuai kebutuhan dalam penerapannya, Ilmu Higiene Industri dan Ilmu Ergonomi berkembang pesat. Kedua ilmu tersebut bersama Ilmu Kesehatan dan Ilmu Perilaku merupakan inti ilmu kesehatan kerja yang didukung oleh berbagai ilmu lain seperti ilmu kedokteran penyakit dan cedera pekerja, toksikologi industri, epidemiologi, statistik, manajemen, pendidikan dan pelatihan, komunikasi dan informasi, sosial dan budaya. Selain itu, ilmu kesehatan kerja juga didukung oleh ilmu-ilmu dasar antara lain adalah ilmu fisika, kimia, biologi, fisiologi, psikologi, hukum, politik dan ekonomi.

#### D. Ruang Lingkup Kesehatan Kerja

Kontribusi Kesehatan Kerja dalam sistem kerja yang utama adalah

1. Mempertahankan, meningkatkan derajat kesehatan dan kapasitas kerja fisik pekerja;
2. Melindungi pekerja dari efek buruk lingkungan, pekerjaan serta pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja.

Pelaksanaan kesehatan kerja di Indonesia bersifat komprehensif yang mencakup upaya promotif dan preventif serta mencakup pula upaya kuratif dan rehabilitatif (objek empiris ilmu kedokteran kerja). Pelayanan kesehatan kerja yang komprehensif juga tercantum dalam Basic Occupational Health Services yang diusulkan oleh ICOH tahun 2005.12 Ruang lingkup atau fungsi pokok pelayanan kesehatan kerja yang komprehensif meliputi enam area promotif dan preventif ditambah satu area kuratif dan rehabilitatif.

1. **Penempatan pekerja** pada pekerjaan/jabatan yang sesuai (fit) dengan kapasitas kerja dan status kesehatannya, merupakan upaya preventif. Kesesuaian tersebut adalah keserasian antara status kesehatan, kapasitas dan kapabilitas pekerja secara fisik, mental dan sosial, dengan tuntutan kondisi kerja yang bersumber dari lingkungan, pekerjaan, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja. Pemeriksaan kesehatan dilakukan sebelum penempatan (pre-placement test), untuk pekerja baru dan pekerja lama yang akan dipindah tugaskan. Untuk itu, perlu deskripsi tuntutan tugas (task demand) meliputi data kondisi lingkungan hygiene industri, kondisi pekerjaan ergonomi dan kondisi psikososial yang bersumber dari pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja.
2. **Kedua** adalah promosi kesehatan di tempat kerja/PKDTK (workplace health promotion) untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kapasitas kerja serta pencegahan penyakit, merupakan upaya promotif dan preventif. PKDTK bertujuan untuk mengendalikan faktor risiko yang bersumber dari perilaku, misalnya pola makan, aktivitas fisik, berat badan, konsumsi rokok, alkohol atau narkoba, untuk mencegah penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, stroke dan hipertensi.
3. **Ketiga** adalah perbaikan lingkungan kerja, merupakan upaya preventif. Perbaikan dilakukan dengan mengendalikan berbagai faktor risiko kontaminan fisik, kimia, dan biologi. Faktor risiko fisik meliputi panas, bising, getaran dan radiasi. Upaya yang kompleks ini telah berkembang menjadi Ilmu Higiene Industri (Industrial Hygiene).
4. **Keempat** adalah perbaikan pekerjaan, merupakan upaya preventif. Perbaikan dilakukan dengan menyesuaikan tuntutan tugas dengan kemampuan fisik dan mental pekerja serta mengendalikan faktor risiko ergonomi yang bersumber

dari pekerjaan. Sebagai contoh, desain mesin, desain work station, posisi duduk, alat bantu tangan, beban angkat angkut diupayakan agar pekerja terhindar dari postur janggal yang dapat menimbulkan gangguan muskuloskeletal (trauma kumulatif). Upaya yang kompleks ini juga telah berkembang menjadi Ilmu Ergonomi (Ergonomy).

5. **Kelima** adalah pengembangan pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja merupakan upaya preventif. Pengembangan dilakukan dengan memperbaiki kondisi faktor risiko stres psikososial yang bersumber dari pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja (Work Organization and Work Culture). Sebagai contoh desentralisasi dalam perencanaan tugas, penerapan konsep tugas penuh, otonomi tugas yang masih terintegrasi dengan tujuan organisasi yang lebih tinggi tingkatannya, perbaikan beban kerja, status kepegawaian, sistem pengupahan, gaya manajemen, komunikasi antar pekerja maupun antara pekerja dan pimpinan.

## E. Hazard, Risiko Dan Sistem Kesehatan Kerja

Dari sudut pandang kesehatan kerja, sistem kerja mikro mencakup empat komponen kerja, yaitu pekerja, lingkungan kerja, pekerjaan, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja. Setiap komponen kerja mempunyai sumber atau situasi yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi kesehatan pekerja. Hal tersebut dapat berupa luka atau gangguan kesehatan. Sumber atau situasi yang potensial tersebut dikenal sebagai hazard atau faktor risiko yang dapat berupa :

1. Hazards tubuh pekerja (somatic hazards)
2. Hazards perilaku kesehatan (behavioural hazards)
3. Hazards lingkungan kerja (enviromental hazards) berupa faktor fisik, kimia dan biologik
4. Hazards pekerjaan (work hazards) berupa faktor ergonomi

5. Hazards pengorganisasian pekerjaan (work organization hazards)
6. Hazards budaya kerja (work culture hazards) berupa faktor psikosial

Pada kondisi tertentu Hazard kesehatan dapat menjadi nyata dan menimbulkan luka atau gangguan kesehatan. Peluang hazard kesehatan untuk menjadi kenyataan disebut sebagai risiko yang diukur dengan konsekuensi dan peluang kejadian konsekuensi tersebut. Risiko semakin besar jika konsekuensi gangguan kesehatan yang ditimbulkan berat, peluang atau frekuensi kejadian tersebut kerap. Sistem kesehatan kerja merupakan kegiatan pengendalian risiko kesehatan yang mencakup rekognisi hazard, penilaian risiko dan intervensi risiko. Sistem kesehatan kerja dibangun di atas empat komponen yang sama, dengan melakukan serangkaian upaya kesehatan kerja, agar setiap komponen menjadi sehat Dengan mengenal /rekognisi hazard yang bersumber dari :

1. Perilaku hidup, perilaku bekerja, kapasitas kerja dan status kesehatan pekerja
2. Lingkungan kerja
3. Pekerjaan
4. Pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja. Selanjutnya, menilai besar risiko masing-masing hazard (faktor risiko);
5. Dan dilanjutkan dengan intervensi, berupa upaya untuk meniadakan atau meminimalkan risiko yang ditimbulkannya.

## F. Lingkungan Kerja Dan Penyakit Akibat Kerja

### 1. Masalah Penyakit Akibat Kerja (PAK)

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) tahun 2018, diperkirakan 2,78 juta pekerja meninggal setiap tahunnya dikarenakan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. sekitar 2,4 juta (86,3%) dari kematian ini dikarenakan penyakit akibat kerja.

Di Indonesia, belum ada data PAK secara komprehensif, hanya ada data beberapa kasus PT Jamsostek atau BPJS-TK yang dilaporkan terkait dengan kompensasi hak pekerja berdasarkan peraturan perundangan, penelitian sporadis baik oleh pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan maupun oleh swasta seperti perusahaan terkait, mahasiswa, akademisi atau peneliti lainnya.

Data BPJS-TK sekarang terbatas pada pekerja yang terdaftar sedangkan diluar itu, terutama bagi para pekerja di sektor informal tidak jelas berapa banyak kasus yang tidak dilaporkan. Tidak terlaporkannya kasus PAK diperparah dengan keengganan anggota melaporkan kejadian PAK, bisa karena dianggap aib merusak citra perusahaan, atau karena mengejar "zero accident" sebagai prestasi walaupun semu atau karena tidak mampu mendiagnosis PAK. Tidak terdiagnosisnya PAK, dikhawatirkan dapat merugikan pekerja dan manajemen karena dapat mengakibatkan tidak adanya upaya khusus untuk mencegah terjadinya PAK serta dapat memburuk kondisi pekerja yang berisiko akan PAK. PAK yang sama akan dapat terjadi pada pekerja lainnya. produktivitas pekerja dapat menurun akibat kerja serta absenteisme yang akan semakin meningkat dikarenakan PAK.

## 2. **Jenis Penyakit Akibat Kerja**

Jenis penyakit akibat kerja dapat dibagi menurut pajanan hazard di tempat kerja. di Indonesia, jenis dari penyakit akibat kerja ditetapkan pada Peraturan Presiden Republik Indonesia No.7 Tahun 2019 tentang Penyakit Akibat Kerja yang mengacu pada ILO tahun 2010 mengenai daftar penyakit akibat kerja sebagai berikut :

- a. Penyakit yang disebabkan pajanan faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan
  - 1) Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia

- 2) Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika, seperti kebisingan, getaran, udara bertekanan atau udara yang dikompres, radiasi ion, radiasi optik, temperatur ekstrem dan faktor fisik lainnya.
  - 3) Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit, meliputi : Brucellosis, Virus hepatitis, HIV, Tetanus, Tuberkolosis, Sindrom toksik atau inflamasi yang berkaitan dengan kontaminasi bakteri dan jamur, Anthrax, Leptospora Dan penyakit akibat faktor biologi lainnya.
- b. Penyakit berdasarkan sistem target organ
    - 1) Penyakit saluran pernapasan
    - 2) Penyakit kulit
    - 3) Gangguan otot dan kerangka
    - 4) Gangguan mental dan perilaku
  - c. Penyakit kanker akibat kerja
  - d. Penyakit spesifik lainnya  
Penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atau proses kerja, dimana penyakit yang dialami memiliki hubungan langsung antara pajanan dengan penyakit yang dialami oleh pekerja yang dibuktikan secara ilmiah dengan menggunakan metode yang tepat. Contohnya seperti nistagmus pada penambang.

## G. Epidemiologi Dalam Kesehatan Kerja

Praktisi kesehatan kerja dituntut memberikan jawaban pasti, apakah kejadian masalah kesehatan ditimbulkan oleh pekerjaan, atau minimal dapat menetapkan apakah kasus gangguan kesehatan yang ditemukan berhubungan dengan faktor risiko yang didapat dari pekerjaan. Oleh karena itu dibutuhkan studi epidemiologi untuk menentukan faktor risiko dari suatu masalah.

Dalam bidang kesehatan kerja, epidemiologi digunakan untuk mengkaji penyebaran dan frekuensi kejadian penyakit atau gangguan kesehatan akibat pajanan hazard tertentu pada pekerja berisiko dengan karakteristik tertentu, studi ini bertujuan untuk membandingkan kejadian penyakit pada populasi terpajan dengan populasi tidak terpajan.

Terdapat 2 parameter untuk mengukur frekuensi kejadian penyakit atau gangguan kesehatan :

1. Insiden, digunakan untuk mengukur atau menghitung kasus baru yang terjadi pada suatu populasi pekerja berisiko dengan berbagai periode pengamatan yang berbeda.
2. Prevalensi, merupakan pengukuran yang menghitung jumlah kasus lama dan juga kasus baru dalam populasi pada suatu waktu atau periode tertentu.

ITSPKU



## DAFTAR PUSTAKA

2002. *International Commission on Occupational Health. Basic occupational health services*. ICOH.
- Fedotov, I.A, Saux, M. Rantanen J.1998. *Occupational Health Services, In: Stellman JM, editor. Encyclopedia of occupational health and safety. 4th ed*. Geneva: ILO.
- Kurniawidjaja L.M. (2007). *Modul kuliah Kesehatan Kerja*. Depok: Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja FKM-UI;
- Kurniawidjaja, L.M. & Ramdhan, D.H. (2019). *Buku Ajar Penyakit Akibat Kerja dan Surveilans*. Jakarta: UI Publishing
- Kurniawidjaja, L.M. (2007). Filosofi dan Konsep Dasar Kesehatan Kerja Serta Perkembangannya Dalam Praktik. Dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*,1(6).
- Kurniawidjaja, L.M. (2010). *Teori dan Aplikasi Kesehatan Kerja*. Jakarta: UI Publishing
- Martomulyono S. (2006). *Bahan kuliah Dasar-Dasar Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Depok: Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja FKM-UI;
- Taylor, G. Easter, K. Hegney, R. (2004). *Enhancing occupational safety and health*. Amsterdam: Elsevier

## PROFIL PENULIS



Emelia Tonapa, S.KM., M.Kes .  
Lahir di Ambon pada tanggal 17 Agustus 1991. Meyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Kristen Indonesia Maluku pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan Program Magister Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2018. Saat ini berprofesi sebagai dosen di Jurusan Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur

Email penulis : [emeltonapa17@gmail.com](mailto:emeltonapa17@gmail.com)

ITSPKU

ITSPKU

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

# BAB 12

## KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KEPENDUDUKAN

---

Sunarti Hanapi, SKM., M.Kes  
Universitas Gorontalo

### A. Definisi Kesehatan Reproduksi

Cara pandang terhadap pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan sudah banyak mengalami perubahan. Yang berawal dari pengendalian jumlah penduduk dan penurunan angka kelahiran yang sekarang berubah menjadi pendekatan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi dan kesetaraan Gender.

Pengelolaan kependudukan dan pembangunan keluarga adalah upaya terencana untuk mengarahkan perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk pada seluruh dimensi penduduk.

Perubahan tentang pengelolaan kependudukan ini telah dilakukan kesepakatan pada pertemuan di Beijing melalui Konferensi Wanita Sedunia ke-4 pada tahun 1995 serta Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan di Kairo pada tahun 1994. Pada kesepakatan ini dapat diperoleh definisi Kesehatan reproduksi yaitu keadaan sejahtera, fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang terkait dengan sistem

reproduksi, fungsi, serta prosesnya. (Kumalasar, I, Andhyantoro, 2014)

Istilah reproduksi berasal dari kata “re” yang artinya kembali sedangkan kata “produksi” artinya membuat atau menghasilkan. Berdasarkan dua kata diatas maka dapat diartikan bahwa reproduksi adalah proses kemampuan manusia untuk memperoleh keturunan dalam kelangsungan hidup mereka.

Kesehatan reproduksi (WHO) adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya.

Menurut Depkes (2021), Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah. (prijatni, I, Rahayu, 2016)

Berdasarkan definisi Reproduksi dan kesehatan reproduksi diatas maka dapat disimpulkan kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat secara utuh menyeluruh dalam segala hal bukan hanya bebas dari penyakit dan kecacatan terkait dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya.

## B. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Pada layanan kesehatan reproduksi memiliki tujuan yang mencakup 2 tujuan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

### 1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum dari kesehatan reproduksi memberikan pelayanan kesehatan reproduksi secara

komprehensif pada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi sehingga dapat meningkatkan kemandirian kaum perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

## 2. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan kemandirian perempuan, khususnya dalam peranan dan fungsi reproduksinya.
2. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial perempuan dalam konteks, kapan hamil, berapa jumlah anak yang ingin dilahirkan serta jarak yang diinginkan antara kehamilan
3. Meningkatkan peran dan tanggung jawab laki-laki.
4. Menciptakan dukungan laki-laki dalam membuat keputusan, mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi. (Marmi, 2015)

## C. Sasaran Kesehatan Reproduksi

Kelompok yang menjadi sasaran dalam kesehatan reproduksi meliputi:

1. Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putri dan putra yang belum menikah.
2. Kelompok golongan berisiko: pekerja seks, masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera.

## D. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi secara luas meliputi hal-hal sebagai berikut:

### 1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir

Kesehatan ibu dan anak mengacu pada status kesehatan dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hal ini terkait tentang masalah persalinan, kehamilan (komplikasi

kehamilan, aborsi), gizi ibu hamil diantaranya anemia dan KEK, serta kesehatan bayi (perawatan bayi baru lahir, pola asuh bayi) dll.

2. **Keluarga berencana (KB)**

Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi dan tersedianya pelayanan kesehatan terkait KB.

- a. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR) termasuk PMS-HIV/AIDS.
- b. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.

3. **Kesehatan reproduksi remaja.**

Mencakup masalah gizi remaja, seksualitas, tumbuh kembang, pencegahan dan penanggulangan terhadap penyalahgunaan narkoba serta zat aditif lainnya, pernikahan dini, peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

4. **Pencegahan dan penanganan infertilitas**

Mengatasi masalah kemandulan atau ketidaksuburan pada perempuan dan laki-laki, serta upaya pencegahan dengan perbaikan pola asupan gizi yang memicu terjadinya infertilitas serta kebiasaan hidup sehat yang dilakukan PUS untuk bisa bereproduksi secara sehat.

5. **Kanker pada usila dan osteoporosis.**

Perhatian terhadap masalah penyakit-penyakit degenerative, deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat.

6. **Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain,**

misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dan lain-lain. (Kumalasari, I, Andhyantoro, 2014)

Layanan program kesehatan yang dilakukan untuk memberikan pelayanan kesehatan terkait komponen-komponen yang ada dalam ruang lingkup kespro ada 2 yakni:

1. **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE),** dimana dalam pelayanan ini dia mencakup pelayanan kesehatan ibu dan anak, KB, Kesehatan Reproduksi remaja,

Pencegahan dan penanggulangan penyakit IMS termasuk HIV/AIDS.

2. **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK)**, layanan ini mencakup PKRE ditambah dengan kesehatan reproduksi lanjut usia, penghapusan kekerasan terhadap perempuan, masalah gender dalam kesehatan reproduksi.

## **E. Hak-hak Kesehatan Reproduksi**

Hak kesehatan reproduksi perorangan dapat diartikan “setiap orang baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan status sosial, suku, umur, agama dll.) mempunyai hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri sendiri, keluarga dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak kelahiran antara anak, serta untuk, serta untuk menentukan waktu kelahiran dan di mana anak akan dilahirkan)”

Berdasarkan uraian diatas untuk hak-hak reproduksi dapat di jabarkan sebagai berikut :

1. **Hak mendapatkan informasi dan Pendidikan kesehatan reproduksi**  
Setiap orang berhak mendapatkan informasi dan Pendidikan secara benar tentang berbagi aspek terkait kesehatan reproduksi.
2. **Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi**  
Setiap laki-laki dan perempuan memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perlindungan terkait dengan kesehatan reproduksinya akibat dari proses reproduksi yang ada dalam dirinya.
3. **Hak untuk kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksi**



Setiap individu berhak untuk berpikir atau mengungkapkan pemikirannya tentang kehidupan yang dia yakini. Orang lain dapat merubah pemikiran atau keyakinan tersebut tapi dengan upaya tidak ada paksaan melalui informasi dan Edukasi (KIE).

4. **Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kehamilan anak.**

Setiap perempuan memiliki kebebasan hak untuk menentukan berapa jumlah anak yang akan dilahirkan, dan berapa lama jarak antara anak yang sebelumnya dengan jarak anak selanjutnya yang akan dilahirkan.

5. **Hak untuk hidup dan bebas dari risiko kematian karena kehamilan.**

Perempuan harus mendapatkan perhatian dari keluarga, dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan selama proses kehamilan dan persalinan agar terbebas dari risiko kematian akibat dari proses kehamilan dan persalinan.

6. **Hak mendapat kebebasan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.**

Setiap orang baik laki-laki dan perempuan bebas mendapatkan semua fasilitas dan bentuk pelayanan kesehatan reproduksi yang ada sesuai dengan kebutuhan tanpa melihat status sosial.

7. **Hak untuk bebas dari segala bentuk kekerasan dan penganiayaan dalam segala hal terkait kesehatan reproduksi.**

Setiap orang berhak mendapatkan kebebasan untuk tidak mendapatkan segala bentuk kekerasan dan penganiayaan terkait dengan kesehatan reproduksi.

8. **Hak mendapat manfaat ilmu pengetahuan yang terkait kesehatan reproduksi.**

Laki-laki dan perempuan situs sosial tinggi atau rendah semua memiliki hak untuk mendapatkan manfaat

kemutakhiran teknologi dan ilmu pengetahuan terkait kesehatan reproduksi, serta kemudahan mendapatkan akses semua bentuk pelayanan kesehatan.

**9. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.**

Setiap individu dijamin haknya terkait keinginan membina rumah tangga dengan siapa, kapan dan dimana menginginkan berapa jumlah keturunannya, akan tetapi tidak lepas dari norma-norma yang berlaku dimasyarakat dan norma agama.

**10. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan bereproduksi.**

Setiap perempuan memiliki hak dan kedudukan yang sama seperti pria di dalam kehidupan dalam berkeluarga terkait pemberian pendapat dan pengambilan keputusan, serta dalam kehidupan bereproduksi. (Winarni, 2020)

## **F. Masalah Kesehatan Reproduksi**

Menurut Mohamad, Kartono, (1998) masalah kesehatan reproduksi yang di hadapi sangatlah luas, adapun yang menjadi masalah kesehatan reproduksi yaitu:

1. Kesehatan, tingkat kesakitan dan kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan, gizi ibu hamil serta infertilitas.
2. Faktor sosial budaya terhadap kesehatan reproduksi, maksudnya pandang masyarakat terkait masalah infertilitas, nilai anak dalam lingkungan keluarga, sikap masyarakat pada wanita hamil dan masa perawatan anak setelah dilahirkan.
3. Intervensi pemerintah atau negara terhadap masalah reproduksi.

Contohnya, program KB dan undang-undang tentang perempuan dan anak.

4. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana serta keterjangkauan secara ekonomi oleh kelompok perempuan maupun anak-anak.
5. Kesehatan bayi dan balita.
6. Dampak pembangunan ekonomi, industri dan perubahan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan reproduksi.

Contohnya: limbah B3, dimana limbah ini dapat merusak atau mengganggu sistem pernafasan dan pencernaan, jaringan paru-paru akan mengalami kerusakan berat, dan makanan yang terkontaminasi limbah akan menyebabkan kerusakan hati. Selain itu, kurangnya jasa pengelolaan limbah B3 akan berefek pada janin dan pertumbuhan bayi. Hal ini diturunkan dari ibu yang mempunyai kadar racun yang sudah menembus plasenta. Para bayi yang memiliki kandungan racun limbah dapat menderita tuli, kebutaan, kerusakan otak. (Pinem, 2009)

## G. Faktor Yang diluar Kesehatan Yang Berpengaruh Buruk Terhadap Terpenuhinya Hak Reproduksi Perorangan

Ada empat faktor diluar kesehatan yang berpengaruh buruk terhadap terpenuhinya hak reproduksi perorangan:

### 1. **Kemiskinan.**

Kemiskinan berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi sebab menghambat akses pelayanan karena kondisi ekonomi/kemampuan masyarakat yang pada akhirnya berdampak pada kesakitan, kecacatan dan kematian.

### 2. **Kesusukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat.**

Semakin rendah kedudukan perempuan dalam masyarakat dan keluarga akan semakin rendah derajat kesehatan reproduksi. Contoh: adanya diskriminasi terhadap

perempuan dimana perempuan selalu dinomerduakan dalam kehidupan.

**3. Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi.**

Meliputi akses geografis yang terkait dengan jarak rumah pasien dengan fasilitas kesehatan, akses Ekonomi terkait biaya transportasi, akses informasi meliputi tidak diketahuinya ketersediaan fasilitas dan kemampuan fasilitas kesehatan reproduksi yang tersedia, serta akses budaya dimana banyak kebiasaan yang ada dimasyarakat yang menghambat masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan khususnya kesehatan reproduksi.

**4. Kualitas pelayanan kesehatan yang kurang memadai.**

Meliputi pelayan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan pasien dan kemampuan fasilitas kesehatan yang belum memadai atau sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

## **H. Penilaian Derajat Kesehatan Reproduksi**

Untuk menilai terpenuhi dan tidaknya hak-hak reproduksi dapat digambarkan pada derajat kesehatan reproduksi yang di tunjukkan melalui beberapa indikator berikut:

1. Angka kematian Ibu (AKI): makin rendah AKI makin tinggi derajat kesehatan reproduksi.
2. Angka Kematian Bayi (AKB): Makin rendah AKB makin tinggi derajat kesehatan reproduksi.
3. Angka cakupan pelayanan KB dan partisipasi laki-laki dalam KB: Makin tinggi cakupan pelayan KB dan partisipasi laki-laki dalam KB akan makin tinggi derajat kesehatan reproduksi.
4. Jumlah ibu hamil dengan 4 "terlalu" (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak anak, terlalu dekat jarak antara kelahiran) : Semakin rendah jumlah ibu hamil dengan \$ terlalu maka akan semakin tinggi derajat kesehatan reproduksi.

5. Jumlah perempuan atau ibu hamil dengan masalah kesehatan terutama anemia dan Kekurangan Energi Kronik: Semakin rendah jumlah perempuan atau ibu hamil dengan masalah kesehatan terutama anemia dan Kekurangan Energi Kronik, semakin tinggi derajat kesehatan reproduksi.
6. Pemahaman laki-laki terhadap upaya pencegahan dan penularan PMS: Makin rendah Pemahaman laki-laki terhadap upaya pencegahan dan penularan PMS makin rendah derajat kesehatan reproduksi.
7. Perlindungan bagi perempuan terhadap penyakit Menular Seksual: Makin tinggi Perlindungan bagi perempuan terhadap penyakit Menular Seksual maka makin tinggi derajat kesehatan reproduksi.(Kumalasar, I, Andhyantoro, 2014)

## I. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi:

1. **Faktor Demografi/Sosial Ekonomi**
  - a. Untuk faktor demografi dapat dinilai dari data usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Jika banyak pasangan yang melakukan hubungan seksual, menikah dan hamil di bawah usia 20 tahun akan banyak menyumbang dampak negatif dalam kesehatan reproduksi dimana risiko yang ditimbulkan banyak merugikan baik itu laki-laki maupun perempuan.  
Contoh: ibu yang menikah usia dini (di bawah usia 20 tahun) sangat berisiko mengalami berbagai komplikasi kehamilan yang membahayakan ibu maupun janin. pada bayi, bisa berisiko mengalami Berat Badan Lahir Rendah, bayi terlahir prematur, dan stunting. Pada ibu,

melahirkan di usia muda berisiko menyebabkan terjadinya preeklamsia maupun anemia.

- b. Sosial ekonomi dapat dinilai dari tingkat Pendidikan, akses terhadap pelayanan kesehatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan, rasio melek huruf, rasio remaja tidak sekolah.

Contoh: kondisi individu atau pasangan yang memiliki pendidikan rendah akan berpengaruh pada rendahnya daya tangkap pemahaman pesan tentang kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan seperti penggunaan alat kontrasepsi kondom jika petugas menyampaikan dengan menggunakan contoh pemasangan dilakukan pada jari jempol yang ibaratnya jari adalah penis maka mereka yang kondisi Pendidikan rendah akan memahami hal yang berbeda dengan apa yang seharusnya menjadi maksud dari petugas. Bentuk akan diaplikasikan dengan hal yang sama tapi bukan pada penis.

## 2. **Faktor budaya dan lingkungan**

Untuk sosial budaya dan lingkungan mencakup pandangan agama, status perempuan, adanya ketidakselarasan gender, lingkungan tempat tinggal dan bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi hak dan tanggung jawab reproduksi individu serta dukungan atau komitmen politik.

Contoh: Bagi perempuan yang memiliki Pendidikan tinggi dan pekerjaan akan memiliki status lebih tinggi dilingkungan keluarga dan masyarakat di dibandingkan dengan perempuan yang tidak bekerja dan berpendidikan rendah. Dengan kondisi diatas perempuan juga akan memilih menunda perkawinan pada usia yang lebih matang dan akan bereproduksi sesuai dengan ketentuan yang sudah di tetapkan oleh standar kesehatan.

**3. Faktor biologis**

Meliputi gizi buruk kronik, kondisi Anemia, kelaianan bawaan, organ reproduksi, kelaian akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan.

**4. Faktor psikologis**

Diantaranya rasa rendah diri, tekanan dari teman sebaya, tindakan kekerasan di rumah/lingkungan, dan ketidakharmonisan orang tua.

Contoh: kondisi keluarga yang tidak harmonis akan menyebabkan anak – anak pada usia remaja akan lebih memilih banyak beraktivitas diluar rumah dengan teman-temannya dalam pergaulan yang salah mereka akan bisa melakukan hal-hal yang tidak diinginkan seperti seks bebas yang berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kumalasar, I., Andhyantoro, I. (2014). *kesehatan reproduksi untuk mahasiswa kebidanan dn keperawatan* (3rd ed.). Salemba Medika.
- Marmi. (2015). *Kesehatan reproduksi* (3rd ed.). Pustaka Pelajar.
- Pinem, S. (2009). *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi* (1st ed.). CV.Trans Info Media.
- prijatni, I, Rahayu, S. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana* (1st ed., Vol. 1999, Issue December). <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Kespro-dan-KB-Komprehensif.pdf>
- Winarni, S. D. (2020). Dasar Kesehatan Reproduksi. In *Dasar Kesehatan Reproduksi* (pp. 6–7). FKM Undip Press. [http://docpak.undip.ac.id/7314/2/buku\\_ajar\\_kespro.pdf](http://docpak.undip.ac.id/7314/2/buku_ajar_kespro.pdf)



## PROFIL PENULIS



Penulis tertarik pada ilmu kesehatan masyarakat sejak tahun 2021 sehingga masuk kuliah jenjang strata satu (S1) di Universitas Gorontalo program studi Ilmu Kesehatan masyarakat konsentrasi Epidemiologi dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2005. Setelah lulus penulis mengabdikan di Fakultas kesehatan masyarakat Universitas Gorontalo sejak tahun 2009-2010 dan melanjutkan studi ke jenjang Magister strata dua (S2) di Universitas Hasanuddin fakultas kesehatan masyarakat program studi Ilmu Kesehatan masyarakat dengan konsentrasi kesehatan reproduksi dan telah berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2013.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Reproduksi, untuk mewujudkan karier sebagai dosen yang profesional, penulis aktif menulis buku mulai tahun 2022 dan sudah menulis 1 buku berjudul Kesehatan Keluarga, selain itu penulis aktif dalam melakukan tugas tri darma perguruan tinggi mulai dari Pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengabdian pada masyarakat dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian dan pengabdian yang telah dilakukan didanai oleh pihak internal perguruan tinggi dan juga didanai oleh Kemenristek DIKTI.

# BAB 13

## KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT

---

Ika Sugiarti.,M.Kes  
Universitas Kusuma Husada Surakarta

### A. Latar Belakang

Kemajuan teknologi dan budaya sangat berpengaruh terhadap cara pandang masyarakat terhadap konsep sehat dan sakit. Pemerintah khususnya kementerian Kesehatan telah merancang dan mengimplementasikan berbagai program Kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Program-program Kesehatan tersebut diimplementasikan secara berkolaborasi dengan berbagai pihak baik di kalangan pemerintahan sendiri, swasta maupun institusi ataupun para pemerhati kesehatan. Program Kesehatan mencakup upaya kesehatan yang paripurna yaitu mencakup *Promotive, Preventive, Kurative dan Rehabilitative* secara bersinergi. Program Kesehatan yang telah diimplementasikan antara lain penguatan pada sektor promotif dengan berbagai kegiatan antara lain makin maraknya sosialisasi tentang Kesehatan, komunikasi dan edukasi Kesehatan serta pendampingan pada masyarakat baik secara partial maupun secara general. Upaya pencegahan atau preventif yang telah dilakukan saat ini sangat beragam dengan mengacu kebutuhan kelompok masyarakat terkait dengan Kesehatan. Pada era sekarang ini Pelayanan Kesehatan lebih difokuskan pada upaya promotif dan preventif atau pencegahan terhadap timbulnya suatu penyakit, baik itu terhadap penyakit tidak menular, penyakit menular maupun penyakit degeneratif, secara rinci mengenai pencegahan seperti yang terurai di bawah ini.

## B. Pengertian Pencegahan Penyakit

Pencegahan penyakit merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko timbulnya berbagai penyakit, baik melalui pengurangan ancaman pemicu timbulnya penyakit. Pencegahan tersebut dapat terkait dengan masalah kesehatan secara umum maupun masalah penyakit yang spesifik, melalui perilaku menghindar dari hal-hal yang dapat menjadi pemicu munculnya suatu penyakit. atau mengurangi faktor risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit baik penyakit menular maupun tidak menular serta penyakit degeneratif.

Secara umum kata Pencegahan suatu penyakit mempunyai makna melakukan suatu tindakan sebelum kejadian sakit. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengertian pencegahan penyakit mengacu pada pengertian kata 'pencegahan' dan kata 'penyakit'. Dalam KBBI tertulis pengertian pencegahan merupakan sebuah langkah-langkah untuk mencegah sesuatu. Sedangkan pengertian penyakit adalah suatu hal yang menyebabkan gangguan kesehatan pada makhluk hidup. Dengan demikian pencegahan penyakit mempunyai pengertian langkah-langkah atau perilaku yang dilakukan sebagai upaya untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada makhluk hidup.

Menurut Peraturan Menteri kesehatan No. 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan Dan Pencegahan Penyakit yang dimaksud dengan Pencegahan Penyakit adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang bersifat preventif, dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan, yang ditujukan untuk menghindari atau mengurangi risiko dan dampak buruk akibat penyakit. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang

selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut Leavel dan Clark dalam Romauli (2009) pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Dalam Bahasa Inggris dikenal dengan istilah *disease prevention* yang berarti langkah atau cara yang bisa ditempuh untuk mencegah terjadinya penyakit. Pencegahan penyakit dapat dilaksanakan sebelum terjadinya sakit maupun setelah seseorang menderita penyakit, saat seseorang telah mengalami sakit bahkan pencegahan sangat berperan dalam mencegah timbulnya gejala atau penyakit yang lebih serius. Pengertian yang terkait dengan implementasi ke sasaran secara detail dibagi menjadi tiga jenis, yakni pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier

### C. Tujuan Pencegahan Penyakit

Tujuan dari pencegahan penyakit tersebut adalah untuk mencegah agar :

1. Tidak terjangkit suatu penyakit menular,
2. Tidak terjadi berbagai penyakit degeneratif.
1. Tingkat keparahan suatu penyakit dapat ditekan.
2. Meminimalkan gangguan dan kecacatan.
3. Tidak timbul penyakit atau keluhan yang berulang.
4. Sasaran Pencegahan Penyakit

Sasaran pelayanan pencegahan penyakit tersebut adalah kelompok orang yang sehat ataupun mereka yang berisiko tinggi (*high risk*) sebagai contoh :

1. **Kelompok ibu hamil.**

Pada kelompok tersebut sangat rentan terjadinya anemia, kurangnya asupan zat besi dan asam folat yang dapat berakibat terjadinya pertumbuhan janin yang tidak normal bahkan kecacatan pada anaknya serta . Hal ini juga mempunyai risiko tinggi pada saat melahirkan. Permasalahan lain pada kelompok tersebut kehamilan yang sangat sering, kehamilan pada usia dini, kehamilan di usia lanjut (diatas 40 tahun).

2. **Kelompok Ibu Menyusui,**

Kelompok ini juga mempunyai risiko tinggi sebab sangat terkait dengan tumbuh kembang bayinya bila asupan gizi dan nutrisi tidak maksimal bahkan dapat menjadi penyebab munculnya stunting pada anaknya.

3. **Kelompok perokok,**

Perokok merupakan salah satu kelompok risiko tinggi baik bagi dirinya sendiri selaku perokok aktif maupun orang yang berada di sekitarnya khususnya keluarganya selaku perokok pasif. Akibat yang ditimbulkan sangat beragam mulai dari gangguan kulit sampai pada gangguan organ dalam bahkan juga banyak yang terkena kanker.

4. **Kelompok pekerja seks,**

Kelompok tersebut sangat sensitif dan potensi sekali dalam penyebaran suatu penyakit. Baik itu penyakit kelamin sampai ke HIV AIDS.

5. **Kelompok Milenial**

Kaum milenial atau Generasi Z merupakan salah satu sasaran yang harus diperhitungkan sebab merekalah yang akan meneruskan bangsa ini maka mereka harus kuat, sehat dan berperilaku sehat.

6. **Kelompok para narkoba**, Mereka dapat menjadi sasaran yang penting sebab dengan perilakunya sekarang dapat menjadi penyebab munculnya berbagai penyakit baik bagi dirinya sendiri maupun bagi orang lain.
7. **Pasien dengan penyakit yang kronis** Agar derajat kesakitannya tidak bertambah atau terhindar dari komplikasi
8. **Kelompok anak usia sekolah** kepada mereka harus diberikan pemahaman yang baik untuk dapat memahami tentang perilaku sehat dalam kaitannya dengan pencegahan penyakit.
9. **Masyarakat secara general**, khususnya untuk pencegahan secara umum, misal saat terjadi pandemi.

#### D. Tingkatan Pencegahan Penyakit

Pada hakikatnya pencegahan penyakit perlu dilakukan secara maksimal dapat dibedakan menjadi beberapa tahap atau level dimana masing-masing level mempunyai tujuan dan fokus tersendiri. Menurut Leavel dan Clark pencegahan penyakit dibedakan menjadi 5 tingkat yaitu :

##### 1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Tingkat pencegahan yang pertama, yaitu Health promotion yang sering dimaknai peningkatan kesehatan seseorang secara individu maupun kelompok melalui berbagai upaya antara lain melalui perilaku hidup bersih dan sehat, pemberian asupan gizi seimbang, olahraga teratur, istirahat teratur dan lain sebagainya. Ini semua bertujuan untuk penjagaan agar seseorang secara individu maupun kelompok tetap sehat, dan terhindar dari penyakit.

## 2. Perlindungan dan Perlindungan Khusus (*General & Specific Protection*).

Pada perlindungan atau pencegahan khusus ini ada beberapa kegiatan atau program yang bisa digunakan untuk pelaksanaan programnya yaitu :

1. Imunisasi pada balita, pemberian vitamin A,
2. Pemberian zat besi bagi remaja putri,
3. Vaksinasi pada kondisi atau dalam rangka tertentu misal akan bepergian keluar negeri, ibadah Haji, atau pada saat terjadi pandemi.
4. Pendampingan dan pemberian kalsium dan asam folat untuk ibu hamil

## 3. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*).

Deteksi dini terhadap suatu penyakit merupakan langkah awal yang sangat penting sebab dapat segera dilakukan antisipasi pengobatan maupun tindakan untuk mengatasi gangguan yang mungkin bisa mengganggu sistem organ tubuh. Contoh kegiatan di tahap tersebut antara lain : melakukan deteksi dini kanker serviks, deteksi dini diabetes melitus, cek tekanan darah secara berkala terutama pada lansia, melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.

### 1. Pembatasan cacat (*Disability Limitation*)

Pada kasus penyakit yang sudah terjadi misal karena kecelakaan perlu dilakukan tindakan yang bertujuan untuk meminimalkan kecacatan dengan dilakukannya pelatihan-pelatihan agar organ yang mengalami gangguan dapat berfungsi kembali, atau misal telah terjadi gangguan atau kecacatan pada satu organ diupayakan agar tidak mengakibatkan kerusakan fungsi dan organ lainnya.

## 2. **Rehabilitasi (*Rehabilitation*)**

Pada kasus kelainan bawaan ataupun kecacatan akibat penyakit atau cedera karena kecelakaan perlu dilakukan rehabilitasi agar kecacatan yang terjadi bukan menjadi penghalang dalam beraktivitas khususnya untuk mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Dalam perkembangannya pencegahan dapat dibedakan menjadi dua (2) tahap yaitu sebelum terjadinya suatu penyakit (*Prepathogenesis Phase*) dan tahap setelah terjadinya sakit (*Pathogenesis Phase*), secara rinci masing-masing dengan cakupan kegiatan sebagai berikut:

## 4. **Pencegahan Pada Tahap Sebelum Terjadinya Penyakit (*Prepathogenesis Phase*) atau Pencegahan Primer.**

Pencegahan primer ini merupakan suatu upaya yang dilakukan agar individu atau kelompok atau masyarakat berada dalam *stage of optimum health* tidak jatuh ke dalam *stage* lebih buruk. Pencegahan ini dilakukan sebelum terjadinya sakit atau ketidakfungsian suatu organ dan diimplementasikan kepada masyarakat yang dalam kondisi sehat melalui berbagai macam program.

Pencegahan primer tersebut mencakup aspek promosi kesehatan dan perlindungan yang berfokus pada peningkatan kesehatan secara menyeluruh mulai individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dan masyarakat.

secara luas. perlindungan kesehatan ini ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan secara spesifik, sebagai contoh imunisasi atau vaksinasi adalah ukuran pelindung untuk penyakit menular tertentu. Aspek perlindungan kesehatan dari pencegahan primer bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko pemicu penyakit .



Pencegahan primair dapat diimplementasikan dalam program kegiatan sebagai berikut yaitu :

1. **Health Promotion** atau peningkatan Kesehatan masyarakat, dengan melalui beberapa program kegiatan Pendidikan Kesehatan. Pendidikan Kesehatan yang dilakukan secara individual orang per orang maupun kelompok masyarakat. Materi yang diberikan mengacu pada kebutuhan sasaran.

Sebagai contoh : tentang pola makan dengan materi isi piringku, Seputar covid 19 dan lain sebagainya

2. **Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM).**

- a. Penyuluhan Kesehatan berperan dalam meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai perilaku yang harus mereka lakukan, sebagai contoh : penyuluhan tentang pentingnya KB, bahaya asap rokok, penyuluhan tentang PHBS, dan lain sebagainya.
- b. Pengamatan, Pendampingan dan Monitoring terhadap program kegiatan terutama terhadap kondisi yang masih baru atau hal yang perlu penanganan secara serius, kegiatan tersebut sangat penting dilakukan dalam kaitannya dengan pencegahan terjadinya berbagai penyakit.  
Pada sasaran ibu hamil dan baduta (bayi di bawah dua tahun) sangat dibutuhkan pengamatan dan monitoring tumbuh kembang anak. Dalam hal ini pengamatan bukan hanya sekedar melihat namun juga mengikuti perkembangannya jadi bila ditemukan hal yang menyimpang misal keterlambatan tumbuh kembang dapat segera dicari solusinya.
- c. Penyediaan fasilitas kebersihan terkait dengan Kesehatan di area publik. Ada beberapa program kegiatan terkait dengan proses pencegahan suatu penyakit, sebagai contoh :

- 1) Penyediaan wastafel di area publik misal di pintu masuk mall hal ini dapat berperan sebagai pencegahan walaupun dengan intervensi dan monitoring petugas.
  - 2) Penyediaan sarana air bersih untuk warga dalam kaitannya pencegahan penyakit berbagai penyakit khususnya Diare dan penyakit kulit.
- d. Pengendalian lingkungan masyarakat.  
Pengendalian lingkungan masyarakat juga termasuk dalam cakupan pencegahan terutama yang terkait dengan penularan penyakit. Pengendalian kebersihan lingkungan masyarakat yang baik akan mencegah terjangkitnya berbagai penyakit menular sebagai contoh: Melakukan kebersihan lingkungan, membersihkan saluran air bak mandi atau penampungan air untuk pencegahan penyakit malaria
- e. Program P2M (pemberantasan penyakit tidak menular)  
Terkait dengan pemberantasan penyakit tidak menular tersebut mengacu pada beberapa regulasi pemerintah sebagai contoh :
- a) Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Peraturan ini dicanangkan mengingat pentingnya pemberian ASI eksklusif pada balita minimal selama 6 (enam Bulan ) terkait dengan tumbuh kembang balita.
  - b) Peraturan Pemerintah nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan makanan yang mengandung zat adiktif maupun bahan yang mengandung karsinogenik. Zat adiktif serta bahan yang mengandung karsinogenik sangat berbahaya bagi Kesehatan.

- c) Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2013 tentang pencantuman informasi kandungan gula, garam dan lemak serta pesan kesehatan untuk pangan olahan dan pangan siap saji Informasi kandungan zat- zat pada makanan sangat penting sehingga konsumen dapat mempertimbangkan sebelum mengonsumsi.
- d) Sedangkan menurut Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, yang menekankan pada peningkatan pemenuhan kebutuhan dasar pangan, gizi dan kesehatan pada ibu hamil sampai anak usia 2 tahun. Pengetahuan yang baik mengenai pemenuhan gizi dapat mencegah terjadinya berbagai penyakit dikemudian hari antara lain tentang stunting maupun obesitas.

3. ***General and specific protection (perlindungan umum dan khusus)***

Merupakan usaha kesehatan yang bertujuan untuk memberikan perlindungan secara khusus dan umum terhadap seseorang atau kelompok masyarakat, antara lain dengan program atau kegiatan :

- a. Imunisasi pada balita.
- b. Personal Hygiene
- c. Penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV/AIDS, penggunaan sarung tangan dan masker saat bekerja sebagai tenaga Kesehatan.
- d. Vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu, misal vaksinasi influenza, vaksinasi meningitis
- e. Perlindungan diri dari terjadinya kecelakaan, baik kecelakaan lalu lintas maupun kecelakaan kerja. Perlu sosialisasi penggunaan helm dan mematuhi peraturan rambu lalu lintas saat berkendara, Sosialisasi ke semua

pekerja untuk menggunakan alat pelindung diri saat bekerja sebagai contoh penggunaan masker dan sarung tangan saat kontak dengan pasien.

- f. Perlindungan diri dari lingkungan kesehatan dalam bekerja, lingkungan Kesehatan yang kondusif dengan fasilitas ruang yang memenuhi standar (tidak terlalu penuh yang menempati suatu ruang, suhu udara yang sesuai, pencahayaan yang baik, terhindar dari kebisingan).
- g. Dilakukan karantina bagi yang terkena penyakit infeksi agar tidak menjadi sumber penularan penyakit

## 5. Pathogenesis Phase

Pada tahap pathogenesis ini dapat dilakukan dengan dua kegiatan pencegahan yaitu :

### 1. **Secondary prevention (pencegahan sekunder)**

Merupakan pencegahan terhadap masyarakat yang masih atau sedang sakit. Hal ini dapat dibagi dalam dua kelompok kegiatan:

2. **Early diagnosis and prompt treatment** (diagnosis awal dan pengobatan segera atau adekuat), melalui:
  - a. pemeriksaan kasus dini (*early case finding*), contohnya melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah, pemeriksaan tekanan darah
  - b. pemeriksaan umum lengkap (*general check up*), General check up sering dilakukan terutama untuk penyiapan promosi jabatan, persiapan untuk Tindakan operasi dan lain sebagainya.
  - c. Pemeriksaan masal. Pemeriksaan masal tersebut sangat berperan untuk menentukan kasus yang sedang mewabah, sebagai contoh saat pandemic covid 19 diberberapa perkantoran dilakukan swab untuk mengetahui adanya orang yang positif terpapar covid 19

untuk segera dilakukan tindakan agar tidak terjadi penularan.

- d. Survey terhadap kontak sosial tertentu antara lain sekolah dan tempat tinggal untuk mengantisipasi timbulnya penularan yang lebih luas dan memutus mata rantai penularan.
- e. Pengobatan yang adekuat (*adekuat tretment*). Terapi yang tepat akan mempercepat penyembuhan dan diharapkan tidak timbul kasus penyakit yang sama.

3. ***Disability limitation*** (pembatasan kecacatan)

Penyempurnaan dan intensifikasi terhadap terapi atau pengobatan lanjutan serta dalam rangka pencegahan timbulnya komplikasi penyakit, serta berperan dalam perbaikan fasilitas Kesehatan, penurunan beban sosial penderita dan lain sebagainya.

Pencegahan pada level ini berfokus pada upaya penemuan kasus secara dini atau awal dan pengobatan tepat atau "*early diagnosis and prompt treatment*".

Pencegahan sekunder diawali saat fase patogenesis (masa inkubasi) yaitu dimulai pada saat bakteri atau virus atau amoeba masuk kedalam tubuh manusia sampai pada saat timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan.

Diagnosis dini serta tindakan intervensi yang tepat dapat menghambat proses patologis yaitu proses perjalanan penyakit sehingga akan dapat memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

4. ***Tertiary prevention*** (pencegahan tersier)

*Tertiary prevention* merupakan upaya pencegahan pada pasien atau masyarakat yang telah memperoleh perawatan terhadap suatu penyakit yang dideritanya baik itu sudah sembuh maupun masih dalam perawatan, perlu

dilakukan tindakan pencegahan agar penyakitnya tidak semakin parah serta terhindar dari komplikasi maupun kecacatan yang lebih berat dan permanen. Kegiatan yang dilakukan antara lain :

- a. Pendidikan kesehatan lanjutan, perlu diketahui bahwa Pendidikan Kesehatan perlu dan harus dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan sesuai yang dibutuhkan sasaran .
- b. Terapi kerja (*work therapy*), terapi kerja bertujuan untuk melatih seseorang dengan kondisi yang baru setelah mengalami sakit atau kecacatan.

Bentuk kegiatan terapi kerja tersebut beragam mulai dari penyesuaian untuk melakukan aktivitas sehari - hari misal kegiatan mandi, makan, berpakaian dan lain sebagainya atau yang disebut ADL (*Activity Daily Living*) bahkan sampai ke alih profesi sesuai dengan kemampuannya sekarang. Sebagai contoh :

- seorang tukang batu mengalami kecelakaan dan berakibat kelumpuhan pada anggota gerak (*paraplegia*) maka pasien tersebut dilatih agar mampu bekerja dengan kondisinya fisiknya setelah mengalami kecacatan tersebut,
  - Seseorang yang mengalami amputasi tangan maka perlu terapi okupasi untuk beradaptasi dengan kondisi fisiknya yang baru sehingga masih tetap mampu mandiri dalam melakukan berbagai aktivitasnya.
- c. Perkampungan rehabilitasi sosial  
Rehabilitasi sosial program home care mempunyai pengertian pemberian motivasi dan diagnosis psikososial; perawatan dan pengasuhan; bimbingan mental dan spiritual; bimbingan fisik; bimbingan sosial, konseling psikososial; pelayanan aksesibilitas; bantuan dan asistensi sosial; bimbingan resosialisasi dan

pendampingan. Dalam implementasi program kegiatan tersebut berbagai macam tindakan tersebut melibatkan keluarga terdekat, tetangga dan pejabat setempat. Dari segi fasilitas tempat tinggal harus disesuaikan dengan kondisi pasien/warga masyarakat yang mengalami keterbatasan mobilitas. Sebagai contoh :

- Bila ada anggota keluarga yang dalam beraktivitas menggunakan kursi roda maka ruang gerak jalan di lingkup rumah disesuaikan, bila ada tangga dibuat jalan miring sehingga pasien bisa keluar masuk.
- Bila di lingkungan tempat tinggal ada yang selesai menjalani rehabilitasi narkoba maka sebaiknya keluarga terdekat beserta dengan seluruh warga masyarakat saling mendukung, memberikan perhatian agar orang tersebut tidak lagi Kembali menjadi pecandu.

d. **Penyadaran terhadap masyarakat**

Penyadaran diawali dengan peningkatan pengetahuan, pemahaman dan motivasi untuk menyadari pentingnya perubahan dalam kehidupan mereka ke arah yang lebih baik, lebih sehat di dalam perilakunya. Untuk itu dibutuhkan sosialisasi dan penyuluhan secara terus menerus, bila diperlukan diberikan contoh dan fasilitas untuk hal tersebut,

e. **Lembaga rehabilitasi dan partisipasi masyarakat**

Lembaga rehabilitasi di Indonesia ini sangat beragam baik yang menangani tuna daksa, tuna grahita, ada rehabilitasi sosial, Bagi warga masyarakat yang mengalami sesuatu gangguan. Tentu saja untuk kelangsungan pelayanan dibutuhkan partisipasi dan dukungan dari masyarakat Lembaga rehabilitasi ini berperan dalam :

- 1) Mencegah timbulnya kondisi yang makin parah.

- 2) Memberikan pendampingan dan pelatihan agar pasien dapat Kembali beraktivitas secara mandiri.

Upaya pencegahan tersier dimulai pada saat cacat atau ketidakmampuan terjadi penyembuhan sampai stabil/ menetap atau tidak dapat diperbaiki (*irreversible*). Dalam pencegahan ini dapat dilaksanakan melalui program rehabilitasi, untuk mengurangi ketidakmampuan dan meningkatkan efisiensi hidup penderita.

Kegiatan rehabilitasi ini meliputi aspek medis, psikologis dan sosial. Pencegahan tersier dilaksanakan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit atau gangguan pada kesehatan.

Penerapannya pada upaya pelayanan kesehatan masyarakat melalui program PHN (*Public Health Nursing*) yaitu merawat penderita penyakit kronis di luar pusat-pusat pelayanan kesehatan yaitu di rumahnya sendiri.

## E. Strategi Upaya Pencegahan

Strategi upaya pencegahan tersebut dapat terdiri dari lima pilar, yaitu:

1. **Komitmen Dan Visi Kepemimpinan**  
Komitmen terhadap segala sesuatu yang telah di targetkan merupakan salah satu hal pokok yang harus dilakukan. Dibutuhkan pemimpin yang visioner yang mampu berpikir untuk masa depan dan mampu membuat kebijakan serta diterapkan ke dalam berbagai kegiatan dan dengan komitmen untuk melakukannya.
2. Melakukan sosialisasi atau Kampanye Kesehatan ke berbagai kelompok sasaran agar terwujud perubahan perilaku;
3. Konvergensi (merupakan pendekatan penyampaian intervensi yang dilakukan secara ter koordinir, terintegrasi,



dan bersama-sama untuk mencegah timbulnya penyakit kepada sasaran prioritas).

4. Melakukan koordinasi dan konsolidasi program antar institusi Lembaga pemerintah, swasta dengan berbagai pihak terkait.
5. Ketersediaan Gizi dan ketahanan pangan yang memadai.
6. Pendampingan, Pemantauan dan evaluasi.

## F. Kesimpulan

Pencegahan penyakit merupakan suatu hal yang penting dalam rangka mencegah terjadinya sakit maupun mencegah agar suatu penyakit atau kecacatan menjadi semakin parah. Pencegahan harus diupayakan secara aktif melalui berbagai cara dan berkolaborasi dengan berbagai pihak terkait.

## DAFTAR PUSTAKA

- Beck, A.T. (1993) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press
- Krauss, S. E., dkk. (2014). Youth-Adult Partnership: *Exploring Contributions to Empowerment*.
- Oni, T., & Unwin, N. (2015). Why the communicable / non-communicable disease dichotomy is problematic for public health control strategies : implications of multimorbidity for health systems in an era of health transition. (June), 390-399. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv040>
- Peraturan Menteri kesehatan No 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan Dan Pencegahan Penyakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor 27 Tahun 2017. Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012. Pemberian ASI Eksklusif
- Supringanto, A. Setyawati, R. Metri, N.K. (2020). *Pelatihan Pemantapan Konsep Pencegahan Penularan Penyakit Menular Tuberkulosis Bagi Remaja Masjid*
- Zhi-Juan, C., Yue, C., & Shu-Mei, W. (2014). Health belief model based evaluation of school health education programme for injury prevention among high school students in the community context. *BMC Public Health*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-26>.

## PROFIL PENULIS



Penulis lahir dan besar di Surakarta. Merupakan alumni Program Studi Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan Universitas Gadjah Mada Jogjakarta. Pernah bekerja di RS Ortopedi Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta. Saat ini penulis menjadi Dosen di Universitas Kusuma Husada Surakarta.

ITSPKU

# BAB 14

## ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

---

Lorensia Panselina Widowati, S.Keb., Bd., MKM  
STIK Sint Carolus

### A. Administrasi dan Manajemen

Pengertian kata “administrasi” dan “manajemen” kerap menjadi perdebatan. Beberapa beranggapan kedua kata tersebut memiliki makna yang sama, namun asumsi lain mengatakan pengertian administrasi lebih luas dari manajemen atau sebaliknya. Secara luas, administrasi merupakan suatu kegiatan yang melibatkan sekelompok orang yang bekerja bersama-sama demi tujuan yang sama. Sedangkan manajemen adalah suatu proses yang mencakup bimbingan dan arahan pada sekelompok orang/ organisasi untuk mencapai tujuan tertentu. Manajemen adalah salah satu kunci dalam sistem organisasi.

Manajemen/ administrasi diperlukan untuk mempelajari berbagai komponen sistem kesehatan dalam berbagai dimensi, menggali konsep dan ide serta menerjemahkannya dalam suatu bentuk perencanaan serta menilai dampak baik dan buruknya. Secara umum, terdapat tiga manfaat implementasi ilmu administrasi dalam bidang kesehatan masyarakat, yaitu: dapat dikelolanya semua sumber daya secara efektif dan efisien, dapat dipenuhinya semua tujuan secara tepat dan sesuai dengan kebutuhan serta memastikan segala proses penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan sebaik- baiknya (Amelia & Nurbaety, 2020).

Administrasi menjadi wadah dan proses yang menentukan kebijakan di mana organisasi dan manajemen menjadi sarana untuk menentukan kebijakan demi tercapainya tujuan bersama.

## B. Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan merupakan salah satu alat yang digunakan oleh organisasi untuk mencapai tujuan. Kebijakan tersebut akan dilakukan oleh seluruh anggota organisasi untuk mencapai suatu target atau sasaran bersama. Dalam lingkup yang lebih besar, dapat diibaratkan negara merupakan suatu organisasi dengan masyarakat/ penduduk sebagai anggota organisasinya. Dengan demikian aturan yang ditetapkan pada negara tersebut disebut sebagai kebijakan publik. Kebijakan yang diambil oleh negara sebaiknya berorientasi pada kepentingan seluruh warga negara (Heryana, 2020). Di bawah ini merupakan beberapa pengertian kebijakan kesehatan menurut para ahli:

### 1. Walt (1994)

Kebijakan kesehatan adalah suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan.

### 2. Cassels (1995)

Kebijakan kesehatan adalah komponen sistem kesehatan yang meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan.

### 3. Green dan Thorogood (1998)

Kebijakan kesehatan merupakan suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan atau juga bisa didefinisikan sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada praktiknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat.

#### 4. WHO (2000)

Kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta yang bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran dan menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan – keputusan penting dimana tugas untuk memformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan.

#### 5. Buse dkk. (1995)

Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkul segala arah tindakan yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan yang mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta (Purwaningsih et al., 2021).

Secara garis besar berdasarkan beberapa pengertian di atas, kebijakan kesehatan merupakan langkah- langkah yang dibuat oleh pemerintah dengan cara melakukan upaya- upaya terhadap tatanan kelembagaan, organisasi, layanan, aturan serta ketentuan yang saling berkaitan satu sama lain, baik yang mencakup sektor publik maupun privat dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan seluruh pengguna layanan kesehatan.

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan langkah- langkah pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap seluruh anggota masyarakat secara universal dan inklusif termasuk kaum rentan. Kebijakan kesehatan yang diambil juga perlu memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan dan sosial ekonomi masyarakat.

## C. Manajemen Dan Pengambilan Keputusan

Terdapat tiga tingkatan manajemen dalam sebuah organisasi yaitu manajer puncak (*top management*), manajer menengah (*middle management*) dan manajer lini pertama (*first line management*). Manajer puncak merupakan tingkat manajemen paling atas yang memiliki tanggung jawab langsung kepada pemilik perusahaan serta bertugas menciptakan tujuan organisasi, strategi keseluruhan, dan kebijakan operasional. Manajer menengah diperlukan untuk menghubungkan tingkat atas dan bawah dari organisasi dengan mengimplementasikan kebijakan dan rencana yang dikembangkan oleh manajer puncak dan untuk mengevaluasi dan mengkoordinasikan aktivitas-aktivitas dari manajer tingkat yang lebih rendah. Manajemen lini pertama merupakan tingkatan manajemen yang paling dasar dan bertugas mengawasi dan mengkoordinasikan aktivitas karyawan (Griffin, 2004).

Peran manajerial dibagi menjadi tiga kategori dasar yaitu interpersonal, pembawa informasi, dan pengambil keputusan. Pengambilan keputusan dapat dianggap sebagai suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan di antara beberapa alternatif yang tersedia. Setiap proses pengambilan keputusan selalu menghasilkan satu pilihan final. Keluarannya bisa berupa suatu tindakan (aksi) atau suatu opini terhadap pilihan (Purwaningsih et al., 2021).

Pengambilan keputusan menurut George R. Terry didasarkan pada 5 hal yaitu:

### 1. Intuisi

Pengambilan keputusan berdasarkan intuisi adalah pengambilan keputusan yang berdasarkan perasaan yang sifatnya subyektif. Dalam pengambilan keputusan berdasarkan intuisi ini, meski waktu yang digunakan untuk

mengambil keputusan relatif pendek, tetapi keputusan yang dihasilkan sering kali relatif kurang baik karena sering kali mengabaikan dasar-dasar pertimbangan lainnya.

## 2. **Pengalaman**

Pengambilan keputusan berdasarkan pengalaman memiliki manfaat bagi pengetahuan praktis, karena dengan pengalaman yang dimiliki seseorang, maka dapat memperkirakan keadaan sesuatu, dapat memperhitungkan untung-ruginya dan baik-buruknya keputusan yang akan dihasilkan.

## 3. **Wewenang**

Pengambilan keputusan berdasarkan wewenang biasanya dilakukan oleh pimpinan terhadap bawahannya, atau oleh orang yang lebih tinggi kedudukannya kepada orang yang lebih rendah kedudukannya. Hasil keputusannya dapat bertahan dalam jangka waktu yang cukup lama dan memiliki otentisitas (otentik), tetapi dapat menimbulkan sifat rutinitas, mengasosiasikan dengan praktik diktatorial dan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan sehingga dapat menimbulkan kekaburan.

## 4. **Fakta**

Pengambilan keputusan berdasarkan data dan fakta empiris dapat memberikan keputusan yang sehat, solid dan baik. Dengan fakta, tingkat kepercayaan terhadap pengambil keputusan dapat lebih tinggi, sehingga orang dapat menerima keputusan yang dibuat itu dengan rela dan lapang dada.

## 5. **Rasional**

Pada pengambilan keputusan yang berdasarkan rasio, keputusan yang dihasilkan bersifat objektif, logis, lebih transparan dan konsisten untuk memaksimalkan hasil atau nilai dalam batas kendala tertentu, sehingga dapat dikatakan



mendekati kebenaran atau sesuai dengan apa yang diinginkan. Pengambilan keputusan secara rasional ini berlaku sepenuhnya dalam keadaan yang ideal.

Terdapat beberapa teori yang paling sering digunakan dalam mengambil kebijakan atau keputusan (*Theory of Decision Making*) yaitu:

### 1. Teori Rasional Komprehensif

Teori ini memiliki beberapa unsur, yaitu: pembuatan keputusan diurutkan menurut prioritas masalah, beberapa alternatif solusi yang ada diteliti dulu secara seksama, asas biaya manfaat atau sebab-akibat digunakan untuk menentukan prioritas, dan kemudian pengambil keputusan akan memilih alternatif solusi terbaik untuk mencapai tujuan, nilai dan sasaran.

### 2. Teori Inkremental

Teori ini dalam mengambil keputusan dengan cara menghindari banyak masalah yang harus dipertimbangkan dan merupakan model yang sering ditempuh oleh pejabat-pejabat pemerintah dalam mengambil keputusan. Pada kondisi nyata, para pengambil keputusan dihadapkan pada situasi seperti kurang waktu, kurang pengalaman, dan kurangnya sumber-sumber lain yang dipakai untuk analisis secara komprehensif sehingga kebijakan yang diambil bersifat terbatas, praktis dan dapat diterima dengan dasar saling percaya di antara berbagai pihak sehingga secara politis lebih aman.

### 3. Teori Pengamatan Terpadu (*Mixed Scanning Theory*)

Model pengamatan terpadu ini pada hakikatnya merupakan pendekatan kompromi yang menggabungkan pemanfaatan model rasional komprehensif dan model inkremental dalam proses pengambilan keputusan bergantung pada situasi yang tengah dihadapi (Purwaningsih et al., 2021).

## D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

Terdapat beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam proses pengambilan keputusan menurut George R. Terry (1989) yaitu setiap hal baik yang sifatnya emosional maupun rasional perlu dipertimbangkan, setiap keputusan harus dapat menjadi sarana untuk pencapaian visi bersama, bukan milik atau untuk kepentingan pribadi. Ada kalanya perlu waktu yang cukup lama untuk mengambil suatu kebijakan atau keputusan yang efektif dan bisa jadi ada kalanya justru diperlukan pengambilan keputusan yang praktis untuk mendapatkan hasil yang baik. Setiap keputusan hendaknya dikembangkan agar dapat diketahui apakah keputusan yang diambil itu tepat, karena hal tersebut sering kali merupakan langkah awal dari serangkaian kebijakan berikutnya (Purwaningsih, 2021).

## E. Pendekatan Dalam Formulasi Kebijakan

Kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan. WHO menyebutkan sebuah kebijakan kesehatan yang berkualitas memiliki delapan elemen sebagai berikut, yaitu bersifat holistik, partisipatoris, kebijakan publik yang sehat (mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi pada masyarakat), ekuitas, efisien, berkualitas, memberdayakan masyarakat serta self-reliant (kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri)(Ayuningtyas, 2018).

Suatu kebijakan tidak lahir dengan sendirinya akan tetapi memerlukan proses yang tidak sederhana. Dalam formulasi suatu kebijakan kesehatan terdapat dimensi politis dengan adanya serangkaian aktivitas berupa pengumpulan informasi, analisis informasi, diseminasi, pengembangan alternatif advokasi, membangun koalisi, kompromi dan negosiasi. Hasil yang diharapkan dalam formulasi kebijakan adalah solusi terhadap masalah publik (Dachi, 2017).

Dalam pembuatan kebijakan terdapat beberapa model pendekatan kontemporer yang sering digunakan oleh para pembuat kebijakan:

## 1. Pendekatan Kelompok

Pendekatan kelompok merupakan model formulasi kebijakan yang berasumsi bahwa kebijakan diambil oleh sekelompok individu yang memiliki kepentingan yang sama sehingga bergabung untuk mempengaruhi pemerintah. Dampak positif dari model ini adalah adanya sebuah wadah misalkan salah satu departemen dalam rumah sakit untuk menyalurkan aspirasi individu yang tergabung didalamnya, sedangkan dampak negatifnya adalah adanya overlapping atau tumpang tindih dalam sebuah kelompok yang bersatu, selain itu persaingan tidak sehat sering kali terjadi dalam model ini (Alamsyah, 2016).

## 2. Pendekatan Fungsional

Model pendekatan fungsional dilakukan dengan cara berfokus pada proses fungsional yang terjadi dalam formulasi kebijakan kesehatan yaitu fungsi intelegensia, rekomendasi, aplikasi, penilaian dan terminasi. Model pendekatan ini bersifat praktis dan ringkas karena tidak memiliki unsur politik dan benar-benar berdasarkan proses intelektual saja, namun di sisi lain model ini cenderung mengabaikan pengaruh variabel lain dari lingkungan yang mungkin dapat mempengaruhi kualitas suatu kebijakan (Alamsyah, 2016).

### 3. Pendekatan Kelembagaan

Model ini mengasumsikan bahwa kebijakan kesehatan diambil secara otoriter oleh lembaga pemerintahan yang mampu melegitimasi kebijakan yang dikeluarkan dan bersifat universal bagi seluruh lapisan masyarakat. Model ini bersifat memaksa dan secara politis cenderung mengabaikan hubungan antar kelembagaan dan substansi kebijakan itu sendiri.

### 4. Pendekatan Peran Serta Warga Negara

Dalam model pendekatan setiap warga negara harus memiliki kebebasan untuk ikut berpartisipasi dalam menentukan kebijakan. Untuk itu, warga negara diharapkan warga negara dapat memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik terhadap permasalahan yang terjadi di masyarakat serta mampu mengembangkan tanggung jawab sosial agar setiap keputusan yang diambil sesuai dengan harapan mereka terhadap kesehatannya.

### 5. Pendekatan Psikologis

Model ini mengasumsikan bahwa faktor-faktor kejiwaan dan hubungan intrapersonal yang mempengaruhi perilaku seseorang berkontribusi dalam proses pengambilan keputusan. Dimensi psikologis sangat penting untuk memahami politik kekuasaan sehingga diperlukan pandangan yang lebih rasional dalam membuat keputusan.

### 6. Pendekatan Proses

Dalam pendekatan ini, masalah-masalah masyarakat pertama-tama diakui sebagai suatu isu untuk dilakukan tindakan, dan kemudian kebijakan ditetapkan, diimplementasikan oleh para stakeholder, dievaluasi, dan akhirnya diterminasikan atau diubah atas dasar keberhasilan atau kekurangannya. Proses yang dilakukan dimulai dari identifikasi masalah, memfokuskan perhatian massa terhadap masalah tersebut, perumusan

kebijakan, pengesahan/ legitimasi, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan (Sore & Sobirin, 2017).

## 7. Pendekatan Substantif

Dalam pendekatan ini, sebelum memutuskan suatu kebijakan, diperlukan analisis terkait substansi dari usulan kebijakan. Pengetahuan tentang substansi atau pendapat ahli yang memiliki kepakaran pada substansi tersebut dibutuhkan untuk memahami dan untuk menginterpretasikan penemuan empiris dari seorang peneliti. Sehingga dengan kata lain, model ini menunjukkan bahwa penilaian secara umum saja belum cukup untuk membuat kebijakan (Sore & Sobirin, 2017).

## F. Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Dalam proses administrasi kebijakan kesehatan terdapat langkah- langkah yang perlu dilakukan sejak tahap awal hingga akhir. Tahapan yang dilalui adalah sebagai berikut:

### 1. Perencanaan

Perencanaan kesehatan bermaksud merumuskan dan melaksanakan kegiatan- kegiatan pada masa mendatang untuk meningkatkan derajat kesehatan dalam perencanaan ditetapkan tujuan organisasi dan memilih cara / langkah terbaik untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dari suatu siklus manajemen. Manfaat perencanaan adalah mengarahkan kegiatan organisasi meliputi penggunaan sumberdaya dan penggunaannya untuk mencapai tujuan organisasi, memantapkan konsistensi kegiatan anggota organisasi, dan memonitor kemajuan organisasi. Keberhasilan perencanaan kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal. Hal ini dikarenakan derajat kesehatan masyarakat yang juga dipengaruhi oleh banyak faktor seperti faktor pelayanan kesehatan, faktor lingkungan dan perilaku masyarakat. Itu

sebabnya perencanaan kesehatan harus dilakukan secara multisektoral agar tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai (Amelia & Nurbaety, 2020).

## 2. Pengorganisasian

Organisasi merupakan wadah dari sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama. Namun, selain itu organisasi juga memiliki arti sebagai suatu rangkaian hierarki di mana di dalamnya terdapat interaksi antara orang-orang dalam suatu ikatan formal. Sementara itu, pengorganisasian adalah proses pengelompokan orang, alat tugas, wewenang dan tanggung jawab yang seimbang, serta sesuai dengan rencana operasional sehingga organisasi dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan untuk mencapai tujuan. Proses pengorganisasian terdiri atas:

### 1. Pemahaman tujuan

Tujuan organisasi diurai dan diperinci secara lengkap. Tahap ini bertujuan menjaga relevansi tujuan organisasi sesuai dengan tujuan yang telah disusun dalam tahap penetapan tujuan pada fungsi perencanaan.

### 2. Penetapan tugas/ jabatan

Pada tahap ini tugas pokok organisasi yang telah ditetapkan pada tahap sebelumnya dikelompokkan menurut fungsinya. Setelah itu dilakukan diferensiasi dan ditransformasi ke dalam kelompok jabatan. Pada tahap ini perlu diperjelas analisis tugas, uraian tugas, syarat tugas dan evaluasi tugas masing-masing jabatan.

### 3. Struktur organisasi dan departementasi

Kelompok-kelompok jabatan diubah menjadi satuan atau unit kerja organisasi secara horizontal (berdasarkan kesamaannya dalam fungsi, proses maupun bentuk dan struktur) dan vertikal (berdasarkan hierarki dan tingkat

koordinasi). Bila diperlukan dapat dilakukan departementasi tambahan, penyusunan prosedur dan metode kerja.

#### 4. **Otoritas organisasi**

Dalam tahap ini, diberikan hak/ kekuasaan tertentu kepada satuan/ unit kerja untuk memberi perintah kepada unit lain yang terkait. Hal ini harus dicantumkan dalam uraian tugas dan didasarkan pada ketentuan yang berlaku di organisasi tersebut.

#### 5. **Staffing**

Proses ini dilakukan dengan menambah atau melengkapi organisasi dengan anggota atau staf sesuai dengan kualifikasi masing-masing unit kerja. Proses ini terdiri dari tahap perancangan kebutuhan staf sesuai struktur organisasi, perekrutan, seleksi dan training bagi anggota baru yang diterima.

#### 6. **Fasilitating**

Staf yang bekerja dalam organisasi diberikan fasilitas berupa peralatan, material dan keuangan yang dapat mendukung kinerja staf (Amelia & Nurbaety, 2020).

### 3. **Penggerakan**

Tahap ini dimaksudkan sebagai rangkaian kegiatan yang berhubungan dengan aktivitas mempengaruhi orang lain agar mereka termotivasi untuk melakukan upaya pencapaian tujuan administrasi. Motivasi yang perlu diberikan kepada staf dapat berupa kebutuhan dasar yang bersifat ekonomi maupun biologis (contoh: gaji, makan, kesehatan, tempat tinggal/ transportasi) serta kebutuhan non material seperti pengakuan, perhatian, privacy, kebebasan dan lain- lain.

Komunikasi juga berperan penting dalam tahap penggerakan ini. Komunikasi yang baik dapat menyempurnakan

pekerjaan administrasi serta menciptakan suasana kerja yang lebih nyaman dan menguntungkan.

Kepemimpinan yang baik juga diperlukan dalam suatu organisasi. Kepemimpinan yang dapat menggerakkan unsur-unsur yang ada di bawahnya untuk dapat menciptakan pemahaman yang sesuai dengan organisasi, menginspirasi dan persuasi, menciptakan hubungan yang kuat serta memotivasi dan dapat mempengaruhi orang lain untuk ikut mencapai tujuan bersama amat diperlukan dalam sebuah organisasi (Idris, 2008).

#### 4. Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan adalah kegiatan untuk mendeterminasi apa yang akan dilaksanakan, mengevaluasi pelaksanaan dan juga perlu menerapkan tindakan-tindakan korektif agar pelaksanaan sesuai dengan perencanaan. Prinsip pengawasan dan pengendalian adalah harus ada rencana yang jelas, harus mampu menjamin adanya perbaikan, fleksibel, ada instruksi dan kewenangan yang jelas, ekonomis, dapat dipahami dan dapat merefleksi pada organisasi.

Proses pengawasan dan pengendalian meliputi penetapan alat pengukur/ instrumen yang standar dan kemudian mengumpulkan data dan fakta yang terjadi di lapangan. Setelah itu dilakukan *assessment* atau penilaian apakah temuan yang didapatkan sesuai atau menyimpang dari rencana awal. Selanjutnya dirumuskan langkah-langkah korektif dan protektif terhadap proses yang sedang berjalan.

Pengawasan dan pengendalian dapat bersifat preventif untuk mencegah adanya penyimpangan, dan dapat pula bersifat represif untuk mengoreksi terjadinya penyimpangan. Orang/unit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian dapat berasal dari internal organisasi maupun eksternal agar temuan yang didapatkan lebih objektif.



## 5. Penilaian

Penilaian/ evaluasi adalah prosedur penilaian pelaksanaan/ hasil kerja/ dampak secara sistematis dengan membandingkan standar dengan realita untuk mengetahui apakah proses yang sudah dilaksanakan sudah tepat, efektif dan efisien. Evaluasi bertujuan untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang, sebagai alat untuk memperbaiki kebijakan alokasi sumber daya dan sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan suatu kegiatan yang sedang berjalan serta sebagai alat untuk merencanakan kembali suatu program yang lebih baik.

Evaluasi dapat berupa formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan saat proses implementasi suatu kegiatan/ program. Kegiatan ini dapat berupa *critical review evaluation* yang dilakukan sebelum program dilaksanakan maupun *midterm evaluation* yang dilakukan saat proses implementasi kegiatan yang bertujuan menilai proses dan mengawasi berjalannya proses tersebut.

Evaluasi sumatif adalah penilaian yang dilakukan setelah implementasi kegiatan selesai dilakukan. Hal ini dapat berupa evaluasi output untuk menilai hasil kegiatan, maupun evaluasi outcome untuk menilai dampak dari pelaksanaan kegiatan (Amelia & Nurbaety, 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, K. (2016). *Kebijakan Publik Konsep dan Aplikasi*. Media Citra Mandiri Press.
- Amelia, R., & Nurbaety, M. K. (2020). *Pengantar Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan* (1st ed.). PT Sahabat Alter Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=o03yDwAAQBAJ>
- Ayuningtyas, D. (2018). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. PT Raja Grafindo Persada.
- Dachi, R. A. (2017). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=N1NBDwAAQBAJ&lpg=PR1&hl=id&pg=PR5#v=onepage&q&f=false>
- Griffin, R. W. (2004). *Manajemen*. Erlangga.
- Heryana, A. (2020). *ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN: SEBUAH CATATAN PINGGIR*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16587.62245>
- Idris, H. (2008). *Buku Administrasi & Kebijakan Kesehatan*. Pustaka Panasea.
- Purwaningsih, E., Anggraini, A. D., Sholihah, I. dkk (2021). *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. In *Kesehatan Masyarakat* (Issue April). Penerbit Media Sains Indonesia. [https://www.google.co.id/books/edition/Administrasi\\_Dan\\_Kebijakan\\_Kesehatan\\_unt/oUkvEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/Administrasi_Dan_Kebijakan_Kesehatan_unt/oUkvEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1)
- Sore, U., & Sobirin. (2017). *Kebijakan Publik* (1st ed.). CV Sah Media. <https://books.google.co.id/books?id=N1RtDwAAQBAJ&lpg=PR1&hl=id&pg=PR2#v=onepage&q&f=false>

## PROFIL PENULIS



Lorensia Panselina Widowati, menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIK Sint Carolus Jakarta pada tahun 2010, kemudian melanjutkan pendidikan sarjana kebidanan dan profesi bidan di Universitas Airlangga Surabaya lulus pada tahun 2014. Studi Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi ditempuh di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2020. Saat ini penulis aktif mengajar sebagai dosen di Program Studi Kebidanan STIK Sint Carolus Jakarta.

ITSPKU

# BAB 15

## KONSEP EDUKASI DAN PROMOSI KESEHATAN

---

**Dhimas Herdhianta, S.KM., M.Kes.**  
**Poltekkes Kemenkes Bandung**

### A. Pendahuluan

Edukasi merupakan kunci dari terbentuknya suatu perilaku. Selain itu, edukasi dapat mendorong seseorang yang awalnya belum tahu, belum mau dan belum mampu menjadi tahu, mau dan mampu. Hal ini sejalan dengan tujuan promosi kesehatan yaitu adanya perubahan perilaku, maka edukasi diperlukan dalam setiap proses atau upaya dari promosi kesehatan.

Bidang kesehatan merupakan salah satu bidang yang tidak terlepas dengan adanya proses edukasi. Edukasi dalam bidang kesehatan menjadi salah satu upaya optimalisasi berbagai program kesehatan. Promosi kesehatan sebagai salah satu bagian dari upaya optimalisasi kesehatan masyarakat dengan tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat selalu diiringi dengan proses edukasi.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Hal ini berarti, bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan ini, baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat harus diupayakan (Notoatmodjo, 2010). Program dan proyek kesehatan merupakan bagian dari upaya untuk mengatasi masalah kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Keberhasilan program dan proyek kesehatan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk bagaimana program dikelola dan dikontrol melalui

proses manajemen yang baik (Mahendradhata et al., 2021). Promosi Kesehatan yang menjadi bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mampu mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia, sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan sebagai “Masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Nurmala et al., 2018)

## B. Pendidikan Dan Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan. Upaya perubahan perilaku kesehatan bukan hanya ditekankan pada upaya penyuluhan atau pemberian informasi-informasi kesehatan guna meningkatkan pengetahuan dan sikap positif terhadap kesehatan saja. Promosi kesehatan juga memandang penting upaya meningkatkan faktor-faktor lain seperti sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terwujudnya perilaku hidup sehat tersebut (Notoatmodjo, 2011).

Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan, tidak terlepas dari sejarah praktik atau praksis pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia maupun di negara-negara berkembang lainnya (Notoatmodjo, 2011). Promosi kesehatan lahir (*emerged out*) dari pendidikan kesehatan. Alasan yang dikemukakan diantaranya adalah: Pertama, agar para penyuluh/pendidik kesehatan masyarakat menjadi lebih sadar tentang perlunya sebuah pendekatan positif dalam pendidikan kesehatan, lebih dari sekedar pencegahan penyakit. Kedua, Menjadi semakin nyata bahwa pendidikan kesehatan akan lebih berdaya jika didukung dengan seperangkat upaya (*seperti legal, environmental dan regulatory*) (Susilowati, 2016).

WHO dalam Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World tahun 2005, mendefinisikan Promosi kesehatan sebagai proses memberdayakan orang untuk

meningkatkan pengendalian kesehatan dan determinannya, sehingga bisa meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan meliputi tidak hanya perilaku individu, tetapi juga berbagai intervensi sosial dan lingkungan, yang didesain untuk memberikan manfaat dan perlindungan kepada kesehatan dan kualitas hidup individu dengan mencegah akar masalah kesehatan, tidak sekedar memfokuskan kepada pengobatan dan penyembuhan. Promosi kesehatan mencakup kebijakan publik yang menyangkut determinan kesehatan, misalnya pendapatan, perumahan, ketahanan pangan, lapangan kerja, dan kondisi tempat bekerja (Murti, 2018).

## C. Strategi Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan menjadi hal yang harus dilakukan secara berkelanjutan. Dalam implementasinya, tidak dapat dihindari pasti selalu ada tantangan. Untuk mengatasi tantangan-tantangan yang ada dalam implementasi promosi kesehatan maka dalam melakukan dan menjalankan promosi kesehatan diperlukan sebuah strategi yang baik. Strategi Promosi Kesehatan terdapat 3 yaitu:

### 1. Strategi Global (Promosi Kesehatan) Menurut WHO 1984 (Notoatmodjo, 2012)

#### 1. Advokasi

Kegiatan yang ditujukan kepada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap publik. Tujuannya adalah agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan publik (Notoatmodjo, 2012).

Bentuk advokasi dalam promosi kesehatan misalnya: seorang Promotor Kesehatan melakukan pendekatan kepada pemerintah setempat (camat). Pendekatan yang dilakukan untuk mendapatkan dukungan program kesehatan yang akan dilakukan di wilayah kerjanya. Harapannya dari pendekatan tersebut didapatkan kebijakan yang dapat mendukung program kesehatan yang akan dilakukan.

## 2. Dukungan Sosial

Kegiatan yang ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan dan sebagainya) maupun informal (tokoh agama dan sebagainya) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Tujuan kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga). Selanjutnya toma dan toga diharapkan menjembatani antara pengelola program kesehatan dengan masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Bentuk dukungan sosial dalam promosi kesehatan misalnya: seorang Promotor Kesehatan melakukan pendekatan kepada tokoh-tokoh dalam masyarakat (tokoh masyarakat, tokoh agama, tetua adat). Pendekatan yang dilakukan untuk mendapatkan dukungan program kesehatan yang akan dilakukan di wilayah kerjanya. Harapannya dari pendekatan tersebut didapatkan dukungan fasilitasi kepada masyarakat setempat. Jadi peran tokoh masyarakat disini sebagai fasilitator dan penjemabatan antara petugas kesehatan dengan masyarakat.

## 3. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan ini ditunjukkan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan

dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

Bentuk pemberdayaan kesehatan dalam promosi kesehatan misalnya: seorang promotor kesehatan melibatkan langsung masyarakat dalam program-program kesehatan yang dilakukan. Jadi selain menjadi sasaran atau objek dari program maupun promosi kesehatan, masyarakat juga menjadi subjek dalam bentuk pemberdayaan.

## **2. Strategi Promosi Kesehatan Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter) (Notoatmodjo, 2012)**

### **1. Kebijakan berwawasan kesehatan**

Kebijakan ini ditujukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan, sehingga dikeluarkan atau dikembangkannya kebijakan-kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan.

### **2. Lingkungan yang mendukung**

Kegiatan ini untuk mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung. Kegiatan ini ditujukan kepada para pemimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum (public places).

### **3. Reorientasi pelayanan kesehatan**

Kesehatan masyarakat bukan hanya masalah pihak pemberi pelayanan (provider), baik pemerintah maupun swasta saja, maupun juga masalah masyarakat sendiri (konsumen). Oleh sebab itu penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga merupakan tanggungjawab bersama antara pihak pemberi pelayanan (provider) dan pihak penerima pelayanan (konsumer).



#### 4. **Keterampilan individu**

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri dari kelompok, keluarga, dan individu. Oleh sebab itu kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, kesehatan masing-masing keluarga, dan kesehatan individu terwujud.

#### 5. **Gerakan masyarakat**

Kesehatan masyarakat adalah perwujudan kesehatan, kelompok, keluarga, dan individu. Oleh sebab itu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif apabila unsur-unsur yang ada di masyarakat tersebut bergerak bersama-sama. Dengan pendekatan lain meningkatkan kegiatan-kegiatan masyarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri adalah wujud dari gerakan masyarakat.

### 3. **Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Menurut Kementerian Kesehatan (Sulaeman, 2019)**

#### 1. **Pemberdayaan**

Upaya untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatannya serta menciptakan lingkungan sehat dan berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

#### 2. **Bina Suasana/ Dukungan Sosial**

Upaya menciptakan suasana atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit dan berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

### 3. **Advokasi**

Upaya atau proses yang terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak terkait agar klien atau masyarakat berdaya untuk mencegah dan meningkatkan kesehatannya serta menciptakan lingkungan yang sehat

### 4. **Kemitraan**

Hubungan kerja sama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan (memberi manfaat) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing.

## D. Sasaran Promosi Kesehatan

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak terlepas dari adanya program maupun kegiatan promosi kesehatan. Implementasi program atau kegiatan promosi kesehatan tersebut tentunya terdapat beberapa peran diantaranya subjek dan objek. Subjek dalam upaya promosi kesehatan adalah orang yang berperan untuk memberikan edukasi maupun promosi kesehatan, sedangkan objek merupakan sasaran dari upaya promosi kesehatan. Oleh sebab itu dalam pelaksanaan upaya promosi kesehatan terdapat klasifikasi sasaran promosi kesehatan. Klasifikasi sasaran promosi kesehatan ini harapannya dapat mempermudah subjek promosi kesehatan memberikan intervensi promosi kesehatan sesuai dengan klasifikasi yang ada.

Klasifikasi sasaran promosi kesehatan ini menurut (Notoatmodjo, 2012) dibagi menjadi:

#### 1. **Sasaran Primer**

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan

permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi: kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi kesehatan yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

## 2. Sasaran Sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Di samping itu dengan perilaku sehat tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial.

## 3. Sasaran Tersier

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tertier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan ini sejalan dengan strategi advokasi.

## E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Penerapan promosi kesehatan diharapkan dapat terlaksana dengan baik. Terlaksananya upaya promosi kesehatan dapat didukung dengan adanya pemerataan upaya promosi kesehatan

ke seluruh aspek tatanan kehidupan. Salah satu upaya pemerataan upaya promosi kesehatan yaitu dengan mengacu pada ruang lingkup promosi kesehatan.

Ruang lingkup promosi kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2012) dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

## 1. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan

### 1. Promosi Kesehatan pada aspek preventif-promotif

Sasaran Promosi Kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat.

### 2. Promosi Kesehatan pada aspek penyembuhan dan pemulihan Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok yang berisiko tinggi (high risk)

### 3. Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis

### 4. Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit.

## 2. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tata Pelaksanaan

Berdasarkan tatanan atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2012) dikelompokkan menjadi:

### 1. Promosi Kesehatan pada tatanan keluarga

Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai dari masing-masing keluarga.

### 2. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid).

3. **Promosi kesehatan di tempat kerja**

Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerja yang sehat (fisik dan non fisik) akan mendukung kesehatan pekerja atau karyawannya dan akhirnya akan menghasilkan produktivitas yang optimal. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak sehat serta rawan kecelakaan kerja akan menurunkan derajat kesehatan pekerjanya, dan akhirnya kurang produktif.

4. **Promosi kesehatan di tempat-tempat umum**

Tempat-tempat umum di sini mencakup pasar, terminal bus, bandar udara, tempat-tempat pembelanjaan, tempat-tempat olahraga, taman-taman kota dan sebagainya. Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah.

5. **Promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan**

Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup rumah sakit (RS), puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya.

3. **Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan**

1. **Promosi Kesehatan**

Dalam tingkat ini promosi kesehatan diperlukan misalnya peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan dan sebagainya.

2. **Perlindungan Khusus**

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini, promosi kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini

karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada orang dewasa maupun pada anak-anak masih rendah.

3. **Diagnosa Dini Dan Pengobatan Segera**

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, promosi kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4. **Pembatasan Cacat**

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memilih ketidaksempurnaan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu promosi kesehatan juga diperlukan pada tahap ini agar masyarakat mau memeriksakan kesehatannya secara dini.

5. **Rehabilitas**

Setelah sembuh dari suatu penyakit, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, maka ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang merasa malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas

promosi kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga untuk masyarakat.

## F. Metode Promosi Kesehatan

Optimalisasi pelaksanaan promosi kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tentunya tidak terlepas dari upaya atau suatu cara dalam memberikan intervensi. Upaya atau cara promosi kesehatan ini disebut juga dengan metode promosi kesehatan. Dengan adanya metode dalam promosi kesehatan ini dapat mengoptimalkan upaya-upaya promosi kesehatan kepada masyarakat.

Metode Promosi Kesehatan dapat dibagi berdasarkan teknik komunikasi, yaitu (Siregar et al., 2020) :

### 1. **Metode Penyuluhan Langsung**

Penyuluhan langsung adalah penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan secara langsung kepada masyarakat dengan bertatap muka kepada sasaran. Metode penyuluhan langsung dilakukan oleh para penyuluh yang langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran.

### 2. **Metode Penyuluhan Tidak Langsung**

Penyuluhan tidak langsung merupakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh penyuluh dengan tidak melakukan tatap muka atau berhadapan langsung. Penyuluhan tidak langsung pada umumnya bergantung kepada pemateri sebagai komunikator dengan menggunakan media sebagai perantara dalam menyampaikan pesan kepada kelompok sasaran yang dituju. Penyuluhan tidak langsung cenderung dilakukan dengan melakukan publikasi dalam bentuk media cetak seperti tulisan atau artikel di majalah dan surat kabar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Mahendradhata, Y., Probandari, A. N., Danu, S. S., Wilastonegoro, N. N., & Sebung, P. H. (2021). *Manajemen Program Kesehatan*. Gadjah Mada University Press.
- Murti, B. (2018). *Teori Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Bintang Fajar Offset.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurmala, I., Rahman, F., Nugroho, A., Erlyani, N., Laily, N., & Anhar, V. Y. (2018). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Siregar, P. A., Harahap, R. A., & Aidha, Z. (2020). *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori dan Aplikasi*. Kencana.
- Sulaeman, E. S. (2019). *Model Perencanaan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan*. UNS Press.
- Susilowati, D. (2016). *Promosi Kesehatan*. Pusdik SDM Kesehatan BPPSDM Kemenkes RI.



## PROFIL PENULIS



Dhimas Herdhianta, S.KM., M.Kes. Lahir di Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur pada tahun 1992. Menyelesaikan pendidikan sarjana pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember pada tahun 2015.

Melanjutkan pendidikan magister pada Program Studi Promosi Kesehatan, Konsentrasi Promosi Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang dan tamat pada tahun 2018. Tahun 2015 -2019 terlibat dalam beberapa kegiatan riset dan survei bidang kesehatan. Tahun 2020 mulai memasuki dunia pendidikan dan pada saat ini berprofesi sebagai staf pengajar di Jurusan Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung.

Email Penulis : [herdhianta@gmail.com](mailto:herdhianta@gmail.com)

# BAB 16

## MANAJEMEN OBAT, OBAT TRADISIONAL DAN PENGUNAAN OBAT RASIONAL

---

Irvan Herdiana, M.Farm  
Poltekkes Kemenkes Bandung

### A. Pendahuluan

Penggunaan obat banyak sekali digunakan untuk mengobati berbagai penyakit yang timbul di kalangan masyarakat. Pengertian obat itu sendiri merupakan bahan yang hanya dengan takaran tertentu dan penggunaan yang tepat dapat dimanfaatkan untuk mencegah penyakit, menyembuhkan atau memelihara kesehatan. Oleh karena itu, pada saat sebelum penggunaan obat harus diketahui sifat dan cara pemakaian agar penggunaannya tepat dan aman. Informasi tentang obat, utamanya obat bebas dapat diperoleh dari etiket atau brosur yang menyertai obat tersebut. Apabila pasien kurang memahami isi informasi dalam etiket atau brosur obat, dianjurkan untuk menanyakan pada tenaga kesehatan, terutama seorang farmasis.

Upaya masyarakat untuk mengobati dirinya sendiri sering disebut dengan istilah swamedikasi. Hal tersebut biasanya dilakukan untuk mengatasi keluhan- keluhan yang muncul pada penyakit ringan yang banyak dialami oleh masyarakat, seperti demam, pusing, batuk, influenza, sakit maag, cacingan, diare, penyakit kulit dan penyakit lain-lain. Pada pelaksanaan swamedikasi justru dapat menimbulkan sumber terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) karena adanya

keterbatasan pengetahuan oleh masyarakat akan obat dan penggunaannya.

Beberapa faktor tentang pengobatan perlu diketahui oleh masyarakat pada umumnya seperti; manajemen obat, obat tradisional dan penggunaan obat secara rasional. Faktor tersebut dapat meningkatkan pengetahuan serta penggunaan obat dengan tepat dan aman.

## B. Manajemen Obat

Manajemen obat adalah sebuah rangkaian kegiatan dengan pemanfaatan sumber daya yang tersedia seperti tenaga serta dana sarana untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dalam berbagai unit kerja. Pengendalian biaya dan peningkatan efisiensi sangat ditekankan dalam manajemen pengendalian obat.

Manajemen obat dilakukan di fasilitas kesehatan seperti apotek, puskesmas dan rumah sakit. Pengelolaan obat tersebut menyangkut aspek perencanaan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian obat yang dikelola secara optimal untuk menjamin tercapainya ketepatan jumlah dan jenis perbekalan farmasi dengan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia seperti tenaga, dana, sarana dan perangkat lunak (metode dan tata laksana) dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan di berbagai tingkat unit kerja. Penggunaan obat dan obat tradisional di tengah masyarakat, tanpa peran dari instansi Kesehatan dan tenaga kesehatan disebut dengan swamedikasi.

Risiko dari swamedikasi adalah tidak mengenali keseriusan gangguan. Keseriusan tersebut dapat dinilai merupakan salah satu atau mungkin tidak dikenali, sehingga pengobatannya bisa dilakukan dalam jangka waktu yang lama. Gangguan bersangkutan dapat memperparah keluhan yang dialami, sehingga risiko yang terjadi adalah dokter akan menggunakan obat-obat yang lebih tinggi khasiat dan tentu dengan efek samping yang lebih berat. Risiko yang lain yaitu penggunaan obat

yang kurang tepat. Bisa berupa cara yang salah, terlalu lama atau takaran yang terlalu besar atau kecil. Guna mengatasi risiko tersebut, maka perlu mengenali kerugian-kerugian tersebut. Aturan pakai atau peringatan- peringatan yang diikutsertakan dalam kemasan obat hendaknya dibaca secara seksama dan ditaati dengan baik. Berikut informasi untuk meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan swamedikasi.

## 1. Ketepatan Penggunaan Obat

Pengobatan swamedikasi terdapat beberapa kriteria dalam ketepatan penggunaan obat, antara lain:

- a. **Tepat Indikasi**, Yaitu pasien memilih penggunaan obat berdasarkan gejala-gejala yang telah dialami dan dirasakan nyerinya.
- b. **Tepat Obat**, Yaitu memilih kelas terapi dan jenis obat berdasarkan pertimbangan manfaat, keamanan, harga, dan mutu.
- c. **Tepat Pasien**, Yaitu pasien memilih/menggunakan obat yang tidak terdapat kontraindikasi pada penderita yang bersangkutan (nyeri) dan riwayat penyakit lain yang diderita.
- d. **Tepat Dosis**, Yaitu dosis obat yang digunakan harus sesuai range terapi obat tersebut. Obat mempunyai karakteristik farmakodinamik maupun farmakokinetik yang akan mempengaruhi kadar obat di dalam darah dan efek terapi obat. Dosis juga harus disesuaikan dengan kondisi pasien dari segi usia, berat badan, maupun kelainan tertentu.

## 2. Penyimpanan Obat

Dalam upaya pengobatan suatu penyakit, diperlukan pengetahuan dalam menyimpan suatu obat dengan benar, supaya tidak terjadi perubahan sifat obat bahkan sampai terjadi

kerusakan obat. Berikut merupakan cara menyimpan obat secara umum, diantaranya yaitu :

- a. Dijauhkan dari jangkauan anak – anak.
- b. Disimpan obat dalam kemasan asli dan dalam wadah tertutup rapat.
- c. Disimpan obat di tempat yang sejuk dan terhindar dari sinar matahari langsung atau ikuti aturan yang tertera pada kemasan.
- d. Dihindari meninggalkan obat di dalam mobil dalam jangka waktu lama karena suhu yang tidak stabil dalam mobil dapat merusak sediaan obat.
- e. Tidak diperbolehkan menyimpan obat yang telah kadaluwarsa.

Selain itu ada beberapa obat dalam pengelolaannya harus dengan cara khusus, berikut beberapa obat tersebut :

- a. Tablet dan kapsul. Obat bentuk sediaan tablet atau kapsul dilarang disimpan di tempat yang panas dan atau lembab karena dapat menyebabkan kerusakan obat dari bentuk fisik dan khasiatnya.
- b. Sediaan obat cair. Obat dalam bentuk cair tidak boleh disimpan dalam lemari pendingin (*freezer*) agar tidak beku kecuali disebutkan pada etiket atau kemasan obat, karena dapat merubah bentuk fisik dan khasiat serta susah ketika akan diminum obatnya.
- c. Sediaan obat vagina dan ovula. Sediaan obat untuk vagina dan anus (ovula dan suppositoria) disimpan di lemari es karena dalam suhu kamar akan mencair.
- d. Sediaan Aerosol / Spray. Sediaan obat tidak boleh disimpan di tempat yang mempunyai suhu tinggi, karena dapat menyebabkan ledakan

### 3. Cara Pembuangan Obat

Obat sisa yang tidak digunakan untuk pengobatan lagi, sebaiknya disimpan di suatu tempat obat yang terpisah dari

penyimpanan barang-barang lain dan tidak mudah dijangkau oleh anak-anak. Tetapi apabila obat tersebut sudah rusak, sebaiknya dibuang saja, agar tidak digunakan oleh orang lain yang tidak mengetahui mengenai masalah obat. Pembuangan obat dapat dilakukan apabila obat rusak akibat penyimpanan yang lama atau kadaluwarsa. Obat yang rusak dibuang dengan cara :

- a. Penimbunan di dalam tanah  
Menghancurkan obat yang sudah kadaluwarsa terlebih dahulu setelah dikeluarkan dari tempatnya, selanjutnya disiram pakai air selanjutnya baru ditimbun dalam tanah.
- b. Membakar obat  
Membakar obat-obat yang sudah kadaluwarsa yang dalam bentuk sediaan tablet, pil dan sejenisnya.
- c. Pembuangan ke saluran air  
Untuk obat bentuk sediaan cair, obatnya diencerkan terlebih dahulu sediannya dengan air dan baru dibuang ke dalam saluran air.

Selanjutnya ada beberapa cara untuk pembuangan kemasan obat, sebagai berikut:

- a. Wadah berupa botol atau pot plastik  
Kemasan terlebih dahulu lepaskan etiket obat yang tertera, dan tutup botol, kemudian dibuang di tempat sampah, hal ini untuk menghindari penyalahgunaan bekas wadah obat.
- b. Boks / dus / Tube  
Boks yang sudah tidak terpakai sebaiknya digunting terlebih dahulu atau dihancurkan baru dibuang.

## C. Obat Tradisional

Obat tradisional adalah obat-obatan yang diolah secara tradisional, turun-temurun, berdasarkan resep nenek moyang, adat-istiadat, kepercayaan, atau kebiasaan setempat, baik

bersifat *magic* maupun pengetahuan tradisional. Menurut penelitian masa kini, obat-obatan tradisional memang bermanfaat bagi kesehatan dan saat ini penggunaannya cukup gencar dilakukan karena lebih mudah dijangkau masyarakat, baik harga maupun ketersediaannya.

Obat tradisional pada saat ini banyak digunakan karena menurut beberapa penelitian tidak terlalu menyebabkan efek samping, karena masih bisa dicerna oleh tubuh. Bagian dari obat tradisional yang banyak digunakan atau dimanfaatkan di masyarakat adalah akar, rimpang, batang, buah, daun dan bunga. Seperti misalnya akar alang-alang dipergunakan untuk obat penurun panas. Rimpang temu lawak dan rimpang kunyit banyak dipergunakan untuk obat hepatitis. Batang kina dipergunakan untuk obat malaria. Kulit batang kayu manis banyak dipergunakan untuk obat tekanan darah tinggi. Buah mengkudu banyak dipergunakan untuk obat kanker. Buah belimbing banyak dipergunakan untuk 10 obat tekanan darah tinggi. Daun beluntas untuk obat menghilangkan bau badan. Bunga belimbing Wuluh untuk obat batuk.



**Gambar 24. Bentuk Simplisia Obat Tradisional**

Obat Tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan galenik atau campuran dan bahan-bahan tersebut, yang secara tradisional telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 246/Menkes/Per/V/1990, tentang Izin Usaha Industri Obat Tradisional dan Pendaftaran Obat Tradisional.

## 1. Budidaya Tanaman Obat

Tanaman obat biasanya digunakan persediaan untuk obat tradisional dan bahan penghasil obat modern. Ketersediaan tanaman obat dalam jumlah yang cukup atau memadai dengan kualitas yang cocok / tepat perlu dijaga dalam jangka waktu yang panjang karena sering merupakan faktor penentu dalam keberhasilan industri obat herbal baik yang masih berupa jamu, Obat Herbal Ter standarisasi maupun Fitofarmaka. Faktor lain yang dapat menentukan keberhasilan industri obat herbal adalah kualitas obat yang ditentukan oleh lingkungan alam dimana tanaman obat tersebut tumbuh. Hal ini merupakan bukti kuat bahwa kandungan kimia tanaman obat sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan biotik maupun abiotik, letak geografis dan musim atau waktu panen. Berdasarkan permasalahan ketersediaan tanaman obat ini, tidak ada industri obat, baik itu industri obat modern ataupun obat-obat tradisional dapat dibangun berdasarkan pertumbuhan alami tanaman dalam persediaan yang sedikit dan bahaya dari berkurangnya spesies.

Pemanfaatan tanaman obat di Indonesia pada saat ini semakin meningkat baik dipergunakan langsung oleh masyarakat maupun industri kecil maupun besar. Pemanfaatan ini diperlukan upaya untuk pembudidayaannya. Tanaman obat harus dibudidayakan secara alami atau ramah lingkungan, harus bebas dari bahan-bahan kimia sehingga budidayanya pun harus secara organik. Tanaman obat lebih berkhasiat jika digunakan dalam keadaan segar. Hal ini dapat disiasati dengan menanamnya dalam skala kecil di pekarangan rumah atau yang lebih dikenal dengan TOGA. , tanaman obat juga dapat sebagai sumber oksigen dan sumber bahan makanan. Untuk menghindari akibat negatif dari pemanfaatan tanaman obat bagi penderita penyakit, maka pemilihan jenis dan bahan tanaman obat harus secara baik dan benar sesuai indikasi penyakit.



## 2. Jenis-Jenis Obat Tradisional

Pemerintah Indonesia melalui Menteri Kesehatan dan Instansi terkait mengupayakan pembangunan berkelanjutan di bidang kesehatan khususnya dalam hal obat tradisional atau obat bahan alam Indonesia perlu dikembangkan secara tepat sehingga dapat dimanfaatkan pada pelayanan kesehatan masyarakat yang baik dan benar. Hal tersebut menjadi dasar pertimbangan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 246/Menkes/Per/V/1990, tentang Izin Usaha Industri Obat Tradisional dan Pendaftaran Obat Tradisional, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.760/MENKES/PER/IX/1992 tentang Fitofarmaka, UU RI No. 23 tahun 1992 tentang pengamanan terhadap obat tradisional dimana penjabaran dan Keputusan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia nomor: HK.00.05.4-2411 tanggal 17 Mei 2004 tentang ketentuan pokok pengelompokan dan penandaan obat bahan alam Indonesia. Dalam Keputusan Kepala Badan POM yang dimaksud dengan Obat Bahan Alam Indonesia adalah Obat Bahan Alam yang diproduksi di Indonesia. Selanjutnya disebutkan dalam Keputusan Kepala Badan POM tersebut, berdasarkan cara pembuatan serta jenis klaim penggunaan dan tingkat pembuktian khasiat, Obat Bahan Alam Indonesia dikelompokkan secara berjenjang menjadi 3 kelompok yaitu :

### a. Jamu

Jamu adalah obat tradisional yang disediakan secara tradisional, misalnya dalam bentuk serbuk, seduhan atau cairan yang berisi seluruh bahan tanaman yang menjadi penyusun jamu tersebut serta digunakan secara tradisional. Pada umumnya, jenis ini dibuat dengan mengacu pada resep peninggalan leluhur yang disusun dari berbagai tanaman obat yang jumlahnya cukup banyak, berkisar antara 5 – 10 macam bahkan lebih.

Golongan ini tidak memerlukan pembuktian ilmiah sampai dengan klinis, tetapi cukup dengan bukti empiris. Jamu yang telah digunakan secara turun-menurun selama berpuluh-puluh tahun bahkan mungkin ratusan tahun, telah membuktikan keamanan dan manfaat secara langsung untuk tujuan kesehatan tertentu.

Berbeda dengan dari fitofarmaka, Jamu bisa diartikan sebagai obat tradisional yang disajikan secara tradisional, tersedia dalam bentuk seduhan, pil maupun larutan. Pada umumnya, jamu dibuat berdasarkan resep turun temurun dan tidak melalui proses seperti fitofarmaka. Jamu harus memenuhi beberapa kriteria, yaitu; Aman, Klaim khasiat berdasarkan data empiris (pengalaman), Memenuhi persyaratan mutu yang berlaku.

Sebuah ramuan disebut kategori jamu jika telah digunakan masyarakat melewati 3 generasi. Artinya bila umur satu generasi rata-rata 60 tahun, sebuah ramuan disebut jamu jika bertahan minimal 180 tahun. Inilah yang membedakan dengan fitofarmaka, dimana pembuktian khasiat tersebut baru sebatas pengalaman, selama belum ada penelitian ilmiah. Jamu dapat dinaikkan kelasnya menjadi herbal terstandar atau fitofarmaka dengan syarat bentuk sediaananya berupa ekstrak dengan bahan dan proses pembuatan yang terstandarisasi.



**Gambar 25. Logo Jamu**

Pada saat ini kesadaran akan pentingnya “back to nature” memang sering hadir dalam produk yang kita gunakan sehari-hari. Saat ini contohnya kita bisa melihat banyak masyarakat yang kembali ke pengobatan herbal. Banyak ramuan-ramuan obat tradisional yang secara turun-temurun digunakan oleh masyarakat untuk pengobatan. Sebagian dari mereka beranggapan bahwa pengobatan herbal tidak memiliki efek samping. Saat ini ada beberapa kemasan jamu yang beredar seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut ini :

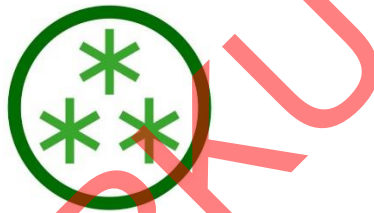


Gambar 26. Contoh produk jamu

b. Obat Herbal Terstandar (OHT)

Obat Herbal Terstandar (OHT) juga tidak sama dengan fitofarmaka. Obat Herbal Terstandar (OHT) adalah obat tradisional yang berasal dari ekstrak bahan tumbuhan, hewan maupun mineral. Perlu dilakukan uji praklinik untuk pembuktian ilmiah mengenai standar kandungan bahan yang berkhasiat, standar pembuatan ekstrak tanaman obat, standar pembuatan obat yang higienis dan uji toksisitas akut maupun kronis seperti halnya fitofarmaka. Pada proses pembuatannya, OHT memerlukan peralatan yang lebih kompleks dan berharga mahal serta memerlukan tenaga kerja dengan pengetahuan dan keterampilan pembuatan ekstrak, yang hal tersebut juga diberlakukan sama pada fitofarmaka.

Obat Herbal dapat dikatakan sebagai Obat Herbal Terstandarisasi bila memenuhi kriteria sebagai berikut ; aman, klaim khasiat secara ilmiah, melalui uji praklinik, memenuhi persyaratan mutu yang berlaku, dan telah dilakukan standarisasi terhadap bahan baku yang digunakan dalam produk jadi. Indonesia telah memiliki atau memproduksi sendiri OHT dan telah beredar di masyarakat 17 produk OHT, seperti misalnya : diapet®, lelap®, kiranti®, dll. Sebuah herbal terstandar dapat dinaikkan kelasnya menjadi fitofarmaka setelah melalui uji klinis pada manusia.



**Gambar 27. Logo OHT**

c. Fitofarmaka

Fitofarmaka merupakan jenis obat tradisional yang dapat disejajarkan dengan obat modern karena proses pembuatannya yang telah terstandar dan khasiatnya telah dibuktikan melalui uji klinis. Fitofarmaka dapat diartikan sebagai sediaan obat bahan alam yang telah dibuktikan keamanan dan khasiatnya secara ilmiah dengan uji praklinis dan uji klinis bahan baku serta produk jadinya telah di standarisasi. Ketiga golongan atau kelompok obat tradisional tersebut di atas, fitofarmaka menempati level paling atas dari segi kualitas dan keamanan.

Hal ini disebabkan oleh karena fitofarmaka telah melalui proses penelitian yang sangat panjang serta uji klinis yang detail, pada manusia sehingga fitofarmaka termasuk dalam jenis golongan obat herbal yang telah memiliki

kesetaraan dengan obat esensial, karena telah memiliki *clinical evidence* dan siap di resepkan oleh dokter. Obat Herbal dapat dikatakan sebagai fitofarmaka apabila obat herbal tersebut telah memenuhi kriteria sebagai berikut ; aman, klaim khasiat secara ilmiah melalui uji praklinik dan klinik, memenuhi persyaratan mutu yang berlaku, telah dilakukan standardisasi bahan baku yang digunakan dalam produk jadi.



Gambar 28. Logo Fitofarmaka

## D. Penggunaan Obat Rasional

Pengobatan sendiri sering dilakukan oleh masyarakat. Dalam pengobatan sendiri sebaiknya mengikuti persyaratan penggunaan obat rasional. Materi ini akan membahas pengertian dan batasan pengobatan rasional. Penggunaan obat dikatakan rasional menurut (WHO 1985) bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang memenuhi syarat dan dengan harga yang paling murah untuk pasien dan masyarakat. Secara praktis, penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

### 1. Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang

diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

2. Tepat Indikasi Penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memberi gejala adanya infeksi bakteri.

3. Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

4. Tepat Dosis

Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit, akan sangat berisiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

5. Tepat Cara Pemberian

Obat Antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan, sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

6. Tepat Interval Waktu Pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat

yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

7. Tepat lama pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing. Untuk Tuberkulosis dan Kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

8. Waspada terhadap efek samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah. Pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

9. Tepat penilaian kondisi pasien

Respons individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan, karena resiko terjadinya nefrotoksisitas pada kelompok ini meningkat secara bermakna.

10. Obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin, serta tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau

Untuk efektif dan aman serta terjangkau, digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar

obat esensial didahulukan dengan mempertimbangkan efektivitas, keamanan dan harganya oleh para pakar di bidang pengobatan dan klinis.

11. Tepat informasi

Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi.

12. Tepat tindak lanjut (*follow-up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping. Sebagai contoh, terapi dengan teofilin sering memberikan gejala takikardi (jantung berdetak cepat). Jika hal ini terjadi, maka dosis obat perlu ditinjau ulang atau bisa saja obatnya diganti. Demikian pula dalam penatalaksanaan syok anafilaksis, pemberian injeksi adrenalin yang kedua perlu segera dilakukan, jika pada pemberian pertama respons sirkulasi kardiovaskuler belum seperti yang diharapkan.

13. Tepat penyerahan obat (*dispensing*)

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser (proses penyerahan obat) sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/asisten apoteker menyiapkan obat yang dituliskan pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat, agar pasien mendapatkan obat sebagaimana harusnya.

Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:

- a. Jenis dan/atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak



- b. Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
- c. Jenis sediaan obat terlalu beragam
- d. Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
- e. Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup mengenai cara minum/menggunakan obat
- f. Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan (urine menjadi merah karena minum rifampisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu.

ITSPKU

## DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan. (2003). *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan di Puskesmas*, Depkes RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan. (2006). *Acuan Sediaan Herbal, Cetakan Pertama. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pengawasan Obat dan Makanan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. (2006). *Pedoman penggunaan obat bebas dan bebas terbatas*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*. Depkes RI. Jakarta
- Departemen Kesehatan. (2007). *Kompendia Obat Bebas. Direktorat Pengawasan Obat dan Makanan*. Jakarta.
- Lestari, Y. P., & Mutmainah, N. (2014). *Swamedikasi Penyakit Maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta)*.
- Mangindara. (2012). Analisis Pengelolaan Obat Di Puskesmas Kampala Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai tahun 2011. *Jurnal AKK*,1(1).
- Parwata, I. M. O. A. (2016). *Obat tradisional. Laboratorium Kimia Organik Fakultas Matematika dan IPA*. Universitas Udayana. Bali.
- Sulaiman, E. S. (2021). *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. Ugm Press.
- Tjay, T. H., & Rahardja, K. (1993). *Swamedikasi*.

## PROFIL PENULIS



**Irvan Herdiana, M.Farm**, lahir pada 25 Juni 1988 di Ciamis, Jawa Barat. Selepas meraih Pendidikan S1 Farmasi di Universitas Bakti Tunas Husada Tasikmalaya. Penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya sebagai Penanggung Jawab Laboratorium Farmasi dan Instruktur dari tahun 2013 s/d 2016. Penulis melanjutkan studi S2 Ilmu Farmasi (Bidang Bahan Alam) di Universitas Pancasila Jakarta dan lulus tahun 2017. Dari tahun 2017 s/d 2020 penulis bekerja sebagai Dosen di institusi yang sama. Di tahun 2021 s/d sekarang penulis masih mengabdikan sebagai Dosen (PNS) di Poltekkes Kemenkes Bandung.



# DASAR-DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat merupakan bidang antardisiplin, yang melibatkan ilmu-ilmu seperti epidemiologi, biostatistika, ilmu sosial, dan manajemen pelayanan kesehatan. Kesehatan masyarakat atau public health didefinisikan sebagai "ilmu dan seni mencegah penyakit", memperpanjang hidup, dan meningkatkan kualitas hidup dengan melakukan upaya-upaya terorganisasi dan memberi pilihan informasi kepada masyarakat, organisasi (publik dan swasta), komunitas, dan individu.

Diterbitkannya buku Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat bertujuan agar para pembaca memahami lebih dalam tentang kesehatan masyarakat, berikut ini isi bahasan yang terdapat dalam buku: 1) Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat; 2) Sejarah dan Konsep Kesehatan Masyarakat; 3) Hukum Kesehatan Masyarakat; 4) Sistem Pelayanan Kesehatan Nasional; 5) Perilaku Kesehatan; 6) Konsep Pencegahan Penyakit Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat; 7) Konsep Dasar Epidemiologi; 8) Konsep Dasar Biostatistik; 9) Konsep dan Upaya Kesehatan Lingkungan; 10) Isu Kesehatan Lingkungan Lokal, Nasional, dan Internasional; 11) Konsep Dasar Kesehatan Kerja; 12) Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi dan Kependudukan; 13) Konsep Pencegahan Penyakit; 14) Administrasi Kebijakan Kesehatan; 15) Konsep Edukasi dan Promosi Kesehatan; 16) Manajemen Obat, Obat Tradisional dan Penggunaan Obat Rasional.

Buku ini direkomendasikan untuk seluruh kalangan, karena berisi tentang berbagai tema kesehatan yang relevan dengan kehidupan sehari-hari. Melalui buku "Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat" ini diharapkan pembaca mampu memahami dan meningkatkan kualitas kesehatan dalam kehidupan masing-masing individu.



CV. Pradina Pustaka Grup  
Dk. Demangan RT 03 RW 04, Bakipandeyan,  
Kec. Baki, Kab. Sukoharjo - Jawa Tengah  
Telp :087848001644  
Email : pradinapustaka@gmail.com

ISBN 978-623-88036-4-4



9 786238 803644