

BOOK CHAPTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

BAB I KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT
Wiwik Setyaningsih

BAB II PENYAKIT-PENYAKIT TROPIS YANG DISEBABKAN OLEH BAKTER, VIRUS, DAN PARASITE
Saifudin Zuhri

BAB III PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT YANG TERKAIT DALAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN IBU DAN ANAK
Chentia Misse Issabella

BAB IV PELAYANAN KESEHATAN PADA ANAK : BAYI DAN BALITA
Iin Dwi Yuliarti

BAB V KONSEP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Rahmawati

BAB VI EPIDEMIOLOGI DALAM PELAYANAN MASYARAKAT
Henik Istikhomah

BAB VII KUPAYA PROMOTIF, PREVENTIF, KURATIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN
Endah Happy Patriyani

BAB VIII KESEHATAN, KESELAMATAN KERJA DAN KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN
I Made Indra P

BAB IX KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
Yusriani

BAB X KEGIATAN PENGEMBANGAN KEMITRAAN
Sri Mulyanti

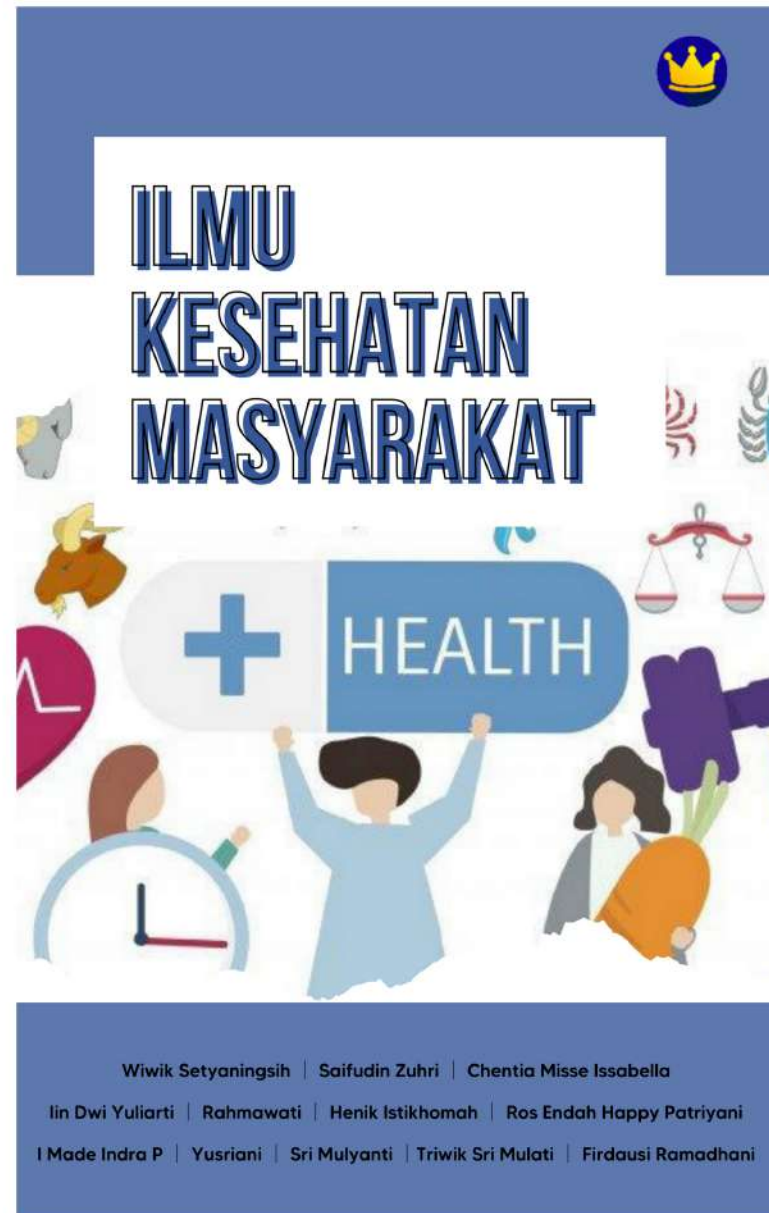
BAB XI MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
Triwiwik Sri Mulati

BAB XII KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN MASYARAKAT
Firdausi Ramadhani



CV. Tahta Media Group
Klaten, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedigroup
Telp/WA : +62 813 5346 4169

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Wiwik Setyaningsih | Saifudin Zuhri | Chentia Misse Issabella
Iin Dwi Yuliarti | Rahmawati | Henik Istikhomah | Ros Endah Happy Patriyani
I Made Indra P | Yusriani | Sri Mulyanti | Triwik Sri Mulati | Firdausi Ramadhani

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Wiwik Setyaningsih
Saifudin Zuhri
Chentia Misse Issabella
Lin Dwi Yulianti
Rahmawati Azis
Henik Istikhomah
Ros Endah Happy Patriyani
I Made Indra P
Yusriani
Sri Mulyanti
Triwik Sri Mulati
Firdausi Ramadhani



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran 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).

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis

Wiwik Setyaningsih | Saifudin Zuhri | Chentia Misse Issabella
lin Dwi Yuliarti | Rahmawati Azis | Henik Istikhomah | Ros Endah Happy Patriyani
I Made Indra P | Yusriani | Sri Mulyanti | Triwik Sri Mulati | Firdausi Ramadhani

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

Gunawan, HS. SMTW., S.Pd., M.M

Proofreader:

Septian Nur Ika Trisnawati, M.Pd

Ukuran:

V, 321, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-97054-9-7

Cetakan Pertama:

Juli 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Tahta Media Group

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kepada Tuhan YME atas lindungan dan rahmat-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi kembali mampu menyelesaikan naskah kolaborasi dengan Judul “*Ilmu Kesehatan Masyarakat*”. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan Menulis Kolaborasi adalah untuk membiasakan Dosen menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya,

Buku dengan judul *Ilmu Kesehatan Masyarakat* merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Konsep Kesehaatan Masyarakat, 2) Penyakit-penyakit Tropis yang disebarkan oleh Bakteri, Virus, dan Parasite, 3) Program Kesehatan yang Terkait dalam Peningkatan Status Kesehatan Ibu dan Anak, 4) Pelayanan Kesehatan pada Anak: Bayi dan Balita, 5) Konsep Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, 6) Epidemiologi dalam Pelayanan Masyarakat, 7) Upaya Promotive, Preventif, Kuratif dalam Pelayanan Kesehatan, 8) Kesehatan, Keselamatan Kerja dan Keselamatan Pasien di Pelayanan Kesehatan, 9) Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat, 10) Kegiatan Pengembangan Kemitraan, 11) Monitoring dan Evaluasi Kinerja Pemberdayaan Masyarakat, 12) Kegiatan Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Masyarakat.

Tidak lupa kami ucapkan terimakasih kepada Editor Buku *Bp Gunawan, HS. SMTW., S.Pd., M.M* yang telah mengarahkan dan membantu dalam mengeditori buku tersebut sehingga menjadi buku yang baik dan bermanfaat.

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

Klaten, Juli 2021
Direktur Tahta Media Group

Uswatun Khasanah, S.H.I., S.Pd. M.Pd.I

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT	
Wiwik Setyaningsih.....	1
A. Pengantar dan Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	1
B. Pengertian Kesehatan Masyarakat (<i>Public Health</i>)	6
C. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat dan <i>Domain Public Health</i>	7
D. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia	9
Daftar Pustaka	11
Profil Penulis.....	12
BAB II PENYAKIT-PENYAKIT TROPIS YANG DISEBARKAN OLEH BAKTERI, VIRUS, DAN PARASITE	
Saifudin Zuhri	13
A. Malaria	13
B. Demam Berdarah	15
C. Kusta	18
D. Rabies.....	20
E. Chikungunya	22
F. Schistosomiasis	24
G. Demam Typoid	26
H. GastroenteritisAkut	27
I. Pneumonia.....	30
J. ISPA.....	30
K. Hepatitis	31
Daftar Pustaka	32
Profil Penulis.....	34

**BAB III PROGRAM KESEHATAN YANG TERKAIT
DALAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN IBU
DAN ANAK**

Chentia Misse Issabella	35
A. Tujuan Pembelajaran.....	35
B. Pendahuluan.....	35
C. Program Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	37
D. Program KIA Sebagai Peningkatan Kualitas Kesehatan Ibu, Anak, dan Masyarakat.....	52
Daftar Pustaka.....	54
Profil Penulis.....	56

**BAB IV PELAYANAN KESEHATAN PADA ANAK :
BAYI DAN BALITA**

Iin Dwi Yuliarti	57
A. Pelayanan Kesehatan Pada Neonatus.....	58
B. Pelayanan Kesehatan Pada Bayi (Pasca Neonatal)	66
C. Pelayanan Kesehatan Pada Balita	68
Daftar Pustaka.....	77
Profil Penulis.....	80

**BAB V KONSEP DASAR ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT**

Rahmawati Azis.....	81
A. Sejarah Kesehatan Masyarakat	81
B. Definisi, Ruang Lingkup, dan Tujuan Kesehatan Masyarakat	86
C. Prinsip Dasar dan Falsafah Kesehatan Masyarakat	90
D. Faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat....	91
E. Tingkatan Upaya Pencegahan Penyakit.....	96
Daftar Pustaka.....	99
Profil Penulis.....	100

**BAB VI EPIDEMIOLOGI DALAM PELAYANAN
MASYARAKAT**

Henik Istikhomah.....	101
A. Perkembangan dan Penerapan Epidemiologi.....	101
B. Epidemiologi Variabel	110
C. Studi Riwayat Alamiah Penyakit	118
D. Konsep Penularan Penyakit	129
E. Kausalitas	139
F. Ukuran Frekuensi	147
G. Skrining.....	154
H. Evidenced Based Practice Epidemiologi dalam Berbagai Penelitian.....	165
Daftar Pustaka	176
Profil Penulis.....	177

**BAB VII UPAYA PROMOTIF, PREVENTIF, KURATIF
DALAM PELAYANAN KESEHATAN**

Endah Happy Patriyani.....	178
A. Tujuan Pembelajaran.....	178
B. Promosi Kesehatan.....	178
C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan	182
D. Upaya Kesehatan Promotif dalam Pelayanan Kesehatan	185
E. Upaya Kesehatan Preventif dalam Pelayanan Kesehatan	188
F. Upaya Kuratif dalam Pelayanan Kesehatan.....	193
G. Rangkuman	194
Daftar Pustaka	197
Profil Penulis.....	198

**BAB VIII KESEHATAN, KESELAMATAN KERJA DAN
KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN**

I Made Indra P	199
A. Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)	199

B. Konsep, Ruang Lingkup, dan Tujuan K3	201
C. Pengendalian Resiko/Bahaya K3	202
D. Pengertian, Tujuan, Manfaat Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan & Kesehatan Kerja (SMK3)	206
E. Siklus Proses Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan & Kesehatan Kerja (SMK3)	208
F. Keselamatan Pasien.....	209
G. Tujuan Keselamatan Pasien, Standar Keselamatan Pasien, dan Sasaran Keselamatan Pasien	211
H. Keselamatan Pasien di Pelayanan Kesehatan	212
Daftar Pustaka	214
Profil Penulis.....	216
BAB IX KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	
Yusriani	217
A. Konsep Pemberdayaan Masyarakat	217
B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	224
C. Proses Pemberdayaan Masyarakat	226
D. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan	228
E. Langkah-langkah Pemberdayaan Masyarakat	230
F. Pemberdayaan Masyarakat dan Partisipasi	233
G. Kegiatan Pemberdayaan Kelompok Masyarakat dalam Peningkatan Sistem Imunitas Tubuh Melalui Olahan Rempah- Rempah Pada Masa Pandemi Covid-19 di Kecamatan Paleteang Kabupaten Pinrang.....	237
Daftar Pustaka	248
Profil Penulis.....	253
BAB X	
KEGIATAN PENGEMBANGAN KEMITRAAN	
Sri Mulyanti	254
A. Landasan Hukum Kemitraan	258

B. Pengertian Kemitraan.....	258
C. Prinsip-prinsip Kemitraan	260
D. Tujuan Kemitraan	263
E. Langkah-langkah Kemitraan.....	264
F. Jejaring Kemitraan	272
G. Penggalangan Kemitraan	273
H. Model Kemitraan	276
I. Tipe Kemitraan	278
J. Sistem Kemitraan.....	278
Daftar Pustaka	280
Profil Penulis.....	282

BAB XI MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Triwik Sri Mulati	283
A. Pendahuluan	283
B. Monitoring dan Evaluasi Kinerja Pemberdayaan Masyarakat	284
C. Kesimpulan	296
Daftar Pustaka	298
Profil Penulis.....	299

BAB XII KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN MASYARAKAT

Firdausi Ramadhani	300
A. Strategi Promosi Kesehatan	301
B. Promosi Kesehatan Berdasarkan Kelompok Sasaran	302
C. Promosi Kesehatan Berdasarkan Ruang Lingkup Aspek Kesehatan	304
D. Promosi Kesehatan Berdasarkan Tata laksana	306
E. Promosi Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pelayanan.....	309
F. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009.....	312
G. Promosi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19.....	316

Daftar Pustaka 319

Profil Penulis..... 321

BAB I

KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

Wiwik Setyaningsih

Tujuan Instruksional Umum : setelah mengikuti pembelajaran diharapkan mahasiswa memahami konsep dari Kesehatan Masyarakat

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti pembelajaran mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan sejarah kesehatan masyarakat
- b. Menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat
- c. Menjelaskan domain dan ruang lingkup sehatan masyarakat
- d. Menjelaskan perkembangan masyarakat di Indonesia

A. PENGANTAR DAN SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Pada saat kita mempelajari kesehatan masyarakat maka pertama yang harus kita ketahui adalah konsep kesehatan masyarakat. Sebagai tenaga kesehatan tentunya saudara harus paham tentang arti sehat dan kesehatan, karena kesehatan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan manusia. Namun sehat tidak akan datang begitu saja sehingga diperlukan berbagai macam upaya atau usaha agar tubuh selalu dalam keadaan sehat. Hal ini membuktikan bahwa perlu adanya kesadaran yang tinggi agar masyarakat tetap berada dalam kondisi sehat. Kesehatan diartikan sebagai suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mempelajari *public health*, ada baiknya kita harus memahami terlebih dahulu tentang beberapa hal yang sangat terkait dengan *public health*.

1. Konsep masyarakat

Dalam mempelajari *public health* sangat perlu pemahaman terhadap konsep masyarakat, hal ini dilakukan karena *public health* selalu berorientasi tentang masyarakat terutama di bidang kesehatan. Menurut WHO (1974), komunitas adalah sebuah kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas geografis dan atau nilai-nilai dan kepentingan bersama; anggota masyarakat dikenal berinteraksi satu sama lain; fungsi masyarakat dalam struktur social tertentu; dan masyarakat menciptakan norma-norma, nilai-nilai dan lembaga – lembaga social (Clemen-Stone et al., 2002 dalam Swarjana, 2017:2). Selain itu ada definisi lain dari komunitas, komunitas adalah sekelompok orang yang berbagi kesamaan dan berinteraksi satu sama lain, dan yang mungkin menunjukkan komitmen satu sama lain, dan yang mungkin berbagi batas geografis (Lundy and Janes, 2009 dalam Swarjana, 2017:3)

2. Konsep Sehat

Untuk paham tentang *public health*, sebaiknya kita memahami terlebih dahulu konsep sehat dan sakit. Sehat adalah sebuah kondisi yang sangat didambakan oleh manusia pada situasi saat ini. Pada awal tahun 2020 sekitar bulan Maret Presiden Joko Widodo telah mengkonfirmasi ada 2 masyarakat yang berdomisili di Jawa Barat yang telah positif terkonfirmasi Covid 19. Mitos kalau Indonesia “kebal” Corona pun telah patah. Saat itu setidaknya sudah ada 50 negara yang sudah mengkonfirmasi memiliki kasus COVID-19. China sendiri melaporkan ke WHO mengenai adanya beberapa kasus *pneumonia* aneh di Wuhan pada Desember 2019. Namun kasus tersebut diduga bukan kasus pertama, prediksi oleh tim ahli dari UI bahwa virus Corona telah masuk ke Indonesia sejak minggu ke-3 Januari 2020. Hal ini dapat dibuktikan dari laporan kasus Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan Pasien Dalam Pengawasan

(PDP) di salah satu daerah sejak minggu ke-3 Januari 2020. Laporan ODP ini dinilai sebagai bukti telah terjadi penularan Corona secara lokal.

Dengan adanya permasalahan tersebut maka masyarakat Indonesia mulai melihat betapa pentingnya arti kesehatan pada seseorang. Apa sebenarnya arti sehat itu ?, sehat banyak didefinisikan oleh beberapa ahli dan salah satunya yaitu konsep sehat menurut WHO (1947) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas yaitu “ suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari kelemahan/cacat (Adnani, 2011:1). Dengan demikian untuk mewujudkan masyarakat yang sehat maka perlu adanya dukungan lingkungan yang sehat dan kesehatan masyarakat adalah merupakan ilmu yang mewadahi hal tersebut.

3. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sebelum kita mempelajari lebih dalam tentang kesehatan masyarakat secara utuh maka kita akan mempelajari terlebih dahulu perjalanan sejarah dari kesehatan masyarakat. Isu isu yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat telah berkembang pada 460-377 SM, dimana saat itu seorang ahli yang bernama Hipocrates telah memulai dengan memberikan kontribusi di bidang kesehatan masyarakat karena ia adalah seorang ahli epidemiologi. Hipocrates merupakan orang pertama kali yang menuliskan buku dengan judul *Epidemic I, Epidemic III* dan *On Airs, Water and Places*, dimana dalam buku tersebut telah menginspirasi orientasi penyembuhan penyakit tidak pada masalah pembobotan saja melainkan sudah berorientasi pada penyembuhan timbulnya suatu penyakit (Budiman, 2015:2).

Generasi setelah Edwin Chadwick adalah Charles Edward Amory Winslow (1877-1957), beliau adalah seorang tokoh

kesehatan masyarakat dari Amerika Serikat dan diakui di dunia barat yang lebih luas. Winslow memulai karirnya sebagai seorang ahli bakteriologis akan tetapi ia segera memperluas fokus dengan merangkul unsur kesehatan dan lingkungan, kondisi rumah, epidemiologi, administrasi kesehatan masyarakat, keperawatan, kesehatan mental, organisasi perawatan medis termasuk evolusi dan pentingnya modern kampanye kesehatan masyarakat (tahun 1923), investigasi wabah penyakit (tahun 1943) dan sejarah epidemiologi Amerika (tahun 1952).

Edwin Chadwick merupakan tokoh yang telah merintis perkembangan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat bahwa pengobatan dan perawatan yang semula berorientasi klinis telah berubah menjadi berorientasi pada masyarakat, dengan demikian Edwin Chadwick dikenal sebagai bapak kesehatan masyarakat.

Berbicara tentang kesehatan masyarakat maka kita tidak akan terlepas dari 2 tokoh mitologi Yunani, yakni ASCLEPIUS dan HIGEIA. Dari cerita mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang sangat tampan, pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan yang ditempuhnya, tapi ia dapat mengobati penyakit dan melakukan bedah berdasarkan prosedur prosedur tertentu (Surgical procedure) dengan baik.

Higeia adalah asistennya, kemudian diceritakan sebagai istrinya juga telah melakukan upaya kesehatan. Kedua tokoh tersebut memiliki pendekatan yang berbeda dalam melakukan penanganan masalah kesehatan kepada pengikutnya. Asclepius melakukan pendekatan dengan pengobatan penyakit sedangkan Higeia mengajarkan kepada pengikutnya melalui “hidup seimbang”, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi, cukup istirahat dan melakukan olah raga (Notoatmodjo, 2003:1).

Dari cerita tokoh tersebut diatas, maka berkembanglah 2 (dua) aliran / pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Kelompok pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit) yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif/pengobatan, kelompok ini terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi lain melakukan pengobatan fisik, mental ataupun social. Kelompok kedua cenderung melakukan upaya upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit, yang masuk dalam kelompok ini adalah para petugas kesehatan masyarakat lulusan sekolah/institusi kesehatan masyarakat diberbagai jenjang.

Perkembangan selanjutnya maka seolah olah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan / preventif (*preventif health care*) (Wahyuningsih Puji, 2009:2). Dari kedua kelompok tersebut dapat dilihat perbedaan pendekatannya yaitu :

a. Pendekatan kuratif:

- Sasaran secara individual
- Bersifat reaktif (menunggu masalah datang, seorang dokter menunggu pasien yang datang ditempat praktiknya)
- Menangani klien/pasien lebih melihat pada sistim biologis manusia / melihat pasien secara partial saja (padahal manusia terdiri dari Bio-psiko-sosial yang terlihat antara aspek satu dengan yang lainnya)

b. Pendekatan preventif:

- Sasaran masyarakat, bukan perorangan
- Menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu masalah datang, tetapi mencari masalah. Petugas turun dilapangan / masyarakat mencari dan melakukan identifikasi masalah serta melakukan tindakan.

B. PENGERTIAN KESEHATAN MASYARAKAT (*Public Health*)

Kemajuan ilmu dan teknologi telah memberikan dampak yang besar terhadap kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni 1). Pencegahan penyakit 2). Memperpanjang hidup dan 3). Promosi kesehatan dan efisiensi melalui pengorganisasian upaya komunitas (Swarjana, 2017:19). Sebagai ilmu, kesehatan masyarakat pada mulanya hanya mencakup 2 disiplin pokok keilmuan yakni ilmu biomedis dan ilmu ilmu social. Kesehatan masyarakat sebagai seni atau prakteknya mempunyai bentangan yang sangat luas. Kesehatan masyarakat diartikan suatu upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Sedangkan ilmu kedokteran itu sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial (Wahyuningsih Puji, 2009:17). Perkembangan selanjutnya kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam upaya mencegah penyakit yang melanda masyarakat. Kesehatan masyarakat dapat diartikan sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi dan ilmu sosial dalam upaya mencegah penyakit yang terjadi.

Winslow yang menjadi inspirasi ahli – ahli kesehatan masyarakat mengemukakan beberapa definisi dan arti kesehatan masyarakat. Winslow mengemukakan pengertian kesehatan masyarakat yaitu :....”kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni yang memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha usaha pengorganisasian masyarakat...” (Ikatan Dokter Amerika, 1948 dalam Budiman, 2015:6). Jadi intisari dari ilmu kesehatan masyarakat itu sangat luas tidak hanya berurusan pada ilmu sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan tetapi sampai pada ilmu social

yang menekankan bagaimana mengorganisir sumber daya termasuk tenaga kesehatan yang lain sebagai mitra dalam bekerja dalam mencapai masyarakat yang sehat secara optimal.

Selanjutnya Winslow secara implisit mengatakan bahwa kegiatan kesehatan masyarakat mencakup : sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan (*hygiene*), manajemen (*pengorganisasian*) pelayanan kesehatan, pengembangan rekayasa social dalam rangka pemeliharaan kesehatan masyarakat. Dari 5 (lima) bidang kegiatan kesehatan masyarakat tersebut, 2(dua) kegiatan diantaranya yakni kegiatan pendidikan hygiene dan rekayasa social adalah menyangkut kegiatan pendidikan kesehatan. Sedangkan kegiatan bidang sanitasi, pemberantasan penyakit dan pelayanan kesehatan sesungguhnya tidak sekedar penyediaan sarana fisik, fasilitas kesehatan dan pengobatan saja tetapi perlu upaya pemberian pengertian dan kesadaran kepada masyarakat tentang manfaat serta pentingnya upaya upaya atau fasilitas fisik tersebut dalam rangka pemeliharaan, peningkatan dan pemulihan kesehatan mereka.

C. RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT DAN *DOMAIN PUBLIC HEALTH*

Ilmu kesehatan masyarakat berkembang dimulai dari perkembangan ilmu kedokteran dalam menemukan penyakit pada pasien. Berbagai tenaga medis mengubah orientasi tidak pada masalah klinik individu saja tetapi berkembang pada permasalahan di masyarakat yang lebih luas. Dengan demikian ilmu kesehatan masyarakat ditopang oleh berbagai disiplin ilmu antara lain:

1. Ilmu Biologi
2. Ilmu Kedokteran
3. Ilmu Kimia

4. Ilmu Fisika
5. Ilmu Lingkungan
6. Ilmu Sosiologi
7. Ilmu Antropologi
8. Ilmu Psikologi
9. Ilmu Pendidikan

Oleh karena ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin, sehingga ilmu ini pertama kali berkembang menggunakan pendekatan epidemiologi penyakit menular, masalah sanitasi dan masalah kesehatan masyarakat lainnya. Pilar dari ilmu kesehatan masyarakat mencakup:

1. Epidemiologi
2. Biostatistika dan Demografi Kesehatan
3. Kesehatan lingkungan
4. Pendidikan kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat
6. Gizi Kesehatan Masyarakat
7. Kesehatan Reproduksi Masyarakat
8. Kesehatan dan Keselamatan Kerja
9. Sistem Informasi Kesehatan

Public Health memiliki tiga domain, yang terdiri dari peningkatan kesehatan (*health improvement*), perlindungan kesehatan (*health protection*); dan kualitas pelayanan kesehatan dan sosial (*health and social care quality*). Peningkatan kesehatan: domain ini terdiri dari menurunkan ketidakadilan, pencarian terhadap determinan yang lebih luas, kesehatan keluarga dan komunitas, pendidikan, dan pendidikan kesehatan gaya hidup; Perlindungan kesehatan: domain ini terdiri dari udara, air dan makanan yang bersih, *surveillance* dan kontrol penyakit menular, proteksi dari bahan berbahaya termasuk bahan kimia,

kesiapsiagaan terhadap bencana, respon terhadap bencana, *health hazards* terkait dengan lingkungan; Kualitas pelayanan kesehatan dan social: domain ini mencakup perencanaan sistim kebijakan kesehatan, kualitas dan standar, bukti ilmiah pelayanan kesehatan, efisiensi, penelitian, audit dan evaluasi (Swarjana, 2017:33)

D. PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda abad ke 16, pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Kolera masuk di Indonesia tahun 1927 dan tahun 1937 terjadi wabah kolera eltor di Indonesia. Tahun 1948 cacar masuk di Indonesia melalui Singapura maka pada waktu itu pemerintah Belanda melakukan upaya kesehatan masyarakat.

Tahun 1807 saat pemerintahan Gubernur Jenderal Daendels dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Tahun 1851 sekolah dokter Jawa didirikan oleh dr Bosch, kepala pelayanan kesehatan sipil dan militer, dan dokter Bleeker di Indonesia. Sekolah ini terkenal dengan nama STOVIA (School Tot Opleiding Van Indiche Arsten) atau sekolah untuk pendidikan dokter pribumi. Tahun 1913 berdiri sekolah dokter kedua di Surabaya dengan nama NIAS (Nederland Indische Arsten School). Tahun 1927 Stovia berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi Fakultas Kedokteran UI.

Tahun 1888 berdiri pusat laboratorium kedokteran di Badung kemudian di Medan dan Semarang, Surabaya, Yogyakarta. Tahun 1925 Hydrich seorang petugas kesehatan Pemerintahan Belanda melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di

Purwokerto dan Banyumas karena tingginya angka kematian dan kesakitan. Tahun 1935 dilakukan pemberantasan pes karena terjadi epidemic dengan penyemprotan DDT dan vaksin masal. Tahun 1951 diperkenalkan konsep Bandung Plan oleh Dr Y Leimena dan dr Fatah yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat bahwa aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. Tahun 1956 Dr Y Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai proyek percontohan/model bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan.

Tahun 1968 dalam rapat kerja kesehatan Nasional dicetuskan bahwa Puskesmas merupakan sistim pelayanan kesehatan terpadu yang kemudian dikembangkan oleh Depkes menjadi pusat pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Tahun 1969 sistim Puskesmas disepakati 2 saja yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Tahun 1982 Indonesia menetapkan Sistim Kesehatan Nasional (SKN) dan telah berperan besar sebagai acuan dalam penyusunan garis garis besar Haluan Negara di bidang kesehatan masyarakat. Awal tahun 1990 an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Awal tahun 2000 perkembangan kesehatan masyarakat mengalami perubahan mendasar menjadi bagian dominan dalam mengembangkan paradigma sehat menggeser paradigma sakit. Tahun 2004 Indonesia melakukan perubahan sistim Kesehatan Nasional yang disesuaikan dengan perubahan kebijakan pemangunan nasional khususnya pembanguna kesehatan. Tahun 2010 perkembangan kesehatan masyarakat tidak lagi berorientasi pada kebutuhan individual tetapi kepada kebutuhan publik yang telah menjadi tanggung jawab pemerintah (Setyowati, 2016: 5)

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani Hariza, 2011, Buku Ajar: Ilmu Kesehatan Masyarakat, penerbit Nuha Medica Yogyakarta.
- Budiman, 2015, Buku Ajar: Isu Tataran Kesehatan Masyarakat, penerbit PT Refika Aditama Bandung.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip prinsip dasar, penerbit Rineka Cipta Jakarta.
- Setiowati Tri, 2016, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Perspektif Kesehatan Reproduksi, penerbit Refika Aditama Bandung.
- Swarjana I Ketut, 2017, Ilmu Kesehatan Masyarakat (Konsep, Strategi dan Praktik), penerbit Andi Yogyakarta.
- Wahyuningsih Puji, 2009, Dasar dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Kebidanan, penerbit Fitramaya Yogyakarta.

PROFIL PENULIS



Wiwik Setyaningsih, Lahir di Sragen 15 Januari 1970, adalah seorang Dosen Tetap Di Poltekkes Kemenkes Surakarta sejak Tahun 2002 dengan jabatan Lektor sejak tahun 2009. Menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Akademi Keperawatan Patria Medica Surakarta (1989-1992), S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku 1996 -1998), Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada Yogyakarta peminatan Promosi Kesehatan (2000 – 2002).

Pengalaman bekerja dimulai di Poliklinik Pan APAC Inti Corpora di Bawen, perawat di RS dr Oen Kandang sapi Surakarta kemudian sebagai tenaga pengajar di Akademi Kebidanan Klaten pada tahun 1998. Tahun 2013 sampai saat ini menjabat sebagai Ketua Jurusan Terapi Wicara Poltekkes Kemenkes Surakarta.

BAB II

PENYAKIT-PENYAKIT TROPIS YANG DISEBARKAN OLEH BAKTERI, VIRUS DAN PARASITE

Saifudin Zuhri

Penyakit tropis merupakan penyakit yang umumnya terjadi di daerah tropis dan subtropis yang dikenal dengan temperate zone, terletak di antara 2 garis peta dunia yaitu garis Cancer dan garis Capricorn. Kawasan yang termasuk dalam zona ini adalah Asia termasuk Indonesia, sebagian benua Australia, Amerika Tengah dan Selatan, serta Afrika (Satyareni, 2012).

Penyakit tropis di Indonesia masih banyak ditemui, bahkan sering ditetapkan sebagai kejadian luar biasa (KLB). Penyakit tropis terbagi menjadi 2 kategori yaitu menular yang disebut tropik infeksi dan tidak menular. Contoh penyakit tropik infeksi yang berbahaya dapat menimbulkan risiko kematian, namun penyakit tropik yang ringan tanpa risiko kematian.

Berikut diberikan 8 contoh penyakit tropik, yaitu malaria, DBD, kusta, rabies, chikungunya, schistosomiasis, demam typhoid, gastroenteritis akut. Di samping ulasan singkat tentang pneumonia, ISPA dan hepatitis.

A. MALARIA

1. Pengertian malaria

Malaria disebabkan oleh protozoa parasit dalam tipe plasmodium (Malaria, 2005). Penyakit endemik ini ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles betina yang terinfeksi parasit plasmodium. Selain itu, malaria dapat juga menular melalui bawaan lahir dari ibu ke anak.



Gambar 1. Nyamuk Anopheles

Sumber: <https://www.alodokter.com/malaria>

Di Indonesia, jumlah penderita malaria cenderung menurun. Namun, beberapa provinsi masih banyak penderita malaria, terutama di Papua dan Papua Barat. Sementara itu, provinsi DKI Jakarta dan Bali sudah masuk kategori provinsi bebas malaria.

2. Gejala malaria

Setelah 10-15 hari dari digigit nyamuk, gejala malaria akan timbul melalui tiga tahap selama 6-12 jam, seperti menggigil, demam dan sakit kepala, mengeluarkan banyak keringat dan lemas sebelum suhu tubuh normal. Tahapan gejala malaria dapat timbul mengikuti siklus tertentu, yaitu 3 hari sekali (tertiana) atau 4 hari sekali (kuartana). Gejala malaria lain diantaranya ialah mual, muntah, anemia, hepatomegali, dan parasit malaria dalam darah tepi + (Garcia, 2006).

3. Penyebab malaria

Orang dapat terkena malaria setelah digigit nyamuk yang terdapat parasit malaria yaitu *plasmodium* yang masuk ke dalam tubuh manusia dan menetap di organ hati sebelum siap

menyerang sel darah merah.

4. **Diagnosis malaria**

Ketika orang mengalami gejala malaria, akan ditanyakan riwayat tinggal atau bepergian ke daerah yang banyak kasus malaria. Dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan darah. Pemeriksaan darah meliputi tes diagnostik cepat malaria dan pemeriksaan darah di bawah mikroskop untuk mendeteksi parasit penyebab malaria dan jenis malarianya (Garcia, 2006).

5. **Pengobatan malaria**

Penanganan dengan pemberian obat antimalaria ini disesuaikan dengan jenis parasit penyebab malaria, tingkat keparahan, atau riwayat area geografis yang pernah ditinggali penderita.

6. **Komplikasi malaria**

Komplikasi yang disebabkan malaria meliputi: anemia berat, hipoglikemia, kerusakan otak, dan sejumlah organ gagal berfungsi. Komplikasi ini dapat berakibat fatal dan lebih rentan dialami oleh balita serta lansia.

7. **Pencegahan malaria**

Belum ada vaksinasi untuk mencegah malaria, penderita diberikan obat antimalaria sebagai pencegahan ketika bepergian atau tinggal di area endemik. Di samping memasang kelambu pada tempat tidur, memakai lengan panjang dan celana panjang, serta menggunakan krim atau semprotan antinyamuk.

B. DEMAM BERDARAH

Di Indonesia penyakit ini selalu meningkat pada awal musim hujan dan menimbulkan kejadian luar biasa. Menurut WHO

(2014), Indonesia menduduki peringkat ke-2 dengan kasus demam berdarah dengue (DBD) terbesar diantara 30 negara wilayah endemis.



Gambar 2. Nyamuk *Aedes Aegypti*

Sumber: Liputan6.com, 2020

1. Pengertian DBD

DBD merupakan penyakit yang disebabkan oleh salah satu dari empat virus dengue yang disebarkan oleh gigitan nyamuk *aedes aegypti* dari salah satu dari empat virus dengue (Guzman and Harris, 2015). Virus penyebab penyakit DBD berasal dari kelompok arbovirus B yang disebarluaskan oleh artropoda. Vektor utama DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.

2. Faktor risiko DBD

Beberapa faktor risiko DBD, yaitu: pernah mengalami infeksi virus dengue sebelumnya, tinggal atau bepergian ke daerah tropis, bayi, anak-anak, lanjut usia, dan orang dengan kekebalan tubuh yang lemah.

3. Penyebab DBD

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*. Kedua nyamuk dapat menggigit di pagi hari sampai sore menjelang petang. Penularan terjadi saat nyamuk menggigit dan menghisap darah seseorang yang sudah terinfeksi virus dengue.

4. Gejala DBD

Gejala secara umum timbul 4-7 hari sejak gigitan nyamuk,

dan berlangsung selama 10 hari. Beberapa gejala DBD yaitu: demam tinggi mencapai 40⁰ celsius, nyeri kepala berat, nyeri sendi, otot, dan tulang, nyeri di belakang mata, nafsu makan menurun, mual dan muntah, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam kemerahan sekitar 2-5 hari setelah demam, kerusakan pembuluh darah dan getah bening, perdarahan dari hidung, gusi, atau di bawah kulit. Selain itu, gejala DBD yang lain seperti BAB berdarah, muntah darah, anti DHF-IgG +, anti DHF-IgM +, splenomegali, mual, muntah, hemokonsentrasi meningkat > 20% dan trombositopenia < 100.000//ul (Guzman *and* Harris, 2015).

5. Diagnosis DBD

Diagnosis penyakit DBD akan dilakukan pemeriksaan fisik dan wawancara di samping pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan darah di laboratorium.

6. Pengobatan DBD

Beberapa upaya yang dianjurkan yaitu: banyak minum cairan untuk mencegah dehidrasi, cukup istirahat, konsumsi obat penurun panas, menghindari konsumsi obat-obatan pereda nyeri.

7. Pencegahan DBD

Upaya untuk mencegah DBD, yaitu: anak usia 9-16 tahun divaksinasi dengue, memberantas sarang nyamuk, menguras dan menutup tempat penampungan air, melakukan daur ulang tempat perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti*, cahaya yang cukup di dalam rumah, memasang kawat anti nyamuk di ventilasi rumah, menaburkan bubuk larvasida (abate) di penampungan air yang sulit dikuras, menggunakan kelambu saat tidur, menanam tumbuhan pengusir nyamuk, menghentikan kebiasaan menggantung pakaian, menghindari daerah yang rentan infeksi, mengenakan pakaian yang longgar, menggunakan krim anti-nyamuk mengandung *N-diethylmetatoluamide*, bukan pada anak <2 tahun.

C. KUSTA



Gambar 3. Tangan dan Lengan Penderita Kusta

Sumber: CNN Indonesia, 2018 dan <https://www.halodoc.com/>, 2021

Menurut Kementerian Kesehatan RI, Indonesia sudah mencapai eliminasi kusta (angka kasus kusta terdaftar atau prevalensi $<1/10.000$ penduduk) pada tahun 2000. Di tingkat kabupaten, pada akhir tahun 2017 masih terdapat 142 kabupaten belum mencapai eliminasi kusta yang tersebar di 22 provinsi.

1. Pengertian kusta

Kusta merupakan penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium leprae*, menyerang kulit dan jaringan saraf perifer serta mata dan selaput yang melapisi bagian dalam hidung. WHO mengklasifikasikan kusta dalam 2 kelompok, yaitu: (1) *pausibasiler*: 1-5 lesi, menyebabkan rasa baal yang jelas dan menyerang satu cabang saraf dan (2) *multibasiler*: lesi >5 , kusta multibasiler tak seperti pausibasiler, rasa baalnya tidak jelas, dan menyerang banyak cabang saraf (Bhat and Prakash, 2012). Di pembahasan lain terdapat 3 jenis kusta yaitu: tuberkuloid yang ringan, lepromato yang lebih berat dan borderline.

2. Faktor risiko kusta

Terdapat beberapa faktor yang bisa meningkatkan risiko penyakit kusta. Misalnya, memiliki kelainan genetik pada sistem imun, kontak fisik dengan hewan penyebar bakteri kusta seperti armadillo, atau tinggal di area endemik kusta.

3. Penyebab kusta

Penyakit kusta disebabkan oleh bakteri *mycobacterium*

leprae (Bhat and Prakash, 2012). Penularan kusta melalui kontak kulit yang lama dan erat dengan pengidapnya. Kusta juga bisa ditularkan lewat inhalasi terkait bakteri penyebab kusta yang dapat hidup dalam bentuk droplet di udara. Kusta juga bisa menular lewat kontak langsung dengan binatang, seperti armadillo. Waktu inkubasi kusta antara 40 hari sampai 40 tahun dan rata-rata membutuhkan 3-5 tahun setelah tertular sampai timbulnya gejala.

4. Gejala kusta

Gejala utama kusta yaitu bercak perubahan warna menjadi lebih putih dan lesi di kulit berbentuk benjolan yang tidak hilang setelah beberapa minggu atau lebih. Lesi kulit juga disertai gejala kebas pada bagian tersebut dan kelemahan otot dan gejala lain terkait jenis kusta.

5. Diagnosis kusta

Pemeriksaan bakterioskopik dibuat dari kerokan jaringan kulit, diperiksa di bawah mikroskop untuk melihat bakteri *lepra*. Pemeriksaan histopatologis bertujuan melihat perubahan jaringan dikarenakan infeksi dan pemeriksaan serologis didasarkan atas terbentuknya antibodi akibat infeksi. Di samping mengidentifikasi tiga tanda utama (lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi, dan hasil bakterioskopik positif) untuk penegakan diagnosis.

6. Komplikasi kusta

Kusta yang tak ditangani dengan cepat dan efektif bisa menimbulkan komplikasi, yaitu: kebutaan atau glaukoma, disfigurasi wajah, pembengkakan permanen dan benjolan, gagal ginjal, kelemahan otot tangan, ketidakmampuan melenturkan kaki, kerusakan permanen pada saraf perifer, cacat progresif di bagian hidung, alis, atau jari kaki, disfungsi ereksi dan kemandulan pada pria.

7. Pengobatan kusta

Pengobatan kusta bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan, menurunkan insiden penyakit, mengobati pasien, dan mencegah timbulnya kecacatan. Agar pasien bisa sembuh dan

mencegah terjadinya resistensi, pengobatan kusta menggunakan kombinasi beberapa antibiotik selain tindakan pembedahan jika dibutuhkan.

8. Pencegahan kusta

Vaksin untuk kusta belum ada, sehingga beberapa upaya untuk mencegah kusta, di antaranya melalui edukasi kusta di daerah endemik, ditegakkan diagnosis dini dan pengobatan.

D. RABIES

Menurut data Kementerian Kesehatan, pada awal tahun 2019 penyakit rabies masuk dalam kejadian luar biasa di Kabupaten Dompu NTB dan meluas hingga ke Sumbawa dan Bima.



Gambar 4. Gigitan Rabies

Sumber: <https://www.klikdokter.com/penyakit/rabies>

1. Pengertian rabies

Rabies merupakan penyakit infeksi virus yang disebarkan oleh gigitan atau cakaran hewan yang terinfeksi. Meski hampir 99% rabies terjadi karena anjing, hewan lain yang juga mengidap virus rabies adalah rakun, serigala, sigung, musang, kelelawar, rubah, dan kucing.

2. Penyebab rabies

Penyakit rabies disebabkan oleh virus *lyssaviruses* melalui air liur (Nel and Markotter, 2007). Seseorang dapat tertular melalui gigitan atau cakaran hewan liar. Pada kasus yang cukup jarang, hewan terinfeksi yang menjilat luka juga dapat menularkan penyakit rabies. Perlu diingat bahwa rabies tidak ditularkan melalui darah (luka pada kulit) atau orang ke orang.

3. Diagnosis rabies

Diagnosis rabies ditegakkan dari riwayat, gejala, dan pemeriksaan fisik. Sedangkan untuk mencari virus rabies dapat dilakukan melalui pemeriksaan *direct fluorescent antibody* (DFA) pada jaringan otak hewan. Sedangkan pada manusia, beberapa tes harus dilakukan sebelum pasien meninggal. Sampel air liur, serum darah, cairan tulang belakang, dan biopsi dari akar rambut kulit leher diperlukan. Air liur diperiksa untuk menemukan adanya virus rabies. Antibodi terhadap virus rabies dapat ditemukan pada serum darah dan cairan tulang belakang. Sampel akar rambut untuk diperiksa apakah terdapat antigen virus rabies.

4. Gejala rabies

Masa inkubasi dari virus rabies berlangsung dari 1–3 bulan atau bervariasi dari 1 pekan samapai 1 tahun. Gejala awal rabies seperti flu yaitu demam, nyeri kepala, dan kelemahan dan rasa tidak enak berlangsung samapai beberapa hari. Gejala lain yang timbul meliputi: rasa tidak nyaman, gatal atau menusuk di luka gigitan, kecemasan, kebingungan, agitasi, penurunan kesadaran, perilaku tidak normal, halusinasi, air liur berlebih/mulut berbusa, spasme otot, sulit bernafas dan menelan, paralisis, insomnia dan disfungsi otak (Nel and Markotter, 2007).

5. Pengobatan rabies

Segera mencuci luka gigitan dengan sabun dan air mengalir beberapa menit untuk mengurangi potensi infeksi. Kemudian dilakukan perawatan luka dan vaksin rabies beberapa jam setelah digigit hewan liar. Vaksin rabies perlu diberikan pada hari ke-1, 3, 7, dan 14. Vaksin tetanus diperlukan jika belum pernah divaksin dalam waktu 10 tahun. Apabila gejala rabies sudah muncul, sebagian besar penyakit rabies menjadi fatal, pengobatan hanya membantu penderita merasa nyaman.

6. Pencegahan rabies

Pencegahan penyakit rabies dapat dilakukan dengan menghindari kontaminasi air liur hewan liar, melakukan vaksin pada anjing, atau pada manusia. Hindari hewan yang tidak jelas

riwayat vaksin rabies atau hewan liar termasuk hewan yang sudah mati. Tidak semua hewan yang terinfeksi virus ini seperti anjing gila, beberapa hewan justru terlihat normal.

E. CHIKUNGUNYA

Chikungunya di Indonesia dilaporkan pertama kali di Samarinda pada tahun 1973. Hampir di seluruh wilayah Indonesia berpotensi mengalami kejadian luar biasa (KLB) chikungunya. Kejadian ini biasa terjadi pada akhir musim hujan.



Gambar 5. Nyamuk Penyebab Chikungunya
Sumber: <https://www.alodokter.com/chikungunya>

1. Pengertian chikungunya
Chikungunya merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dan menyerang manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* atau *aedes albopictus* yang sama menyebabkan demam berdarah.
2. Faktor risiko chikungunya
Terdapat beberapa faktor yang meningkatkan risiko penyakit chikungunya, seperti: bayi, usia >65 tahun, berpergian ke daerah wabah, tinggal di negara tropis yang kebersihan dan sanitasi lingkungan yang buruk (WHO. 2014).
3. Penyebab chikungunya
Penyebaran chikungunya melalui gigitan nyamuk yang membawa virus chikungunya. Pada umumnya nyamuk ini

menyerang di siang hari, namun gigitan terutama saat dini hari dan sore hari. Sehingga orang yang sering berada di luar rumah, akan lebih rentan terkena virus ini.

4. Gejala chikungunya

Gejala dimulai terasa pada 4–8 hari, namun dapat juga dimulai sejak 2–12 hari setelah gigitan. Gejala awal menyerupai gejala flu, yaitu: demam yang tiba-tiba, nyeri sendi, berlangsung berminggu-minggu yang merupakan gejala utama chikungunya. Selanjutnya muncul gejala nyeri otot, kedinginan, sakit kepala tidak tertahankan, bintik-bintik merah di tubuh, kelelahan, mual dan muntah. Nyeri sendi, umumnya tetap terasa berbulan-bulan hingga tahun. Kadang-kadang chikungunya menyebabkan komplikasi, seperti gangguan saraf, mata, jantung dan saluran pencernaan.

5. Diagnosis chikungunya

Diagnosis terhadap penyakit chikungunya, dilakukan melalui pemeriksaan darah seperti *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA). Pemeriksaan laboratorium sangat penting, karena gejala klinis yang ditimbulkan penyakit chikungunya sangat mirip dengan demam dengue (WHO. 2014).

6. Pengobatan chikungunya

Virus chikungunya tidak bisa disembuhkan dengan pengobatan khusus. Dianjurkan agar penderita chikungunya banyak istirahat dan tidak melakukan banyak aktivitas berat. Selain itu, pemberian obat pereda rasa sakit dan antiradang untuk meredakan gejala, dan obat penurun demam. Untuk mengatasi dehidrasi, penderita diberikan cairan oralit atau infus.

7. Pencegahan chikungunya

Pencegahan secara spesifik belum bisa dilakukan dikarenakan vaksin belum ditemukan. Sehingga untuk mencegah penyebaran virus chikungunya, dilakukan pemberantasan habitat nyamuk untuk berkembang biak, dan menghindari gigitan nyamuk chikungunya.

F. SCHISTOSOMIASIS

Menurut data Kementerian Kesehatan RI pada 2016, Indonesia menjadi satu-satunya negara di wilayah Asia Tenggara yang masih memiliki kasus schistosomiasis. Cacing *schistosoma japonicum* di Indonesia termasuk endemik dan hanya bisa ditemukan di dataran tinggi Lindu dan Napu, Sulawesi Tengah.



Gambar 6. Cacing *Schistosoma*
Sumber: <https://hot.liputan6.com/>

1. Pengertian schistosomiasis

Schistosomiasis atau bilharzia merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi cacing parasit yang hidup di air di daerah subtropis dan tropis. Penyakit ini juga disebut dengan “demam keong” karena penularannya melalui larva infeksi yang hidup di dalam tubuh keong. Schistosomiasis dapat bersifat akut maupun kronis, dan dapat menyerang berbagai macam organ dalam tubuh (Wang *et al*, 2008).

2. Penyebab dan faktor risiko schistosomiasis

Penyakit schistosomiasis disebabkan oleh infeksi cacing parasit yakni *schistosoma haematobium*, *schistosoma japonicum*, dan *schistosoma mansoni* yang hidup di air tawar (Wang *et al*, 2008). Infeksi dimulai saat penderita melakukan kontak dengan air yang terkontaminasi saat berenang, mencuci,

atau saat mengayuh kapal. Cacing parasit masuk ke dalam tubuh melalui kulit dan bersarang di dalam tubuh untuk beberapa minggu sebelum menetas telurnya.

3. Gejala schistosomiasis

Fase akut berlangsung selama 14 hingga 84 hari, gejalanya meliputi gatal dan ruam (saat cacing pertama kali masuk ke dalam kulit), demam, nyeri kepala, nyeri otot dan sendi, serta sesak napas. Gejala fase kronik berkaitan dengan lokasi organ yang terinfeksi. Jika cacing parasit ini menyerang organ hati atau pencernaan, maka timbul diare atau konstipasi, perdarahan pada tinja, tukak lambung dan usus, fibrosis hati, tekanan darah tinggi pada vena porta dan seluruh pembuluh darah pada sistem pencernaan. Jika menyerang sistem urinasi gejala nyeri saat buang air kecil, darah dalam urin, dan meningkatkan faktor risiko kanker kandung kemih. Anemia dapat terjadi pada pasien yang terinfeksi dalam waktu yang panjang.

4. Diagnosis schistosomiasis

Anamnesis berupa gejala dan riwayat bepergian ke daerah kasus schistosomiasis. Pemeriksaan fisik untuk mencari berbagai kelainan yang disebabkan infeksi cacing parasit (Wang *et al*, 2008). Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan eosinofil, pemeriksaan antibodi, dan pemeriksaan pendeteksi adanya telur cacing melalui sampel urin atau tinja. Cacing parasit penyebab infeksi baru tumbuh dewasa setelah 40 hari, sehingga pemeriksaan darah dapat memberikan keterangan negatif palsu apabila dilakukan sebelum 6-8 minggu setelah pengidap terekspos air yang terkontaminasi. Jika terdapat gejala sistem pencernaan maupun urinasi, biopsi rectum atau kandung kemih dapat dilakukan.

5. Pengobatan schistosomiasis

Pengobatan utama pada penyakit ini adalah dengan pemberian praziquantel. Selama belum ada kerusakan organ, obat ini dapat membantu mengatasi infeksi dari cacing parasit penyebab schistosomiasis. Pada kasus schistosomiasis yang menyerang sistem saraf pusat, pemberian steroid dapat dilakukan.

6. Pencegahan schistosomiasis

Belum ada vaksin atau obat untuk mencegah penyakit schistosomiasis. Jika bepergian ke daerah kasus schistosomiasis yang tinggi, dihindari mendayung, mencuci, atau berenang di air tawar, memakai sepatu *boots* anti air jika harus melewati aliran air tawar atau sungai. Air minum dari sumber air yang mungkin terkontaminasi, air direbus dan disaring sebelum dikonsumsi.

G. DEMAM TYPHOID

1. Pengertian tifus

Tifus (tipes) atau demam tifoid merupakan penyakit akibat infeksi bakteri *salmonella typhi* (Kidgell *et al*, 2002) yang menyebar melalui makanan dan minuman yang telah terkontaminasi.

2. Penyebab tifus

Penyebab utama dari penyakit ini adalah bakteri *salmonella thypi*. Paparan bakteri pada makanan atau minuman bisa terjadi ketika seseorang kurang menjaga kebersihan tangan atau mengonsumsi makanan yang dibersihkan menggunakan air yang tercemar bakteri *salmonella thypi* (Kidgell *et al*, 2002).

3. Faktor risiko tifus

Beberapa faktor dapat meningkatkan risiko seseorang terserang tifus, antara lain: sanitasi buruk, tidak membersihkan tangan sebelum makan, atau kurang bersih dalam mencuci makanan, mengonsumsi sayuran dipupuk dari kotoran manusia yang terinfeksi, mengonsumsi susu atau olahan yang terkontaminasi, menggunakan toilet yang terkontaminasi bakteri, melakukan seks oral dengan pembawa bakteri *salmonella typhii*.

4. Gejala tifus

Gejala tifus mulai muncul pada 1 hingga 3 minggu setelah tubuh terinfeksi berupa demam tinggi, diare atau konstipasi, sakit kepala, dan sakit perut. Kondisi ini dapat

memburuk dalam beberapa minggu. Jika tidak ditangani dengan baik, dapat terjadi komplikasi seperti pendarahan internal atau pecahnya sistem pencernaan (usus). Gejala demam typhoid diantaranya ialah demam, mual, muntah, gastrointestinal, lidah kotor, tes widal + dan hepatomegali (Kidgell *et al*, 2002).

5. Diagnosis tifus

Diagnosis tifus dapat dilakukan dengan menganalisis sampel darah, tinja, atau urine di laboratorium. Diagnosis tifus yang akurat, dilakukan pemeriksaan aspirasi sumsum tulang.

6. Pengobatan tifus

Cara efektif dalam menangani tifus adalah segera diberikan terapi antibiotik. Selain itu, obat penurun demam juga bisa diberikan untuk menurunkan suhu tubuh.

7. Komplikasi tifus

Perdarahan dan atau terbentuknya lubang pada usus menjadi komplikasi tifus yang cukup parah, ada radang otot dan selaput jantung, radang paru-paru, radang pankreas, infeksi ginjal, hingga infeksi kandung kemih.

8. Pencegahan tifus

Pencegahan bisa dilakukan dengan vaksinasi. Vaksin tifoid diberikan kepada anak berusia >2 tahun dan diulang tiap 3 tahun. Imunisasi tifoid di Indonesia diberikan dalam bentuk suntik pada balita dan oral pada anak yang berusia >6 tahun. Tindakan pencegahan lain adalah hindari makan di tempat terbuka yang mudah terpapar bakteri dan mengonsumsi minuman dalam kemasan.

H. GASTROENTERITIS AKUT

1. Pengertian gastroenteritis akut

Gastroenteritis akut merupakan penyakit infeksi saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit. Gastroenteritis dapat menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit tubuh. Gastroenteritis atau

flu perut dan juga lebih dikenal dengan istilah muntaber adalah muntah dan diare akibat infeksi atau peradangan pada dinding saluran pencernaan, terutama lambung dan usus.

2. Gejala gastroenteritis

Gejala gastroenteritis akut dapat berupa demam, nyeri perut, mual, muntah, diare, dehidrasi, lemas dan nyeri ulu hati (Graves, 2013). Gejala utama gastroenteritis adalah diare dan muntah yang muncul 1-3 hari setelah terinfeksi. Gejala biasanya berlangsung selama 1-2 hari, namun juga bisa berlangsung hingga 10 hari.

3. Pengobatan

Gastroenteritis dapat sembuh sendiri dalam waktu beberapa hari. Namun, segera diberikan tindakan jika: demam hingga di atas 40°C, gejala dehidrasi, seperti haus, mulut kering, dan urine menjadi pekat, muntah selama lebih dari 2 hari atau muntah darah, BAB berdarah.

4. Penyebab gastroenteritis

Sebagian besar gastroenteritis disebabkan oleh infeksi virus. Ada dua jenis virus yang menjadi penyebab utama gastroenteritis, yaitu norovirus dan rotavirus, selain adenovirus dan astrovirus.

Penularan terjadi melalui kontak langsung, misalnya berjabat tangan atau menghirup cipratan air liur saat penderita bersin. Virus juga menular melalui makanan, minuman, dan benda yang terkontaminasi virus. Kebiasaan tidak mencuci tangan setelah buang air atau sebelum makan juga dapat meningkatkan risiko terjadinya gastroenteritis.

Selain virus, gastroenteritis juga dapat disebabkan oleh bakteri, parasit, obat-obatan tertentu, seperti antibiotik, antasida, atau obat kemoterapi, dan logam berat, seperti timbal, arsen, atau merkuri, yang terhirup dari udara atau terkandung dalam air mineral

5. Faktor risiko gastroenteritis

Balita, anak-anak, lansia dan penderita AIDS dan kanker yang belum mempunyai daya tahan tubuh yang kuat, sehingga mudah terserang infeksi. Penghuni asrama, tingginya tingkat

interaksi antarpelajar di lingkungan sekolah dapat meningkatkan risiko penularan gastroenteritis.

6. Diagnosis gastroenteritis

Gastroenteritis mudah diketahui dari tanda yang muncul, yaitu muntah dan diare. Jika gejalanya ringan, hanya berlangsung singkat, kondisi ini dapat sembuh dengan sendirinya. Namun jika diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang berupa pemeriksaan feses untuk memastikan penyebab dari diare dan muntah.

7. Pengobatan gastroenteritis

Mayoritas gastroenteritis tidak memerlukan pengobatan khusus, karena penyakit ini dapat sembuh dengan sendirinya. Pengobatan gastroenteritis lebih bertujuan untuk mencegah terjadinya dehidrasi, dengan memperbanyak konsumsi air putih dan makanan bernutrisi. Penderita dianjurkan untuk makan dalam porsi yang lebih sedikit, namun sering. Agar gejala tidak makin memburuk, hindari mengonsumsi susu, yogurt, kopi, alkohol, keju, serta makanan pedas, berserat tinggi, atau tinggi lemak. Penderita perlu menjalani perawatan di rumah sakit jika mengalami dehidrasi yang cukup parah, untuk mendapatkan cairan infus.

8. Komplikasi gastroenteritis

Muntah dan diare yang dialami penderita gastroenteritis menyebabkan tubuh kehilangan banyak cairan dan nutrisi. Kondisi ini memicu munculnya gejala dehidrasi yang meliputi: pusing, mudah lelah dan mengantuk, rasa haus terus-menerus, mulut kering, urine berwarna pekat atau gelap.

9. Pencegahan gastroenteritis

Langkah pencegahan utama gastroenteritis adalah rajin mencuci tangan, menggunakan sabun dan air hangat selama 20 detik, kemudian bilas hingga bersih. Jika tidak tersedia air dan sabun, gunakan hand sanitizer. Gastroenteritis juga dapat dicegah dengan tidak berbagi penggunaan peralatan makan dan mandi dengan orang lain, membersihkan barang yang ter-

kontaminasi virus atau bakteri, menghindari konsumsi makanan mentah, membersihkan kamar mandi dan dapur secara rutin, mengonsumsi air minum kemasan.

Sebagai pencegahan jangka panjang, dapat menjalani vaksinasi rotavirus yang efektif untuk mencegah gastroenteritis akibat infeksi rotavirus.

I. PNEUMONIA

Pneumonia atau dikenal juga dengan istilah paru-paru basah adalah penyakit infeksi paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur ataupun parasit di mana pulmonaryalveolus (alveoli) yang bertanggung jawab menyerap oksigen dari atmosfer menjadi terisi oleh cairan. Pneumonia dapat juga disebabkan oleh iritasi kimia pada paru-paru atau sebagai akibat dari penyakit lainnya, seperti kanker paru-paru atau terlalu banyak minum alkohol. Namun penyebab yang paling sering ialah serangan bakteri *streptococcus pneumoniae*, atau pneumokokus. Gejala pneumonia diantaranya ialah demam, nyeri perut, batuk, pilek, nyeri dada pleuritik, mual, muntah, menggigil, leukosit meningkat, sesak nafas (Farida *et al*, 2017).

J. ISPA

ISPA adalah penyakit saluran pernapasan atas yang meliputi rhinitis, sinusitis, faringitis, laringitis, epiglottitis, tonsilitis dan otitis. Secara umum penyebab dari infeksi saluran napas adalah mikroorganisme, namun kebanyakan disebabkan oleh infeksi virus dan bakteri. Gejala ISPA diantaranya ialah demam, sakit kepala, batuk, pilek, sesak nafas, nyeri tenggorokan, mual dan muntah (Minodier, 2017).

ISPA sangat mudah menular, terutama anak-anak dan lansia. ISPA akan menimbulkan peradangan pada saluran pernapasan, mulai dari hidung hingga paru-paru. Kebanyakan ISPA disebabkan oleh virus, sehingga dapat sembuh dengan

sendirinya tanpa pengobatan khusus dan antibiotik. Ada beberapa jenis virus yang sering menyebabkan ISPA, yaitu: *rhinovirus*, *respiratory syntical viruses (RSVs)*, *adenovirus*, *parainfluenza virus*, virus influenza dan virus corona

K. HEPATITIS

Merupakan penyakit radang hati yang disebabkan oleh virus hepatitis (picornavirus). Hepatitis ditularkan melalui makanan dan minuman yang terinfeksi. Gejala hepatitis diantaranya ialah demam, mual, muntah, hepatomegali, sklera mata kuning, urine kuning pekat dan kulit kuning (Ramadhani dkk, 2015). Hepatitis merupakan salah satu penyakit yang menyerang hati. Hepatitis tergolong dalam penyakit dengan kategori berbahaya. Terdapat 5 jenis virus hepatitis yaitu virus hepatitis A, B, C, D, dan E. Kelima virus ini dapat menyebabkan seseorang terkena hepatitis viral akut (Ramadhani dkk, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Bhat, R. M., & Prakash, C. (2012). Leprosy: an overview of pathophysiology. *Interdisciplinary perspectives on infectious diseases*, 2012.
- Farida, Y., Trisna, A., & Nur, D. (2017). Study of antibiotic use on pneumonia patient in Surakarta referral hospital. *JPSCR: Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*, 2(1), 44-52.
- Garcia, L. S. (2006). *Diagnostic medical parasitology*. American Society for Microbiology Press.
- Graves, N. S. (2013). Acute gastroenteritis. *Primary care*, 40(3), 727.
- Guzman, M. G., & Harris, E. (2015). Dengue. *The Lancet*, 385(9966), 453-465.
- Ideham, B., & Dachlan, Y. P. (2019). *Penuntun praktis parasitologi kedokteran*. Airlangga University Press.
- Kementrian, R. I. (2010). Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasan.
- Madigan, M. T., Martinko, J. M., Dunlap, P. V., & Clark, D. P. (2009). *Brock-Biology of Microorganisms*. 12th International Edition.
- Malaria, R. B. (2005). World malaria report 2005. *World Health Organization and UNICEF*.
- McPhee, S. J., Papadakis, M. A., & Rabow, M. W. (Eds.). (2010). *Current medical diagnosis & treatment 2010*. New York:: McGraw-Hill Medical.
- Minodier, L., Masse, S., Capai, L., Blanchon, T., Ceccaldi, P. E., van der Werf, S., ... & Falchi, A. (2017). Clinical and virological factors associated with gastrointestinal symptoms in patients

- with acute respiratory infection: a two-year prospective study in general practice medicine. *BMC infectious diseases*, 17(1), 1-11.
- Nel, L. H., & Markotter, W. (2007). Lyssaviruses. *Critical reviews in microbiology*, 33(4), 301-324.
- Ramdhani, A., Isnanto, R. R., & Windasari, I. P. (2015). Pengembangan sistem pakar untuk diagnosis penyakit hepatitis berbasis web menggunakan metode Certainty Factor. *Jurnal Teknologi dan Sistem Komputer*, 3(1), 58-64.
- Satyareni, D. H. (2012). Sistem pakar diagnosis penyakit infeksi tropis dengan menggunakan forward dan backward chaining. *Teknologi: Jurnal Ilmiah Sistem Informasi*, 1(2).
- Kidgell, C., Reichard, U., Wain, J., Linz, B., Torpdahl, M., Dougan, G., & Achtman, M. (2002). Salmonella typhi, the causative agent of typhoid fever, is approximately 50,000 years old. *Infection, Genetics and Evolution*, 2(1), 39-45.
- Tortora, G. J., Funke, B. R., Case, C. L., Weber, D., & Bair, W. (2004). *Microbiology: an introduction* (Vol. 9). San Francisco, CA: Benjamin Cummings.
- Wang, L., Utzinger, J., & Zhou, X. N. (2008). Schistosomiasis control: experiences and lessons from China. *The Lancet*, 372(9652), 1793-1795.
- World Health Organization. (2014). *Dengue and severe dengue* (No. WHO-EM/MAC/032/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization. (2014). *Chikungunya* (No. WHO-EM/MAC/031/F). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

PROFIL PENULIS



Nama : Saifudin Zuhri, Ftr, M. Kes
NIP : 197404272001121002
Agama : Islam
Status : Menikah
TTL : Kudus, 27 April 1974
Alamat : Bendo RT 01, RW 01, Tohudan, Colomadu,
Karanganyar, Surakarta, Jawa Tengah
Pekerjaan :
1. Dosen Jurusan Fisioterapi Poltekkes Kemenkes Surakarta
2. Ka. Prodi DIV-Profesi Fisioterapi Poltekkes kemenkes Surakarta

Riwayat Pendidikan

DIII Fisioterapi Akfis Dep Kes RI, lulus tahun 1996
DIV Fisioterapi Poltekkes Surakarta, lulus tahun 2007
Profesi Fisioterapi Poltekkes Surakarta, lulus tahun 2018
Fak Kesehatan Masyarakat UNIMUS, lulus tahun 2005
S2 Kedokteran Keluarga UNS, lulus tahun 2010

Riwayat Pekerjaan

Fisioterapis RSUD Dr. Lukmonohadi Kudus, 1997 – 2001
Dosen Jurusan Fisioterapi Poltekkes Surakarta, sejak 2002
Ka. Prodi DIV Fisioterapi Poltekkes Surakarta, 2016 - 2018
Ka. Prodi Sarjana Terapan dan Profesi Fisioterapi Poltekkes Surakarta, 2018 – 2022
Anggota Senat Poltekkes Kemenkes Surakarta, sejak 2016
Praktisi fisioterapi di SUNAFA, sejak 2012

BAB III

PROGRAM KESEHATAN YANG TERKAIT DALAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN IBU DAN ANAK

Chentia Misse Issabella

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Untuk mengetahui program-program mengenai Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam rangka meningkatkan kualitas Kesehatan yang dimulai dari seluruh siklus kehidupan.

B. PENDAHULUAN

Target jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Sustainable Development Goals (SDGs) sebesar 70 per 100.000 KH dan target untuk Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 12 per 1.000 KH pada tahun 2030. Melihat berbagai survey data seperti SDKI 2012, SDKI 2017 dan target MDGs maka diketahui bahwa di Indonesia untuk AKI dan AKB masih relatif cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN dan untuk itu pemerintah terus berupaya dalam menurunkan AKI dengan mengupayakan berbagai program KIA untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Penyebab utama kematian Ibu antara lain perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan penyakit penyerta dan penyebab kematian bayi yang paling sering terjadi yaitu disebabkan kejadian asfiksia, infeksi, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), dan premature.

Pemerintah telah berupaya untuk menurunkan AKI dan AKB melalui berbagai cara yaitu dengan meningkatkan berbagai kualitas

dan kuantitas pelayanan baik mulai dari kemudahan mengakses, fasilitas, tenaga kesehatan yang kompeten, adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat dan bagi daerah yang sulit diakses dengan memberikan peningkatan *outreach*. Pemerintah juga melalui berbagai kebijakan juga telah mengatur mengenai pelayanan Kesehatan selama kehamilan, persalinan, pasca persalinan, pelayanan KB dan Kesehatan reproduksi sebagai upaya peningkatan kualitas Kesehatan di masyarakat (Permenkes Nomor.97, 2014). Adanya undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019 dimana mengatur tentang standar pendidikan kebidanan, standar kompetensi, tugas dan wewenang bidan dalam memberikan pelayanan Kesehatan serta tentang organisasi Profesi Bidan (IBI) (UU No.4, 2019:1-36).

Hal inilah yang membuat pemerintah semakin giat dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang berkualitas. Bagi penyelenggaraan pendidikan dapat ikut serta dalam meningkatkan mutu dan kualitas dalam pelayanan kesehatan melalui kurikulum dan capaian kompetensi pembelajaran sehingga dapat meningkatkan kompetensi lulusan. untuk itu lebih baik melakukan upaya promotive dan preventif sebelum terjadi kematian dengan meningkatkan kualitas Kesehatan ibu dan anak. Kualitas Kesehatan dapat dimulai dari sejak sebelum hamil atau masa pra konsepsi sampai masa menopause. Seluruh siklus daur kehidupan seorang perempuan harus selalu sehat baik secara fisik dan mental agar dapat berfungsi secara maksimal.

C. PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)

1. Definisi

Program pelayanan KIA merupakan segala sesuatu kegiatan yang telah direncanakan pemerintah dalam upaya menjaga kualitas dan mutu pelayanan kesehatan pada Ibu dan Anak dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan dan kesejahteraan pada masyarakat serta sebagai upaya untuk mendukung pemerintah dalam penurunan AKI dan AKB. Program pelayanan Kesehatan Ibu dimulai dari masa remaja, persiapan dan perencanaan kehamilan bagi perempuan, pada saat kehamilan (antenatal), persalinan (Intranatal), saat nifas/puerperium (Postnatal) dan proses menyusui/laktasi dan pemakaian alat kontrasepsi sampai usia lanjut. Program pelayanan Kesehatan Anak dapat dimulai dari sejak janin masih berada di kandungan, saat kehamilan, proses persalinan dan bayi lahir, masa bayi, masa balita, masa anak pra-sekolah, saat sekolah sampai masa remaja. Sehingga seluruh daur kehidupan akan terus menerus dijaga kesehatannya.

Jadi program Kesehatan Ibu dan Anak ini memiliki lingkup yang cukup luas meliputi Pelayanan Pra-Konsepsi dan remaja, Pelayanan Antenatal Care (ANC), pelayanan pada saat melahirkan dan Bayi Baru Lahir, masa setelah persalinan/nifas (Postnatal), program keluarga berencana (KB), pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan pada bayi, balita, anak pra-sekolah, anak sekolah dan masa remaja (Kemenkes, 2015:2-3).

2. Program Pelayanan Pra-Konsepsi dan Kesehatan Reproduksi

Indikator keberhasilan dalam peningkatan kesehatan dapat ditunjukkan dari jumlah AKI dan AKB atau dari jumlah mortalitas dan morbiditas (Kemenkes, 2016). Penyebab AKI dapat dicegah dengan melakukan deteksi dini atau skrining dari calon ibu agar dalam prosese kehamilannya tetap sehat dan aman dan upaya pencegahan ini dapat dilakukan melalui Kesehatan pra-konsepsi. Pra-konsepsi tersebut dimulai dari masa remaja, calon pengantin, perempuan sebelum hamil dan pada pasangan usia subur (PUS) agar dapat menjalani proses kehamilan yang aman dan sehat (Nurunnayah, Mulyanti, & Octafiyani, 2014:9-13). Pelayanan kesehatan pra-konsepsi sangat diperlukan dan memiliki banyak manfaat serta penting bagi pasangan calon suami istri. Dengan adanya pelayanan prakonsepsi maka akan dengan mudah mendeteksi bila terjadi adanya risiko penyakit mungkin bisa terjadi yang dapat menimbulkan dampak bagi bayinya. Dalam pelayan program prakonsepsi ini termasuk dalam keluarga berencana. Dimana salah satu programnya yaitu Generasi Berencana (Genre).

Generasi Berencana (Genre) merupakan suatu program pemerintah dibawah naungan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang salah satu tujuannya agar dapat menyiapkan dan merencanakan hidup berkeluarga bagi para remaja. Diharapkan remaja dapat lebih memahami dalam berpikir, bersikap dan berperilaku untuk merencanakan dan mempersiapkan terwujudnya keluarga berencana. Adapun tujuan dari program ini adalah:

- a. Memberikan fasilitas kepada remaja untuk memiliki pengetahuan yang baik dalam berpikir, bersikap dan berperilaku dalam menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat menuju generasi berencana.

- b. Mempersiapkan bagi para remaja untuk menjalankan hidup terencana berdasarkan umur, pendidikan dan pekerjaan agar terjadi proses pendewasaan dan lebih matang dalam setiap siklus Kesehatan reproduksinya.

Sasaran Program Generasi Berencana (Genre) yaitu remaja pada usia 10–24 tahun dan belum menikah, mahasiswa/mahasiswa yang belum menikah, keluarga yang mempunyai remaja serta masyarakat yang memiliki kepedulian kepada remaja. Strateginya program Genre ini dengan melakukan penyelarasan antara kebijakan pemerintah, meningkatkan komitmen bersama, menggerakkan, mampu berperan aktif serta melakukan pemberdayaan kepada masyarakat, semua stakeholder dan mitra dalam mewujudkan keluarga berencana untuk remaja. Pentingnya peningkatan kuantitas dan kualitas serta kompetensi melalui Kader, Pendidikan Sebaya (PS), konselor sebaya (PS) untuk menuju persiapan keluarga berencana bagi para remaja. Kegiatan program Generasi Berencana (Genre) yaitu:

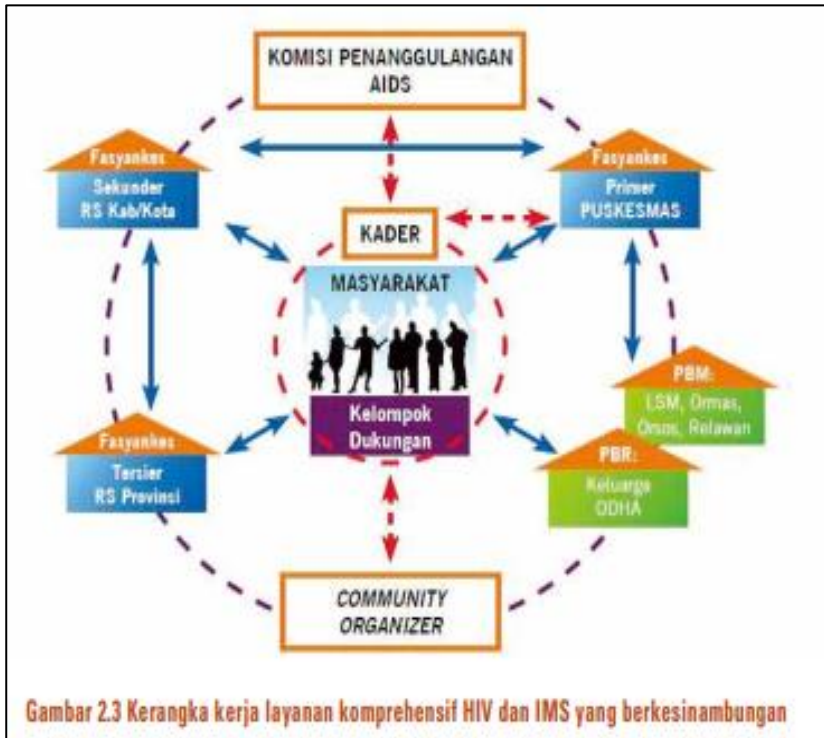
- a. Mempromosikan usia pernikahan berdasarkan program Genre minimal 21 tahun. Hal ini sebagai upaya promotive dalam rangka menunda usia pernikahan karena sebelum usia tersebut diharapkan remaja akan lebih focus dalam menempuh jenjang Pendidikan, dapat berkembang untuk menciptakan karya yang lebih baik.
- b. Meningkatkan jumlah kuantitas dan kualitas informasi yang meliputi sumber informasi melalui kegiatan remaja (PIKR), mahasiswa/mahasiswi melalui (PIKM) sehingga akan ada kerjasama antar mitra seperti kampus/institusi Pendidikan, organisasi remaja seperti karangtaruna, keagamaan dan lain sebagainya.
- c. Program kegiatan PIKR/PIKM ini berisikan tentang pemberian pemahaman tentang pendewasaan dan kematangan dalam usia pernikahan, adanya delapan fungsi keluarga (agama,

kasih sayang, perlindungan, sosial budaya, reproduksi, sosial dan Pendidikan, ekonomi dan pembinaan lingkungan), seksualitas, penyakit HIV & AIDS serta Napza yang sering disebut sebagai TRIAD KRR, serta ketrampilan dalam menjalankan kehidupan (*life skills*) dan pemahaman tentang Gender, cara KIE dan ketrampilan advokasi.

- d. Melakukan upaya promosi, peningkatan kualitas SDM melalui kegiatan di PIKR/PIKM, peningkatan komitmen dalam pengelolaan dan Kerjasama dengan mitra untuk menuju keluarga berencana (Kemenkes, 2015:17-19).

Kesehatan reproduksi sangat penting dimulai dari masa remaja hingga menopause. Seorang perempuan harus dapat menjaga kesehatan reproduksinya yang dapat dimulai dari masa remaja, wanita usia subur (WUS) sehingga akan terwujud kehamilan yang sehat, aman dan nyaman serta mewujudkan generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas karena dalam prosesnya telah terencana dengan baik dalam mempersiapkan kehamilan, fungsi dan kematangan dari organ reproduksinya. Adapun hal yang perlu disiapkan meliputi: persiapan fisik/jasmani, mental/kejiwaan dan emosional, pemenuhan gizi mikro dan makro dengan pola makan gizi seimbang, pelayanan pemberian imunisasi TT, skrining pada remaja putri dan WUS seperti pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) dan PAP-Smear serta deteksi dini adanya infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV & AIDS (Kemenkes, 2015:27-35). Pemerintah juga terus berupaya dalam program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, hal tersebut bertujuan untuk memberikan konseling tentang cara penularan, pemeriksaan HIV,

dampak/akibat serta informasi terkait dengan HIV (Kemenkes, 2015:3).



Gambar 1. Kerja Pelayanan Komprehensif pada HIV & IMS yang berkesinambungan (Kemenkes, 2015:36)

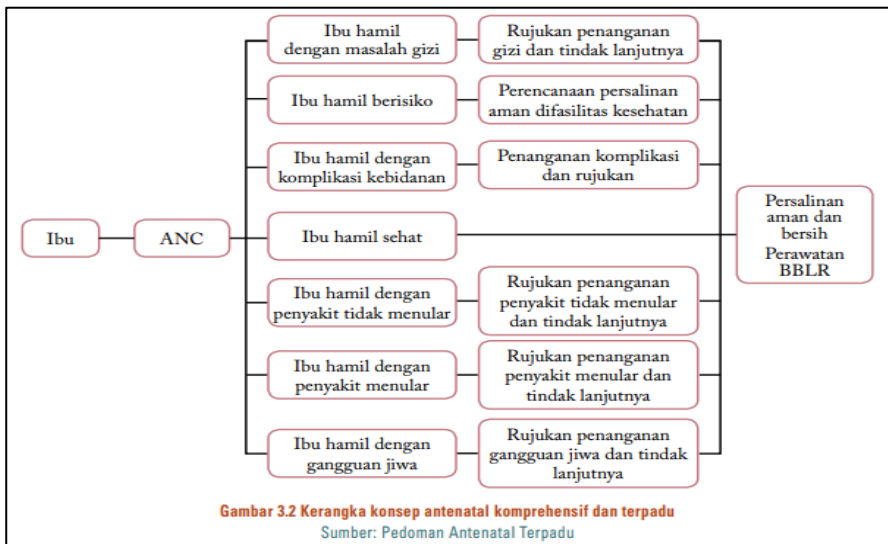
3. Program Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Kehamilan merupakan suatu hal yang memerlukan perhatian khusus, dikarenakan ibu memiliki tugas selain menjaga kesehatan ibu juga harus menjaga Kesehatan janinnya sejak dalam kandungan Pemeriksaan ANC sangatlah penting dilakukan oleh ibu hamil, karena dengan pemeriksaan kehamilan maka kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayinya akan selalu terjaga.

Selama kehamilan ibu juga akan mengalami perubahan baik fisik maupun psikologis. Dari perubahan fisik dan psikologis itulah membuat pemeriksaan rutin atau berkala sangat diperlukan sehingga ibu hamil dan suami/keluarga akan mendapatkan informasi yang lengkap terkait dengan Kesehatan dan kesejahteraan kehamilan baik ibu maupun bayinya (Kemenkes, 2015:49).

Konseling dalam kehamilan dan informasi penting seputar kehamilan akan didapatkan saat ibu hamil tersebut melakukan pemeriksaan. Adapun konseling yang akan disampaikan antara lain: perubahan fisik, perubahan psikologis, kebutuhan nutrisi, perawatan dan pencegahan infeksi selama kehamilan. Dalam pemeriksaan kehamilan disarankan minimal sebanyak 4 kali, yaitu pada trimester I yaitu usia kehamilan 0-14 minggu kunjungan sebanyak 1 kali, pada trimester 2 yaitu usia kehamilan 14-28 minggu sebanyak 1 kali dan pada trimester 3 pada usia kehamilan 28-40 minggu yaitu sebanyak 2 kali (Tyastuti, S., 2016:16). Untuk memudahkan kerja program pemerintah dalam mengetahui rekapan dan capaian target maka dalam pemeriksaan kehamilan juga didapatkan pencatatan dan pelaporan melalui PWSKIA dengan mencatat sasaran jumlah ibu hamil, kunjungan K1 dan kunjungan K4.

Program asuhan kehamilan ini salah satunya adalah Program ANC terpadu yang dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 2. Kerangka konsep Antenatal Komprehensif dan Terpadu (Kemenkes, 2015:57)

Sumber: Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu

Jenis pelayanan antenatal care ini meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik mulai kepala sampai dengan kaki (*head to toe*), psikologis, pemeriksaan penunjang atau laboratorium meliputi pemeriksaan hemoglobin (HB), protein urin dan urin reduksi serta melakukan komunikasi, informasi dan Edukasi (KIE) yang efektif (Kemenkes, 2015:59).

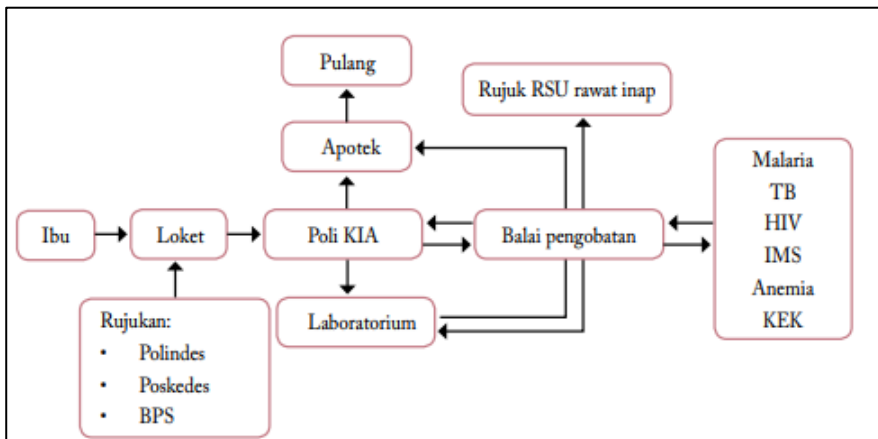
No	Jenis Pemeriksaan	Trimester			Keterangan
		I	II	III	
1	Keadaan umum	✓	✓	✓	Rutin
2	Suhu tubuh	✓	✓	✓	Rutin
3	Tekanan darah	✓	✓	✓	Rutin
4	Berat badan	✓	✓	✓	Rutin
5	LILA	✓			Rutin
6	TFU		✓	✓	Rutin
7	Presentasi janin		✓	✓	Rutin
8	DJJ		✓	✓	Rutin
9	Pemeriksaan Hb	✓	*	✓	Rutin
10	Golongan darah	✓		✓	Rutin
11	Protein urin		✓	*	Rutin
12	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
13	Darah malaria	✓ *	*	*	Atas indikasi
14	BTA	*	*	*	Atas indikasi
15	Darah sifilis	*	*	*	Atas indikasi
16	Serologi HIV	✓ *	*	*	Atas indikasi
17	USG	*	*	*	Atas indikasi

Sumber: Pedoman Antenatal Terpadu (Kemenkes, 2010)

Gambar 3. Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu (Kemenkes, 2015:59).

Sumber: Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu

Pemberian pelayanan kesehatan pada ibu hamil harus selalu optimal untuk mewujudkan generasi yang sehat, persalinan yang aman maka akan terus berkesinambungan pada asuhan persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas. Pelayanan ANC terpadu ini merupakan program yang sangat komprehensif, karena didalam alur pelaksanaannya meliputi pemeriksaan gizi, pemeriksaan penyakit menular dan tidak menular, konseling tentang kekerasan terhadap perempuan pada saat kehamilan dan hal tersebut diatas mencakup upaya promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif.

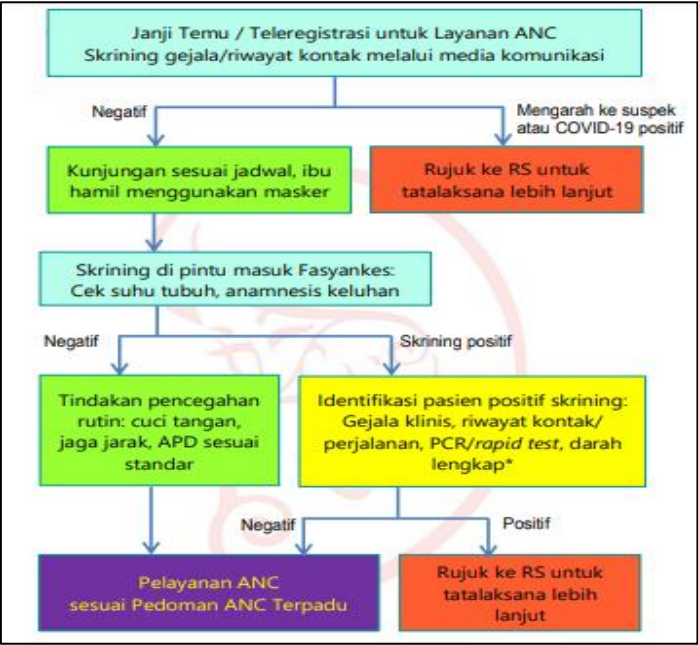


Gambar 4. Alur Pelayanan Antenatal Terpadu di Puskesmas
(Kemenkes, 2015:67)

Sumber: Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu

Dalam pemeriksaan kehamilan pemerintah juga telah memberikan fasilitas tersedianya Buku KIA. Pemberian buku KIA ini merupakan program pemerintah dalam melakukan pemantauan melalui pencatatan rutin mulai awal kehamilan sampai anak berusia 6 tahun (untuk buku KIA revisi 2015) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Fungsi dari buku KIA ini selain memberikan informasi kehamilan, merupakan media untuk komunikasi, informasi & edukasi (KIE). Selain itu manfaat buku KIA sebagai alat komunikasi antara tenaga kesehatan, pasien dan keluarga pasien serta bermanfaat pada saat perlengkapan administrasi pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Program Keluarga Harapan (PKH), pengembangan anak usia dini yang holistik dan integratif (Kemenkes, 2015:62). Selain program penggunaan Buku KIA, pemerintah juga ada memberikan sebuah Stiker pada Ibu Hamil sebagai tanda bahwa di suatu desa tersebut ada ibu hamil, yang sering kita sebut sebagai Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Stiker P4K ini merupakan salah satu program kegiatan Desa Siaga.

Pada masa pandemic covid-19 ini pun pemerintah telah mengeluarkan pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru (Kemenkes, 2020). Didalam pedoman ini dijelaskan mengenai cara cuci tangan yang benar, alur pelayanan antenatal di era adaptasi kebiasaan baru, alur pelayanan Antenatal di RS, serta alur pelayanan bumil datang ke RS melalui IGD. Bentuk kepedulian pemerintah dalam memberikan pelayanan yang optimal dan berkualitas di masa pandemic Covid-19 ini agar ibu hamil tetap sehat, aman dan nyaman sehingga dapat mengurangi rasa kecemasan dan ketidanyamaan ibu hamil selama pandemic covid-19 ini.



Gambar 5. Alur Pelayanan Antenatal di Era Adaptasi Kebiasaan Baru (Kemenkes, 2020:40).

4. Program Pelayanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (BBL)

Ada lima benang merah atau aspek dasar, dalam pemberian pelayanan pada persalinan normal yang aman dan bersih sampai Inisiasi Menyusu Dini (IMD) antara lain:

- a. Aspek Pengambilan Keputusan Klinik
- b. Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi juga sering disebut sebagai Gerakan Sayang Ibu (GSI) merupakan asuhan dasar yang mengikutsertakan suami atau keluarga dalam memberikan support selama persalinan sehingga hal ini dapat mengurangi persalinan dengan tindakan sehingga persalinan dapat berjalan dengan baik, spontan dan normal. Asuhan ini selain memberika support juga dapat memberikan toleransi slaing menghargai keyakinan/ agama pasien, kebudayaan dan keinginan pasien (Kemenkes, 2020:84).

- c. Pencegahan infeksi meliputi cuci tangan yang benar, pemakaian alat pelindungan diri (sarung tangan, masker, sepatu booth, penutup kepala, celemek/*apron*, kacamata), penggunaan desinfektan/antiseptic,sterilisasi peralatan, pembuangan sampah medis dan non media serta benda tajam seperti pembuangan vial, jarum suntik, spuit serta tak lupa untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan agar persalinan aman, nyaman dan sehat.
- d. Pendokumentasian SOAP dan pengisian Partograf
- e. Sistem Rujukan meliputi rujukan terencana dan rujukan tepat waktu.

Dalam penatalaksanaan asuhan persalinan juga meliputi 4 kala yaitu Kala I yaitu mendiagnosis inpartu, pemantauan his, memberikan asuhan sayang ibu selama proses persalinan, penapisan awal guna mendeteksi kemungkinan komplikasi

kegawatdaruratan dalam persalinan, persiapan bahan, peralatan, dan obat yang diperlukan, pendokumentasian dengan SOAP dan Partograf kala I. Kala II yaitu dimulai dari pembukaan lengkap sampai keluarnya bayi, mendiagnosis, mengenal tanda gejala kala II, amniotomi dilakukan jika pembukaan sudah lengkap tetapi ketuban masih utuh, dilakukan episiotomi jika ada indikasi perineum kaku, gawat janin dan ada penyulit pervaginam. Pada kala III yaitu adanya manajemen aktif kala III untuk melahirkan plasenta dan Kala IV yaitu pemantauan atau observasi tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan, urin serta bila terjadi laserasi bisa dilakukan *heacting*.

Pada penanganan BBL dengan asfiksia dengan penanganan resusitasi, sedangkan untuk penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yaitu menggunakan Metode Kanguru atau *Kangaroo Mother Care* (KMC). Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ini sangat penting sekali untuk diimplementasikan pada ibu setelah melahirkan, IMD inilah yang akan menumbuhkan kedekatan dan kehangatan antara Ibu dengan bayinya (*Bounding Attachment*). Pada asuhan bayi baru lahir penatalaksanaan yang diberikan adalah pencegahan infeksi, setelah bayi lahir melakukan penilaian segera (bayi cukup bulan, menangis spontan, tonus otot dan warna kulit), menjaga bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian salep mata, vitamin K dan 1 jam kemudian diberikan imunisasi HB-0 (Kemenkes, 2015:105-115). Proses pendataan program pemerintah menyelenggarakan pelaporan PWSKIA yaitu untuk mencatat semua kunjungan neonatus yang terdiri dari KN1, KN2, KN3 dan KN lengkap dan pada ibu bersalin dengan menghitung data sasaran ibu bersalin dan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenag Kesehatan. Pada masa pandemic covid-19 ini pun pemerintah telah mengeluarkan pedoman pelayanan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru (Kemenkes, 2020). Didalam pedoman ini dijelaskan mengenai alur

pemulangan bayi tanpa gejala dan dengan gejala dari ibu suspek, *probable* ataupun terkonfirmasi Covid-19.

5. Program Pelayanan Masa Nifas (Postnatal)

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir saat alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari, tetapi akan pulih secara keseluruhan dalam waktu 3 bulan. Pemantauan atau pemeriksaan yang dilakukan dalam masa nifas meliputi involusi uteri, pengeluaran lochea, proses laktasi, perubahan psikologis. Dalam asuhan inilah untuk proses pendataan program pemerintah menyelenggarakan pelaporan PWSKIA yaitu untuk mencatat semua kunjungan masa nifas yang terdiri dari Kunjungan I (KF) yaitu 6 jam-3 hari pasca salin, kunjungan II (KF II) hari ke 4-28 hari pasca salin, kunjungan III (KF III) hari ke 29-42 hari pasca salin (Kemenkes, 2015:105-134).

6. Program Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi merupakan upaya pencegahan dan menunda kehamilan (Kemenkes, 2013:232). Pemerintah telah memberikan program KB ini sebagai upaya untuk mewujudkan generasi yang sehat dan cerdas. Metode kontrasepsi bisa bersifat permanen ataupun sementara sehingga para pengguna dapat memakai berdasarkan tujuan pemakaian sehingga para pengguna bebas dalam memilih alat kontrasepsi dengan berbagai pertimbangan yaitu keamanan, keefektifan, estetika, memberikan kenyamanan kepada pasangan dan sedikit efek samping yang ditimbulkan. adapun metode kontrasepsi terdiri dari: kontrasepsi jangka panjang (IUD, Implant dan kontrasepsi mantap yaitu MOW dan

MOP), kontrasepsi jangka pendek (Suntik kombinasi, suntikan progestin, pil kombinasi, pil progestin/mini pil, spermisida, kondom, diafragma sedangkan kontrasepsi lainnya yaitu senggama terputus (*coitus interruptus*), Metode Amenorea Laktasi (MAL), metode kalender, pengamatan lender servik dan suhu basal. Pelayanan fasilitas program KB melalui semua kegiatan pelayanan kontrasepsi seperti pemasangan/ pemakaian, pelepasan/pencabutan alat kontrasepsi di fasilitas Kesehatan serta memberikan konseling tentang program KB yang dilakukan oleh tenaga atau petugas kesehatan baik di Praktik Mandiri Bidan (PMB), Puskesmas, Klinik, RS, Posyandu dan Safari KB (Kemenkes, 2015:19-26). Dalam pemilihan penggunaan alat kontrasepsi, Bidan atau tenaga Kesehatan dapat menggunakan Alat Bantu Pemilihan Ber-KB/Kontrasepsi (ABPK) sehingga memudahkan tenaga Kesehatan dalam konseling dan memberikan penjelasan kepada calon Akseptor KB (Kemenkes RI, 2014).



Gambar 6. Jenis Kontrasepsi (Kemenkes, 2015:25)

7. Program Pelayanan Bayi, Balita, Anak Prasekolah, Anak sekolah dan Remaja

Adapun program yang telah berjalan antara program posyandu, program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), pemberian buku KIA sejak saat ibu hamil. Semua asuhan yang telah diberikan dapat dicatat di dalam buku KIA tersebut sehingga akan terpantau dengan baik Kesehatan anak mulai sejak dalam kandungan, riwayat persalinan sampai anak berusia 6 tahun (Bila menggunakan buku KIA cetakan 2015). Hal yang telah terprogram dalam pemberian asuhan pada bayi, balita dan anak pra-sekolah ini yaitu: Konseling Kebutuhan gizi meliputi ASI eksklusif yaitu pemberian ASI mulai sejak lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa memberikan makanan dan minuman lainnya (Kemenkes, 2013:57), pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dan makanan bagi keluarga dengan gizi seimbang, pemantauan perkembangan anak sesuai dengan usianya, serta manajemen pola asih, asah, dan asuh anak, pelaksanaan program posyandu dengan adanya penimbangan berat badan (BB) setiap bulan dan pemberian Vitamin A, Imunisasi dasar lengkap dan imunisasi lanjutan dapat dilakukan melalui program BIAS, posyandu (Kemenkes RI & Gavi, 2014:19-28), pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak melalui Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) (Kemenkes, 2016:17), penatalaksanaan balita sakit dengan menggunakan lembar pemantauan Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS) serta rujukan pada kasus tertentu (Kemenkes RI, 2015:156).

Program Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif (PAUD HI) ini merupakan upaya pemerintah dalam memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan anak di usia dini agar mendapatkan pendidikan, bermain dan belajar bersosialisasi

sehingga melalui pendidikan PAUD inilah bisa bersinergi bersama dalam melakukan pemantauan dan evaluasi tumbuh kembang anak karena usia dini merupakan bagian usia emas (*golden age*). Diharapkan pada usia ini, anak-anak mendapatkan stimulasi yang intensif untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangannya serta dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat untuk mewujudkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas).

8. Program Pelayanan pada Usia Lanjut dan Menopause

Menopause merupakan berhentinya menstruasi secara permanen (Varney, H., 2007:301). Menurut Prawirohardjo S., 2005: 241 & Andrews. G, 2010: 466 dalam Kemenkes, 2015:37-38 membagi menopause dalam 3 kategori menopause dini yaitu terjadi sebelum 40 tahun, normal yaitu terjadi diakhir usia 40 tahun sampai awal 50 tahun dan terlambat jika terjadi diatas 52 tahun. Untuk memberikan pelayanan pada menopause dan usia lanjut maka juga dibentuk adanya Posyandu Lansia. Melalui posyandu lansia akan bekerjasama dengan kader, puskesmas setempat dalam menjalankan program pemerintah seperti adanya penyuluhan dan pemeriksaan tentang Kesehatan reproduksi, skrining penyakit tidak menular seperti pemantau tekanan darah, kolesterol, asam urat dan glukosa darah pada usia lanjut.

D. PROGRAM KIA SEBAGAI PENINGKATAN KUALITAS KESEHATAN IBU, ANAK, DAN MASYARAKAT

Peran tenaga kesehatan sangat penting dan harus bekerjasama dengan stakeholder lain seperti peran masyarakat, peran institusi pendidikan dan mitra lainnya sebagai upaya untuk pencapaian

target sesuai dengan arah kebijakan dan rencana aksi program kesehatan masyarakat tahun 2020-2024, Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024. Program pemerintah telah mencakup seluruh siklus kehidupan yang dimulai sejak dari pembuahan sampai menopause. Dari semua uraian tersebut diatas dengan Program KIA ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk mendorong semua program diatas maka diperlukan adanya:

- a. Penguatan pelayanan Kesehatan dasar (*primary health care*).
- b. Peningkatan dan perbaikan program kesehatan KIA mulai dari pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, pra-sekolah, anak, remaja, dewasa dan menopause.
- c. Mendukung program KB dan Kesehatan reproduksi.
- d. Melakukan perbaikan gizi seimbang dimulai dari komunitas terkecil yaitu keluarga.
- e. Meningkatkan dan mendukung program pengendalian penyakit baik itu penyakit menular ataupun penyakit tidak menular.
- f. Mendukung Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).
- g. Penguatan sistem kesehatan dan pengawasan obat dan makanan.
- h. Pendekatan pelayanan secara *continuum of care the life cycle* yaitu pemberian asuhan secara komprehensif sepanjang siklus kehidupan mulai dari sejak dalam kandungan ibu sampai menopause. Dalam asuhan kehamilan terdapat program *Continuity of Care* (COC).
- i. Pendekatan pelayanan dengan metode *continuum of care of pathway* yaitu asuhan yang diberikan dengan tetap memperhatikan standar ditempat pelayanan, level pencegahan, pembiayaan, terintegrasi dengan berbagai program serta peran serta semua mitra dan stakeholder bagi dari institusi pendidikan, organisasi profesi, pemerintah, masyarakat dan semua pihak yang terkait (Kemenkes RI, 2015:3-4).

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, G. (2010). "Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita", dalam Kemenkes RI (ed), *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Alat Bantu Pegambian Keputusan berKB dan Pedoman bagi Klien dan Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak* (hlm. 3). Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak* (hlm. 2-3). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia* (hlm. 17). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., & Gavi. (2015). *Buku Ajar Imunisasi* (hlm. 19-28). Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Nurunnayah, S., Mulyanti, & Octafiyani, R. (2014). Tingkat Pengetahuan tentang Persiapan Kehamilan pada Remaja Putri di SMA Negeri 1 Sedayu Bantul Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 2(1), 9–13.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. *Pelayanan Kesehatan Masa Hamil*,

- Persalinan dan Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi serta Pelayanan Kesehatan Reproduksi, Pub. L. No. 97, 1 (2014). Republik Indonesia.
- Prawirohardjo, S. (2005). "Ilmu Kebidanan", dalam Kemenkes RI (ed), *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Tyastuti, S. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan* (hlm. 16). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Undang-Undang. Standar Pendidikan Kebidanan, Standar Kompetensi, Tugas dan Wewenang Bidan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan serta Tentang Organisasi Profesi Bidan (IBI), Pub. L. No. 4, 1 (2019).
- Varney, H. (2007). *Asuhan Kebidanan Vol.2* (hlm. 301). Jakarta: ECG.

PROFIL PENULIS



Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb

Lahir di Sleman, 4 Maret 1988. Penulis menyelesaikan program Pendidikan D3 kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta Lulus tahun 2013, kemudian melanjutkan Pendidikan D4 Bidan pendidik di STIKES Aisyiyah Yogyakarta Lulus Tahun 2015 dan Pada tahun 2016 penulis melanjutkan Pendidikan S2 Magister Terapan Kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta Lulus Tahun 2018. Saat ini penulis sebagai dosen aktif dan menjadi Ketua Lembaga Penjaminan Mutu di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta mulai tahun 2018 sampai sekarang. Penulis juga sebagai pengurus organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) cabang Kabupaten Sleman. Penulis juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat, dan telah mendapatkan hibah dari Ristek BRIN Penelitian pendanaan tahun 2021. Penulis juga terlibat dalam Tim Divisi Modul Ukom Retaker untuk mahasiswa Prodi D3 Kebidanan tingkat nasional. Penulis saat ini juga menjabat sebagai Direktur pada Lembaga Pelatihan dan Penelitian Indonesia (LAPPI) tahun 2017 sampai sekarang.

BAB IV

PELAYANAN KESEHATAN PADA ANAK: BAYI DAN BALITA

Iin Dwi Yulianti

Prioritas pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) di antaranya adalah melalui pembangunan sektor kesehatan. Untuk menciptakan SDM unggul dan berkualitas, sangat ditentukan oleh upaya kesehatan anak karena mereka adalah generasi muda yang harus dipersiapkan sejak usia dini bahkan dimulai dari 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak merupakan salah satu upaya perlindungan anak di bidang kesehatan yang ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas dan upaya ini dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun. Upaya kesehatan anak adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anak dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya kesehatan yang dimaksud meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, baik untuk pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan.

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 menegaskan bahwa seorang anak memiliki hak untuk hidup, tumbuh dan berkembang secara optimal, terhindar dari kekerasan dan diskriminasi. Dalam Pasal 44 pun disebutkan Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib

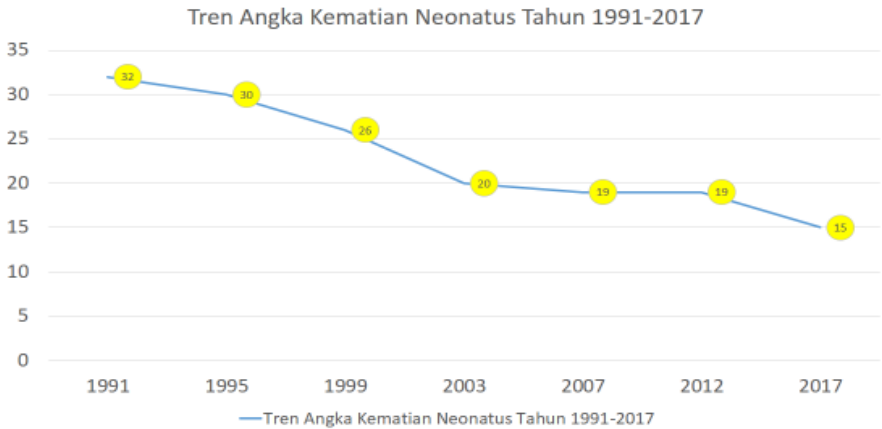
menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang komprehensif bagi anak agar setiap anak memperoleh derajat kesehatan yang optimal sejak dalam kandungan. Hak anak untuk memperoleh kesehatan juga telah dijamin dalam Konvensi Hak-hak Anak tanggal 20 November 1989 pasal 24 di mana setiap anak mempunyai hak atas standar tertinggi dalam perawatan kesehatan dan medis, air bersih, makanan bergizi dan lingkungan hidup yang bersih dan aman.

Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, dan Pemerintah, dan pemerintah daerah sebagaimana diamanahkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat dan optimal dan untuk menjamin kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak maka pemenuhan hak anak untuk mendapatkan kebutuhan dasar harus terpenuhi sesuai dengan tumbuh kembangnya. Upaya pemeliharaan kesehatan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA) sehingga pelayanan kesehatan pada anak yang akan dibahas adalah pada kelompok umur neonatus 0-28 hari (neonatus), bayi 29 hari-12 bulan (bayi), dan balita 12 – 60 bulan:

A. PELAYANAN KESEHATAN PADA NEONATUS

Periode awal kelahiran atau disebut dengan istilah bayi baru lahir (neonatal) merupakan masa kritis kehidupan bayi. Banyak kasus kematian anak terjadi pada masa neonatal

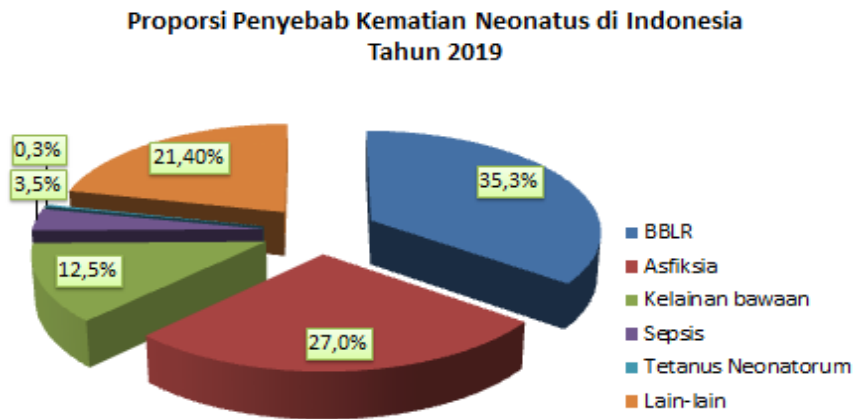
tersebut (Oza, et all, 2014). Masalah utama bayi baru lahir pada masa perinatal dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan. Kematian neonatus dan bayi masih menjadi permasalahan kesehatan hingga saat ini walaupun angka kematian neonatus dan angka kematian bayi dari tahun ke tahun telah terjadi penurunan. Berdasarkan data yang dilaporkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga melalui komdat.kesga.kemkes.go.id, pada tahun 2019, dari 29.322 kematian balita, 69% (20.244 kematian) diantaranya terjadi pada masa neonatus. Dari seluruh kematian neonatus yang dilaporkan, 80% (16.156 kematian) terjadi pada periode enam hari pertama kehidupan (Kemenkes, 2019). *Sedangkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017 menunjukkan 15 kematian neonatus per 1000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan angka kematian neonatus dari tahun ke tahun sebagaimana pada gambar berikut:*



Gambar 1: Tren Angka Kematian Neonatus Tahun 1991 - 2017
Sumber: SKDI 1991-2017

BBLR merupakan salah satu faktor terpenting penyebab kematian neonatal dengan problem yang mendasari berupa asfiksia, infeksi,

prematuritas, hipotermia dan pemberian ASI yang tidak adekuat. Pada tahun 2019, penyebab kematian neonatus terbanyak adalah kondisi berat badan lahir rendah (BBLR). Penyebab kematian lainnya di antaranya asfiksia, kelainan bawaan, sepsis, tetanus neonatorum, dan lainnya. Berikut adalah proporsi penyebab kematian neonatus (0 – 28 Hari) di Indonesia tahun 2019:



Gambar 2. Proporsi Penyebab Kematian Neonatus di Indonesia Tahun 2019

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019.

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) ditandai dengan berat badan pada bayi yang baru lahir kurang dari 2.500 gram dengan asumsi tidak melihat masa gestasi. Penimbangan tersebut dilakukan satu jam setelah kelahiran. Penyebabnya banyak, termasuk gangguan pertumbuhan pada saat dalam kandungan, lahir secara premature dan faktor lainnya (Sharma, 2015). Menurut hasil Riskesdas tahun 2018, dari 56,6% balita yang memiliki catatan berat lahir, sebanyak 6,2% lahir dengan kondisi BBLR. Kondisi bayi BBLR diantara disebabkan karena kondisi ibu saat hamil (kehamilan remaja, malnutrisi, dan komplikasi kehamilan), bayi kembar, janin memiliki kelainan atau kondisi bawaan,

dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (intrauterine growth restriction). Bayi BBLR bisa berdampak pada masa pertumbuhannya hingga dewasa. Risiko yang paling besar adalah stunting atau perawakan pendek. Stunting tidak hanya menghasilkan anak pendek, namun secara intelektual juga tidak mampu bersaing dengan anak-anak yang terlahir dengan berat badan normal dan terpenuhi gizinya di masa 1.000 hari pertama kehidupan. Dampak jangka panjang dari BBLR adalah risiko penyakit kronis seperti obesitas, diabetes, atau penyakit jantung saat dewasa.

Pelayanan kesehatan neonatus (KN) diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus minimal 3 kali, yaitu pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir (KN 1), hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir (KN 2), dan hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir (KN3). Neonatus merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan dapat muncul. Sehingga jika tidak dilakukan penanganan yang tepat, dapat berakibat fatal. Beberapa upaya dapat dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya adalah:

- a. Persiapan penanganan bayi baru lahir dengan melakukan kewaspadaan standar meliputi persiapan diri yaitu kebersihan tangan sesuai standar WHO dan Alat Pelindung Diri (APD), persiapan alat, bahan habis pakai serta obat-obatan untuk memastikan semua peralatan dan bahan yang akan digunakan dalam menangani neonatus dalam keadaan siap pakai, bersih dan lengkap. Tempat juga harus disiapkan meliputi ruangan yang hangat dan terang, tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras.

b. Perawatan Neonatal Esensial saat lahir (0 – 6 jam)

- 1) Perawatan neonatus pada 30 detik pertama dengan tujuan memastikan bahwa memerlukan ventilasi atau tidak dengan berpedoman pada bagan alur resusitasi neonatus.
- 2) Perawatan neonatus pada 30 detik – 90 menit. Hal yang perlu dilakukan pada masa kritis ini adalah:
 - a) Menjaga agar bayi tetap hangat. Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu pada BBL belum berfungsi sempurna sehingga untuk mencegah hipotermi bayi harus dalam kondisi tetap hangat.
 - b) Lakukan klem dan pemotongan tali pusat pada 2 menit setelah lahir.
 - c) Lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada ibu setidaknya 60 menit kecuali ada distress respirasi atau kegawatan maternal. IMD dilakukan pada semua bayi bugar tanpa memandang jenis persalinan.
 - d) Lakukan pemantauan tiap 15 menit selama IMD.
 - e) Lakukan pemberian identitas. Semua bayi baru lahir di fasilitas pelayanan kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi.
 - f) Lakukan pemberian injeksi vitamin K1. Sistem pembekuan darah pada bayi belum sempurna sehingga berisiko mengalami perdarahan sehingga suntikan vitamin K1 sangat dibutuhkan pada semua bayi baru lahir.
 - g) Lakukan pencegahan infeksi mata. Pemberian salep atau tetes mata antibiotik dilakukan untuk mencegah infeksi mata dan diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir.

- 3) Perawatan neonatus pada 90 menit – 6 jam. Pada periode waktu ini dilakukan:
 - a) Pemeriksaan fisik BBL dengan tujuan untuk mengetahui jika terdapat kelainan pada bayi. Catat hasil pemeriksaan pada formulir bayi baru lahir dan apabila dijumpai keadaan yang tidak normal, dapat digunakan formulir MTBS untuk pemeriksaan lebih lanjut.
 - b) Imunisasi HB 0.
 - c) Pemantauan stabilisasi kondisi bayi setiap 1 jam yang meliputi postur tubuh, aktivitas, pola napas, denyut jantung, perubahan suhu tubuh, warna kulit dan kemampuan menghisap.
- c. Perawatan Neonatus Esensial setelah Lahir (6 jam – 28 hari), pada usia ini ada banyak hal yang harus dilakukan di antaranya adalah:
 - 1) Jaga agar bayi tetap hangat dengan mengenakan baju atau selimut yang lembut, hangat, memakai penutup mata, sarung tangan dan kaos kaki, bayi dirawat gabung dengan ibunya sehingga ibu mudah menjangkau bayinya, jaga ruangan tetap hangat (suhu 22-28°C).
 - 2) Pemeriksaan bayi mengacu pada Manajemen Terpadu Balita Sakit pada kelompok umur kurang dari 2 bulan yang dikenal sebagai Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan ini dilakukan untuk bayi muda sehat ataupun sakit.
 - 3) Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI, mengajarkan pada ibu tentang posisi menyusui yang benar, cara perlekatan menyusui yang benar, dan cara memantau kecukupan ASI dengan menilai gambaran tinja pada popok, gambaran urin pada popok dan kenaikan berat badan bayi. Bayi yang tidak mendapat kecukupan ASI akan mengalami penambahan berat badan kurang dari kurva standar, pengeluaran air seni pekat dan

sedikit (kurang 6 kali sehari), dan feses masih berwarna seperti meconium pada hari ke-5.

- 4) Perawatan metode kanguru, adalah cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi) diletakkan secara tegak/vertical di dada, antara kedua payudara ibu (ibu telanjang dada) sehingga terjadi kontak antara kulit ibu dan bayi dengan tujuan bayi memperoleh panas melalui proses konduksi.
- 5) Pemantauan pertumbuhan neonatus, dilakukan dengan melaksanakan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan kemudian dicatat dan diplot pada grafik kurva pertumbuhan WHO 2005. Pemantauan ini dilakukan minimal 3 kali pada periode neonatal. Pengukuran lingkar kepala dicatat dan diplot pada kurva Nellhaus secara berkala dilakukan sebulan sekali.
- 6) Masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus:
 - a) Bayi rewel, rewel bisa disebabkan mengompol, kepanasan/kedinginan, terlalu atau ingin tidur, ingin ditimang atau mendengar suara ibunya, merasa sendiri atau memang ada yang tidak nyaman.
 - b) Bayi kolik, ditandai dengan tangisan bayi begitu keras tanpa sebab jelas disertai gerakan bayi menekukkan kakinya ke arah perut atau berusaha mengangkat punggungnya. Penyebab kolik di antaranya infeksi saluran cerna, intoleransi glukosa, stress emosional ibu, alergi, menyusui yang tidak adekuat, dll.
 - c) Gumoh/regurgitasi, gumoh merupakan kondisi fisiologis yang sering dijumpai pada bayi pada usia 0-12 bulan. Gumoh bukan muntah dan 80 % bayi sehat berumur 1 bulan mengalami gumoh paling sedikit 1 kali setiap harinya. Bayi kurang bulan umumnya lebih sering gumoh dibandingkan bayi cukup bulan. Gumoh terjadi karena lambung bayi masih dalam posisi mendatar, sebagian lambung masih berada pada rongga dada, besar lambung

relative kecil dan fungsi penutupan lambung dan esophagus belum sempurna. Walaupun gumoh merupakan hal yang fisiologis tapi juga dapat berkembang menjadi patologis sehingga menimbulkan masalah bagi bayi.

- d) Kerak topi (*cradle cap*), adalah kerak berwarna kuning kecoklatan akibat proses peradangan yang menyebabkan aktivitas kelenjar minyak dan keringat berlebihan khususnya di daerah perbatasan rambut kepala. Bila hal ini dibiarkan dapat menimbulkan infeksi jamur. Penggunaan sampoh bayi secara rutin atau mengandung bahan anti-ketombe sangat dianjurkan. Pemberian cream anti jamur jika disertai infeksi jamur.
- d. Penatalaksanaan Neonatus yang lahir dari ibu dengan infeksi. Ibu hamil penderita hepatitis B atau HBsAg positif dapat menularkan pada bayinya sehingga pemberian vaksin Hepatitis B dan HbIg sesuai waktunya dianjurkan dengan serial vaksinasi Hepatitis B. Neonatus yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV memiliki risiko tertular pada masa kehamilan sebesar 5-10%, saat persalinan (pervaginal) 10-20 % dan melalui ASI 5-20% sehingga perlu pemberian ARV profilaksis bagi bayi dari ibu HIV. Pemberian konseling nutrisi untuk bayi baru lahir dari ibu terinfeksi HIV juga sangat penting dan perlu dimulai sejak masa antenatal. Neonatus yang lahir dari ibu dengan sifilis juga perlu dirawat dengan kewaspadaan standar dan pencegahan pengendalian infeksi sifilis dan infeksi menular seksual lainnya dari ibu ke anak. Neonatus tanpa gejala klinis dari ibu sifilis tanpa pengobatan atau neonatus dengan gejala klinis perlu dirujuk untuk evaluasi dan pengobatan lebih lanjut ke rumah sakit yang memiliki dokter spesialis anak atau spesialis kulit dan kelamin. Bayi yang mempunyai TB kongenital dan/atau TB neonatal, ibu dan bayi harus dirujuk untuk investigasi dan tata laksana selanjutnya. Jika bayi tanpa gejala TB, dapat

diberikan profilaksis sesuai prosedur. Bayi tetap diberikan ASI eksklusif dengan catatan ibu yang menyusui harus menjalankan kaidah pengendalian transmisi.

B. PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI (PASCA NEONATAL)

Bayi adalah anak yang berumur di bawah satu tahun atau sebelum mencapai hari ulang tahun pertama. Selanjutnya bayi dikelompokkan menjadi neonatal (bayi baru lahir), yaitu bayi yang berumur 0-28 hari dan bayi pasca neonatal, yaitu bayi berumur 29 hari sampai 11 bulan (Kementerian Kesehatan, 2014).

Angka Kematian Bayi (AKB) juga merupakan salah satu indikator untuk menilai derajat kesehatan suatu Negara. Angka kematian bayi masih menjadi masalah yang belum terselesaikan sampai saat ini. Kesehatan bayi harus dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Pelayanan kesehatan bayi termasuk salah satu dari beberapa indikator yang bisa menjadi ukuran keberhasilan upaya peningkatan kesehatan bayi dan balita. Pelayanan kesehatan pada bayi ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali, yaitu pada umur:

- a. 29 hari – 2 bulan;
- b. 3 – 5 bulan;
- c. 6 – 8 bulan; dan
- d. 9 – 12 bulan.

Upaya pemeliharaan kesehatan pada kelompok usia ini terdiri dari penimbangan berat badan, pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, Polio 1-4, dan Campak), Stimulasi Deteksi Intervensi

Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi, pemberian vitamin A pada bayi, dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) dan lain-lain. Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi.

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral).

Imunisasi Undang - Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan. Imunisasi dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 yang diundangkan tanggal 11 April 2017. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit tertentu, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian. Imunisasi merupakan salah

satu intervensi kesehatan yang terbukti paling costeffective (murah), karena dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat PD3I yang diperkirakan 2 hingga 3 juta kematian tiap tahunnya. Imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi program dan imunisasi pilihan. Imunisasi program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan imunisasi pilihan adalah imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit tertentu. Imunisasi program terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun, sedangkan imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia bawah dua tahun (baduta), anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur (WUS).

C. PELAYANAN KESEHATAN PADA BALITA

Balita adalah individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentang usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0-2 tahun), golongan batita (2-3 tahun), dan golongan pra sekolah (>3-5 tahun). Adapun menurut WHO, kelompok balita adalah 0-60 bulan (Andriani dan Bambang, 2014). Menurut Kementerian Kesehatan, anak balita adalah anak umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan (Kementrerian Kesehatan, 2014). Masa balita merupakan dasar pembentukan fisik dan kepribadian pada masa berikutnya sehingga merupakan masa emas untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang unggul.

Kematian balita merupakan salah satu indikator penting yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan SKDI tahun 2017 angka kematian balita (AKABA) 32 per 1.000 kelahiran hidup. Pentingnya peranan kesehatan balita menjadikannya sebagai salah satu indikator SDGs. Konsensus global tersebut memberikan mandate kepada seluruh Negara untuk mengakhiri kematian balita yang dapat dicegah hingga 25 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (United Nation, 2015) sementara sesuai dengan Target Pembangunan Berkelanjutan, AKABA diharapkan dapat mencapai angka 18,8 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2030. Penyebab kematian terbanyak pada kelompok anak balita (12 – 59 balita) adalah diare. Penyebab kematian lain di antaranya pneumonia, demam, malaria, difteri, campak, dan lainnya.

Pelayanan kesehatan pada balita terdiri dari pelayanan kesehatan balita sehat dan pelayanan kesehatan balita sakit. Pelayanan ini harus dilaksanakan sesuai standar.

1. Pelayanan Kesehatan Balita Sehat

Pelayanan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang, meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan Balita usia 0 -11 bulan;
- b. Pelayanan kesehatan Balita usia 12-23 bulan;
- c. Pelayanan kesehatan Balita usia 24-59 bulan;
- d. Pemantauan perkembangan balita;

Pada masa balita, kecepatan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik (gerak kasar dan gerak halus) serta fungsi ekskresi. Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada masa balita. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa balita akan mempengaruhi dan

menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pemantauan balita menggunakan KMS untuk memantau perkembangan:

- 1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.
- 2) Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis, dan sebagainya.
- 3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
- 4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.

Tabel 1. Tahap Perkembangan Balita

Usia	Motorik Kasar	Motorik Halus	Bicara dan Bahasa	Sosialisasi dan Kemandirian
12-18 bulan	▪ Berdiri sendiri tanpa berpegangan ▪ Berjalan mundur 5 langkah	▪ Menumpuk 2 kubus	▪ Memanggil ayah dengan kata “papa”, memanggil ibu dengan kata “mama”	▪ Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis /merengek ▪ Memperlihatkan rasa cemburu/ bersaing
18-24 bulan	▪ Berdiri sendiri tanpa	▪ Menumpuk 4 buah kubus	▪ Menyebutkan 4-6 kata yang	▪ Memegang cangkir sendiri,

	berpegangan 30 detik	▪ Memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk ▪ Menggelindingkan bola ke arah sasaran	memiliki arti	belajar makan minum sendiri ▪ Bertepuk tangan, melambai-lambai ▪ Membantu/menirikan pekerjaan rumah tangga ▪ Mengetahui jenis kelamin sendiri
24-36 bulan	▪ Naik tangga sendiri ▪ Dapat bermain dan menendangi bola kecil	▪ Mencoret-coret pensil pada kertas	▪ Bicara dengan baik, menggunakan 2 kata ▪ Melihat gambar dan dapat menyebutkan dengan benar nama 2 benda atau lebih	▪ Makan nasi sendiri tanpa banyak yang tumpah ▪ Melepas pakaiannya sendiri
36-48 bulan	▪ Berdiri 1 kaki 2 detik ▪ Melompat kedua kaki diangkat ▪ Menga	▪ Menggambar garis lurus ▪ Menumpuk 8 buah kubus	▪ Menyebut nama, umur, tempat ▪ Mengenal 2-4 warna ▪ Mengerti arti kata di depan, di	▪ Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri ▪ Bermain bersama teman, mengikuti peraturan permainan

	yuh sepeda roda tiga		atas, di bawah ▪ Mendengar kan cerita	▪ Mengenakan sepatu sendiri ▪ Mengenakan
48- 60 bulan	▪ Berdiri 1 kaki 6 detik ▪ Melompat-lompat 1 kaki	▪ Menari ▪ Menggambar tanda silang ▪ Menggambar lingkaran ▪ Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh ▪ Mengancing baju atau pakaian boneka	▪ Menyebut nama lengkap tanpa dibantu ▪ Senang menyebut kata-kata baru ▪ Senang bertanya tentang sesuatu ▪ Menyebut nama-nama hari ▪ Bicaranya mudah dimengerti	▪ Berpakaian sendiri tanpa dibantu ▪ Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

e. Pemberian kapsul vitamin A;

Vitamin A merupakan zat gizi penting yang sangat diperlukan tubuh untuk pertumbuhan dan daya tahan tubuh terhadap penyakit. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan kebutaan pada anak serta meningkatkan risiko kesakitan dan kematian. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, anak Balita, dan Ibu Nifas, kapsul vitamin A merupakan kapsul lunak dengan ujung (nipple) yang dapat digunting, tidak transparan (opaque), dan mudah untuk dikonsumsi, termasuk dapat masuk ke dalam mulut balita. Kapsul vitamin A bagi bayi usia 6–11 bulan berwarna biru dan mengandung retinol

(palmitat/asetat) 100.000 IU, sedangkan kapsul vitamin A untuk anak balita usia 12-59 bulan dan ibu nifas berwarna merah dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 200.000 IU. Sesuai dengan Panduan Manajemen Terintegrasi Suplementasi Vitamin A waktu pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita dilaksanakan serentak setiap bulan Februari dan Agustus. Frekuensi pemberian vitamin A pada anak balita 12-59 bulan sebanyak 2 kali dan terintegrasi dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) meliputi penanggulangan kecacingan pada Balita, tatalaksana diare, tatalaksana gizi buruk dan campak serta imunisasi. Pemberian vitamin A dan suplementasi seng berpengaruh terhadap penurunan angka kejadian ISPA dan diare pada anak (Asfianti, F., Nazir, HM. Husin, 2013). Penelitian Christi, et al (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa anak balita yang tidak mendapatkan vitamin A durasi diare yang dialami lebih dari 4 hari, mengalami dehidrasi dan hospitalisasi lebih dari 7 hari. Vitamin A berperan penting dalam merangsang sintesis sel epithelia intestinal yang rusak akibat diare (Bhutta, 2016).

f. Pemberian imunisasi lanjutan;

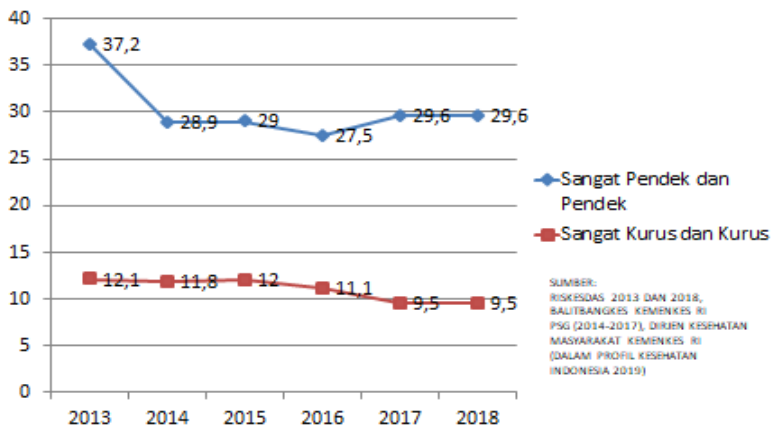
Imunisasi lanjutan pada anak baduta diperlukan untuk mempertahankan tingkat kekebalan agar tetap tinggi sehingga dapat memberikan perlindungan dengan optimal. Pemberian imunisasi pada anak perlu ditambah dengan dosis lanjutan (booster) untuk meningkatkan kekebalannya yang diberikan pada usia 18 bulan. Perlindungan optimal dari pemberian imunisasi lanjutan ini hanya didapat apabila anak tersebut telah mendapat imunisasi dasar secara lengkap. Karena itu, sejak tahun 2014, secara nasional program imunisasi lanjutan masuk ke dalam program imunisasi rutin dengan memberikan 1 dosis DPT-HB-HiB(4) dan campak/MR(2) kepada anak usia 18-24 bulan.

g. Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan;

Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dilakukan saat penimbangan balita di posyandu untuk deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rutin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Hal ini dimaksudkan apabila berat badan anak tidak naik atau jika ditemukan penyakit, dapat segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan, agar tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tata laksana kasus anak gizi kurang atau gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan. Jumlah balita ditimbang di Posyandu merupakan data indikator terpantaunya pertumbuhan balita melalui pengukuran perubahan berat badan setiap bulan sesuai umur. Pengukuran status gizi didasarkan atas standar World Health Organization (WHO, 2005) yang telah ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Menurut standar tersebut, status gizi balita dapat diukur berdasarkan tiga indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang diselenggarakan yang oleh Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan di Indonesia adalah 3,8%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 11,4%. Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2017, yaitu persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan sebesar 3,5% dan persentase gizi kurang sebesar 11,3%. Pada balita usia 0-59 bulan, hasil Riset Kesehatan

Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa persentase gizi buruk di Indonesia adalah 3,9%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 13,8%. Pendek dan sangat pendek atau yang sering disebut sebagai stunting merupakan status gizi yang berdasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur (TB/U). Berikut adalah presentase sangat pendek dan pendek, sangat kurus dan kurus pada balita 0-59 bulan:

PERSENTASE SANGAT PENDEK DAN PENDEK DAN SANGAT KURUS DAN KURUS PADA BALITA 0-59 BULAN DI INDONESIA TAHUN 2013-201



- h. Edukasi dan informasi. Edukasi dan informasi harus senantiasa disampaikan kepada masyarakat tentang pentingnya peran keluarga dalam menyiapkan generasi muda. Keluarga memegang peranan penting dalam membentuk perilaku kesehatan ibu dan pengasuhan anak. Dukungan sosial dari orangtua, suami serta petugas kesehatan turut mempengaruhi pola pengasuhan anak yang berkontribusi terhadap akses pelayanan kesehatan pada anak.

2. Pelayanan Balita Sakit.

Pelayanan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS). MTBS adalah suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, status gizi, status imunisasi maupun penanganan balita sakit tersebut dan konseling yang diberikan. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi, dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita serta menekan morbiditas karena penyakit tersebut (Sugijati & Rahayu, 2015). Bagan MTBS terdiri dari menilai bayi umur kurang dari 2 bulan dan anak umur 2-59 bulan, menentukan klasifikasi, menentukan tindakan/pengobatan, konseling, pelayanan tindak lanjut (Kemenkes, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani M, Bambang W, 2014, Gizi dan Kesehatan Balita (Peranan Mikro Zinc pada pertumbuhan balita), Jakarta: Kencana.
- Asfianti, F., Nazir, HM. Husin, S. Theodorus, 2013, Pengaruh Suplementasi Seng dan Vitamin A terhadap Kejadian ISPA dan Diare pada Anak, Sari Pediatri, Vol 15 (2), 93-98. Diakses dari <https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/> tanggal 6 Juni 2021.
- Bhutta, ZA, 2016, Acute Gastroenteritis in Children (20th. Ed.), Philadelphia: Elsevier.
- Chisti, MJ., Salam, MA., Faruque, ASG., Ashraf, H. Baardhan, PK., Das, SK., Chowdhury, F., Islam, SB., Ahmed, Y, 2013, History of Vitamin A Supplementation Reduces Severity of Diarrhea in Young Children Admitted to Hospital with Diarrhea and Pneumonia, Food and Nutrition Sciences, Vol. 4 No. 2, 2013, pp. 150-155 doi: [10.4236/fns.2013.42021](https://doi.org/10.4236/fns.2013.42021).diakses di <http://www.scirp.org/journal/fns> 6 Juni 2021.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, 2009, Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, anak Balita, dan Ibu Nifas, Jakarta: Kementerian Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Panduan Manajemen Terintegrasi Suplementasi Vitamin A, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018, Laporan Nasional Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Diakses dari <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas>. Tanggal 4 Juni 2021.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019, Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020, Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Jakarta: Kementerian Kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020, Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019, Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Oza S, Cousens SN and Law JE, 2014, Estimation of Daily Risk of Neonatal Death, Including The Day of Birth, in 186 Countries in 2013: A-Vital-Registration and Modelling-Based Study, Lancet

Glob Health: e635-44. DOI [http://doi.org.10.1016/S2214-109X\(14\)70309-2](http://doi.org.10.1016/S2214-109X(14)70309-2) Diakses dari <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article> pada tanggal 6 Juni 2021.

Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia, 2012, Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak. Jakarta: Sekretariat Negara.

Sharma RS., et al, 2015, Low Birth Weight at Term and Its Determinants in a Tertiary Hospital in Nepal: case Control Study, PLOS Journal, Published: 8 April.

Sugijati, & Rahayu, D. E., 2015, Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun), Jakarta: Kementrian Republik Indonesia.

United Nations, 2015, Transforming Our World, The 2030 Agenda for Sustainable Development, New York: United nation.

PROFIL PENULIS



dr. Iin Dwi Yuliarti, M.Kes adalah praktisi kesehatan alumni FK UGM. Menempuh pasca sarjana di UNS program Magister Kedokteran Keluarga. Saat ini, penulis sebagai dokter di RSU Sarila Husada dan Kepala Bidang Keluarga Berencana, Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga I Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Sragen. Pernah menjabat sebagai Kepala Bidang Kesehatan Keluarga dan Kepala Bidan Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen. Selain itu, penulis aktif pada organisasi sosial yang bergerak di bidang kesehatan ibu dan anak dan organisasi remaja.

BAB V

KONSEP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Rahmawati Azis

A. SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Berdasarkan cerita Mitos Yunani, dikenal dua tokoh yaitu ASCLEPIUS dan HIGEIA. Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama, melakukan pengobatan dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu dengan baik. Higeia, seorang asisten yang juga istrinya, melakukan upaya kesehatan melalui hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makanan bergizi, cukup istirahat dan olah raga. Tokoh Higeia menganjurkan melakukan upaya-upaya alamiah untuk menyembuhkan penyakit, mengutamakan tindakan preventif. Perkembangan selanjutnya muncul dua pendekatan dalam menangani masalah kesehatan, yaitu: 1). Pelayanan Kesehatan Kuratif (*Curative Health Care*): Kelompok ini dikenal menggunakan pendekatan pengobatan, menunggu terjadinya penyakit. Ciri-cirinya: Sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya sekali saja. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi lain) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Cenderung bersifat reaktif, umumnya hanya menunggu masalah datang. Menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien dilihat secara partial. 2). Pelayanan Kesehatan Preventif (*Preventive Health Care*): Kelompok ke-2 ini melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit (preventif) dan meningkatkan kesehatan (promotif). Ciri-cirinya: Sasaran adalah masyarakat.

Masalah yang ditangani pada umumnya yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah perorangan. Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat lebih bersifat kemitraan. Menggunakan pendekatan proaktif, artinya harus turun ke masyarakat, tidak hanya menunggu pasien datang. Menangani dengan pendekatan yang holistic (utuh), terjadinya penyakit tidak hanya terganggunya sistem biologi akan tetapi dalam konteks yang lebih luas.

1. Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Dunia

Perkembangan kesehatan masyarakat, telah dimulai sebelum ilmu pengetahuan modern berkembang. Perkembangannya secara umum dibagi dua periode, yaitu:

a. *Pre scientific period* (Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan)

Peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma. Pada masa ini, masyarakat belum terlalu memahami arti pentingnya kesehatan. Peraturan tertulis yang mengatur pembuangan limbah kotoran yang tujuan awalnya tidak untuk kesehatan tetapi karena limbah menimbulkan bau tidak sedap. Namun, mereka makin menyadari pentingnya kesehatan masyarakat setelah timbulnya berbagai macam penyakit menular.

Pemerintah kota pun melakukan upaya pemberantasan penyakit dengan membuat peraturan tertulis tentang pembuangan air limbah, drainase, pengaturan air minum, dan pembuangan kotoran. Pada Zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat tentang pembangunan rumah, binatang-binatang yang berbahaya bahkan ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervise/ peninjauan tempat minum masyarakat, warung makan dan tempat-tempat prostitusi.

Pada abad ke-7 kesehatan masyarakat makin penting dirasakan karena berbagai penyakit menular makin menyebar sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan di beberapa wilayah menjadi endemis, misalnya kolera. Pada abad ke-14 terjadi wabah pes, dianggap epidemic terburuk saat itu dan dijuluki sebagai “*black death*”. Selama abad pertengahan ini juga terjadi epidemic penyakit yang lain, diantaranya cacar, difteri, campak, influenza, tuberculosis, antraks dan trakoma. Penyakit epidemic terakhir selama periode itu adalah sifilis, yang muncul pada tahun 1492. Penyakit ini, seperti halnya penyakit epidemic yang lain, juga membunuh ribuan orang. Namun saat itu upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan.

b. *Scientific period* (Periode Ilmu Pengetahuan)

Pada periode ini mulai ditemukan penyebab-penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah. Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, kebangkitan ilmu pengetahuan mempunyai dampak yang luas terhadap segala aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Mulai abad ke-19 masalah kesehatan, khususnya penyakit, tidak hanya dilihat sebagai fenomena biologis dan pendekatan yang dilakukan tidak hanya secara biologis yang sempit. Kesehatan adalah masalah yang kompleks sehingga masalah kesehatan dilakukan dengan pendekatan komprehensif dan multisektoral.

Penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat secara ilmiah mulai dilakukan pada tahun 1832, dimulai pada saat Parlemen Inggris membentuk komisi untuk penyelidikan dan penanganan masalah wabah kolera. Edwin Chadwick seorang pakar sosial (*social scientist*) ditunjuk sebagai ketua komisi. Hasil penyelidikan menunjukkan wabah terjadi karena masyarakat hidup di suatu kondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan

aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia; Air limbah yang mengalir terbuka tidak teratur; Makanan yang dijual di pasar banyak dikerubungi lalat dan kecoa; Sebagian besar masyarakat miskin, dengan gaji rendah sehingga sebagian mereka tidak mampu membeli makanan yang bergizi. Laporan Chadwich dengan analisis data statistik yang lengkap dan terpercaya. Oleh karena itu, parlemen mengeluarkan undang-undang yang mengatur upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, yaitu terutama sanitasi lingkungan, sanitasi tempat-tempat kerja, pabrik, dan sebagainya. Pada masa ini, tahun 1855 pertamakalinya pemerintah AS membentuk Departemen Kesehatan, merupakan peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Tahun 1883 Sekolah Tinggi Kedokteran didirikan oleh John Hopkins di Baltimore AS, dengan salah satu departemennya adalah Departemen Kesehatan Masyarakat. Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dsb. Tahun 1972 dibentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*).

2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia tercatat diawali sejak pemerintahan (penjajah) Belanda abad ke-16. Upaya kesehatan masyarakat pada waktu itu berawal dari adanya upaya pemberantasan wabah cacar dan kolera. Kolera masuk di Indonesia tahun 1927, dan tahun 1937 mewabah di Indonesia. Kemudian diikuti cacar masuk ke Indonesia pada tahun 1948 melalui Singapura. Namun demikian sebelumnya, pada tahun 1807, pada waktu pemerintahan Gubernur Jendral Daendels, telah melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Upaya

ini dilakukan dalam rangka penurunan angka kematian bayi yang tinggi pada waktu itu.

Pada tahun 1851 sekolah dokter Jawa didirikan oleh dr. Bosch (kepala pelayanan kesehatan sipil dan militer) dan dr. Bleeker di Indonesia. Sekolah ini terkenal dengan nama STOVIA (*School Top Opleiding Van Indische Arsten*) atau sekolah untuk pendidikan dokter pribumi. Tahun 1888 didirikan Laboratorium Kedokteran di Bandung dan tahun 1913 didirikan sekolah dokter yang ke-2 di Surabaya dengan nama NIAS (*Nederland Indische Arsten school*). Pada tahun 1927 STOVIA berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya Universitas Indonesia tahun 1947 berubah menjadi fakultas kedokteran Universitas Indonesia. Kedua sekolah dokter tersebut mempunyai andil yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. STOVIA dan NIAS mempunyai andil sangat besar dalam perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk ketika menangani wabah penyakit pes di Pulau Jawa dengan memberikan vaksinasi kepada 15 juta penduduk pulau Jawa dan penyemprotan racun serangga *Dichloro Diphenyl Trichloroethane* (DTT) di rumah-rumah.

Pada tahun 1925, Hydrich seorang petugas kesehatan pemerintah belanda melakukan pengamatan terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Banyumas-Purwokerto pada waktu itu. Dari hasil pengamatan dan analisisnya tersebut ia menyimpulkan bahwa penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan ini adalah karena jeleknya kondisi sanitasi lingkungan, yang disebabkan karena perilaku penduduk. Oleh sebab itu, untuk memulai upaya kesehatan masyarakat Hydrich mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) kesehatan.

Usaha Hydrich ini dianggap sebagai awal kesehatan masyarakat di Indonesia. Memasuki zaman kemerdekaan, salah satu tonggak penting

perkembangan kesehatan masyarakat Indonesia adalah diperkenalkannya Konsep Bandung (*Bandung Plan*) pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimeina dan dr. Partah. Dalam konsep ini mulai diperkenalkan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. Hasilnya, pada tahun 1956 dibentuk "Proyek Bekasi" di Lemah Abang sebagai contoh atau model pelayanan, pelatihan serta pengelolaan program kesehatan masyarakat pedesaan.

Sekitar bulan November tahun 1967, para ahli kesehatan di seluruh Indonesia mengadakan seminar pertama yang membahas program kesehatan masyarakat terpadu. Hasilnya, konsep pusat kesehatan masyarakat yang digagas oleh dr. Achmad Dipodilogo disepakati bersama, sampai akhirnya diresmikan oleh pemerintah menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

B. DEFINISI, RUANG LINGKUP, DAN TUJUAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Definisi Kesehatan Masyarakat

Definisi kesehatan menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Menurut Undang-Undang (UU) Kesehatan No.23 Tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan menurut UU No.36 Tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

UU No. 36/2009 Tentang Kesehatan menetapkan bahwa setiap orang berhak atas Kesehatan: (1) hak untuk memperoleh

akses atas sumber daya di bidang kesehatan; (2) hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; (3) hak untuk menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; (4) hak untuk mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat Kesehatan; (5) hak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab; (6) hak untuk memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dan pemberantasan penyakit.

Definisi kesehatan masyarakat, batasan yang paling tua, menyatakan bahwa kesehatan masyarakat adalah upaya untuk mengatasi permasalahan sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain kesehatan masyarakat adalah sanitasi, yang merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan adalah merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan diketemukan bakteri-bakteri penyebab penyakit dan beberapa jenis imunisasi, kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.

Pada awal abad ke-19, kesehatan masyarakat sudah berkembang dengan baik. Kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai suatu upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Ilmu kedokteran itu sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial. Dalam perkembangan selanjutnya, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda masyarakat. Masyarakat sebagai objek penerapan ilmu kedokteran dan sanitasi mempunyai aspek sosial ekonomi dan budaya yang sangat kompleks.

Winslow (1920) mendefinisikan kesehatan masyarakat yang sampai sekarang masih relevan. Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah

ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang masa hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui “usaha-usaha pengorganisasian masyarakat” untuk:

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan.
- b. Pemberantasan penyakit menular.
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan.
- d. Pengorganisasian pelayanan kesehatan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup layak dalam memelihara kesehatan.

Ikatan Dokter Amerika (1948) mendefinisikan kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit.

berdasarkan perkembangan definisi kesehatan masyarakat, dapat disimpulkan bahwa definisi kesehatan masyarakat itu meluas. Tidak hanya membahas sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan, tetapi juga sampai pada ilmu sosial.

2. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Pada mulanya sebagai Ilmu Kesehatan Masyarakat, hanya mencakup 2 disiplin keilmuan, yaitu Ilmu Bio-Medis (*Medical Biology*) dan Ilmu Sosial (*Social Science*). Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama ilmu kesehatan masyarakat, antara lain;

- a. Epidemiologi,
- b. Biostatistik/statistik Kesehatan,
- c. Kesehatan Lingkungan,

- d. Kesehatan Kerja.
- e. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
- f. Administrasi Kebijakan Kesehatan,
- g. Gizi Masyarakat,

Kesehatan masyarakat pada praktiknya mempunyai kegiatan yang luas. Semua kegiatan baik yang langsung ataupun tidak langsung untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

3. Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, secara fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Tujuan umum kesehatan masyarakat adalah meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri. Adapun tujuan khusus, yaitu:

- a. Meningkatkan pemahaman tentang pengertian sehat sakit pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan.
- c. Tertangani/terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan

C. PRINSIP DASAR DAN FALSAFAH KESEHATAN MASYARAKAT

1. Prinsip dasar

Secara teori dan praktek, kesehatan masyarakat menekankan pada upaya pencegahan penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Namun demikian, peran antara ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat, kedua ilmu tersebut dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan saling melengkapi, perbedaannya hanya terletak pada penekanannya saja. Prinsip dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) adalah:

- a. Menekankan pemikiran dan tindakan promotif/ preventif daripada kuratif.
- b. Menekankan masyarakat atau sekelompok orang, baik sehat maupun sakit, daripada individu yang sakit saja.
- c. Faktor lingkungan dianggap memegang peranan sangat penting.
- d. Memandang upaya kesehatan sebagai upaya masyarakat yang terorganisasikan.
- e. Menganggap masyarakat sebagai obyek dan subyek upaya kesehatan, sehingga peran serta masyarakat dan perilakunya menjadi sangat penting.
- f. Memandang masalah kesehatan sebagai masalah yang multi sektoral yang saling terkait/berhubungan dengan permasalahan lainnya.

2. Falsafah

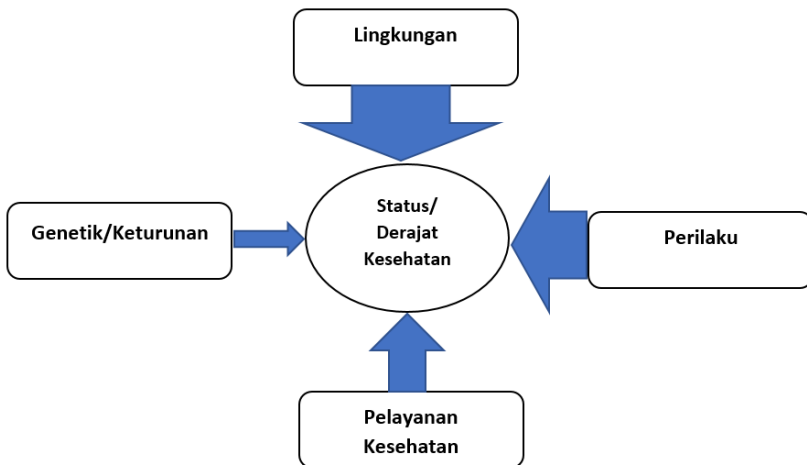
Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai tujuan dan menjadi sebagai pandangan hidup. Falsafah Kesehatan masyarakat merupakan pandangan dasar tentang hakekat manusia dan esensi kesehatan

yang menjadikan kerangka dasar dalam penerapan ilmu kesehatan masyarakat. Kesehatan merupakan hak wajar dari setiap orang. Sehat tidak hanya dipikirkan manakala keadaannya sudah menyimpang dari kondisi normal (sakit). Slogan kebersihan pangkal sehat, sama tuanya dengan budaya manusia dalam seni penyembuhan (*healing*).

Pelayanan kesehatan terjangkau dan dapat diperoleh oleh semua orang dan merupakan bagian integral dari upaya kesehatan. Promotif dan preventif diupayakan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

D. FAKTOR YANG MEMENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Menurut Henrik L. Blum (1974), terdapat 4 faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu: keturunan (genetik), pelayanan kesehatan, perilaku, dan lingkungan. H.L. Blum menyebutkan derajat kesehatan dapat dipengaruhi oleh 40 persen lingkungan, 30 persen perilaku, 20 persen pelayanan Kesehatan, dan 10 persen oleh keturunan. Pada gambar 1, berikut menunjukkan bahwa lingkungan memiliki pengaruh terbesar, kemudian disusul oleh faktor perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik berturut-turut memengaruhi derajat/ status kesehatan:



Gambar 1. Faktor yang Memengaruhi Status/Derajat Kesehatan Masyarakat (Henrik L. Blum (1974))

1. Lingkungan

Lingkungan meliputi lingkungan fisik, biologis, dan sosiokultur (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 memengaruhi derajat kesehatan. Lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin seseorang/ 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 ia berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan, maka peluang memiliki pengetahuan

untuk hidup sehat akan semakin baik, dan hal tersebut akan memengaruhi derajat kesehatannya.

Lingkungan daerah yang kumuh dan tidak dirawat biasanya banyak penduduknya yang mengidap penyakit seperti: gatal-gatal, infeksi saluran pernafasan, dan infeksi saluran pencernaan. Penyakit demam berdarah juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Lingkungan yang tidak bersih, banyaknya tempat penampungan air yang tidak pernah dibersihkan, dapat menyebabkan perkembangan nyamuk *aedes aegypti*, penyebab demam berdarah. Hal ini menyebabkan penduduk sekitar memiliki risiko tergigit nyamuk dan tertular demam berdarah.

2. Perilaku

Perilaku merupakan faktor kedua memengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena kesehatan seseorang, 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. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami transisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan memengaruhi derajat kesehatan. Misalnya: pada masyarakat tradisional senantiasa berjalan kaki melakukan aktivitasnya. Pada masyarakat modern, sarana transportasi sudah semakin maju, maka masyarakat terbiasa beraktivitas dengan menggunakan transportasi sehingga kurang olah raga menggerakkan anggota tubuhnya. Kondisi ini dapat berisiko obesitas. Ditambah lagi kebiasaan masyarakat modern mengkonsumsi makanan cepat saji yang kurang mengandung serat.

Tetapi untuk kondisi di negara berkembang, faktor perilaku bisa paling besar pengaruhnya terhadap munculnya gangguan

kesehatan atau masalah kesehatan masyarakat. Tersedianya jasa pelayanan kesehatan (*health service*), misalnya, tanpa disertai perubahan tingkah laku (peran serta) masyarakat akan mengakibatkan masalah kesehatan tetap potensial berkembang di masyarakat. Misalnya: Penyediaan fasilitas dan imunisasi tidak akan banyak manfaatnya apabila ibu-ibu tidak datang ke pos imunisasi. Perilaku ibu yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sudah tersedia adalah akibat kemungkinan kurangnya pengetahuan tentang manfaat imunisasi dan efek sampingnya. Pengetahuan akan dapat meningkat antara lain dapat disebabkan penyuluhan kesehatan tentang imunisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Perilaku seseorang atau masyarakat yang kurang sehat juga akan berpengaruh pada faktor lingkungan yang memudahkan timbulnya suatu penyakit. Perilaku yang sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Misalnya kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, diabetes mellitus dan lain-lain. Perilaku lainnya yaitu kebiasaan mencuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti diare.

3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, Pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana prasarana, dan dana akan menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan seperti ini akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di suatu wilayah atau kelompok masyarakat. Misalnya: jadwal imunisasi yang teratur dan penyediaan vaksin yang cukup sesuai dengan

kebutuhan, serta informasi tentang pelayanan imunisasi yang memadai akan meningkatkan cakupan imunisasi dalam masyarakat. Cakupan imunisasi tinggi akan menekan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu antara lain upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan pengadaan puskesmas, puskesmas pembantu, bidan desa, pos obat desa, dan jejaring lainnya.

4. Genetik

Faktor genetik paling kecil pengaruhnya terhadap derajat kesehatan perorangan/ masyarakat dibandingkan dengan faktor yang lain. Faktor genetik perlu mendapat perhatian untuk pencegahan penyakit. Misalnya: seorang anak yang lahir dari orang tua penderita Diabetes Melitus (DM) akan mempunyai risiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua bukan penderita DM. Upaya pencegahan anak yang lahir dari penderita DM harus selalu mewaspadai faktor genetik yang diwariskan orangtua. Oleh karenanya, ia harus melakukan pencegahan pada faktor risiko lainnya agar tidak memperbesar peluang menderita DM, misalnya mengatur dietnya, teratur berolahraga dan upaya pencegahan lainnya. Hal tersebut menyebabkan tidak ada atau kecil peluang faktor genetiknya berkembang menjadi faktor risiko terjadinya DM pada diri orang tersebut.

Semakin banyak penduduk yang memiliki risiko penyakit bawaan, maka akan semakin sulit upaya meningkatkan derajat kesehatan. Salah satu solusi, perlu adanya konseling perkawinan untuk menghindari penyakit bawaan yang sebenarnya dapat dicegah munculnya.

Dalam menganalisis program kesehatan di lapangan, paradigma H.L. Blum dapat dimanfaatkan untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan masalah sesuai dengan faktor yang berpengaruh pada status kesehatan masyarakat. Analisis ke-4 faktor tersebut perlu dilakukan secara cermat sehingga masalah kesehatan masyarakat dan program dapat dirumuskan dengan jelas.

E. TINGKATAN UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT

Upaya pencegahan penyakit mencakup:

1. Pencegahan tingkat awal (*Primordial prevention*)

Pencegahan tingkat awal ini merupakan upaya pencegahan terjadinya risiko/ mempertahankan keadaan risiko rendah terhadap penyakit secara umum. Upaya ini dilakukan oleh masyarakat, tidak hanya dari pihak petugas kesehatan saja. Terlebih sasarannya adalah remaja atau usia muda, dengan tidak mengabaikan usia dewasa dan lansia.

Pencegahan ini meliputi:

- a. Memelihara dan mempertahankan gaya hidup yang sudah ada dan benar dalam masyarakat, agar dapat mencegah meningkatnya risiko terhadap penyakit tertentu.
- b. Mencegah kebiasaan baru atau mencegah generasi yang sedang bertumbuh agar tidak meniru atau melakukan kebiasaan hidup yang dapat menimbulkan risiko terhadap berbagai penyakit.
- c. Melakukan modifikasi atau penyesuaian terhadap risiko yang ada atau sedang terjadi dalam masyarakat.

2. Pencegahan tingkat pertama (*Primary prevention*)

Pencegahan primer ini adalah upaya agar masyarakat tetap sehat (tidak mengalami sakit), melalui usaha mengontrol

dan mengatasi faktor risiko. Sasaran utamanya adalah orang sehat atau kelompok masyarakat yang beresiko tinggi.

Pada tahap ini ada 2 golongan kegiatan yaitu :

a. Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Promosi atau peningkatan status kesehatan yakni meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat secara optimal, mengurangi risiko dan peranan penyebab melalui beberapa kegiatan antara lain: Promosi kesehatan; Pendidikan kesehatan masyarakat (*health education*); Kampanye kesadaran masyarakat; Peningkatan gizi; Pengamatan tumbuh kembang; Pengadaan rumah sehat; Pendidikan sex; Konsultasi perkawinan; Pengendalian lingkungan; Penyelenggaraan hiburan sehat.

b. Perlindungan khusus dan umum (*General and specific protection*)

Merupakan usaha atau upaya kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus dan umum yang diberikan kepada penjamu atau penyebab untuk meningkatkan daya tahan tubuh atau mengurangi resiko terhadap penyakit tertentu yang meliputi: Imunisasi; Perlindungan diri dari lingkungan; Perlindungan diri dari kecelakaan (penggunaan Alat Pelindung Diri); Perlindungan diri dari carcinogen, foxin, dan allergen; Hygiene perorangan; Pengendalian sumber-sumber pencemaran.

3. Pencegahan tingkat kedua (*Secondary prevention*)

Pencegahan tingkat kedua ini ditujukan kepada masyarakat yang dalam keadaan sakit, mereka yang terancam akan menderita penyakit kronis atau sakit tertentu. Tujuan upaya pencegahan kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi lebih parah.

Pencegahan ini dilakukan dengan 2 kegiatan yaitu:

- a. Diagnose dini dan pengobatan segera (*Early diagnose dan prompt treatment*)

Upaya yang dilakukan antara lain: Screening dini; Penemuan kasus secara dini; Survey terhadap kontak, rumah dan sekolah; Pemeriksaan umum lengkap; Pemeriksaan massal; Penanganan kasus; Kemoterapi.

- b. Pembatasan kecacatan/gangguan (*Disability limitation*)

Kegiatan yang dilakukan agar mencegah terjadinya kecacatan atau gangguan yang memperberat penyakitnya adalah: Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan; Pencegahan komplikasi; Perbaikan fasilitas kesehatan; Penurunan beban sosial masyarakat; Penerapan pencegahan sekunder pada program kesehatan masyarakat dapat melalui Program P2M; Program KIA melalui deteksi dini gangguan kehamilan pada ibu hamil yang berisiko.

4. Pencegahan tingkat ketiga (*Tertiary prevention*)

Upaya pencegahan tingkat ketiga merupakan upaya pemulihan masyarakat (sekelompok pasien) yang baru sembuh dari sakit, agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Pencegahan ini dilakukan dengan cara Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

Rehabilitasi merupakan usaha pengembalian fungsi fisik, psikologi, atau sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitas fisik/ medis, rehabilitasi mental, rehabilitasi social, sehingga setiap individu dapat menjadi anggota masyarakat yang produktif dan berdaya guna.

Pencegahan ini dapat dilakukan melalui: Perawatan rumah jompo; Memberikan keterampilan bagi penderita cacat; Melakukan operasi untuk memasang anggota tubuh pengganti (misalnya kaki/ tangan palsu); Membentuk perkumpulan bagi orang-orang yang mengalami cacat tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

- Blum, Henrik L., 1974. *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. Human Sciences Press: New York.
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Citra Aditya Bakti: Bandung.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.

PROFIL PENULIS



Dr. Rahmawati Azis, SKM, M.Si adalah dosen LLDIKTI Wilayah IX Sulawesi, DPK pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar sejak tahun 2005 (NIP: 197507282005012001).

Pada akhir studi S1 FKM Unhas, memulai karir pada Ornop/LSM Perkumpulan Keluarga Berencana (PKBI) Provinsi Sulawesi Selatan di tahun 1998, aktif sebagai Konselor VCT HIV/AIDS. Mulai mengajar sebagai Dosen Yayasan sejak tahun 1999 hingga 2005. Penulis menempuh Pendidikan S2 bidang ilmu Kependudukan & PSDM (selesai 2004) dan menyelesaikan studi S3 pada prodi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin (2016). Pernah menjabat sebagai Ketua Jurusan Epidemiologi-Biostatistik dan Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat. Saat ini menjabat sebagai Ketua STIK Tamalatea (Periode 2019-2021 dan 2021-2025).

BAB VI

EPIDEMIOLOGI DALAM PELAYANAN MASYARAKAT

Henik Istikhomah

A. PERKEMBANGAN DAN PENERAPAN EPIDEMIOLOGI

1. Batasan dan Pengertian Epidemiologi

Jika ditinjau dari asal kata (Bahasa Yunani) Epidemiologi berarti Ilmu yang mempelajari tentang penduduk (EPI = pada/tentang ; DEMOS = penduduk ; LOGOS = ilmu). Sedangkan dalam pengertian modern pada saat ini EPIDEMIOLOGI adalah :

“Ilmu yang mempelajari tentang Frekuensi dan Distribusi (Penyebaran) masalah kesehatan pada sekelompok orang/masyarakat serta Determinannya (Faktor – factor yang Mempengaruhinya).” (Bustan MN , 2002: 30)

Dari definisi tersebut di atas, dapat dilihat bahwa dalam pengertian epidemiologi terdapat 3 hal Pokok yaitu :

a. Frekuensi masalah kesehatan

Frekuensi yang dimaksudkan disini menunjuk pada besarnya masalah kesehatan yang terdapat pada sekelompok manusia/masyarakat. Untuk dapat mengetahui frekwensi suatu masalah kesehatan dengan tepat, ada 2 hal yang harus dilakukan yaitu :

- 1) Menemukan masalah kesehatan yang dimaksud.
- 2) Melakukan pengukuran atas masalah kesehatan yang ditemukan tersebut.

b. Distribusi (Penyebaran) masalah kesehatan

Yang dimaksud dengan Penyebaran/Distribusi masalah kesehatan adalah menunjuk kepada pengelompokan masalah kesehatan menurut suatu keadaan tertentu. Keadaan tertentu yang dimaksudkan dalam epidemiologi adalah :

- 1) Menurut Ciri – ciri Manusia (MAN) siapakah yang menjadi sasaran penyebaran penyakit itu atau orang yang terkena penyakit.
- 2) Menurut Tempat (PLACE), di mana penyebaran atau terjadinya penyakit.
- 3) Menurut Waktu (TIME), kapan penyebaran atau terjadinya penyakit tersebut.

c. Determinan (Faktor – faktor yang mempengaruhi)

Determinan adalah menunjuk kepada factor penyebab dari suatu penyakit / masalah kesehatan baik yang menjelaskan Frekwensi, penyebaran ataupun yang menerangkan penyebab munculnya masalah kesehatan itu sendiri. Dalam hal ini ada 3 langkah yang lazim dilakukan yaitu :

- 1) Merumuskan Hipotesa tentang penyebab yang dimaksud.
- 2) Melakukan pengujian terhadap rumusan Hipotesa yang telah disusun.
- 3) Menarik kesimpulan.

Adapun definisi Epidemiologi menurut CDC 2002, Last 2001, Gordis 2000 menyatakan bahwa EPIDEMIOLOGI adalah : “ Studi yang mempelajari Distribusi dan Determinan penyakit dan keadaan kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah – masalah kesehatan”. Dengan demikian dapat dirumuskan tujuan Epidemiologi adalah :

1. Mendeskripsikan Distribusi, kecenderungan dan riwayat alamiah suatu penyakit atau keadaan kesehatan populasi.

2. Menjelaskan etiologi penyakit.
3. Meramalkan kejadian penyakit.
4. Mengendalikan distribusi penyakit dan masalah kesehatan populasi.

Sebagai ilmu yang selalu berkembang, Epidemiologi senantiasa mengalami perkembangan pengertian dan karena itu pula mengalami modifikasi dalam batasan/definisinya (Bustan,M.N.2006; 25)

b. Kegunaan / Manfaat Epidemiologi

Apabila Epidemiologi dapat dipahami dan diterapkan dengan baik, akan diperoleh berbagai manfaat yang jika disederhanakan adalah sebagai berikut (Azwar.A, 1999: 15):

- a. Membantu Pekerjaan Administrasi Kesehatan.
Epidemiologi membantu pekerjaan dalam Perencanaan (Planning) dari pelayanan kesehatan, Pemantauan (Monitoring) dan Penilaian (Evaluation) suatu upaya kesehatan. Data yang diperoleh dari pekerjaan epidemiologi akan dapat dimanfaatkan untuk melihat apakah upaya yang dilakukan telah sesuai dengan rencana atau tidak (Pemantauan) dan ataucak tujuan yang ditetapkan telah tercapai atau tidak (Penilaian).
- b. Dapat Menerangkan Penyebab Suatu Masalah Kesehatan.
Dengan diketahuinya penyebab suatu masalah kesehatan, maka dapat disusun langkah – langkah penanggulangan selanjutnya, baik yang bersifat pencegahan ataupun yang bersifat pengobatan.
- c. Dapat Menerangkan Perkembangan Alamiah Suatu Penyakit.
Salah satu masalah kesehatan yang sangat penting adalah tentang penyakit. Dengan menggunakan metode Epidemiologi dapatlah diterangkan Riwayat Alamiah Perkem-

bangun Suatu Penyakit (*Natural History of Disease*). Pengetahuan tentang perkembangan alamiah ini amat penting dalam menggambarkan perjalanan suatu penyakit. Dengan pengetahuan tersebut dapat dilakukan berbagai upaya untuk menghentikan perjalanan penyakit sedemikian rupa sehingga penyakit tidak sampai berkelanjutan. Manfaat / peranan Epidemiologi dalam menerangkan perkembangan alamiah suatu penyakit adalah melalui pemanfaatan keterangan tentang frekwensi dan penyebaran penyakit terutama penyebaran penyakit menurut waktu. Dengan diketahuinya waktu muncul dan berakhirnya suatu penyakit, maka dapatlah diperkirakan perkembangan penyakit tersebut. Dapat Menerangkan Keadaan Suatu Masalah Kesehatan.

Perpaduan ciri- ciri ini pada akhirnya memetakan 4 (empat) Keadaan Masalah Kesehatan yaitu:

a. Epidemi

Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat berada dalam frekwensi yang meningkat.

b. Pandemi

Suatu keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat memperlihatkan peningkatan yang amat tinggi serta penyebarannya telah mencakup suatu wilayah yang amat luas.

c. Endemi

suatu keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang frekwensinya pada suatu wilayah tertentu menetap dalam waktu yang lama.

d. Sporadik

Suatu keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ada di suatu wilayah tertentu frekwensinya berubah – ubah menurut perubahan waktu.

3. Pengertian Epidemiologi Ditinjau Dari Berbagai Aspek

a. Aspek Akademik Secara Akademik

Epidemiologi berarti Analisa data kesehatan, sosial-ekonomi, dan trend yang terjadi untuk mengidentifikasi dan menginterpretasi perubahan-perubahan kesehatan yang terjadi atau akan terjadi pada masyarakat umum atau kelompok penduduk tertentu.

b. Aspek Klinik

Ditinjau dari aspek klinik, Epidemiologi berarti Suatu usaha untuk mendeteksi secara dini perubahan insidensi atau prevalensi yang dilakukan melalui penemuan klinis atau laboratorium pada awal timbulnya penyakit baru dan awal terjadinya epidemi.

c. Aspek Praktis

Secara praktis epidemiologi berarti ilmu yang ditujukan pada upaya pencegahan penyebaran penyakit yang menimpa individu, kelompok penduduk atau masyarakat umum.

d. Aspek Administrasi

Epidemiologi secara administrasi berarti suatu usaha mengetahui keadaan masyarakat di suatu wilayah atau negara agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Eko Budiarto , 2003:50)

4. Peranan Epidemiologi

Pada mulanya epidemiologi diartikan sebagai studi tentang epidemi. Hal ini berarti bahwa epidemiologi hanya mempelajari penyakit-penyakit menular saja tetapi dalam perkembangan selanjutnya epidemiologi juga mempelajari penyakit-penyakit non infeksi, sehingga dewasa ini epidemiologi dapat diartikan sebagai

studi tentang penyebaran penyakit pada manusia di dalam konteks lingkungannya. Epidemiologi, mencakup juga studi tentang pola-pola penyakit serta pencarian determinan-determinan penyakit tersebut. Sehingga dapat disimpulkan bahwa epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang penyebaran penyakit serta determinan-determinan yang mempengaruhi penyakit tersebut (Azwar, 1999:32)

Di dalam batasan epidemiologi, sekurang-kurangnya mencakup 3 elemen, yakni:

a. Mencakup semua penyakit

Epidemiologi mempelajari semua penyakit, baik penyakit infeksi maupun penyakit non infeksi, seperti kanker, penyakit kekurangan gizi (malnutrisi), kecelakaan lalu lintas maupun kecelakaan kerja, sakit jiwa dan sebagainya. Bahkan di negara-negara maju, epidemiologi ini mencakup juga kegiatan pelayanan kesehatan.

b. Populasi

Apabila kedokteran klinik berorientasi pada gambaran-gambaran dari penyakit- penyakit individu maka epidemiologi ini memusatkan perhatiannya pada distribusi penyakit pada populasi (masyarakat) atau kelompok.

c. Pendekatan ekologi

Frekuensi dan distribusi penyakit dikaji dari latar belakang pada keseluruhan lingkungan manusia baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Hal inilah yang dimaksud pendekatan ekologis. Terjadinya penyakit pada seseorang dikaji dari manusia dan total lingkungannya.

Peranan epidemiologi, khususnya dalam konteks program Kesehatan dan Keluarga Berencana adalah sebagai tool (alat) dan sebagai metode atau pendekatan. Demikian pula pendekatan pemecahan masalah tersebut selalu dikaitkan dengan masalah, di mana atau dalam lingkungan bagaimana penyebaran masalah serta

bilamana masalah tersebut terjadi. Kegunaan lain dari epidemiologi khususnya dalam program kesehatan adalah ukuran-ukuran epidemiologi seperti prevalensi, point of prevalence dan sebagainya dapat digunakan dalam perhitungan-perhitungan : prevalensi, kasus baru, case fatality rate dan sebagainya (Azwar, 1999:32)

e. Peranan Epidemiologi Dalam Pemecahan Masalah Kesehatan Masyarakat

Epidemiologi merupakan salah satu bagian dari pengetahuan ilmu kesehatan masyarakat yang menekankan perhatiannya terhadap keberadaan penyakit dan masalah kesehatan lainnya dalam masyarakat. Epidemiologi menekankan upaya bagaimana distribusi penyakit dan bagaimana berbagai faktor menjadi faktor penyebab penyakit tersebut (Entjang, I ,1979; 23)

Epidemiologi mempunyai peranan dalam bidang kesehatan masyarakat berupa:

1. Menerangkan tentang besarnya masalah dan gangguan kesehatan (termasuk penyakit) serta penyebarannya dalam suatu penduduk tertentu.
2. Menyiapkan data/informasi yang esensial untuk keperluan perencanaan, pelaksanaan program, serta evaluasi berbagai kegiatan pelayanan (kesehatan) pada masyarakat, baik bersifat pencegahan dan penanggulangan penyakit maupun bentuk lainnya serta menentukan skala prioritas terhadap kegiatan tersebut.
3. Mengidentifikasi berbagai faktor yang menjadi penyebab masalah atau faktor yang berhubungan dengan terjadinya masalah tersebut.

Dalam melakukan peranannya, epidemiologi tidak dapat melepaskan diri dalam keterkaitannya dengan bidang-bidang disiplin Kesmas lainnya seperti Administrasi Kesehatan Masyarakat, Biostatistik, Kesehatan Lingkungan, dan Pendidikan Kesehatan/Ilmu Perilaku. Misalnya, peranan epidemiologi dalam proses perencanaan kesehatan. Tampak bahwa epidemiologi dapat dipergunakan dalam proses perencanaan yang meliputi identifikasi masalah memilih prioritas, menyusun objektif, menerangkan kegiatan, koordinasi dan evaluasi.

Selain itu, dalam mempersiapkan suatu intervensi pendidikan kesehatan, epidemiologi dapat dipergunakan dalam membuat suatu “Diagnosis Epidemiologi” dari masalah yang memerlukan intervensi itu. Sebagai contoh peranannya sebagai alat diagnosis keadaan kesehatan masyarakat, epidemiologi dapat memberikan gambaran atau diagnosis tentang masalah yang berkaitan dengan kemiskinan (poverty) berupa malnutrisi, overpopulasi, kesakitan ibu, rendahnya kesehatan infant, alcoholism, anemia, penyakit-penyakit parasit dan kesehatan mental.

f. Transisi Epidemiologi

Yang dimaksud dengan transisi epidemiologi adalah perubahan pola kesehatan dan pola penyakit yang berinteraksi dengan demografi, ekonomi, dan sosial. Transisi epidemiologi berkaitan dengan transisi demografi, begitu juga dengan transisi teknologi. Misalnya pergantian dari penyakit infeksi ke penyakit *man-made disease* atau *lifestyle disease* ([Gerstman, B. Burt. 2013 : 34](#))

Pergeseran penyakit ini dapat dibuktikan dengan berubahnya pola penyakit penyebab kematian tertinggi antara tahun 1960, dengan wabah penyakit pneumonia, tuberkulosis, dan diare,

dengan 1990 penyakit jantung, neoplasma, dan penyakit otak-pembuluh darah.

Penyebab terjadinya transisi epidemiologi antara lain :

1. MTeknologi kedokteran
2. Perubahan standar hidup
3. Angka kelahiran
4. Peningkatan gizi
5. Kontrol vektor dan sanitasi
6. Perubahan gaya hidup

Berikut adalah tiga model transisi epidemiologi :

1. Model Klasik, contohnya di Eropa Barat
2. Model Dipercepat, contohnya di Jepang
3. Model Lambat, contohnya di negara berkembang

Proposisi-proposisi dalam transisi epidemiologi

1. Mortalitas adalah faktor fundamental
2. Pergeseran pola kematian penyakit pandemi penyakit infeksi secara bertahap diganti penyakit degeneratif
3. Perubahan pola penyakit pada anak-anak dan wanita muda, keselamatan anak- anak dan wanita muda meningkat.
4. Pergeseran pola kesehatan dan penyakit pada masa transisi erat hubungannya dengan transisi demografi dan sosioekonomi.

Pola kematian yang timbul tiga periode transisi epidemiologi :

1. Tahap 1
 - a. Tahap kesengsaraan dan paceklik
 - b. Mortalitas tinggi tidak ada penambahan penduduk
 - c. Angka harapan hidup 20—40 tahun
2. Tahap 2
 - a. Penyakit infeksi menghilang
 - b. Penurunan mortalitas
 - c. Angka harapan hidup 30—50 tahun

- d. Pertambahan jumlah penduduk secara eksponensial
 3. Tahap 3
 - a. Penyakit degeneratif turun
 - b. Angka pertumbuhan penduduk tergantung angka fertilitas
- Transisi epidemiologi yang lambat dapat memicu ledakan penduduk. Faktor transisi negara berkembang :
1. Faktor Ekobiologi
Terjadi keseimbangan antarkomponen dalam segitiga epidemiologi
 2. Faktor Sosial, Ekonomi, Sosial, dan Budaya
Pada faktor ini kelompok yang rentan menjadi korban adalah kelompok usia balita
 3. Faktor Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Pencegahan
([Gerstman, B. Burt. 2013 : 34](#)).

B. EPIDEMIOLOGI VARIABEL

1. Trias Epidemiologi

Didalam epidemiologi deskriptif dipelajari bagaimana frekuensi penyakit berubah menurut perubahan variabel-variabel epidemiologi yang terdiri dari orang (person), tempat (place) dan waktu (time). Epidemiologi terdapat Hubungan asosiasi dalam bidang adalah hubungan keterikatan atau saling pengaruh antara dua atau lebih variabel, dimana hubungan tersebut dapat bersifat hubungan sebab akibat maupun yang bukan sebab akibat.

Dalam kaitanya dengan penyakit terdapat hubungan karakteristik antara Karakteristik Segitiga Utama. Yaitu host, agent dan improvment. Serta terdapat interaksi antar variabel epidemiologi sebagai

determinan penyakit. Ketiga faktor dalam trias epidemiologi terus menerus dalam keadaan berinteraksi satu sama lain. Jika interaksinya seimbang, terciptalah keadaan seimbang. Begitu terjadi gangguan keseimbangan, muncul penyakit. Terjadinya gangguan keseimbangan bermula dari perubahan unsur-unsur trias itu. Perubahan unsur trias yang potensial menyebabkan kesakitan tergantung pada karakteristik dari ketiganya dan interaksi antara ketiganya.

a. Karakteristik Penjamu

Penjamu adalah tempat yang dinvasi oleh penyakit. Penjamu dapat berupa manusia, hewan ataupun tumbuhan. Manusia mempunyai karakteristik tersendiri dalam menghadapi ancaman penyakit, yang bisa berupa:

- 1) Resistensi: kemampuan dari penjamu untuk bertahan terhadap suatu infeksi. Terhadap suatu infeksi kuman tertentu, manusia mempunyai mekanisme pertahanan tersendiri dalam menghadapinya.
- 2) Imunitas: kesanggupan host untuk mengembangkan suatu respon imunologis, dapat secara alamiah maupun perolehan (non-ilmiah), sehingga tubuh kebal terhadap suatu penyakit tertentu. Selain mempertahankan diri, pada jenis-jenis penyakit tertentu mekanisme pertahanan tubuh dapat menciptakan kekebalan tersendiri. Misalnya campak, manusia mempunyai kekebalan seumur hidup, mendapat imunitas yang tinggi setelah terserang campak, sehingga seumur hidup akan kebal sekali maka akan kebal seumur hidup.
- 3) Infektifnes (infectiousness): potensi penjamu yang terinfeksi untuk menularkan penyakit kepada orang lain. Pada keadaan sakit maupun sehat, kuman yang berada

dalam tubuh manusia dapat berpindah kepada manusia dan sekitarnya.

b. Karakteristik Agen

Agen adalah penyebab penyakit yang dapat terdiri dari berbagai jenis yaitu agen biologis (virus, bakteri, fungi, riketsia, protozoa, metazoa); Agen nutrien (Protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, dan air); Agen fisik: Panas, radiasi, dingin, kelembaban, tekanan; Agen kimia (Dapat bersifat endogenous seperti asidosis, diabetes (hiperglikemia), uremia, dan eksogenous (zat kimia, alergen, gas, debu, dll.); dan agen mekanis (Gesekan, benturan, pukulan yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan). Adapun karakteristik dari agen berupa :

- 1) Infektivitas: kesanggupan dari organisme untuk beradaptasi sendiri terhadap lingkungan dari penjamu untuk mampu tinggal dan berkembangbiak (multiply) dalam jaringan penjamu. Umumnya diperlukan jumlah tertentu dari suatu mikroorganisme untuk mampu menimbulkan infeksi terhadap penjamunya. Dosis infektivitas minimum (minimum infectious dose) adalah jumlah minimal organisme yang dibutuhkan untuk menyebabkan infeksi. Jumlah ini berbeda antara berbagai spesies mikroba dan antara individu.
- 2) Patogenensis: kesanggupan organisme untuk menimbulkan suatu reaksi klinik khusus yang patologis setelah terjadinya infeksi pada penjamu yang diserang. Dengan perkataan lain, jumlah penderita dibagi dengan jumlah orang yang terinfeksi. Hampir semua orang yang terinfeksi dengan virus smallpox menderita penyakit (high pathogenicity), sedangkan orang yang terinfeksi

polivirus tidak semua jatuh sakit (low pathogenenicity).

- 3) Virulensi: kesanggupan organisma tertentu untuk menghasilkan reaksi patologis yang berat yang selanjutnya mungkin menyebabkan kematian. Virulensi kuman menunjukkan beratnya (suverity) penyakit.
- 4) Toksisitas: kesanggupan organisma untuk memproduksi reaksi kimia yang toksis dari substansi kimia yang dibuatnya. Dalam upaya merusak jaringan untuk menyebabkan penyakit berbagai kuman mengeluarkan zat toksis.
- 5) Invasitas: kemampuan organisma untuk melakukan penetrasi dan menyebar setelah memasuki jaringan.
- 6) Antigenisitas: kesanggupan organisma untuk merangsang reaksi imunologis dalam penjamu. Beberapa organisma mempunyai antigenesitas lebih kuat dibanding yang lain. Jika menyerang aliran darah (virus measles) akan lebih merangsang immunoresponse dari yang hanya menyerang permukaan membran (gonococcuc).

Dalam menyebabkan penyakit agen harus memiliki kemampuan dari karakteristik diatas. Akan tetapi masing-masing agen terkadang memiliki karakteristik yang terendah atau terkuat dari jenis-jenis karakteristik (Sutrisno., 2010: 13).

Tabel 1. Urutan Penyakit Infeksi Utama Menurut Karakteristik Agennya

Urutan relatif	Infektivitas	Patogenesitas	Virulensi
Tinggi	Cacar Campak Chickenpox Poliomyelitis Ebola	Cacar Rabies Campak Chickenpox Common cold AIDS Ebola	Rabies Cacar Tuberkulosis Hantavirus Ebola AIDS
Sedang	Rubella Mumps Common cold	Rubella Mumps	Poliomyelitis
Rendah	Tuberkulosis	Poliomyelitis Tuberkulosis	Campak
Sangat Rendah	Lepra	Lepra	Rubella Chickenpox Common cold

c. Karakteristik Lingkungan

A. Topografi: situasi lingkungan tertentu, baik yang natural maupun buatan manusia yang mungkin mempengaruhi terjadinya dan penyebaran suatu penyakit tertentu.

B. Geografis: keadaan yang berhubungan dengan struktur geologi dari bumi yang berhubungan dengan kejadian penyakit.

Didalam epidemiologi dekriptif, terdapat tiga variabel determinan yaitu orang, tempat dan waktu. Frekuensi penyakit berubah menurut perubahan variabel-variabel epidemiologi tersebut.

d. *Person* (Orang)

Variabel orang yang mempengaruhi penyakit adalah karakteristik dan atribut dari anggota populasi. Perbedaan rate penyakit berdasarkan orang menunjukkan sumber paparan yang potensial dan berbeda-beda pada faktor host. Adapun beberapa

variabel orang adalah

1. Umur
2. Jenis kelamin
3. Kelas sosial
4. Jenis pekerjaan
5. Penghasilan
6. Ras dan suku bangsa (etnis)
7. Agama
8. Status perkawinan
9. Besarnya keluarga – umur kepala keluarga
10. Struktur keluarga
11. Paritas

e. Place (Tempat)

Varibel tempat adalah karakteristik lokal dimana orang hidup, bekerja dan berkunjung. Perbedaan insiden berdasarkan tempat menunjukkan perbedaan susunan penduduk atau lingkungan mereka tinggal. Pentingnya variabel tempat di dalam mempelajari etiologi suatu penyakit dapat digambarkan dengan jelas pada penyelidikan wabah dan penyelidikan terhadap kaum migran.

Beberapa varibel tempat :

- 1) Batas-batas daerah pemerintahan (desa, kecamatan, kabupaten/kota, provinsi).
- 2) Kota dan pedesaan
- 3) Daerah atau tempat berdasarkan batas-batas alam
- 4) Negara-negara
- 5) Regional – global

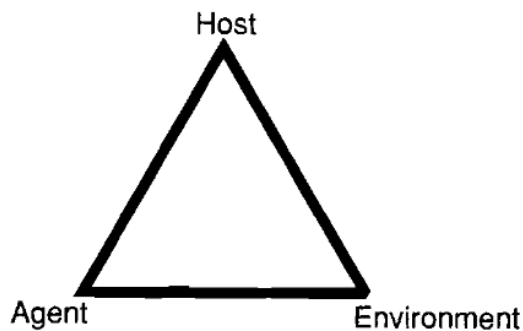
f. Time (Waktu)

Variabel waktu dapat menganalisis perbedaan cara pandang dari kurva epidemik. Hubungan antara waktu dan penyakit merupakan kebutuhan dasar di dalam analisis epidemiologi oleh karena perubahan penyakit menurut waktu menunjukkan faktor etiologis. Beberapa pola penyakit :

- 1) Sporadis (jarang terjadi dan tidak teratur)
- 2) Penyakit endemis (kejadian dapat diprediksi)
- 3) Epidemis (kejadian yang tidak seperti biasa/KLB)
- 4) Propagating epidemik (penyakit yang terus meningkat sepanjang waktu)

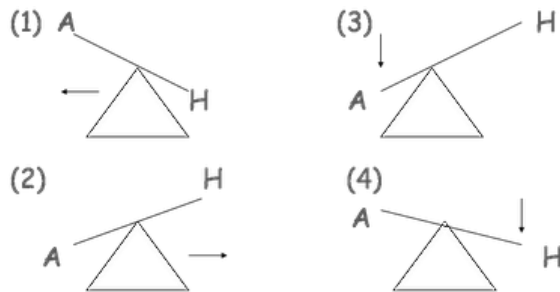
2. Interaksi Agen, Host, dan Lingkungan

Faktor agent adalah penyebab penyakit berupa biologis, fisik, kimia. Faktor host adalah karakteristik personal, perilaku, predisposisi genetik dan immunologic. Faktor lingkungan adalah keadaan eksternal (selain agent) yang mempengaruhi proses penyakit baik berupa fisik, biologis atau sosial



Gambar 1 : Segitiga Epidemiologi

Keseimbangan dari segitiga epidemiologi diatas akan mempengaruhi status kesehatan. Berlaku untuk penyakit menular maupun tidak menular.



Gambar 2 : Interaksi Segitiga Epidemiologi

a. Interaksi antara agen penyakit dan lingkungan

Keadaan dimana agen penyakit langsung dipengaruhi oleh lingkungan dan terjadi pada saat pre-patogenesis dari suatu penyakit. Misalnya: Viabilitas bakteri terhadap sinar matahari, stabilitas vitamin sayuran di ruang pendingin, penguapan bahan kimia beracun oleh proses pemanasan.

b. Interaksi antara Host dan Lingkungan

Keadaan dimana manusia langsung dipengaruhi oleh lingkungannya pada fase pre-patogenesis. Misalnya: Udara dingin, hujan, dan kebiasaan membuat dan menyediakan makanan.

c. Interaksi antara Host dan Agen penyakit

Keadaan dimana agen penyakit menetap, berkembang biak dan dapat merangsang manusia untuk menimbulkan respon berupa gejala penyakit. Misalnya: Demam, perubahan fisiologis dari tubuh, pembentukan kekebalan, atau mekanisme pertahanan tubuh lainnya. Interaksi yang terjadi dapat berupa sembuh sempurna, cacat, ketidakmampuan, atau kematian.

d. Interaksi Agen penyakit, Host dan Lingkungan

Keadaan dimana agen penyakit, manusia, dan lingkungan bersama-sama saling mempengaruhi dan memperberat satu sama lain, sehingga memudahkan agen penyakit baik secara langsung atau tidak langsung masuk ke dalam tubuh manusia. Misalnya: Pencemaran air sumur oleh kotoran manusia, dapat menimbulkan Water Borne Disease.

C. STUDI RIWAYAT ALAMIAH PENYAKIT

1. Definisi Riwayat Alamiah Penyakit (RAP)

Riwayat alamiah penyakit adalah perkembangan penyakit secara alamiah, tanpa ikut campur tangan medis atau intervensi kesehatan lainnya. Riwayat alamiah penyakit (natural history of disease) adalah deskripsi tentang perjalanan waktu dan perkembangan penyakit pada individu, dimulai sejak terjadinya paparan dengan agen kausal hingga terjadinya akibat penyakit, seperti kesembuhan atau kematian, tanpa terinterupsi oleh suatu intervensi preventif maupun terapeutik (CDC, 2010c).

Riwayat alamiah penyakit perlu dipelajari. Pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit sama pentingnya dengan kausa penyakit untuk upaya pencegahan dan pengendalian penyakit. Dengan mengetahui perilaku dan karakteristik masing-masing penyakit maka bisa dikembangkan intervensi yang tepat untuk mengidentifikasi maupun mengatasi problem penyakit tersebut (Gordis, 2000; Wikipedia, 2010)

Manfaat yang diperoleh dari riwayat alamiah penyakit, yaitu:

- a. Untuk diagnostik: masa inkubasi dapat dipakai sebagai

pedoman penentuan jenis penyakit, misalnya jika terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa)

- b. Untuk pencegahan: dengan mengetahui kuman patologi penyebab dan rantai perjalanan penyakit dapat dengan mudah dicari titik potong yang penting dalam upaya pencegahan penyakit. Dengan mengetahui riwayat penyakit dapat terlihat apakah penyakit itu perlangsungannya akut ataukah kronik. Tentu berbeda upaya pencegahan yang diperlukan untuk penyakit yang akut dibanding dengan kronik
- c. Untuk terapi: intervensi atau terapi hendaknya biasanya diarahkan ke fase pasling awal. Pada tahap perjalanan awal penyakit itu terapi tepat sudah perlu diberikan. Lebih awal terapi akan lebih baik hasil yang diharapkan. Keterlambatan diagnosis akan berkaitan dengan keterlambatan terapi.

Pengetahuan mengenai Riwayat Alamiah Penyakit (RAP) merupakan dasar untuk melakukan upaya pencegahan. RAP dan hasil pemeriksaan fisik akan mengarahkan pemeriksa (tenaga kesehatan) untuk menetapkan diagnosis dan kemudian memahami bagaimana perjalanan penyakit yang telah didiagnosis. Hal ini penting untuk dapat menerangkan tindakan pencegahan, keganasan penyakit, lama kelangsungan hidup penderita, atau adanya gejala sisa berupa cacat atau *carrier*. Informasi-informasi ini akan berguna dalam strategi pencegahan, perencanaan lama perawatan, model pelayanan yang akan dibutuhkan kemudian, dan lain sebagainya.

Proses penyakit menular dimulai dengan terjadinya pemaparan agen infeksius yang dapat mengakibatkan penyakit. Tanpa tindakan pengobatan, proses perjalanan penyakit dapat berakhir dengan kondisi sembuh sempurna, *carrier*, cacat, atau meninggal. Sebagian besar penyakit memiliki karakteristik riwayat alamiah tertentu namun beberapa penyakit belum dapat dipahami dengan baik mengenai

riwayat alamiah penyakitnya. Karakteristik RAP menular mempunyai kerangka waktu dan manifestasi yang berbeda-beda dan bervariasi antarindividu. Namun dengan pemberian pengetahuan tentang penyakit pada individu, perkembangan penyakit dapat dihambat dengan tindakan pencegahan dan pengobatan, meningkatkan faktor yang berhubungan dengan kesehatan pejamu dan faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kejadian penyakit.

2. Tahap RAP

Beberapa tahapan Riwayat Alamiah Penyakit adalah Tahap Prepatogenesis, Tahap Patogenesis dan Tahap Pasca Patogenesis: Sembuh, Kronik/ Karier, Cacat, Mati (Sardjana; Nisa .H. 2007: 36).

a. Tahap Prepatogenesis



Pada tahap ini individu berada dalam keadaan normal sehat tetapi mereka pada dasarnya peka terhadap kemungkinan terganggu oleh serangan agen penyakit (stage of susceptibility). Walaupun demikian pada tahap ini sebenarnya telah terjadi interaksi antara penjamu dengan bibit penyakit . tetapi interaksi ini masih terjadi di luar tubuh, dalam arti bibit penyakit masih ada di luar tubuh penjamu di mana para kuman mengembangkan potensi infektifitas, siap menyerang penjamu. Pada tahap ini belum ada tanda-tanda sakit sampai sejauh daya tahan tubuh penjamu masih kuat. Namun begitu penjamunya ‘lengah’ ataupun memang bibit penyakit menjadi lebih ganas, ditambah dengan kondisi lingkungan yang kurang menguntungkan penjamu, maka keadaan segera dapat berubah. Penyakit akan melanjutkan perjalanannya memasuki fase berikutnya, tahap patogenesis.

Secara ringkas, gambaran tahap prepatogenesis, yaitu:

- 1) Kondisi Host masih normal/sehat
- 2) Sudah ada interaksi antara Host dan Agent, tetapi Agent masih diluar Host
- 3) Jika interaksi Host, Agent dan Environment berubah maka Host jadi lebih rentan atau Agent jadi lebih virulen jadi Agent masuk ke Host (memasuki tahap patogenesis)

b. Tahap Patogenesis

Tahap ini meliputi 4 sub-tahap, yaitu: Tahap Inkubasi, Tahap Dini, Tahap Lanjut, dan Tahap Akhir.

- 1) Tahap Inkubasi

Tahap inkubasi merupakan tenggang waktu antara masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh yang peka terhadap penyakit, sampai timbulnya gejala penyakit tahap ini

ditandai dengan mulai masuknya Agent ke dalam Host, sampai timbulnya gejala sakit. Masa inkubasi ini bervariasi antara satu penyakit dengan penyakit lainnya. Dan pengetahuan tentang lamanya masa inkubasi ini sangat penting, tidak sekedar sebagai pengetahuan riwayat penyakit, tetapi berguna untuk informasi diagnosis. Setiap penyakit mempunyai masa inkubasi tersendiri, dan pengetahuan masa inkubasi dapat dipakai untuk indentifikasi jenis penyakitnya.

2) Tahap Dini

Tahap ini mulai dengan munculnya gejala penyakit yang kelihatannya ringan. Tahap ini sudah mulai menjadi masalah kesehatan karena sudah ada gangguan patologis (pathologic changes), walaupun penyakit masih dalam masa subklinis (stage of subclinical disease). Seandainya memungkinkan, pada tahap ini sudah diharapkan diagnosis dapat ditegakkan secara dini.

3) Tahap Lanjut

Merupakan tahap di mana penyakit bertambah jelas dan mungkin tambah berat dengan segala kelainan patologis dan gejalanya (stage of clinical disease). Pada tahap ini penyakit sudah menunjukkan gejala dan kelainan klinik yang jelas sehingga diagnosis sudah relatif mudah ditegakkan. Saatnya pula, setelah diagnosis ditegakkan, diperlukan pengobatan yang tepat untuk menghindari akibat lanjut yang kurang baik.

4) Tahap Akhir

Berakhirnya perjalanan penyakit dapat berada dalam lima pilihan keadaan, yaitu:

- a) Sembuh sempurna, yakni bibit penyakit menghilang dan tumbuh menjadi pulih, sehat kembali.
- b) Sembuh dengan cacat, yakni bibit penyakit menghilang, penyakit sudah tidak ada, tetapi tubuh tidak pulih sepenuhnya,

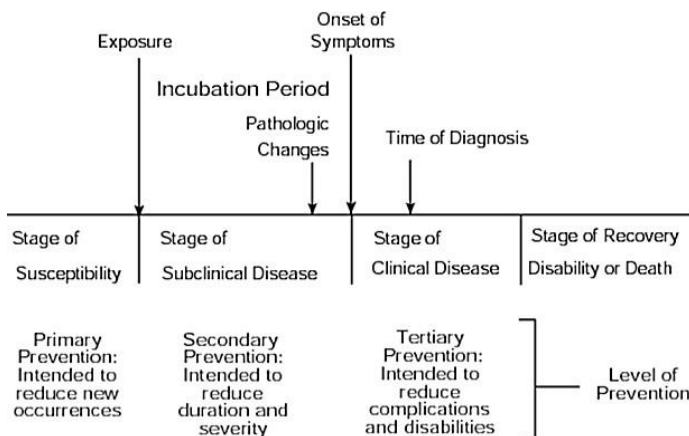
meninggalkan bekas gangguan yang permanen berupa cacat.

- c) Karier, di mana tubuh penderita pulih kembali, namun bibit penyakit masih tetap ada dalam tubuh tanpa memperlihatkan gangguan penyakit.
- d) Penyakit tetap berlangsung secara kronik.
- e) Berakhir dengan kematian.

3. Simpel Model

Riwayat alamiah penyakit adalah proses dari perjalanan waktu penyakit pada setiap individu tanpa intervensi. Perjalanan ini dimulai dari tahap susceptibility hingga hasil akhir penyakit (sehat, cacat, atau mati). Studi riwayat alamiah penyakit berguna untuk dapat menerangkan tindakan pencegahan, keganasan penyakit, lama kelangsungan hidup penderita, atau adanya gejala sisa berupa cacat atau *carrier*. Informasi-informasi ini akan berguna dalam strategi pencegahan, perencanaan lama perawatan, model pelayan yang akan dibutuhkan kemudian.

Pada gambar berikut dapat dilihat *simple model* perjalanan alamiah dari penyakit:



Gambar 4 : Tahapan dari riwayat alamiah penyakit dan pencegahannya

Riwayat penyakit diawali dari keadaan rentan atau *susceptibility*. Kemudian terjadi paparan oleh agent, namun gejala penyakit belum muncul (tahap *subclinical* atau *preclinical*). Ada interaksi antara Host dan Agent, tetapi Agent masih diluar Host.

Kemudian memasuki masa inkubasi. Ada perbedaan istilah antara penyakit infeksi dan non infeksi. Jika penyakit infeksi disebut dengan masa inkubasi sedangkan non infeksi disebut masa laten atau masa *empirical induction*. Lama masa inkubasi tergantung pada jenis penyakit ada yang cepat ada yang lama. Pengetahuan inkubasi dapat dipakai untuk indentifikasi jenis penyakitnya.

Fase klinis dimulai dari pasien mengalami gejala penyakit diakhiri dengan hasil dari penyakit berupa sehat, cacat atau mati. Faktor host, kecepatan proses penyakit, efikasi perawatan medis, dan ketepatan diagnosis gejala dapat mempengaruhi hasil akhir penyakit.

4. Konsep Tingkat Pencegahan Penyakit

Salah satu kegunaan pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit adalah untuk dipakai dalam merumuskan dan melakukan upaya pencegahan. Artinya, dengan mengetahui perjalanan penyakit dari waktu ke waktu serta perubahan-perubahan terjadi di setiap masa/fase tersebut, dapat dipikirkan upaya-upaya pencegahan apa yang sesuai dan dapat dilakukan sehingga penyakit itu dapat dihambat perkembangannya sehingga tidak ,enjadi lebih berat, bahkan dapat disembuhkan. Upaya pencgahan yang dapat dilakukan akan sesuai dengan perjalan penyakit. Ada berbagai bentuk tingkat pencegahan ada yang menggolongkan menjadi 3, 4 dan 5.

a. Primary, Secondary, and Tertiary Prevention

Pencegahan penyakit dapat dikategorikan dalam beberapa tahap seperti gambar 1. *Primary prevention* adalah pencegahan pada tahapan *susceptibility* sebelum patogen menyerang tubuh. Tujuan utamanya adalah mengurangi insiden penyakit pada masyarakat. Contoh program imunisasi.

Secondary Prevention adalah pencegahan pada *subclinical* pada orang yang menjadi karier namun tidak menunjukkan gejala. Tujuan utamanya yaitu mengurangi kejadian kegawatan penyakit. Misal skrining kanker.

Tertiary Prevention adalah pencegahan pada fase klinis. Pencegahan ini adalah untuk mengurangi keganasan penyakit dan mencegah kecacatan.

b. Empat tingkat utama pencegahan penyakit

Beaglehole (WHO, 1993) membagi upaya pencegahan menjadi 3 bagian : Pencegahan Tingkat Awal (*Priemordial Prevention*) yaitu pada pre patogenesis, Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*) yaitu health promotion dan general and specific protection , Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*) yaitu early diagnosis and prompt treatment dan Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*) yaitu dissability limitation.

c. Pencegahan Lima Tingkat

Pencegahan yang dilakukan pada setiap tingkat itu meliputi 5 bentuk upaya pencegahan sebagai berikut:

- 1) Pencegahan Tingkat Awal (*Priemordial Prevention*)
 - a) Pemantapan Status Kesehatan (*Underlying Condition*)
- 2) Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*)
 - a) Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)
 - b) Pencegahan Khusus
- 3) Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*)

- a) Diagnosis Awal dan Pengobatan Tepat (*Early diagnosis and prompt treatment*)
- b) Pembatasan Kecacatan (*Disability limitation*)
- 4) Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)
 - a) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Lebih lanjut pada setiap bentuk upaya pencegahan itu dapat diberikan beberapa contoh. Contoh-contoh upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada setiap bentuk upaya pencegahan adalah:

1) Pemantapan Status Kesehatan

- a) Pemakaian makanan bergizi rendah lemak jenuh
- b) Pengendalian pelarangan merokok
- c) Promosi Kesehatan
- d) Pendidikan kesehatan, penyebaran informasi kesehatan
- e) Konsultasi gizi
- f) Penyediaan air bersih
- g) Pembersihan lingkungan/sanitasi
- h) Olahraga secara teratur

2) Pencegahan Khusus

- a) Pemberian imunisasi dasar
- b) Pemberian vitamin A, tablet penambah zat besi
- c) Perlindungan kerja terhadap bahan berbahaya (hazard protection)
- d) Isolasi terhadap penderita penyakit menular, misal yang terkena flu burung
- e) Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan- bahan racun maupun alergi
- f) Pengendalian sumber-sumber pencemaran.

3) Diagnosis Awal dan Pengobatan Tepat

- a) Screening (Penyaringan)
- b) Pejejakan kasus (case finding)

- c) Pemeriksaan khusus (laboratorium dan tes)
 - d) Pemberian obat yang rational dan efektif
- 4) Pembatasan Kecacatan
- a) Operasi plastik pada bagian/organ yang cacat
 - b) Pemasangan pin pada tungkai yang patah
 - c) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan
 - d) Pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh dan tak terjadi komplikasi
 - e) Perbaikan fasilitas kesehatan sebagai penunjang untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif
- 5) Rehabilitasi
- a) Rehabilitasi fisik: rehabilitasi cacat tubuh dengan pemberian alat bantu/protese
 - b) Rehabilitasi sosial: rumah perawatan wanita tua/jompo
 - c) Rehabilitasi kerja (vocational services): Rehabilitasi masuk ke tempat kerja sebelumnya, mengaktifkan optimum organ yang cacat
 - d) Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberikan dukungan moral setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan
 - e) Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri
 - f) Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutan yang harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit

Upaya pencegahan ini diarahkan kepada masyarakat sesuai dengan kondisi atau masalah masyarakat masing-masing dan biasanya dibagi menurut kelompok target tertentu. Gambaran arah pencegahan sesuai dengan target dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Tingkat Pencegahan dan Kelompok Targetnya Menurut Fase Penyakit

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Kelompok Target
Primordial	Kondisi normal kesehatan	Populasi total dan kelompok terpilih
Primary	Keterpaparan faktor penyebab khusus	Populasi total dan kelompok terpilih dan individu sehat
Secondary	Fase patogenisitas awal	Pasien
Tertiary	Fase lanjut penyakit (pengobatan dan rehabilitasi)	Pasien

Tabel 3. Hubungan Kedudukan Riwayat Perjalanan Penyakit, Tingkatan Pencegahan dan Upaya Pencegahan

Riwayat Penyakit	Tingkatan Pencegahan	Upaya Pencegahan
Pre-patogenesis	Primordial Prevention Primary Prevention	Underlying Condition Health Promotion Specific Protection
Patogenesis	Secondary Prevention	Early Diagnosis and Prompt Treatment Disability Limitation
	Tertiary Prevention	Rehabilitation

5. Spectrum of Disease and “the Iceberg”

a. Spectrum of Disease

Rentang dan variasi gejala manifestasi dan keparahan dari penyakit infeksi disebut gradient penyakit sedangkan pada non infeksi disebut dengan spektrum penyakit.

Spektrum penyakit adalah berbagai variasi tingkatan simptom dan gejala penyakit menurut intensitas infeksi atau penyakit pada penderitanya, dari yang ringan, sedang sampai yang berat dengan komplikasi pada organ-organ vital.

b. *The Iceberg Metaphor*

Beberapa spektrum penyakit terkadang seperti iceberg, yaitu masalah dalam jumlah besar namun tidak terlihat. Fenomena ini dapat terjadi pada penyakit kronis, kecelakaan, penyakit infeksi baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penyakit yang tidak terdeteksi seperti penampakan es bawah laut. Dengan skrining dan deteksi dini akan dapat mengontrol penyakit menjadi lebih baik.

Seperti dalam kasus, ada beberapa usaha yang gagal dari percobaan bunuh diri yang tercatat. Namun jumlah orang yang ingin bunuh diri akibat depresi penyakit yang mereka derita terjadi lebih banyak namun tidak tercatat. Dengan perawatan yang tepat jumlah depresi dengan kecenderungan orang yang ingin bunuh diri ini akan berkurang. Skrining pada penyakit yang tak terlihat akan terdeteksi dan menjadi bagian program pengendalian penyakit yang efektif.

D. KONSEP PENULARAN PENYAKIT

1. Konsep Sehat Sakit

Istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, *sosial* dan pengertian profesional yang beragam. Dulu dari sudut pandangan kedokteran, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Dalam kenyataannya tidaklah sederhana itu, sehat harus dilihat dari berbagai aspek. WHO melihat sehat dari berbagai aspek.

Definisi WHO (1981): *Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.*

WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Oleh para ahli kesehatan,

antropologi kesehatan dipandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya: hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar.

Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit. Masyarakat dan pengobat tradisional menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu: **Naturalistik** dan **Personalistik**. penyebab bersifat **Naturalistik** yaitu seseorang menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, makanan (salah makan), ke biasaan hidup, ketidak seimbangan dalam tubuh, termasuk juga kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan.

Konsep sehat sakit yang dianut pengobat tradisional (Batra) sama dengan yang dianut masyarakat setempat, yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh kelainan-kelainan serta gejala yang dirasakan. Sehat bagi seseorang berarti suatu keadaan yang normal, wajar, nyaman, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan gairah. Sedangkan sakit dianggap sebagai suatu keadaan badan yang kurang menyenangkan, bahkan dirasakan sebagai siksaan sehingga menyebabkan seseorang tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti halnya orang yang sehat

Sedangkan konsep **Personalistik** menganggap munculnya penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur atau roh jahat), atau makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung).

Menelusuri nilai budaya, misalnya mengenai pengenalan kusta dan cara perawatannya. Kusta telah dikenal oleh etnik Makasar sejak lama. Adanya istilah *kaddala sikuyu* (kusta kepiting) dan *kaddala massolong* (kusta yang lumer), merupakan ungkapan yang mendukung bahwa kusta secara endemik telah berada dalam waktu yang lama di tengah-tengah masyarakat tersebut.

Hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif atas nilai - nilai budaya di Kabupaten Soppeng, dalam kaitannya dengan penyakit kusta (*Kaddala,Bgs.*) di masyarakat Bugis menunjukkan bahwa timbul dan diamalkannya *leprophobia* secara ketat karena menurut salah seorang tokoh budaya, dalam nasehat perkawinan orang-orang tua di sana, kata *kaddala* ikut tercakup di dalamnya. Disebutkan bahwa bila terjadi pelanggaran melakukan hubungan intim saat istri sedang haid, mereka (kedua mempelai) akan terkutuk dan menderita kusta/*kaddala*.

Ide yang bertujuan guna terciptanya moral yang agung di keluarga baru, berkembang menurut proses komunikasi dalam masyarakat dan menjadi konsep penderita kusta sebagai penanggung dosa. Pengertian penderita sebagai akibat dosa dari ibu-bapak merupakan awal derita akibat *leprophobia*. Rasa rendah diri penderita dimulai dari rasa rendah diri keluarga yang merasa tercemar bila salah seorang anggota keluarganya menderita kusta. Dituduh berbuat dosa melakukan hubungan intim saat istri sedang haid bagi seorang fanatik Islam dirasakan sebagai beban trauma psikosomatik yang sangat berat.

Orang tua, keluarga sangat menolak anaknya didiagnosis kusta. Pada penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Propinsi Kalimantan Timur dan Nusa Tenggara Barat (1990), hasil diskusi kelompok di Kalimantan Timur menunjukkan bahwa anak dinyatakan sakit jika menangis terus, badan berkeringat, tidak mau makan, tidak mau tidur, rewel, kurus kering. Bagi orang dewasa, seseorang dinyatakan sakit kalau sudah tidak bisa bekerja, tidak bisa berjalan,

tidak enak badan, panas dingin, pusing, lemas, kurang darah, batuk-batuk, mual, diare.

Sedangkan hasil diskusi kelompok di Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa anak sakit dilihat dari keadaan fisik tubuh dan tingkah lakunya yaitu jika menunjukkan gejala misalnya panas, batuk pilek, muncet, muntah-muntah, gatal, luka, gigi bengkak, badan kuning, kaki dan perut bengkak.

Seorang pengobat tradisional yang juga menerima pandangan kedokteran modern, mempunyai pengetahuan yang menarik mengenai masalah sakit-sehat. Baginya, arti sakit adalah sebagai berikut: sakit badaniah berarti ada tanda- tanda penyakit di badannya seperti panas tinggi, penglihatan lemah, tidak kuat bekerja, sulit makan, tidur terganggu, dan badan lemah atau sakit, maunya tiduran atau istirahat saja.

Pada penyakit batin tidak ada tanda-tanda di badannya, tetapi bisa diketahui dengan menanyakan pada yang gaib. Pada orang yang sehat, gerakannya lincah, kuat bekerja, suhu badan normal, makan dan tidur normal, penglihatan terang, sorot mata cerah, tidak mengeluh lesu, lemah, atau sakit- sakit badan.

Sudarti (1987) menggambarkan secara deskriptif persepsi masyarakat beberapa daerah di Indonesia mengenai sakit dan penyakit; masyarakat menganggap bahwa sakit adalah keadaan individu mengalami serangkaian gangguan fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman. Anak yang sakit ditandai dengan tingkah laku rewel, sering menangis dan tidak nafsu makan. Orang dewasa dianggap sakit jika lesu, tidak dapat bekerja, kehilangan nafsu makan, atau "kantong kering" (tidak punya uang). Selanjutnya masyarakat menggolongkan penyebab sakit ke dalam 3 bagian yaitu :

- a. Karena pengaruh gejala alam (panas, dingin) terhadap tubuh manusia

- b. Makanan yang diklasifikasikan ke dalam makanan panas dan dingin.
- c. Supranatural (roh, guna-guna, setan dan lain-lain.).

Untuk mengobati sakit yang termasuk dalam golongan pertama dan ke dua, dapat digunakan obat-obatan, ramuan- ramuan, pijat, kerok, pantangan makan, dan bantuan tenaga kesehatan. Untuk penyebab sakit yang ke tiga harus dimintakan bantuan dukun, kyai dan lain-lain. Dengan demikian upaya penanggulangannya tergantung kepada kepercayaan mereka terhadap penyebab sakit. Beberapa contoh penyakit pada bayi dan anak sebagai berikut:

- a. Sakit demam dan panas.

Penyebabnya adalah perubahan cuaca, kena hujan, salah makan, atau masuk angin. Pengobatannya adalah dengan cara mengompres dengan es, oyong, labu putih yang dingin atau beli obat influenza. Di Indramayu dikatakan penyakit adem meskipun gejalanya panas tinggi, supaya panasnya turun. Penyakit tampek (campak) disebut juga sakit adem karena gejalanya badan panas.

- b. Sakit mencret (diare).

Penyebabnya adalah salah makan, makan kacang terlalu banyak, makan makanan pedas, makan udang, ikan, anak meningkat kepandaiannya, susu ibu basi, encer, dan lain- lain. Penanggulangannya dengan obat tradisional misalkan dengan pucuk daun jambu dikunyah ibunya lalu diberikan kepada anaknya (Bima Nusa Tenggara Barat) obat lainnya adalah Larutan Gula Garam (LGG), Oralit, pil Ciba dan lain-lain. Larutan Gula Garam sudah dikenal hanya proporsi campuran- nya tidak tepat.

- c. Sakit kejang-kejang

Masyarakat pada umumnya menyatakan bahwa sakit panas dan kejang-kejang disebabkan oleh hantu. Di Sukabumi disebut hantu gegep, sedangkan di Sumatra Barat disebabkan hantu jahat.

Di Indramayu pengobatannya adalah dengan dengan pergi ke dukun atau memasukkan bayi ke bawah tempat tidur yang ditutupi jaring.

d. Sakit tampek (campak)

Penyebabnya adalah karena anak terkena panas dalam, anak dimandikan saat panas terik, atau kesambet. Di Indramayu ibu-ibu mengobatinya dengan membalur anak dengan asam kawak, meminumkan madu dan jeruk nipis atau memberikan daun suwuk, yang menurut kepercayaan dapat mengisap penyakit.

2. Proses Terjadinya Infeksi (Rantai Infeksi)

Infeksi adalah proses invasif oleh mikroorganisme dan berpoliferasi di dalam tubuh yang menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005). Infeksi adalah invasi tubuh oleh mikroorganisme dan berproliferasi dalam jaringan tubuh. (Kozier, et al, 1995). Dalam Kamus Keperawatan disebutkan bahwa infeksi adalah invasi dan multiplikasi mikroorganisme dalam jaringan tubuh, khususnya yang menimbulkan cedera seluler setempat akibat metabolisme kompetitif, toksin, replikasi intraseluler atau reaksi antigen-antibodi. Munculnya infeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling berkaitan dalam rantai infeksi. Adanya patogen tidak berarti bahwa infeksi akan terjadi.

Menurut Utama 2006, Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang itu dirawat atau setelah selesai dirawat disebut infeksi nosokomial. Secara umum, pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi yang kurang dari 72 jam menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum

pasien masuk rumah sakit, dan infeksi yang baru menunjukkan gejala setelah 72 jam pasien berada dirumah sakit baru disebut infeksi nosokomial.

Menurut Perry Potter, 2005 proses terjadinya infeksi seperti rantai yang saling terkait antar berbagai faktor yang mempengaruhi, yaitu agen infeksi, *reservoir*, *portal of exit*, cara penularan, *portal of entry* dan *host/* pejamu yang rentan.

a. Variabel Infeksi

1) Agen Infeksi

Mikroorganisme yang termasuk dalam agen infeksi antara lain bakteri, virus, jamur dan protozoa. Mikroorganisme di kulit bisa merupakan flora *transient* maupun *resident*. Organisme ini siap ditularkan, kecuali dihilangkan dengan cuci tangan. Organisme residen tidak dengan mudah bisa dihilangkan melalui cuci tangan dengan sabun dan deterjen biasa kecuali bila gosokan dilakukan dengan seksama.

Menurut Utama 2006 menyampaikan bahwa pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia rawat di rumah sakit. Kontak antara pasien dan berbagai macam mikroorganisme ini tidak selalu menimbulkan gejala klinis karena banyaknya faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial. Kemungkinan terjadinya infeksi tergantung pada :

- a) Karakteristik mikroorganisme.
- b) Resistensi terhadap zat-zat antibiotika.
- c) Tingkat virulensi
- d) Banyaknya materi infeksius.

2) Reservoir (Sumber Infeksi)

Adalah tempat dimana mikroorganisme patogen dapat hidupberkembang biak. Yang bisa berperan sebagai *reservoir*

adalah manusia, binatang, makanan, air, serangga dan benda lain. Adanya mikroorganisme patogen dalam tubuh tidak selalu menyebabkan penyakit pada hostnya. Kuman akan hidup dan berkembang biak dalam *reservoir* jika karakteristik reservoirnya cocok dengan kuman tersebut. Karakteristik tersebut antara lain oksigen, air, suhu, pH, dan pencahayaan.

Menurut Utama 2006, menyampaikan bahwa semua mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur dan parasit dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Kebanyakan infeksi yang terjadi di rumah sakit ini lebih disebabkan karena faktor eksternal, yaitu penyakit yang penyebarannya melalui makanan, udara dan benda atau bahan-bahan yang tidak steril.

3) *Portal Of Exit* (Jalan Keluar)

Mikroorganisme yang hidup di dalam reservoir harus menemukan jalan keluar (*portal of exit*) Sebelum menimbulkan infeksi, mikroorganisme harus keluar terlebih dahulu dari reservoirnya. Jika reservoirnya manusia, kuman dapat keluar melalui saluran pernapasan, pencernaan, perkemihan, genitalia, kulit dan membrane mukosa yang rusak serta darah.

4) Cara Penularan

Kuman dapat menular atau berpindah ke orang lain dengan berbagai cara seperti kontak langsung dengan penderita melalui oral, fekal, kulit atau darahnya kontak tidak langsung melalui jarum atau balutan bekas luka penderita peralatan yang terkontaminasi makanan yang diolah tidak tepat melalui vektor nyamuk atau lalat.

5) Portal Masuk

Kulit merupakan barier pelindung tubuh terhadap masuknya kuman infeksius. Rusaknya kulit atau ketidakutuhan kulit dapat menjadi portal masuk. Mikroba dapat masuk ke dalam tubuh

melalui rute atau jalan yang sama dengan portal keluar. Faktor-faktor yang menurunkan daya tahan tubuh memperbesar kesempatan patogen masuk ke dalam tubuh.

6) Daya Tahan Hospes Manusia

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius. Beberapa faktor yang mempengaruhi kerentanan tubuh terhadap kuman yaitu usia, keturunan, stress (fisik dan emosional), status nutrisi, terapi medis, pemberian obat dan penyakit penyerta. Perry & Potter 2005 menyampaikan bahwa tubuh memiliki pertahanan normal terhadap infeksi. Flora normal tubuh yang tinggal di dalam dan luar tubuh melindungi seseorang dari beberapa patogen. Setiap sistem organ memiliki mekanisme pertahanan terhadap agen infeksius. Flora normal, sistem pertahanan tubuh dan inflamasi adalah pertahanan non spesifik yang melindungi terhadap mikroorganisme.

b. Proses Infeksi

Infeksi terjadi secara progresif dan beratnya infeksi pada klien tergantung dari tingkat infeksi, patogenesitas mikroorganisme dan kerentanan penjamu. Secara umum proses infeksi adalah sebagai berikut:

1) Periode inkubasi

Interval antara masuknya patogen ke dalam tubuh dan munculnya gejala pertama.

2) Tahap prodromal

Interval dari awitan tanda dan gejala nonspesifik (malaise, demam ringan, keletihan) sampai gejala yang spesifik. Tahap ini mikroorganisme tumbuh dan berkembang biak dan mampu menyebarkan penyakit ke orang lain.

3) Tahap sakit

Klien memanifestasikan tanda dan gejala yang spesifik terhadap jenis infeksi.

4) Pemulihan

Interval saat munculnya gejala akut infeksi

c. Tanda-Tanda Infeksi

1) *Calor* (panas)

Daerah peradangan pada kulit menjadi lebih panas dari sekelilingnya, sebab terdapat lebih banyak darah yang disalurkan ke area terkena infeksi/ fenomena panas lokal karena jaringan-jaringan tersebut sudah mempunyai suhu inti dan hiperemia lokal tidak menimbulkan perubahan.

2) *Dolor* (rasa sakit)

Dolor dapat ditimbulkan oleh perubahan PH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung saraf. pengeluaran zat kimia tertentu seperti histamin atau zat kimia bioaktif lainnya dapat merangsang saraf nyeri, selain itu pembengkakan jaringan yang meradang mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan menimbulkan rasa sakit.

3) *Rubor* (Kemerahan)

Merupakan hal pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Waktu reaksi peradangan mulai timbul maka arteriol yang mensuplai daerah tersebut melebar, dengan demikian lebih banyak darah yang mengalir ke dalam mikrosirkulasi lokal. Kapiler-kapiler yang sebelumnya kosong atau sebagian saja meregang, dengan cepat penuh terisi darah. Keadaan ini yang dinamakan hiperemia atau kongesti.

4) *Tumor* (pembengkakan)

Pembengkakan ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan interstisial. Campuran

cairan dan sel yang tertimbun di daerah peradangan disebut eksudat.

5) *Funciolaesa*

Adanya perubahan fungsi secara superficial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal, sehingga organ tersebut terganggu dalam menjalankan fungsinya secara normal.

E. KAUSALITAS

1. Definisi Kausalitas

Berdasarkan dari beberapa sejarah terdapat Kronologis Konsep Sakit. Awalnya, konsep terjadinya penyakit/sakit didasarkan pada adanya gangguan makhluk halus atau karena kemurkaan dari yang maha pencipta. Pada Hipocrates: timbulnya penyakit disebabkan oleh pengaruh lingkungan yang meliputi air, udara, tanah, cuaca. Teori masyarakat Cina, timbulnya penyakit karena adanya gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh manusia (teori humoral). Dalam teori ini dikatakan bahwa dalam tubuh manusia ada empat macam cairan yaitu cairan putih, kuning, merah dan hitam, bila terjadi gangguan keseimbangan akan menimbulkan penyakit. Terjadinya penyakit akibat terjadinya pembusukan sisa makhluk hidup sehingga menimbulkan pengotoran udara dan lingkungan sekitarnya. Setelah ada mikroskop, terjadinya penyakit diketahui disebabkan jasad renik, gangguan hormonal, imunitas dan sebagainya.

Pengertian penyebab penyakit dalam epidemiologi berkembang dari rantai sebab akibat ke suatu proses kejadian penyakit, yaitu proses interaksi antara manusia (Host) dengan berbagai sifatnya (biologis, filosofis, psikologis, sosiologis,

antropologis) dengan penyebab (Agent) serta dengan lingkungan (Environment). Dalam teori keseimbangan, maka interaksi antara ketiga unsur tersebut harus dipertahankan keadaan keseimbangannya, dan bila terjadi gangguan keseimbangan antara ketiganya, akan menyebabkan timbulnya penyakit tertentu/ masalah kesehatan.

2. Kriteria Kausalitas (Bradford Hill)

Kriteria kausalitas (hubungan sebab akibat) menurut Bradford Hill (1897-1991) membuat kriteria dari suatu faktor sehingga faktor tersebut dapat dikatakan sebagai faktor yang mempunyai hubungan kausal. Kriteria tersebut terdiri dari 9 kriteria.

Penjelasan Kriteria Bradford Hill:

Kekuatan asosiasi : semakin kuat asosiasi, maka semakin sedikit hal tersebut dapat merefleksikan pengaruh dari faktor-faktor etiologis lainnya. Kriteria ini membutuhkan juga presisi statistik (pengaruh minimal dari kesempatan) dan kekakuan metodologis dari kajian-kajian yang ada terhadap bias (seleksi, informasi, dan kekacauan) Konsistensi : replikasi dari temuan oleh investigator yang berbeda, saat yang berbeda, dalam tempat yang berbeda, dengan memakai metode berbeda dan kemampuan untuk menjelaskan dengan meyakinkan jika hasilnya berbeda.

Spesifisitas dari asosiasi : ada hubungan yang melekat antara spesifisitas dan kekuatan yang mana semakin akurat dalam mendefinisikan penyakit dan penularannya, semakin kuat hubungan yang diamati tersebut. Tetapi, fakta bahwa satu agen berkontribusi terhadap penyakit-penyakit beragam bukan merupakan bukti yang melawan peran dari setiap penyakit.

Temporalitas : kemampuan untuk mendirikan kausa dugaan bahwa pada saat efek sementara diperkirakan.

Tahapan biologis : perubahan yang meningkat dalam konjungsi dengan perubahan kecocokan dalam penularan verifikasi terhadap hubungan dosis-respon konsisten dengan model konseptual yang dihipotesakan.

Masuk akal : kami lebih siap untuk menerima kasus dengan hubungan yang konsisten dengan pengetahuan dan keyakinan kami secara umum. Telah jelas bahwa kecenderungan ini memiliki lubang-lugang kosong, tetapi akal sehat selalu saja membimbing kita.

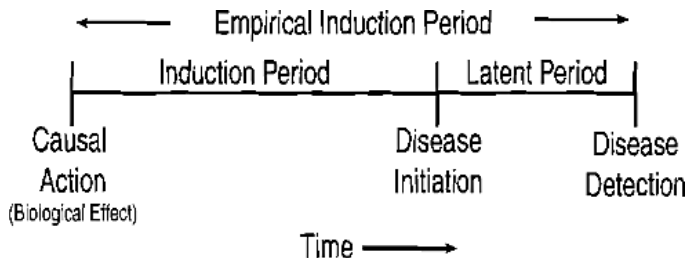
Koherensi : bagaimana semua observasi dapat cocok dengan model yang dihipotesakan untuk membentuk gambaran yang koheren. Untuk menjawabnya dapat dilihat pada Apakah interpretasi kausal cocok dengan fakta yang diketahui dalam sejarah alam dan biologi dari penyakit, termasuk juga pengetahuan tentang distribusi dari bukaan dan penyakit (orang, tempat, waktu) dan hasil dari eksperimen laboratorium. Apakah semua *“potongan telah cocok tempatnya”*

Eksperimen : demonstrasi yang berada dalam kondisi yang terkontrol merubah kausa bukaan untuk hasil yang merupakan nilai yang besar, beberapa orang mungkin, mengatakannya sangat diperlukan, untuk menyimpulkan kausalitas.

Analogi : Kami lebih siap lagi untuk menerima argumentasi-argumentasi yang menyerupai dengan yang kami dapatkan.

3. Multiple Causal Factors

Dalam epidemiologi modern, penyakit dihasilkan dari beberapa penyebab walaupun penyakit infeksi, namun tetap tidak dapat menjadi faktor yang berdiri sendiri. Penyebab multiple juga dapat dilihat berdasarkan perjalanan penyakit kronis yang dimulai dari masa induksi hingga menjadi laten. Masa induksi pada faktor penyebab adalah waktu antara *causal action* hingga mulainya penyakit. Konsep masa induksi pada penyakit kronis adalah waktu yang dibutuhkan oleh suatu pemaparan untuk mencapai dosis yang cukup untuk menimbulkan reaksi. Masa laten penyakit adalah waktu antara mulainya penyakit sampai terdeteksinya penyakit. Kombinasi dari masa induksi dan laten disebut dengan masa induksi empiris. Dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2 : Masa Induksi, Laten Dan Empirical

Misalnya pada penyakit infark miokard. Penyakit ini disebabkan oleh penyebab utama yaitu genetik dan penyebab lainnya yang dapat berkontribusi pada proses penyakit misalnya, hipertensi, obesitas, gaya hidup, faktor genetik. Proses induksi dimulai dari genetik hingga terjadinya atherosclerosis. Sedangkan periode laten dimulai dari paparan exposure gaya hidup hingga munculnya infark miokard.

4. Determinisme Klasik

Menurut konsep model klasik (Pure Determinism Model) hubungan kausal adalah suatu hubungan sebab akibat murni, yang

konstan, unik dan dapat di prediksi secara sempurna. Keadaan tersebut digambarkan sebagai hubungan antara dua faktor yaitu faktor X sebagai faktor penyebab dan faktor Y sebagai faktor akibat. Faktor X dikatakan akan menjadi penyebab Y jika dalam suatu kondisi yang stabil, setiap perubahan atau manipulasi pada faktor X akan selalu diikuti oleh perubahan pada Y (Blalock, 1964). Yang dimaksud dengan kondisi stabil adalah stabil yang semua faktor penyebab lain dalam keadaan statis dan terikat sempurna. Dengan demikian definisi hubungan kausal memiliki dua kriteria, yaitu kausa spesifik dan efek spesifik. Faktor X dikatakan kausa spesifik jika dia merupakan satu-satunya penyebab faktor Y. Sebaliknya faktor Y dinyatakan sebagai efek spesifik jika faktor Y merupakan satu-satunya akibat yang ditimbulkan oleh faktor X.

Selanjutnya, kriteria kausa spesifik mengisyaratkan bahwa faktor X memenuhi dua kondisi, yaitu kausa yang diperlukan (necessary cause) dan kausa yang menentukan (sufficient cause). Faktor X akan dinyatakan sebagai kausa yang diperlukan jika semua perubahan pada Y selalu didahului oleh perubahan pada X. Sebaliknya, faktor X akan disebut kausa yang menentukan bila setiap perubahan pada X secara pasti menginduksi perubahan pada Y (Suster, 1973). Kausa yang diperlukan dan kausa yang menentukan tersebut diatas, dapat dijelaskan secara kuantitatif dengan memperhatikan faktor kausa (X) dan faktor akibat (Y), seperti terlihat tabel silang pada tabel-1 dibawah ini. Jika faktor X merupakan suatu kausa yang menentukan dari faktor akibat Y, maka sel C akan selalu kosong. Sedangkan jika faktor X merupakan kausa yang diperlukan dari faktor akibat Y, maka sel B akan selalu kosong.

Tabel 1:klasifikasi silang antara status penyakit (Y) dengan kategori faktor kausal (X)

Y (status penyakit)	X (kategori faktor kausa)	
	Terpapar	Tidak terpapar
Sakit	A	B
Tidak sakit	C	D

Catatan:

- Bila X adalah suatu faktor kausa yang menentukan dan Y maka kotak C selalu kosong
- Bila X adalah suatu faktor kausa yang di perlukan dari Y, maka kotak B selalu kosong

Perlu diketahui bahwa kedua faktor tersebut diatas secara teoritis bersifat independen sehingga akan ada beberapa kemungkinan. Pertama faktor yang merupakan kausa yang diperlukan tapi bukan merupakan kausa yang menentukan misalnya Mikrobakterium Tuberkulosisdengan penyakit TBC. Kedua merupakan kausa yang diperlukan yang diperlukandan sekaligus kausa yang menentukan, misalnya virus HIV dengan penyakit AIDS. Ketiga, yang bukan merupakan kausa yang diperlukan maupun yang menentukan, misalnya rokok pada penyakit jantung koroner.

Upaya pertama untuk mengoperasionalkan kriteria hubungan kausal murni seperti tersebut di atas di bidang Kesehatan dilakukan oleh Robert Koch, lebih dari eratus tahun yang lalu (Evem, 1978), yaitu:

- Agent harus selalu dapat diisolasi pada setiap kasus melalui biakan murni
- Agent seharusnya tidak ditemukan pada kasus-kasus penyakit yang lain
- Agent yang telah diisolasi dari seorang penderita harus mampu menimbulkan penyakit yang sama pada binatang percobaan

Ternyata untuk menjelaskan kriteria hubungan sebab akibat secara operasional “”model klasik””mempunyai banyak kelemahan:

a. Etiologi faktor ganda

Telah terbukti dari berbagai temuan penelitian dan berbagai kesimpulan teoritis bahwa berbagai penyakit mempunyai lebih dari satu faktor penyebab. Akibatnya pada setiap keadaan akan ditemuka berbagai faktor yang diperlukan dan faktr yang menentukan guna mengetahui hubungan sebab akibat

b. Akibat ganda

Sebaliknya banyak bukti-bukti yang mendukung bahwa faktor-faktor tertentu mengakibatkan lebih dari satu keadaan patologi. Konsep tentang akibat tunggal tampaknya lebih terlihat pada penyakit-penyakit menular, dapat dipastikan setiap penyakit mempunyai agen spesifik sendiri-sendiri

c. Keterbatasan konsepsualisasi faktor-faktor kausal

Ada dua aspek yang sulit dijelaskan denganmodel “determinan murni”, yaitu: Pertama, hubungan sebab akibat tergantung pada faktor perubahan penyebab. Akibat akan terjadi jika ada perubahan pada faktor penyebab, misalnya perubahan dari tak ada menjadi ada, dari sedikit menjadi banyak, dan sebaliknya.

Kedua, model determinan murni tidak dapat menjelaskan peranan faktor-faktor kausal yang mempunyai skala kontinyu, seperti umur, tekanan darah, dan kegemukan

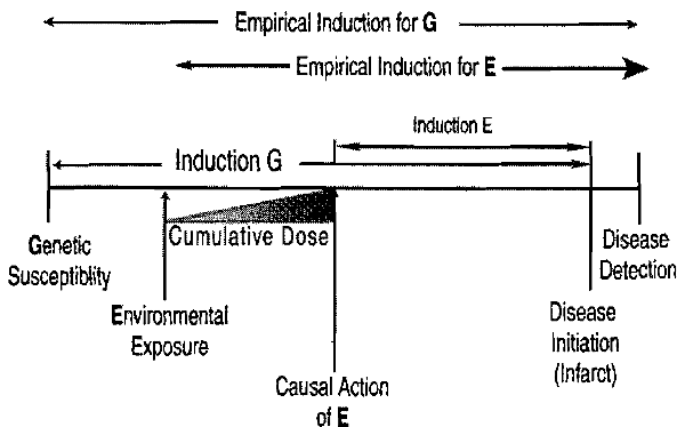
d. Pengetahuan

Pengetahuan kita tentang penyakit masih sangat terbatas, demikian juga kemampuan untuk mengukur dan mengamati proses kejadian penyakit. Jadi, ketika kita mempelajari pengaruh suatu faktor, kita tidak mungkin mengabaikan pengaruh faktor lain pada hasil temuan kita. Selain itu, selalu saja ada kemungkinan untuk terjadi kesalahan pada proses pengukuran.

5. Modifikasi model klasik

Untuk mengatasi berbagai kelemahan tersebut, para peneliti merumuskan suatu mode yang disebut “modified determinism model” yang mampu menjelaskan penyebab ganda. Menurut model ini, kausa yang menentukan terdiri dari sekelompok faktor kausal yang disebut kluster sufisien. Setiap kluster sufisien berpengaruh secara independen terhadap suatu penyakit (Rochman, 1976). Pengaruh setiap faktor saling tergantung pada kadar faktor lain dalam setiap kluster.

Dengan demikian, dalam membentuk suatu kausa sufisiensi faktor-faktor yang ada saling memodifikasi antara yang satu dengan yang lainnya. Namun, faktor-faktor tersebut bebas dari pengaruh faktor-faktor pada kluster sufisien yang lain. Pada model ini suatu penyebab tidak harus berubah secara eksplisit, tetapi suatu aksi, peristiwa atau keadaan yang statis dapat menginduksi terjadinya suatu akibat.



Gambar 3 : Periode Induksi Genetik dan Pengaruh Lingkungan

6. Pendekatan Probabilitas

Pendekatan probabilitas merupakan pemberian ruang terhadap kemungkinan terjadinya kesalahan-kesalahan baik kesalahan random maupun kesalahan sistematis yang dapat mempengaruhi hasil kausalitas dari factor kausal. Dalam pendekatan probabilitas digunakan pendekatan statistic untuk meyakinkan apakah terdapat hubungan yang valid antara faktor penelitian dengan penyakit.

Kausal probabilistik merupakan faktor yang meningkatkan probabilitas terjadinya akibat. Menurut definisi *probabilistic* kejadian suatu penyakit pada seseorang dapat disebabkan karena kemungkinan (peluang). Definisi probalistik kausasi lebih inklusif dari pada definisi kausa komponen mencukupi sebab mampu menjelaskan konsep kausa yang diperlukan dan mencukupi.

F. UKURAN FREKUENSI

1. Ratio, Proporsi dan Rates

a. Ratio

Merupakan perbandingan antara 2 kejadian atau 2 hal antara numerator dan denominator tidak ada sangkut pautnya.

Misal :

Seks ratio DKI Jakarta Laki-laki = 40 , Perempuan = 60

Laki-laki : Perempuan = 1 : 1,5

Populasi proporsi sakit TBC = 100

Populasi proporsi tidak sakit TBC = 1000

Relative Risk = $100/1000 = 1/10 = 0,1$

Rasio menggambarkan suatu hubungan atau perimbangan antara suatu jumlah tertentu dengan jumlah

yang lain, dan dengan menggunakan alat analisis berupa rasio ini akan dapat menjelaskan atau memberi gambaran kepada penganalisa tentang baik atau buruknya posisi keuangan suatu perusahaan terutama apabila angka-angka tersebut dibandingkan dengan angka rasio pembanding yang digunakan sebagai standard (Munawir, 2004:64). Pancawati Hardiningsih (2002:85), manfaat analisis rasio pada dasarnya tidak hanya berguna bagi kepentingan intern perusahaan melainkan juga bagi pihak luar. Rasio-rasio ini mempermudah upaya pembandingan kinerja perusahaan dari tahun ke tahun (time series) atau dengan perusahaan lain (cross section) dalam industri yang sama (Morton, Richard, dkk, 2003)

b. Rasio kematian proporsional

Ukuran ini digunakan untuk menunjukkan proporsi keseluruhan kematian yang disebabkan oleh spesifik. Jadi, definisi rasio proposional adalah Kematian yang di sebabkan oleh suatu penyakit dalam satu waktu tertentu di bagi total kematian dalam populasi pada waktu yang sama di kali 100.

Rasio kematian proposional digunakan untuk menampilkan presentase kematian karena penyebab yang sedang di teliti, biasanya suatu kelompok usia dan jenis kelamin tertentu di bandingkan dengan suatu kelompok usia yang berbeda dalam kelompok jenis kelami yang sama.

c. Rate

X = Jumlah kejadian tertentu yang terjadi dalam kurun waktu tertentu

Y= Jumlah penduduk yang mempunyai risiko mengalami kejadian tertentu dalam kurun waktu tertentu (pop.at risk)

K= Konstanta (angka dasar)

Contoh : Kasus DBD tahun 2005 di kota A = 400

Penduduk kota A th.2005 = 30.000

I.R = $400 \times 1000 = 13,3 / 1000$ penduduk

Beberapa bentuk ukuran epidemiologi untu rate:

- a. Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate atau CDR)
- b. Angka Kematian menurut kelompok umur (ASDR)
- c. Angka kematian karena penyakit tertentu (CSDR)
- d. Case Fatality Rate (CFR) = $\text{Jml.Kematian} / \text{Jml.Kasus} \times 100\%$

2. Insiden dan Prevalance

a. Prevalance

Proporsi individu dalam populasi yang mengalami penyakit atau kondisi lainnya pada suatu periode waktu tertentu. Menggambarkan jumlah **kasus yang ada** pada satu saat tertentu.

$$\text{Prevalens} = \frac{\text{Jumlah individu yang sedang sakit pada satu saat tertentu}}{\text{Jumlah individu dalam populasi tersebut pada saat tertentu itu}}$$

Ciri-ciri Prevalance :

- 1) Berbentuk proporsi
- 2) Tidak mempunyai satuan atau tanpa dimensi — bisa dinyatakan dalam persen
- 3) Jangan dianggap sebagai rate
- 4) Tergantung insidensi dan durasi
- 5) besarnya antara 0 dan 1

b. Point dan Period

Point Prevalens, yaitu probabilitas dari individu dalam populasi berada dalam keadaan sakit pada satu waktu

tertentu sedangkan *Period Prevalens* yaitu proporsi populasi yang sakit pada satu periode tertentu. Kegunaannya adalah untuk menentukan situasi penyakit yang ada pada satu waktu tertentu dan untuk merencanakan fasilitas kesehatan dan ketenagaan.

c. Insiden

Insiden Rate atau IR adalah Jumlah Kasus baru pada periode waktu tertentu dibagi populasi yang berisiko pada waktu yang sama x konstanta. Incidence pada periode singkat dan terbatas (epidemi) disebut : Attack Rate (dalam persen)

d. Cumulative Incidence

Probabilitas dari seorang yang tidak sakit untuk menjadi sakit selama periode waktu tertentu, dengan syarat orang tersebut tidak mati oleh karena penyebab lain. Risiko ini biasanya digunakan untuk mengukur serangan penyakit yang pertama pada orang sehat tersebut. Misalnya : Insidens penyakit jantung mengukur risiko serangan penyakit jantung pertama pada orang yang belum pernah menderita penyakit jantung.

$$CI = \frac{\sum \text{kasus baru}}{\sum \text{populasi pada permulaan periode}}$$

Baik pembilang maupun penyebut yang digunakan dalam perhitungan ini adalah individu yang tidak sakit pada permulaan periode pengamatan, sehingga mempunyai risiko untuk terserang. Kelompok individu yang berisiko terserang ini disebut *population at risk* atau populasi yang berisiko.

Ciri-ciri Cumulative Incidence

- 1) Berbentuk proporsi
- 2) Tidak memiliki satuan
- 3) Besarnya berkisar antara 0 dan 1

Contoh : Hasil sensus di tahun 1960 di Swedia menunjukkan sejumlah 3076 laki-laki berumur 20-64 tahun yang bekerja di perusahaan plastik. Berdasarkan data dari Register Kanker Swedia, antara tahun 1961-1973, sebelas orang diantara pekerja ini terserang tumor otak. *CI* tumor otak yang terjadi pada pekerja pabrik plastik ini selama 13 tahun adalah

$$CI = \frac{11}{3076} \times 100\% = 0,36\%$$

3. Attack Rate & Secondary Attack Rates

a. Attack Rate

Attack rate adalah penyakit yang ditemukan pada Yaitu Jumlah penderita baru suatu suatu saat dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit tersebut pada saat yang sama. Manfaat Attack Rate adalah : Memperkirakan derajat serangan atau penularan suatu $\frac{3}{4}$ penyakit. Makin tinggi nilai AR, maka makin tinggi pula kemampuan Penularan Penyakit tersebut.

$$AR = \frac{\text{Jumlah kasus pada suatu penyakit}}{\text{Jumlah populasi yang beresiko pada suatu penyakit pada periode tertentu}} \times k (100 \text{ atau } 1.000)$$

b. Secondary Attack Rate

Secondary Attack Rate adalah jumlah penderita baru suatu penyakit yang terjangkit pada serangan kedua dibandingkan dengan jumlah penduduk dikurangi orang/penduduk yang pernah terkena penyakit pada serangan pertama. Digunakan menghitung suatu panyakit menular dan dalam suatu populasi yang kecil (misalnya dalam Satu Keluarga). (C.Timrmeck, Thomas.2005)

$$SAR = \frac{\text{Jumlah penderita baru pada serangan kedua}}{\text{Jumlah penduduk - jumlah penduduk yang terkena serangan pertama}} \times k (100 \text{ atau } 1.000)$$

c. Crude Death Rate (CDR)

Jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan.

Istilah Crude = Kasar digunakan karena setiap aspek kematian tidak memperhitungkan usia, jenis kelamin, atau variable lain.

$$\text{Crude Death Rate} = \frac{\text{Jumlah kematian di kalangan penduduk di suatu daerah dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk rata-rata (pertengahan tahun) di daerah \& tahun yang sama)}} \times 1000$$

Catatan :

- 1) Jumlah penduduk disini bukanlah merupakan penyebut yang sebenarnya oleh karena berbagai golongan umur mempunyai kemungkinan mati yang berbeda-beda sehingga perbedaan dalam susunan umur antara beberapa penduduk akan menyebabkan perbedaan-perbedaan dalam crude death rate meskipun rate untuk berbagai golongan umur sama.
- 2) Kekurangan-kekurangan dari crude death rate ini adalah (1) terlalu menyederhanakan pola yang kompleks dari rate dan (2) penggunaannya dalam perbandingan angka kematian antar berbagai penduduk yang mempunyai susunan umur yang berbeda-beda, tidak dapat secara langsung melainkan harus melalui prosedur penyesuaian (adjustment).
- 3) Meskipun mempunyai kekurangan-kekurangan tersebut diatas crude death rate ini digunakan secara luas oleh karena (1) sifatnya yang merupakan summary rate dan (2) dapat dihitung dengan adanya informasi yang minimal.

- 4) Crude death rate digunakan untuk perbandingan-perbandingan menurut waktu dan perbandingan-perbandingan internasional.
- 5) Untuk penyelidikan epidemiologi akan diperlukan summary rate yang tidak mempunyai kelemahan-kelemahan seperti crude rate. Rate seperti diperoleh dengan mengadakan penyesuaian pada susunan umur dari berbagai penduduk yang akan dibandingkan angka kematiannya, dengan sendirinya adjustment rate ini adalah fiktif

d. Age Specific Death Rate (Angka Kematian pada Umur Tertentu)

ASMR bertujuan untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi pada golongan umur. Untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah. Untuk menghitung rata – rata harapan hidup.

Sebagai Contoh:

Age Specific Death Rate pada golongan umur 20-30 tahun. Jumlah kematian antara umur 20-30 tahun di suatu daerah dalam waktu 1 tahun

$$\text{Age Specific Death Rate} = \frac{\text{Jumlah penduduk berumur antara 20-30 tahun pada daerah dan tahun yang sama}}{\text{Jumlah kematian antara umur 20-30 tahun di suatu daerah dalam waktu 1 tahun}} \times 1000$$

Kecamatan B jumlah penduduk yang berumur 20-30 tahun pada pertengahan tahun 1988 adalah 1.000 orang. Dari jumlah tersebut selama tahun 1988 meninggal 3 orang.

Jadi *Age Specific Rate* adalah :

$$\frac{3}{1.000} \times 1.000 = 3 \text{ per } 1000 \text{ penduduk}$$

e. **Cause Disease Specific Death Rate (Angka Kematian Akibat Penyakit Tertentu)**

CDSDR yang mungkin terkena penyakit tersebut. Jumlah seluruh kematian karena satu sebab penyakit dalam satu jangka waktu tertentu (1 tahun) dibagi dengan jumlah penduduk. Rumus CSDR adalah sebagai berikut:

$$\text{Cause (TB) Specific Death Rate} = \frac{\text{Jumlah kematian karena TBC di 1 daerah dalam waktu 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk rata-rata (pertengahan tahun) pada daerah dan tahun yang sama}} \times 1000$$

Sebagai contoh kematian karena TB :

Pada pertengahan tahun 1988 di Kecamatan Manggar jumlah penduduknya 2.000. Selama tahun 1988 tersebut terdapat 3 orang yang meninggal dunia karena TBC. Maka kematian akibat TBC adalah

$$\frac{3}{2000} \times 1000 = 1,5 \text{ per } 1000 \text{ penduduk}$$

G. SKRINING

Skrining adalah penemuan penyakit secara aktif pada orang yang tanpa gejala dan tampak sehat. Skrining tes, menurut pembatasan yang diberikan orang, bukanlah yang dimaksud dengan diagnostik; orang dengan tanda positif atau mencurigakan menderita penyakit hendaknya diberi perawatan/pengobatan setelah diagnosis dipastikan.

Uji skrining diterapkan pada penduduk yang telah dipilih terlebih dahulu. Mereka yang dengan hasil tes negatif disisihkan; mereka ini adalah yang rupanya tidak menderita penyakit yang sedang dicari. Kepada mereka yang positif, yakni mereka yang dicurigai menderita penyakit yang tengah dicari atau dalam

keadaan akan menderita di waktu mendatang dilakukan tes diagmostik dan dengan ini disisihkan dari mereka yang tidak menderita penyakit. Kepada mereka yang menderita penyakit yang tengah dicari itu dilakukan intervensi terapeutik.

Di negara yang telah maju, program skrining telah diadakan untuk beberapa penyakit seperti kanker payudara dengan *mammography*, *thermography*, dsb., kanker leher rahim dengan *pap smear*, dan hipertensi dengan pemeriksaan tekanan darah. Pada usaha awal pemberantasan tuberkulosis di Indonesia, dilaksanakan pemeriksaan dengan sinar-X, pemeriksaan sputum, dan pembuatan biakan hasil.

TB adalah contoh pemeriksaan yang digunakan di dalam program penemuan kasus. Tiga kriteria yang digunakan dalam menilai skrining tes ialah validitas, reliabilitas, dan yield.

1. Pengertian Penyaringan (Skrining)

Penyaringan (skrining) merupakan suatu upaya untuk menyeleksi orang-orang yang tampak sehat, tidak menderita terhadap suatu penyakit tertentu, dari suatu populasi tertentu. Penyaringan ini merupakan suatu usaha untuk mendeteksi penderita penyakit tertentu yang tanpa gejala (tidak tampak) dalam suatu masyarakat atau suatu kelompok tertentu dengan melakukan suatu tes/ pemeriksaan yang secara singkat dan sederhana dapat memisahkan mereka yang sehat terhadap mereka yang kemungkinan besar menderita mereka yang dianggap positif selanjutnya diproses melalui diagnosis selengkapny dan akan mendapat pengobatan yang sesuai.

Untuk suatu penyaringan diperlukan suatu alat uji aring, biasanya berupa suatu alat uji laboratorium yang mempunyai validitas yang tinggi. Validitas di sini meliputi sensitivitas dan

spesifisitas yang tinggi sehingga mereka yang dinyatakan positif adalah mereka yang benar-benar tidak sakit (spesitivitas tinggi). Penyaringan/skreening adalah upaya terorganisasi pada masyarakat yang tampaknya sehat untuk mendeteksi kelalaian ataupun faktor resiko yang tidak disadari keberadaannya.

Tujuan dilakukannya penyaringan adalah:

- a. Untuk mendapatkan mereka yang menderita sedini mungkin sehingga dapat dengan segera memperoleh pengobatan.
- b. Untuk mencegah meluasnya penyakit dalam masyarakat.
- c. Untuk mendidik dan membiasakan masyarakat untuk memeriksakan diri sedini mungkin
- d. Untuk mendidik dan memberikan gambaran kepada petugas kesehatan tentang sifat penyakit dan untuk selalu waspada melakukan pengamatan terhadap gejala dini.
- e. Untuk mendapatkan keterangan epidemiologis yang berguna bagi klinis dan peneliti.

Sebagai contoh, suatu penyakit bisa meluas melalui transfusi darah. Secara teoritis berbagai kuman penyakit dapat ikut serta berpindah dalam proses transfusi darah itu adalah:

- a. Virus: Hepatitis B, C, dan D, human Immunodeficiency Virus (HIV/AIDS), Human T cell Leukemia Virus-1 (HTLV-1), Cytomegalovirus (CMV), Epstein Barr Virus (EBV), Herpes Virus, Parvovirus.
- b. Bakteri: *treponema pallidum*, *mycobacterium leprae*, *salmonella typhosa*, *brucella abortus*, *borrelia burgdoferi*, *rickettsia rickettsii*.
- c. Parasit: *plasmodium vivax*, *malariae*, *falcifarum*, *ovale*; *trypanosoma cruzi*, African trypanosomiasis, *microfilariae*, *toxoplasma gondii*, *babesia microti*, *leishmania donovani*.

Kemungkinan penularan penyakit lewat darah dimungkinkan oleh berbagai faktor yang terjadi dalam proses transfusi darah.

Faktor-faktor itulah yang mendorong perlunya penyaringan, dimana antara lain:

- a. Darah merupakan media yang sangat baik untuk kehidupan kuman.
- b. Tidak dapat dipercaya bahwa seorang donor yang sehat fisik tidak mengandung kuman penyakit menular. Berbagai kuman bisa berada dalam darah namun tidak menyebabkan orang donor nyata sakit.
- c. Seorang penerima darah (recipient) tidak hanya terpapar oleh satu donor tetapi umumnya lebih dari satu donor. Rasio pemakaian darah sekitar 3 unit per orang, artinya untuk satu penderita rata-rata menerima 3 unit atau tiga orang donor. Makin berat penyakit seorang resepien tentu akan semakin banyak darah yang dibutuhkannya.

Contoh penyakit lain yang biasa di skrining :

- a. *Cancer mammae* Mammografi
- b. *Cancer cervix* dideteksi dengan Pap smear
- c. Hipertensi dideteksi dengan Pemeriksaan Tekanan darah
- d. Diabetes mellitus dideteksi dengan Pemeriksaan reduksi
- e. Kehamilan dideteksi dengan Pemeriksaan urine
- f. Penyakit Jantung Koroner dideteksi dengan Pemeriksaan EKG
- g. Thalassemia
- h. *sickle cell anemia* (anemia set sabit)
- i. penyakit Tay-Sachs

2. Pelaksanaan uji saring

Berbagai bentuk pelaksanaan penyaringan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Dapat dilakukan secara masal pada suatu penduduk tertentu. Cara ini tentu merupakan beban yang cukup berat baik dari segi operasional di lapangan maupun untuk biayanya.
- b. Dilakukan secara selektif maupun random terutama mereka dengan risiko yang lebih besar. Misalnya pemeriksaan HIV yang hanya dilakukan pada golongan waria dan pekerja seks yang dianggap mempunyai risiko tinggi HIV.
- c. Dilakukan untuk suatu penyakit atau serentak untuk lebih dari satu penyakit.

Cara mana yang dipilih akan tergantung kepada berbagai macam faktor, termasuk jenis penyakitnya sendiri.

3. Kriteria penyaringan

Tidak semua penyakit dapat dilakukan penyaringan terhadapnya. Suatu penyakit perlu mendapat tindakan penyaringan jika:

- a. Penyakit itu harus merupakan masalah kesehatan yang berarti.
- b. Telah tersedia obat yang potensial atau pengobatan yang memungkinkan bagi mereka yang positif.
- c. Tersedia fasilitas dan biaya untuk diagnosis dan pengobatan. Jadi setelah mengalami penyaringan maka diperlukan upaya diagnosis yang segera disusul dengan pengobatan sesuai hasil diagnosis.
- d. Penyakitnya dapat diketahui dengan pemeriksaan/ tes khusus.
- e. Hasil perhitungan uji saring memenuhi syarat untuk tingkat sensitivitas dan spesifisitas.
- f. Sifat perjalanan penyakit dengan pasti. Misalnya untuk bidang transfusi darah maka perlu diketahui bahwa penyakit itu memang menular melalui transfusi darah. HIV, misalnya mempunyai resiko penularan sebesar lebih 90%.bandingkan dengan penularan seksual yang besarnya hanya sekitar 0,1%.

- g. Diperlukan standar yang disepakati tentang mereka yang menderita.
- h. Biaya yang digunakan harus seimbang dengan resiko biaya bila tanpa skrining.
- i. Harus dimungkinkan untuk diadakan *follow-up* dan kemungkinan pencarian penderita secara berkesinambungan.

Syarat-syarat ini merupakan syarat-syarat umum yang tampaknya tidak mudah untuk memenuhinya atau menerapkannya pada semua kondisi atau penyakit. Untuk perihal uji saring terhadap AIDS misalnya maka tampak syarat-syarat tersebut tidak bisa terpenuhi semuanya.

Tabel 4. Kriteria Pelaksanaan Penyaringan

Aspek Penyaringan	Kriteria Penyaringan
Penyakit	Serius Prevalensi tinggi pada fase pre-klinik Riwayat alamiah diketahui Periode panjang antara gejala pertama dengan Onset penyakit
Tes diagnostic	Sensitif dan spesifik Sederhana dan murah Aman dan dapat diterima (<i>acceptable</i>) Nyata (<i>reliable</i>)
Diagnosis dan pengobatan	Tersedia fasilitas yang memadai Efektif, diterima dan aman Tersedia pengobatan

4. Ukuran Efisiensi Skrining

Untuk kepentingan validitas diperlukan beberapa perhitungan:

- a. Positif sebenarnya
mereka yang terkena penyakit dinyatakan menderita pada hasil tes.
- b. Positif palsu
Mereka yang oleh tes penyaringan dinyatakan menderita tetapi pada diagnosis klinik dinyatakan sehat.

c. Negatif palsu

Mereka yang dinyatakan sehat pada penyaringan tetapi dinyatakan menderita pada diagnosis.

d. Negative sebenarnya

Mereka yang pada penyaringannya dinyatakan sehat dan pada diagnosis dinyatakan betul-betul sehat.

Reabilitas adalah kemampuan suatu hasil tes memberikan hasil yang sama/konsisten bila tes di terapkan lebih dari satu kali sasaran (obyek sama pada kondisi yang sama pula).

a. Variasi dalam cara screening

b. Stabilitas alat tes atau regensi yang digunakan

c. Fluktuasi keadaan dari nilai yang akan di ukur (misal tekanan darah)

d. Kesalahan pengamatan

Untuk meningkatkan nilai reabilitas dapat dilakukan beberapa usaha tertentu :

a. Pembaruan/standarisasi cara penyaringan.

b. Peningkatan dan pemantapan ketrampilan pengamatan melalui training

c. Pengamatan yang cermat pada setiap hasil pengamatan

d. Memperbesar klasifikasi kategori yang ada bila kondisi penyakit juga bervariasi

5. Nilai Prediksi

Besarnya kemungkinan dengan menggunakan nilai sensitivitas dan spesifitas serta prevalensi dengan proporsi penduduk yang menderita. Nilai prediktif positif artinya mereka dengan tes positif juga menderita penyakit. Nilai prediktif negatif artinya mereka yang dinyatakan negatif juga ternyata tidak menderita negatif.

6. Kriteria Menilai, Suatu Alat Ukur

Suatu alat (test) screening yang baik adalah yang mempunyai tingkat validitas dan reabilitas yang tinggi yaitu mendekati 100%. Validitas merupakan petunjuk tentang kemampuan suatu alat ukur (test) dapat mengukur secara benar dan tepat apa yang akan diukur. Sedangkan reliabilitas menggambarkan tentang keterandalan atau konsistensi suatu alat ukur.

7. Bentuk Screening

- a. Screening Seri adalah screening yang dilakukan 2 kali penyaringan dan hasilnya dinyatakan positif jika hasil kedua penyaringan tersebut positif
- b. Bentuk screening seri akan menghasilkan positive palsu rendah, negative palsu meningkat
- c. Screening paralel adalah screening yang dilakukan 2 kali penyaringan dan hasilnya dinyatakan positif jika hasil salah satu hasil penyaringan adalah positive
- d. Bentuk screening paralel akan menghasilkan positive palsu meningkat; negative palsu lebih rendah

8. Predictive Value

- a. Nilai Prediktif adalah besarnya kemungkinan sakit terhadap suatu hasil tes
- b. Nilai prediktif positive adalah persentase dari mereka dengan hasil tes positive yang benar benar sakit
- c. Nilai prediktif negative adalah persentase dari mereka dengan hasil tes negative yang benar benar tidak sakit

Rumus predictive

Value: PPV: $TP / (TP + FP)$

NPV: $TN / (TN + FN)$

9. Validitas Instrumen Skrining

Validitas daripada suatu tes diartikan kemampuan tes tersebut untuk memberikan indikasi pendahuluan mengenai siapa yang menderita penyakit (yang tengah dicari) dan siapa yang tidak. Unsur dari validitas adalah sensitivitas dan spesifisitas. Sensitivitas ialah kemampuan menemukan mereka yang tidak menderita penyakit. Dengan asumsi bahwa diagnosis yang tepat, disusun tabel 2 x 2 sebagai berikut.

Tabel 5. Kriteria Pelaksanaan Penyaringan

	Diagnosis	
	Penyakit +	Penyakit -
Hasil Tes +	a	b
Hasil Tes -	c	d
Total	a + c	b + d

- a = “true positive” (menderita penyakit dan diagnostik +)
b = “false positive” (tidak menderita penyakit tetapi diagnostik +)
c = “false negative” (menderita penyakit tetapi diagnostik -)
d = “true negative” (tidak menderita penyakit dan diagnostik -)

Dengan menggunakan tabel di atas ini sensitivitas dan spesifisitas daripada yang digunakan dapat dihitung sebagai berikut,

Sensitifitas = $\frac{a}{a + c}$ dan spesifitas = $\frac{d}{b + d}$

False negative = $\frac{c}{a + c}$ False Positive = $\frac{b}{b + d}$

Contoh suatu pemeriksaan penyakit dimana jumlah populasi adalah 1800 orang. Berdasarkan hasil pemeriksaan suatu alat

menyatakan 250 positif dan 100 diantaranya negatif oleh baku emas. Serta hasil lainnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6. Hasil Skrining

	Diagnosis	
	Penyakit +	Penyakit -
Hasil Tes +	150	100
Hasil Tes -	30	1700
Total	180	1800

Sensitifitas =
$$\frac{150}{150 + 30} = 83 \%$$

Spesifitas =
$$\frac{1700}{100 + 1700} = 94\%$$

False negative =
$$\frac{30}{150 + 30} = 17 \%$$

False Positive =
$$\frac{100}{100 + 1700} = 6 \%$$

Contoh hipotesis skrining bertingkat dua asumsikan prevalensi dari penyakit Diabetes Melitus adalah 5% dari populasi sebesar 10.000 orang. Mula-mula kita melakukan skrining dengan menggunakan pemeriksaan urin yang mempunyai sensitifitas 70% dan spesifisitas 80%.

	Diagnosis		Total
	+	-	
Pemeriksaan I +	350	1900	1900
Urin -	150	7600	7750
Total	500	9500	10000

Pemeriksaan selanjutnya menggunakan gula darah, suatu pemeriksaan yang lebih spesifik dari pemeriksaan urin, misalnya gula darah memiliki sensitifitas 90% dan spesifisitas 90%. Pemeriksaan kedua kali ini dilakukan pada orang yang ditemukan positif dari skrining pertama. Hasil pemeriksaan ke-II adalah sebagai berikut :

	Diagnosis Diabetes		Total
	+	-	
Pemeriksaan II +	315	190	505
Gula Darah	35	1710	1745
Total	350	1900	2250

Net sensitivitas gabungan memakai kedua pemeriksaan tersebut di atas
=

$$\frac{315}{500} = 63 \%$$

Net spesifisitas gabungan memakai kedua pemeriksaan tersebut di atas
=

$$\frac{7600 + 1710}{9500} = 98 \%$$

Pada keadaan di mana **prevalensi penyakit rendah** dan di mana tidak ada maksud untuk mengadakan pemastian terhadap diagnosis, maka penggunaan tes yang mempunyai **spesifisitas yang tinggi** tapi **sensitivitas rendah** adalah lebih tepat. Hal ini disebabkan karena jumlah yang kecil dari true positive akan menjadi lebih kecil lagi, dan sifat mereka akan dikaburkan oleh false positive.

Apabila tes digunakan untuk penemuan kasus agar **mendapat perawatan dan pengobatan**, maka tes dengan **sensitivitas tinggi** lebih tepat digunakan meskipun spesifisitas dikorbankan, oleh karena dengan pemeriksaan klinis selanjutnya dikerjakan bagi kasus yang ditentukan itu, false positive akan disingkirkan.

Validitas dari sebuah tes tidak hanya dipengaruhi oleh sifat tes itu sendiri tapi oleh berbagai faktor seperti tahapan atau beratnya penyakit dan adanya keadaan atau penyakit lain, yang mengakibatkan negative menjadi false negative atau positive menjadi false positive.

H. EVIDANCED BASED PRACTICE EPIDEMIOLOGI DALAM BERBAGAI PENELITIAN

N0	Nama	Tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Simpulan/Saran	link
1	Firman Suryadi Rahman Arief, Hargono, Fransisca & Susilastuti	2015	Enyelidikan Epidemiologi Klb Difteri Di Kecamatan Geneng Dan Karang Jati Kabupaten Ngawi Tahun 2015	Memastikan adanya KLB dan mencari faktor risiko KLB Difteri tersebut.	Penyelidikan Epidemiologi partisipatif yang dilakukan bersama antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi, TIM FETP Unair, dan Puskesmas Setempat	Klasifikasi Difteri kasus Pasien I dan Pasien II adalah Difteri Faring sedangkan kasus Pasien III adalah Difteri Tonsil. Capaian Imunisasi Desa Z sudah baik karena telah UCI dan IDL telah mencapai 95.1%, berbeda dengan Desa X dan Y. Pada tahun 2014, kedua desa tersebut belum UCI dan IDL belum mencapai 90%. Cold cain di kedua Puskesmas telah baik dan sesuai SOP. Permasalahan yang ditemukan di lapangan antara lain Pengambilan swab pada kontak erat masih kurang, Profilaksis tidak berjalan dengan baik dan tidak ada PMO.	Telah terjadi KLB Difteri Di Kecamatan Geneng dan Kecamatan Karang Jati. Faktor risiko utama adalah belum tercapainya UCI dan IDL. Kurangnya pengambilan swab dan hasil pemeriksaan laboratorium yang negatif perlu menjadi bahan evaluasi untuk kegiatan PE selanjutnya	http://ojs.ink.ac.id/index.php/wiyata/article/view/91/90
2	Gusti Ayu Triara Dewi, Lucia Yovita Hendrati	2015	Analisis Risiko Kanker Payudara Berdasar Riwayat Pemakaian Kontrasepsi Hormonal Dan Usia Menarche	mengetahui hubungan paparan estrogen melalui pemakaian alat kontrasepsi hormonal dan usia menarche dengan kejadian kanker payudara pada perempuan	observasional analitik dan menggunakan desain penelitian kasus kontrol	Hasil analisis dengan menggunakan uji regresi logistik ganda ($\alpha = 5\%$) menunjukkan bahwa pemakaian alat kontrasepsi hormonal ($p = 0,028$; OR = 3,266) dan usia menarche ($p = 0,031$; OR = 3,492)	pemakaian alat kontrasepsi hormonal mempunyai hubungan yang signifi kan terhadap kejadian kanker payudara pada perempuan di RSUD Dr Soetomo tahun 2013	http://repository.unair.ac.id/86462/1/Ba%20Laci%20df

3	I Gede Purnawinadi, Krisbi Jeri Gabriel, dan Suryadi Muhammad Ali	2020	Penyidikan Epidemiologi Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue	untuk memperoleh kepastian terjadinya KLB, mengetahui gambaran dan besarnya masalah KLB demam berdarah dengue yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Tateli	survei dan observasional analitik dengan pendekatan eksploratif deskriptif	Telah terjadi KLB DBD dari 37 kasus tersebar di 4 desa di Kecamatan Mandolang Wilayah kerja Puskesmas Tateli. Penularan terjadi pada minggu ke-37 tanggal 3 Oktober 2014 hingga minggu ke-7 (24 Februari 2015), faktor utama dari kebiasaan hidup dan lingkungan. Kasus tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun dengan jumlah 25 kasus. Attack Rate tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun (0,59%) dengan CFR sebesar 2,70 pada kelompok umur 0-4 tahun	Rekomendasi untuk pihak- pihak terkait baik masyarakat untuk sadar berperilaku hidup bersih dan sehat, puskesmas, dinas kesehatan, dan institusi kesehatan lainnya untuk melakukan berbagai upaya dalam menekan kasus demam berdarah dengue	http://ejournal.uklab.ac.id/index.php/kj/article/view/497
4	MALA SOLEHA	2020	Hubungan Faktor Karakteristik Penderita dan Lingkungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di RSUD Palembang Bari Periode Januari 2015-Agustus 2019	mengetahui hubungan faktor karakteristik penderita dan lingkungan dengan kejadian DBD di RSUD Palembang Bari Periode Januari 2015-Agustus 2019	observasional deskriptif analitik dengan rancangan cross sectional	Berdasarkan karakteristik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara faktor karakteristik penderita berdasarkan usia ($p = 0,031$) dan tingkat pendidikan ($p = 0,050$) dan tidak terdapat hubungan antara faktor karakteristik penderita berdasarkan jenis kelamin ($p = 0,369$) dengan kejadian DBD. Hasil karakteristik lingkungan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara suhu udara dengan kejadian DBD ($p = 0,032$) dengan kekuatan korelasi sangat lemah dan tidak terdapat hubungan antara curah hujan ($p = 0,797$) dan kelembaban relatif ($p = 0,718$).	Kejadian DBD selama 2015-2019 di Kota Palembang yang paling tinggi didapatkan pada bulan Maret-April pada setiap tahunnya. Bagi tenaga kesehatan untuk rutin melaksanakan PSN 2-3 bulan sebelum Maret, baik musim hujan ataupun tidak penghujan.	http://repository.un-palembang.ac.id/eprint/11691/

5	<i>Destri Suari, Nursal Asbiran, Sukarsi Rusti</i>	2021	The Influence Of Family-Based Surveillance Methods On The Discovery Of Suspected Pulmonary Tuberculosis In Padang Pariaman Districts In 2017	Untuk melihat gambaran dan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen di Kabupaten Padang Pariaman.	Kuantitatif dengan desain penelitian pre-experiment design yang dilakukan pada bulan Desember 2017 s/d Januari.	Metode surveilans berbasis keluarga berpengaruh terhadap penemuan suspek tuberkulosis paru karena terdapat perbedaan antara jumlah suspek sebelum dan sesudah dilakukan metode surveilans berbasis keluarga (mean = - 0,380).	Diharapkan keluarga lebih berperan aktif, dan dapat lebih peduli terhadap kesehatan diri maupun anggota keluarganya sehingga jika mengalami gejala tuberkulosis paru segera memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan.	https://ojs.fkh.ac.id/index.php/humancare/article/view/618
6	<i>Setyo Dwi Widyastuti, Riyanto, Muhamad Fauzi</i>	2018	Gambaran Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru) Di Kabupaten Indramayu	Mengetahui Gambaran epidemiologi penyakit TB paru di Kabupaten Indramayu tahun 2016.	Metode penelitian deskriptif kuantitatif	Prevalensi penyakit TB paru di Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Kertasemaya dan Puskesmas Losarang sebanyak 141 penderita TB paru. Adapun distribusinya adalah sebagai berikut: menurut variabel orang, 85,5% berumur antara 15-64 tahun, 66,1% berjenis kelamin laki-laki, 32,3% tidak bekerja, 29% belum/tidak sekolah, 61,3% sosial ekonominya rendah, 67,7% status perkawinannya kawin, 37,7% besar keluarga lebih dari 4 orang, 51,6% tidak menderita penyakit lainnya selain penyakit TB paru, dan 59,7% mempunyai pengetahuan yang cukup tentang penyakit TB paru. Variabel tempat, 40,3% berada di Puskesmas Kertasemaya, dan 90,3 tinggal di desa. Sedangkan berdasarkan variabel waktu, 33,9% penderita TB paru didiagnosa pada trimester I, yaitu bulan Januari sampai dengan Maret, dan lama pengobatannya 62,3% lebih dari 6 bulan	Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat agar lebih meningkatkan lagi kegiatan promosi kesehatan, khususnya tentang penyakit TB paru, masyarakat agar berperan aktif dalam melakukan upaya pencegahan terhadap penularan penyakit TB paru dengan cara makan-makanan bergizi, meningkatkan kesehatan lingkungan dan periksa dahak apabila batuk lebih dari 2 minggu.	https://jurnal.uniri.ac.id/index.php/care/article/view/911

7	Iin Prima Fitriah, Dany Hilmanto, Herman Susanto, Hadi Susarno, Eddy Fadlyana, Gustomo Panantro	2019	Analisis Penyebab Kematian Perinatal Di Kabupaten Garut (Studi Epidemiologi Dalam Upaya Menurunkan Kematian Perinatal Di Provinsi Jawa Barat)	Menganalisis Penyebab Kematian Perinatal Yang Dapat Dicegah	Sequential Explanatory Mixed Method	Terdapat hubungan jarak kelahiran, penyakit penyerta, ketersediaan fasilitas dan rujukan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah ($p < 0,05$). Jarak kelahiran dan penyakit penyerta masih berkontribusi terhadap kematian perinatal yang dapat dicegah terkait dengan keterbatasan pengetahuan ibu dan juga deteksi dini baik tingkat keluarga maupun tenaga kesehatan, sedangkan ketersediaan fasilitas kesehatan terkait dengan keterbatasan alat dan sumber daya manusia kesehatan. Sebagian besar kematian perinatal dapat dicegah.	Perlu kerjasama semua elemen masyarakat maupun pemerintah dalam upaya menurunkan kematian perinatal yang dapat dicegah.	https://ejr.stikesmuhkudus.ac.id/index.php/jikt/article/view/533
---	--	------	---	--	---	--	--	---

8	Asfi Manzilah, Mateus Sakundarno Adi, Ari Udiyono, Retno Hestiniingsih	2017	Epidemiologi Kecelakaan Lalu Lintas Di Jalur Tengkorak Kabupaten Wonosobo (Studi Kasus: Jalan Raya Parakan Km 10)	Untuk mengetahui pengaruh faktor risiko kecelakaan lalu lintas di Jalan Tengkorak Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo (Studi Kasus: Jalan Raya Parakan KM 10).	Observasional Descriptive Dan Desain Penelitian Yang Digunakan Adalah Cross Sectional.	Hasil penelitian menunjukkan arus puncak tertinggi pada saat menjelang Lebaran adalah pada hari Minggu pukul 15.00-17.00 WIB dengan jumlah kendaraan 5,64%. Proporsi kendaraan mobil penumpang berisiko pada saat menjelang Idul Fitri tertinggi adalah jenis sepeda motor sebesar 98,90%. Proporsi kendaraan barang berisiko tinggi pada saat menjelang Idul Fitri adalah jenis kendaraan pick up sebesar 58,70%. Proporsi alasan kendaraan mobil penumpang berisiko pada saat menjelang Idul Fitri tertinggi disebabkan oleh kelebihan jumlah orang sebesar 58,19%. Proporsi kendaraan barang berisiko tinggi pada saat menjelang Idul Fitri tertinggi karena kelebihan beban (ketinggian kendaraan) sebesar 27,42%. Proporsi pengemudi kendaraan bus umum AKAP/AKDP yang beristirahat paling banyak pada saat menjelang Idul Fitri sebesar 2,47%.	Perlu peningkatan operasional janur kuning dan bus umum untuk mengantisipasi sepeda motor dan pickup yang kelebihan muatan. Perlu adanya kader kesehatan di terminal untuk membantu mengecek kondisi fisik pengemudi bus AKAP/AKDP, serta mengkoordinir jam kerja dan sopir cadangan.	https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/ikm/article/view/18367
---	--	------	---	---	--	--	---	---

9	Lisa Prihastari, Puteri Mentari Siregar, Rizka Indirasari Nur, Sherly Mentari, Zullia Taftiyanti	2017	Survey Epidemiologi: Hubungan Antara Perilaku Kesehatan Gigi Mulut Dengan Indeks Dmf-T Lansia Usia 45-65 Tahun Di Kecamatan Kronjo, Kabupaten Tangerang	Untuk mengetahui hubungan perilaku kesehatan gigi dan mulut lansia dengan indeks DMFT	Meenggunakan metode multistage random sampling pada 124 usia 45-64 tahun di Kecamatan Kronjo, Tangerang. Pengumpulan data dilakukan dengan pemeriksaan DMFT dan kuesioner standar survei WHO. Uji kalibrasi untuk empat pemeriksa dengan nilai Kappa adalah 0,75	Rerata skor DMFT adalah 15,5 termasuk dalam kategori sangat tinggi. Ada hubungan yang signifikan secara statistik antara penilaian diri lansia dan penggunaan pasta gigi dengan indeks DMFT ($p=0,016$; $p=0,009$). Tidak ada hubungan yang bermakna antara konsumsi manis dan sakit gigi dengan rerata indeks DMFT ($p=0,216$; $p=0,324$)	Perilaku Kesehatan Mulut Lansia di Kecamatan Kronjo masih miskin dengan skor DMFT yang sangat tinggi yang akan membutuhkan perhatian segera dari pemerintah.	http://jppm-unissula.com/jurnal/unissula.ac.id/index.php/odj/article/view/2246
10	Stella Arzsa Sarahnaz	2018	Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Dbd Berdasarkan Model Segitiga Epidemiologi Di Kelurahan Pamulang Barat Puskesmas Pamulang Januari 2016 – Mei 2018	Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kejadian DBD berdasarkan Model Segitiga Epidemiologi di Kelurahan Pamulang Barat Kota Tangerang Selatan bulan Januari 2016 – Mei 2018.	Jenis penelitian survei analitik dengan desain penelitian case control (1 kasus memiliki 2 kontrol) dengan menggunakan kriteria matching berdasarkan usia dan jenis kelamin	Faktor Yang Memengaruhi Kejadian DBD Adalah Pengetahuan ($P=0,034$), PSN 3M Plus ($P=0,000$), Dan Keberadaan Jentik ($P=0,019$), Dengan Faktor Yang Paling Dominan Berpengaruh Adalah PSN 3M Plus ($OR=5,487$)	Diharapkan masyarakat untuk lebih memperhatikan dan melaksanakan tindakan pelaksanaan PSN dengan 3M plus secara mandiri dan teratur sesuai standar agar dapat mengurangi risiko terjangkitnya DBD. Jika masyarakat melaksanakan dan merubah kebiasaan tersebut maka penularan dan kejadian penyakit DBD dapat ditekan.	https://repository.uprv.ac.id/4822/

11	<i>Catherine S Dykeman , Maureen F Markle-Reid , Lorna J Boratto , Chris Bowes , Hélène Gagné , Jennifer L McGugan , Sarah Orr-Shaw</i>	2018	Community service provider perceptions of implementing older adult fall prevention in Ontario, Canada: a qualitative study	Menggambarkan Hambatan Yang Dirasakan Dan Strategi Efektif Untuk Penerapan Praktik Pencegahan Jatuh Berbasis Bukti Di Dalam Dan Di Seluruh Organisasi Masyarakat Yang Beragam	Wawancara dan kelompok fokus dilakukan dengan purposive sampling dari penyedia (n = 84) dalam peran yang bervariasi dalam beragam organisasi berbasis masyarakat di seluruh pengaturan geografis yang berbeda.	Penyedia layanan masyarakat mengalami hambatan multi-level yang signifikan untuk pencegahan jatuh di dalam dan di seluruh organisasi dan pengaturan. Tantangan keseluruhan untuk melayani populasi yang tersebar dalam kondisi lingkungan yang merugikan meningkat di daerah pedesaan utara. Hambatan di seluruh sistem, di dalam organisasi dan di antara penyedia itu sendiri muncul di sepanjang tema Koordinasi Komunikasi Terbatas, Mandat dan Kebijakan Organisasi yang Membatasi, Sumber Daya yang Tidak Memadai, dan Keyakinan tentang Penuaan dan Kejatuhan. Peserta memandang bahwa Edukasi, Bekerja Sama, dan Mengubah Kebijakan dan Peraturan Perundang-undangan adalah strategi yang telah atau akan berhasil dengan baik dalam menerapkan pencegahan jatuh. Pengamatan yang tidak disengaja dilakukan bahwa beberapa peserta dalam sampel yang sangat bervariasi ini mengidentifikasi peran yang diperluas dalam pencegahan jatuh untuk diri mereka sendiri selama proses wawancara.	Penyedia layanan masyarakat mengalami hambatan untuk menerapkan pencegahan jatuh di banyak tingkatan: geografi spesifik mereka, sistem layanan mereka, organisasi mereka dan diri mereka sendiri. Kurangnya kesesuaian sistemik antara orang dewasa yang lebih tua dan layanan pencegahan jatuh membatasi akses, membuat pencegahan jatuh tidak dapat diakses, tidak mengakomodasi, tidak tersedia, tidak terjangkau, dan tidak dapat diterima. Mendidik Penyedia, Bekerja Sama, dan Mengubah Kebijakan dan Peraturan-undangan menawarkan janji untuk menciptakan konteks yang lebih memungkinkan bagi pemangku kepentingan masyarakat, termasuk mereka yang pada awalnya tidak melihat pekerjaan mereka sebagai pencegahan jatuh.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29390983/
----	---	------	--	---	--	--	--	---

12	Mitko Madjunkov, Michal Dvir, Clifford Librach	2020	A comprehensive review of the impact of COVID-19 on human reproductive biology, assisted reproduction care and pregnancy: a Canadian perspective	Untuk Mengeksplorasi Tingkat Keparahan Kesepian Di Antara Orang-Orang Yang Meninggalkan Layanan Krisis Komunitas Kesehatan Mental, Dan Untuk Mengidentifikasi Faktor-Faktor Yang Terkait Dengan Kesepian.	Sebanyak 399 peserta yang mengalami krisis kesehatan mental yang direkrut untuk uji coba penelitian dari layanan krisis komunitas dimasukkan dalam studi cross-sectional ini. Mereka menyelesaikan pengukuran delapan item dari University of California di Los Angeles Loneliness Scale dan satu set instrumen yang menilai variabel sosio-demografis, psikososial, dan psikiatri.	Keparahan kesepian tinggi di antara orang-orang yang meninggalkan layanan krisis komunitas. Tahun yang lebih lama sejak kontak pertama dengan layanan kesehatan jiwa (2-10 tahun, koefisien = 1,83, 95% CI 0,49-3,16; lebih dari 10 tahun, koefisien = 1,91, 95% CI 0,46-3,36) dan gejala afektif yang lebih parah (koefisien = 0,32, 95% CI 0,23-0,40 dikaitkan dengan kesepian yang lebih besar, sedangkan ukuran jaringan sosial yang lebih besar (koefisien = - 0,56, 95% CI - 0,76 hingga - 0,36) dan modal sosial yang lebih besar (koefisien = - 0,16, 95% CI - 0,31) hingga -0,003) dikaitkan dengan kesepian yang kurang parah.	Makalah ini mendukung pandangan bahwa orang yang mengalami krisis kesehatan mental sering melaporkan kesepian yang relatif parah, dan bahwa kesepian cenderung menjadi lebih parah selama perjalanan penyakit. Kesadaran yang lebih besar tentang kesepian di antara para profesional kesehatan mental mungkin bermanfaat. Kesepian adalah fokus potensial dari pengembangan intervensi untuk meningkatkan kehidupan dan hasil orang dengan masalah kesehatan mental yang signifikan.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31222412/
----	--	------	---	--	--	--	--	---

13	Mujeeb Khan , Syed F Adil , Hamad Z Alkhathlan , Muhammad N Tahir , Sadia Saif , Merajuddin Khan , Shams T Khan	2020	A comprehensive review of the impact of COVID-19 on human reproductive biology, assisted reproduction care and pregnancy: a Canadian perspective	memahami asal, patofisiologi, epidemiologi dan manifestasi klinis, mengembangkan vaksin untuk pencegahan, strategi mitigasi, serta terapi potensial, untuk merangkum pengetahuan terkini tentang novel SARS CoV-2, termasuk patofisiologi dan epidemiologinya, serta, apa yang diketahui tentang dampak potensial COVID-19 pada reproduksi, perawatan kesuburan, kehamilan, dan hasil neonatal	Literatur Review	Pembatasan yang diberlakukan pada awal pandemi berhasil menahan penyebaran infeksi, memungkinkan dimulainya kembali perawatan reproduksi berbantuan di bawah pedoman praktik baru. Kanada mendedikasikan dana untuk mendukung penelitian COVID-19 termasuk studi pengawasan untuk memantau hasil COVID-19 pada kehamilan termasuk inseminasi buatan / teknologi reproduksi berbantuan (ART)).	Evaluasi terus menerus dari bukti baru harus dilakukan untuk menyesuaikan dengan hati-hati rekomendasi pada manajemen pasien selama teknologi reproduksi berbantuan (ART) dan pada kehamilan	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246480/
----	---	------	--	--	------------------	---	--	---

14	<i>Edward Goldstein, Marc Lipsitch, Muge Cevik</i>	2021	On the Effect of Age on the Transmission of SARS-CoV-2 in Households, Schools, and the Community	Untuk mengetahui pengaruh usia pada penularan infeksi SARS-CoV-2 dalam pengaturan yang berbeda	Literatur review/ meninjau studi/data yang dipublikasikan tentang deteksi infeksi SARS-CoV-2 pada kontak kasus COVID-19, studi serologis, dan studi infeksi di sekolah.	Dibandingkan dengan orang dewasa yang lebih muda/setengah baya, kerentanan terhadap infeksi untuk anak-anak di bawah 10 tahun diperkirakan secara signifikan lebih rendah, sementara perkiraan kerentanan terhadap infeksi pada orang dewasa yang lebih tua dari 60 tahun lebih tinggi. Studi serologis menunjukkan bahwa orang dewasa yang lebih muda (terutama mereka yang lebih muda dari 35 tahun) sering memiliki insiden kumulatif infeksi SARS-CoV-2 yang tinggi di masyarakat. Ada beberapa bukti bahwa dengan tindakan pengendalian yang terbatas, SARS-CoV-2 dapat menyebar dengan kuat di sekolah menengah/tinggi, dan pada tingkat yang lebih rendah di sekolah dasar, dengan ukuran kelas yang mungkin mempengaruhi penyebaran itu. Ada juga bukti penyebaran yang lebih terbatas di sekolah ketika beberapa tindakan mitigasi diterapkan. Beberapa potensi bias yang dapat mempengaruhi studi ini dibahas.	Mitigation measures should be implemented when opening schools, particularly secondary/high schools. Efforts should be undertaken to diminish mixing in younger adults, particularly individuals aged 18-35 years, to mitigate the spread of the epidemic in the community.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33119738/
----	--	------	--	--	---	--	---	---

15	<i>Pedro Baqui , Ioana Bica , Valerio Marra, Ari Ercole , Mihaela van der Schaar</i>	2020	Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study	Untuk mengkarakterisasi pandemi COVID-19 di Brasil dan menilai variasi kematian menurut wilayah, etnis, komorbiditas, dan gejala.	Studi observasional cross-sectional kematian rumah sakit COVID-19 menggunakan data dari set data SIVEP-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe) untuk mengkarakterisasi pandemi COVID-19 di Brasil.	Dari 99.557 pasien dalam dataset SIVEP-Gripe, diambil 11.321 pasien, 9278 (82.0%) dari pasien ini berasal dari wilayah tengah-selatan, dan 2043 (18.0%) berasal dari wilayah utara. Dibandingkan dengan orang Brasil Kulit Putih, Orang Pardo dan Orang Kulit Hitam dengan COVID-19 yang dirawat di rumah sakit memiliki risiko kematian yang jauh lebih tinggi (rasio bahaya [HR] 1.45, 95% CI 1.33-1.58 untuk orang Pardo Brasil; 1.32, 1.15-1.52 untuk orang kulit hitam Brasil). Etnis Pardo adalah faktor risiko terpenting kedua (setelah usia) untuk kematian. Komorbiditas lebih sering terjadi pada orang Brasil yang dirawat di rumah sakit di wilayah utara daripada di tengah-selatan, dengan proporsi yang sama antara berbagai kelompok etnis. Negara bagian di utara memiliki SDM yang lebih tinggi dibandingkan dengan negara bagian tengah-selatan, kecuali Rio de Janeiro, yang memiliki SDM yang jauh lebih tinggi daripada negara bagian tengah-selatan lainnya.	Ditemukan bukti dari dua efek yang berbeda terkait: peningkatan kematian di wilayah utara (efek regional) dan pada populasi Pardo dan Black (efek etnis). Peneliti berspekulasi bahwa efek regional didorong oleh peningkatan beban komorbiditas di daerah dengan tingkat pembangunan sosial ekonomi yang lebih rendah. Efek etnisitas mungkin terkait dengan perbedaan kerentanan terhadap COVID-19 dan akses ke perawatan kesehatan (termasuk perawatan intensif) lintas etnis. Analisis peneliti mendukung upaya mendesak dari pihak otoritas Brasil untuk mempertimbangkan bagaimana respons nasional terhadap COVID-19 dapat melindungi warga Pardo dan Kulit Hitam Brasil dengan lebih baik, serta populasi negara bagian yang lebih miskin, dari risiko kematian COVID-19 yang lebih tinggi.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3262240/
----	--	------	---	---	--	--	---	---

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan MN. 2002. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bustan,M.N.2006.*Pengantar Epidemiologi Edisi Revisi*.Jakarta:PT Rineka Cipta.
- Budiarto, E.2003. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta, EGC.
- Burt Gerstman. 2003. *Epidemiology Kept Simple*. Californi: Willwy Liss.
- Entjang I. 1979. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Penerbit Alumni.
- Gerstman, B. Burt. 2013. *Epidemiology Kept Simple: An Introduction to Traditional and Modern Epidemiology, 3rd Edition*. Wiley – Liss
- Rohtman, KJ. 2008. *Modern Epidemiology 3rd Edition*. Lippincott Williams & Wilkins
- Sardjana; Nisa. 2007. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta:UIN Press.
- Sutrisno, B. 2010. *Pengantar Metode Epidemiologi*. Jakarta. Dian Rakyat.
- Timrmeck, Thomas. 2005. *Epidemiologi Suatu Pengantar Edisi 2*.Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Morton, Richard, dkk. 2003. *Epidemiologi dan Biostatistik panduan edisi 5*. Jakarta: Buku Penerbit Kedokteran EGC.
- Murti, B.2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

PROFIL PENULIS



Henik Istikhomah, SST., M.Keb

Poltekkes Kemenkes Surakarta

Jalan Letjend Sutoyo, Mojosongo, Surakarta 57127

Saya Henik Istikhomah, lahir di Sragen pada tanggal 21 July 1979. Profesi saya dosen di Poltekkes Kemenkes Surakarta. Saya juga sebagai bidan praktisi dan aktif sebagai anggota dari IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI) sejak 2013. Saya aktif di kegiatan pengabmas dan Penelitian, bisa dilihat pada link berikut:

<https://scholar.google.co.id/citations?user=vUAdCqoAAAAJ&hl=id>

Riwayat Mengajar saya sebagai dosen dapat dilihat pada link berikut:

<https://forlap.kemdikbud.go.id/dosen/detail/MTAyNzVCQkQtQkU1Qi00MUMyLUJGQjktMEVDOTkzM0MzAz>

BAB VII

UPAYA PROMOTIF, PREVENTIF, KURATIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Endah Happy Patriyani

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan topik tentang upaya promotif, preventif, kuratif dalam pelayanan kesehatan, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang:

1. Promosi kesehatan
2. Fasilitas pelayanan kesehatan
3. Upaya promotif dalam pelayanan kesehatan
4. Upaya preventif dalam pelayanan kesehatan
5. Upaya kuratif dalam pelayanan kesehatan

B. PROMOSI KESEHATAN

1. Pengertian promosi kesehatan

Promosi kesehatan adalah kombinasi antara pendidikan kesehatan dan intervensi yang berhubungan dengan aspek ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan mewujudkan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Promosi kesehatan adalah proses untuk kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, guna mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.

2. Tujuan promosi kesehatan

Tujuan promosi kesehatan dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu tujuan program, tujuan pendidikan, dan tujuan perilaku.

a. Tujuan program

Tujuan program merupakan pernyataan yang berkaitan dengan status kesehatan yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu.

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai bagi masyarakat.
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri/kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan sehat
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada

b. Tujuan pendidikan

Tujuan pendidikan merupakan gambaran perilaku yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

c. Tujuan perilaku

Tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap individu/masyarakat di bidang kesehatan.

3. Fungsi promosi kesehatan

Fungsi promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan status kesehatan individu, keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.
- b. Meningkatkan kualitas hidup bagi semua orang.
- c. Mengurangi kematian dini.
- d. Berfokus pada pencegahan, promosi kesehatan dapat mengurangi biaya (baik keuangan dan manusia) individu, pengusaha, keluarga, perusahaan asuransi, fasilitas medis, masyarakat, bangsa dan negara yang digunakan untuk perawatan medis.

4. Ruang lingkup promosi kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010), ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaannya) dibagi menjadi lima tatanan sebagai berikut:

a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat pada masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga. Keluarga adalah tempat pertama dalam kehidupan anggota keluarga sebagai bagian dari anggota masyarakat. Pelaksanaan promosi kesehatan keluarga, sasaran utamanya adalah orang tua terutama ibu. Seorang ibu di dalam keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam meletakkan dasar perilaku sehat kepada anak dan semua orang yang tinggal di dalam rumah tersebut. Orang tua akan menjadi contoh bagi anak untuk berperilaku sehat di lingkungan keluarganya.

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga. Sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku bagi anak, termasuk perilaku kesehatan. Peran guru dalam promosi kesehatan di sekolah sangat penting, karena guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh anak-anak daripada orang tuanya. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat kondusif bagi perilaku sehat bagi murid-muridnya, maka sasaran antara promosi kesehatan di sekolah adalah guru dan warga sekolah yang berada di dalam lingkungan sekolah. Guru diharapkan memperoleh pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup, selanjutnya guru akan meneruskannya kepada siswa dan warga sekolah yang lainnya.

c. Promosi kesehatan pada tatanan tempat kerja

Tempat kerja adalah tempat dimana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, melalui produktivitas atau hasil kerjanya. Selama lebih kurang 8 jam perhari para pekerja ini menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya. Risiko yang ditanggung oleh masing-masing pekerja berbeda satu dengan lainnya, tergantung pada jenis dan lingkungan kerja masing-masing pekerja. Promosi kesehatan di tempat kerja dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau tempat kerja dengan memfasilitasi tempat kerja yang kondusif bagi perilaku sehat bagi karyawan atau pekerjanya.

d. Promosi kesehatan pada tatanan tempat-tempat umum

Yang dimaksud dengan tempat umum adalah tempat dimana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, misalnya: pasar, terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall, dan sebagainya. Di tempat umum perlu dilaksanakan promosi kesehatan dengan menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya, misalnya tersedianya tempat sampah, tempat cuci tangan, tempat pembuangan air kotor, ruang tunggu bagi perokok dan non-perokok, kantin, pemasangan poster, dan penyediaan leaflet atau selebaran yang berisi cara-cara menjaga kesehatan atau kebersihan.

e. Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan

Tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, klinik, dan tempat praktik dokter merupakan tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan di tempat pelayanan tersebut akan lebih efektif. Pada saat orang sakit, atau keluarganya sakit, maka mereka ini akan lebih peka terhadap informasi-informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatannya atau

penyakitnya, atau masalah kesehatan keluarganya. Mereka akan mudah menerima informasi, bahkan berperilaku yang terkait dengan kesehatannya, misalnya mematuhi anjuran dari dokter, perawat, atau petugas kesehatan yang lain.

C. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik dari segi promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Permenkes RI No.75, 2014). Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (UU No 36 tahun 2014).

2. Tujuan pelayanan kesehatan

Tujuan pelayanan kesehatan adalah melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Menurut Kholid (2015), sistem pelayanan kesehatan mempunyai lima tujuan yaitu:

- a. Promotif atau memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hal ini sangat dibutuhkan seperti pada peningkatan gizi
- b. Preventif atau pencegahan terhadap orang yang mempunyai risiko terhadap penyakit yang terdiri dari preventif primer, preventif sekunder dan preventif tersier.
- c. Kuratif adalah penyembuhan suatu penyakit
- d. Rehabilitatif adalah proses memulihkan dan proses mengobati.

3. Bentuk pelayanan kesehatan

Bentuk pelayanan kesehatan ada dua, yaitu pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.

- a. Pelayanan kedokteran bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perorangan dan keluarga. Pelayanan kedokteran dapat dikelola secara sendiri (misalnya praktik dokter) atau bersama dalam satu organisasi (praktik bersama, klinik, RS)
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat menitikberatkan kepada memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Kelompok sasaran utama dalam pelayanan ini adalah kelompok dan masyarakat. Sifat pengorganisasian secara bersama-sama dalam satu organisasi, misalnya Puskesmas.

4. Syarat pokok pelayanan kesehatan

Menurut Syafrudin (2015), agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, harus memenuhi syarat. Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah sebagai berikut:

- a. Tersedia dan berkesinambungan (*available and continuous*)

Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat (*available*) dan bersifat berkesinambungan (*continuous*). Hal ini berarti semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, sehingga pada saat dibutuhkan mereka dengan mudah mendapatkannya.

- b. Dapat diterima dan wajar (*acceptable and appropriate*)

Pelayanan kesehatan hendaknya dapat diterima dan wajar. Hal ini berarti pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan adat istiadat, kebudayaan, kepercayaan masyarakat, serta bersifat baik/wajar.

c. Mudah dicapai (*accessible*)

Dipandang dari lokasi keberadaannya, pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sarana yang baik dan mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Ketercapaian yang dimaksudkan di sini terutama dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan hendaknya dapat dicapai oleh penduduk yang ada di pusat kota dan terjangkau juga masyarakat yang ada di pelosok.

d. Mudah dijangkau (*affordable*)

Dilihat dari sisi biaya, hendaknya pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat, mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal mungkin hanya dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat.

e. Efisien (*eficient*)

Kemampuan pelayanan kesehatan hendaknya diselenggarakan secara efisien demi tercapainya tujuan yang diinginkan.

f. Bermutu (*quality*)

Mutu yang dimaksudkan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, memuaskan pengguna jasa dan sesuai dengan kode etik serta standar yang ditetapkan.

5. Pelanggan pelayanan kesehatan

a. Pelanggan internal

Pelanggan internal adalah tenaga medis dan non medis atau pelaksana fungsional lainnya yang saling membutuhkan dan saling bergantung dalam suatu sistem pelayanan kesehatan internal.

b. Pelanggan eksternal

Pelanggan eksternal adalah sasaran menerima pelayanan kesehatan dari organisasi pelayanan kesehatan. Pelanggan eksternal misalnya klien/klien, keluarga, dan mitra kerja (karyawan perusahaan).

D. UPAYA KESEHATAN PROMOTIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN

1. Upaya kesehatan

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

2. Pengertian upaya kesehatan promotif

Promotif atau promosi kesehatan merupakan terjemahan dari bahasa Inggris, yaitu *promotion of health*, yang berarti peningkatan. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Upaya ini untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Upaya promotif diharapkan dapat meningkatkan status/derajat kesehatan yang optimal. Upaya ini lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan, dibandingkan upaya kesehatan yang lain.

3. Tujuan upaya kesehatan promotif

Upaya kesehatan promotif ditujukan kepada masyarakat yang sehat. Masyarakat yang sehat diharapkan dapat menjaga badan tetap sehat dan semakin meningkat derajat kesehatannya. Di dalam Arah kebijakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan 2020-2024, juga ditekankan upaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

4. Sasaran upaya kesehatan promotif

Sasaran pelayanan kesehatan promotif adalah orang sehat, untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

5. Bentuk pelayanan promotif dan preventif

Permenkes No. 28 Tahun 2014 menegaskan bahwa bentuk pelayanan promotif dan preventif yang dijamin di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan mencakup paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- b. Imunisasi dasar mencakup pemberian jenis imunisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan seperti:

Baccille Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), polio dan campak.

- c. Pelayanan keluarga berencana, meliputi konseling, pelayanan kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
 - d. Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, seperti: Diabetes Mellitus tipe II, hipertensi, kanker leher rahim, kanker payudara, dan penyakit lain yang ditetapkan menteri.
6. Kegiatan upaya promotif
- Kegiatan upaya promotif dapat dilakukan dengan promosi kesehatan. Contoh kegiatan upaya promotif adalah:
- a. Penyediaan gizi yang baik
 - b. Penyediaan tempat tinggal yang memadai
 - c. Melakukan olahraga
 - d. Mencegah keracunan
 - e. Meningkatkan kebersihan perorangan
 - f. Memperbaiki dan meningkatkan kebersihan lingkungan
 - g. Tidak merokok dan tidak minum alkohol
 - h. Konseling perkawinan
 - i. Mempertahankan berat badan ideal
 - j. Stimulasi tumbuh kembang anak
 - k. Asuhan prenatal.
 - l. Upaya perlindungan khusus (*specific protection*) mengurangi atau menghilangkan berbagai faktor risiko terhadap penyakit. Contoh upaya perlindungan khusus: imunisasi, pemurnian air, pencegahan kecelakaan (memakai sabuk, helm), perlindungan gigi, bekerja dengan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD).

E. UPAYA KESEHATAN PREVENTIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian upaya kesehatan preventif

Istilah preventif diartikan sebagai "pencegahan". Pencegahan dapat juga berarti segala kegiatan baik secara langsung maupun tidak langsung yang dilakukan untuk mencegah suatu masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Menurut Undang-Undang No.36 Tahun 2009 upaya preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan penyakit. Upaya preventif juga berarti suatu tindakan/usaha/kegiatan pengendalian sosial yang dilakukan untuk mencegah masalah kesehatan/penyakit atau mengurangi kemungkinan terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan/mengancam diri kita sendiri maupun orang lain di masa mendatang.

2. Tujuan upaya preventif

Tujuan upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit atau tidak jatuh sakit atau terkena penyakit (*primary prevention*), dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga kelompok dan masyarakat.

3. Tingkat pencegahan

Menurut H.R. Leavell dan E.G. Clark, usaha pencegahan (preventif) penyakit dapat dilakukan dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan, yaitu:

a. Peningkatan kesehatan (*Health promotion*)

Peningkatan kesehatan adalah upaya pencegahan yang umumnya bertujuan meningkatkan taraf kesehatan individu/keluarga/masyarakat Usaha yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat, misalnya tentang perbaikan gizi, penyusunan pola gizi memadai,

- pengawasan pertumbuhan anak balita dan usia remaja, mengajarkan kebiasaan hidup yang sehat, persiapan menopause
- 2) Kesempatan memperoleh hiburan sehat yang memungkinkan pengembangan kesehatan mental dan sosial;
 - 3) Pendidikan kependudukan, nasihat perkawinan, persiapan memasuki kehidupan pra nikah, pendidikan seks, dan sebagainya;
 - 4) Perbaikan hygien perorangan dan sanitasi lingkungan yang baik seperti: pengendalian faktor lingkungan, perbaikan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan, penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran dan air limbah dan sebagainya.
 - 5) Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitasnya
 - 6) Usaha kesehatan jiwa agar tercapai perkembangan kepribadian yang baik
 - 7) Rekreasi
- b. Perlindungan khusus terhadap penyakit-penyakit tertentu (*specific protection*)
- Perlindungan khusus adalah perlindungan yang diberikan kepada orang atau kelompok/masyarakat tertentu serta keadaan tertentu yang secara langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi kesehatan. yang berisiko terkena suatu penyakit tertentu. Perlindungan tersebut dimaksudkan agar kelompok yang berisiko tersebut dapat bertahan dari serangan penyakit yang dialaminya. Perlindungan khusus dapat disebut kekebalan buatan. Contoh perlindungan khusus terhadap penyakit adalah
- 1) Program imunisasi/vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu,
 - 2) Pemberian nutrisi khusus

- 3) Pemberian vitamin A atau tablet zat besi
 - 4) Isolasi penderitaan penyakit menular,
 - 5) Penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV/AIDS
 - 6) Pendidikan kesehatan tentang pencegahan kecelakaan di tempat-tempat umum maupun tempat kerja
 - 7) Peningkatan higine perorangan dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan.
 - 8) Perlindungan kerja terhadap bahan berbahaya/*Hazard Protection* (bahan-bahan beracun, korosif, alergen), kemungkinan timbulnya penyakit akibat kerja, dan penggunaan alat pelindung diri saat bekerja bagi semua tenaga kerja
 - 9) Perlindungan terhadap sumber-sumber pencemaran
- c. Menegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early diagnosis and prompt treatment*)
- Upaya ini bertujuan untuk diagnosis dini penderita atau dianggap menderita suatu penyakit sehingga dapat diberikan pengobatan tepat dan segera. Sasaran pencegahan ini adalah orang yang telah jatuh sakit, agar sakit yang dideritanya dapat segera diidentifikasi dan secepatnya pula diberikan pengobatan yang tepat. Tindakan ini dapat mencegah orang yang sudah sakit, tidak bertambah parah. Contoh tindakan untuk menegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat adalah:
- 1) Melakukan *General Check up* secara rutin pada setiap individu
 - 2) Melakukan berbagai survey (survei sekolah, rumah tangga) seperti *screening* (penyaringan) dalam rangka pemberantasan penyakit menular.
 - 3) Pencarian kasus (*case finding*), serta monitoring dan surveilans epidemiologi
 - 4) Pemeriksaan khusus (Laboratorium dan Tes)

- 5) Pemberian obat yang rasional, efektif, dan pengawasan obat-obatan, termasuk obat terlarang yang diperdagangkan bebas, golongan narkotika, psikofarmaka dan obat-obatan bius lainnya.

Upaya pengobatan yang terlambat akan menyebabkan:

- 1) Usaha penyembuhan menjadi lebih sulit, bahkan mungkin tidak dapat sembuh lagi misalnya pengobatan kanker (neoplasma) yang terlambat.
- 2) Kemungkinan terjadinya kecacatan lebih besar.
- 3) Penyakit klien menjadi lebih lama.
- 4) Biaya untuk perawatan dan pengobatan menjadi lebih besar

d. Pembatasan kecacatan (*Disability limitation*)

Pembatasan kecacatan merupakan upaya untuk mencegah penyakit tidak bertambah parah, tidak mati, tidak timbul cacat ataupun kronik. Pembatasan kecacatan dapat terjadi karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, serta tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan sampai tuntas terhadap penyakit yang dialami. Pengobatan yang tidak cepat dan tepat dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat atau mengalami ketidakmampuan. Contoh penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya pembatasan kecacatan (*Disability limitation*) adalah:

- 1) Penanganan secara tuntas pada kasus infeksi organ reproduksi mencegah terjadinya infertilitas
- 2) Pemasangan pen pada tungkai yang patah
- 3) Operasi plastik pada bagian/organ yang cacat

e. Penyembuhan kesehatan (*Rehabilitation*)

Rehabilitasi merupakan tahapan yang sifatnya pemulihan. Penyembuhan kesehatan adalah upaya rehabilitasi yang bertujuan untuk melakukan fase rehabilitasi yang merupakan upaya untuk memulihkan keadaan, kemampuan atau fungsi setelah penderita

sembuh. Kerusakan patologis sudah bersifat *irreversible*, dan tidak dapat diperbaiki lagi. Upaya ini ditujukan pada kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan sehingga diharapkan agar benar-benar pulih dari sakit sehingga dapat beraktifitas dengan normal kembali. Hal yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Penyempurnaan cara pengobatan serta perawatan lanjut.
- 2) Rehabilitasi sempurna setelah penyembuhan penyakit
- 3) Mengusahakan pengurangan beban sosial penderita, sehingga mencegah kemungkinan terputusnya kelanjutan pengobatan serta kelanjutan rehabilitasi dan sebagainya

Rehabilitasi dibagi menjadi lima, yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Rehabilitasi fisik

Rehabilitasi cacat tubuh dengan pemberian alat bantu/protese. Klien diharapkan dapat memperoleh perbaikan fisik semaksimal mungkin. Protese dapat berupa tangan atau kaki sesuai kecacatan yang dialami.

2) Rehabilitasi mental

Dengan rehabilitasi mental diharapkan klien dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan, serta mengembalikan kepercayaan diri klien. Seringkali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula kelainan-kelainan atau gangguan mental. Untuk hal ini klien perlu mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat.

3) Rehabilitasi sosial

Klien diharapkan dapat menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuannya.

- 4) Rehabilitasi aesthesis
Usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan misalnya: penggunaan mata palsu.
- 5) Rehabilitasi Kerja
Rehabilitasi ini dilakukan untuk masuk ke tempat kerja sebelumnya, dengan mengaktifkan secara optimum organ yang cacat.
4. Sasaran upaya preventif
Sasaran pelayanan kesehatan preventif adalah kelompok masyarakat yang berisiko tinggi (*high risk*), misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, Bayi Baru Lahir (BBL), para perokok, orang yang mengalami kegemukan (obesitas), para pekerja seks (wanita atau pria).
5. Kegiatan upaya preventif
Kegiatan upaya preventif contohnya adalah imunisasi, pemeriksaan kesehatan berkala melalui Posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah, pengolesan fluor pada gigi.

F. UPAYA KURATIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian upaya kuratif

Istilah kuratif diartikan sebagai "penyembuhan". Yang dimaksud dengan upaya kesehatan kuratif adalah suatu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan.

Upaya kesehatan kuratif juga dapat diartikan sebagai usaha medis yang dilakukan untuk menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit yang diderita seseorang. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat

awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. Upaya kuratif adalah upaya promosi kesehatan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan.

2. Tujuan upaya kuratif

Tujuan dilakukan upaya kuratif adalah agar masyarakat mampu mencegah penyakit tersebut tidak lebih parah (*secondary prevention*), untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit/ pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin dan dapat tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera. Upaya kuratif cenderung bersifat reaktif, maksudnya upaya kesehatan kuratif umumnya dilakukan setelah adanya suatu penyakit atau setelah masalah datang.

3. Sasaran upaya kuratif

Sasarannya adalah kelompok orang sakit (klien) terutama penyakit kronis. Contoh penyakit kronis adalah asma, DM, TBC, rematik, dan hipertensi.

4. Kegiatan upaya kuratif

Bentuk kegiatannya upaya kuratif adalah pengobatan. Upaya ini dapat dilakukan dengan mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan: penambalan gigi, perawatan orang sakit di rumah, perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari Puskesmas atau rumah sakit dan perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis.

G. RANGKUMAN

1. Promosi kesehatan adalah kombinasi antara pendidikan kesehatan dan intervensi yang berhubungan dengan aspek ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk

memudahkan perilaku dan mewujudkan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

2. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik dari segi promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.
3. Bentuk pelayanan kesehatan ada dua, yaitu pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan.
4. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan adalah upaya promorif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat
6. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
7. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
8. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
9. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai

anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan PPSDM Kesehatan. (2016). *Modul pelatihan keluarga sehat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kholid, A. (2015). *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Notoatmodjo, S (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo Soekidjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurkolifah Siti, Wahyu Widagdo. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Kemenkes RI. PPSDMK Badan Pengembangan dan Sumberdaya Manusia Kesehatan. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas.
- Syafrudin, J Theresia (2011). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.

PROFIL PENULIS



Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep, lahir di Surakarta, 18 Mei 1973. Memulai pendidikan di Akademi Keperawatan Panti kosala Surakarta (1991-1994), melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di PSIK FK UNDIP Semarang (1998-2002). Pada tahun 2009 lulus dari Program Studi Magister Keperawatan FIK UI.

Pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Telogorejo Semarang selama 3 tahun. Sejak tahun 1998-sekarang sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surakarta dan aktif mengajar berbagai mata kuliah seperti Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, dan Promosi Kesehatan.

BAB VIII

KESEHATAN, KESELAMATAN KERJA DAN KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN

I Made Indra P

A. PENGERTIAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3)

Filosofi dasar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah melindungi keselamatan dan kesehatan para pekerja dalam menjalankan pekerjaannya, melalui upaya-upaya pengendalian semua bentuk potensi bahaya yang ada di lingkungan tempat kerjanya. Bila semua potensi bahaya telah dikendalikan dan memenuhi batas standar aman, maka akan memberikan kontribusi terciptanya kondisi lingkungan kerja yang aman, sehat, dan proses produksi menjadi lancar, yang pada akhirnya akan dapat menekan risiko kerugian dan berdampak terhadap peningkatan produktivitas.

Kesehatan kerja (*Health*) adalah suatu keadaan seorang pekerja yang terbebas dari gangguan fisik dan mental sebagai akibat pengaruh interaksi pekerjaan dan lingkungannya (Kuswana, 2014). Kesehatan kerja adalah spesialisasi ilmu kesehatan/kedokteran beserta prakteknya yang bertujuan agar pekerja/masyarakat memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik, atau mental maupun sosial dengan usaha-usaha preventif dan kuratif terhadap penyakit/gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja serta terhadap penyakit-penyakit umum (Santoso, 2012).

Keselamatan kerja (*Safety*) suatu keadaan yang aman dan selamat dari penderitaan dan kerusakan serta kerugian di tempat kerja, baik pada saat memakai alat, bahan, mesin-mesin dalam proses pengolahan, teknik pengepakan, penyimpanan, maupun menjaga dan mengamankan tempat serta lingkungan kerja (Kuswana, 2014). Keselamatan kerja juga dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerja, yang menyangkut aspek keselamatan, kesehatan, pemeliharaan moral kerja, perlakuan sesuai martabat manusia dan moral agama. Hal tersebut dimaksudkan agar para tenaga kerja secara aman dapat melakukan pekerjaannya guna meningkatkan hasil kerja dan produktivitas kerja. Dengan demikian, para tenaga kerja harus memperoleh jaminan perlindungan keselamatan dan kesehatannya di dalam setiap pelaksanaan pekerjaannya sehari-hari (Tarwaka, 2014).

Menurut OHSAS 18001:2007 Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah semua kondisi dan faktor yang dapat berdampak pada keselamatan dan kesehatan kerja tenaga kerja maupun orang lain (kontraktor, pemasok, pengunjung dan tamu) di tempat kerja. Sedangkan Menurut Triwibowo & Pusphandani, 2013 mengartikan K3 adalah suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik itu bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat dan lingkungan sekitar tempat kerja tersebut.

Sehingga dapat disimpulkan Kesehatan dan keselamatan kerja adalah suatu usaha dan upaya untuk menciptakan perlindungan dan keamanan dari resiko kecelakaan dan bahaya baik fisik, mental maupun emosi terhadap pekerja, perusahaan, masyarakat dan lingkungan, serta menyangkut berbagai unsur dan pihak.

B. KONSEP, RUANG LINGKUP DAN TUJUAN K3

Keselamatan kerja dapat diartikan sebagai keadaan terhindar dari bahaya selama melakukan pekerjaan. Dengan kata lain keselamatan kerja merupakan salah satu faktor yang harus dilakukan selama bekerja. Tidak ada seorangpun di dunia ini yang menginginkan terjadinya kecelakaan. Keselamatan kerja sangat bergantung pada jenis, bentuk dan lingkungan dimana pekerjaan itu dilaksanakan. Kesehatan, keselamatan dan keamanan kerja adalah upaya perlindungan bagi tenaga kerja/pekerja agar selalu dalam keadaan sehat dan selamat selama bekerja di tempat kerja. Tempat kerja adalah ruang tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, atau sering digunakan/dimasuki oleh tenaga kerja/pekerja yang di dalamnya terdapat 3 unsur, yaitu: adanya suatu usaha; adanya sumber bahaya; adanya tenaga kerja/pekerja yang bekerja di dalamnya, baik secara terus menerus maupun hanya sewaktu-waktu (Triwibowo & Pusphandani, 2013)

Ruang lingkup K3 sangat luas, di dalamnya termasuk perlindungan teknis yaitu perlindungan terhadap tenaga kerja/pekerja agar selamat dari bahaya yang dapat ditimbulkan oleh alat kerja atau bahan yang dikerjakan, dan sebagai usaha mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. K3 harus diterapkan dan dilaksanakan di setiap tempat kerja (Triwibowo & Pusphandani, 2013).

Tujuan K3 pada intinya adalah untuk melindungi pekerja dari kecelakaan akibat kerja. Sutrisno dan Ruswandi (2007) mengemukakan bahwa tujuan keselamatan dan kesehatan kerja adalah untuk tercapainya kesehatan dan keselamatan seseorang saat bekerja dan setelah bekerja (Gayatri, 2014). Budaya K3 yang baik akan terbentuk setelah usaha-usaha penerapan program K3 dan pencegahan kecelakaan secara konsisten dan bersifat jangka

panjang. K3 merupakan kendaraan untuk melakukan sesuatu secara benar pada waktu yang tepat. Dapat disimpulkan bahwa pencegahan kecelakaan merupakan sesuatu yang mutlak harus dilakukan. Tiga alasan yang menyebabkan aspek K3 harus diperhatikan yaitu: faktor kemanusiaan; faktor pemenuhan peraturan dan perundang-undangan; dan faktor biaya. (Somad, 2013).

C. PENGENDALIAN RESIKO/BAHAYA K3

Menurut Harrington dan Gill (2003) seni mengenal bahaya diperoleh dengan melakukan survei jalan lintas (*walk- through survey*), dan praktisi harus selalu waspada dengan adanya potensi lingkungan kerja yang membahayakan kesehatan. Sekali kemungkinan itu diketahui, besarnya bahaya harus dievaluasi. Dengan demikian bahaya itu dapat dilenyapkan seandainya ancaman bahaya belum pernah dikenali dalam penelitian atau diterima sebagaimana adanya, ditambah dengan sedikit pengendalian. Salah satu syarat utama untuk seseorang yang hendak melakukan evaluasi bahaya di tempat kerja adalah mengunjungi dan melihat dengan mata kepala sendiri. Upaya ini dilakukan dengan survei jalan lintas. Agar hasil usaha kunjungan itu sempurna, pengamatan harus dilakukan secara objektif, dengan menggunakan daftar isian (*chek list*) sebagai panduan. Daftar isian itu dibuat berupa performa, yang kemudian diisi secara rinci sejalan dengan perjalanan survei.

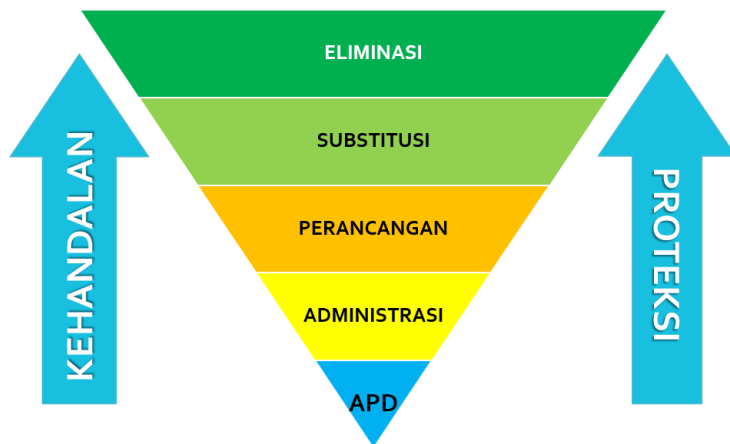
Penilaian dan Evaluasi Lingkungan Kerja Merupakan tahap penilaian karakteristik dan besarnya potensi-potensi bahaya yang mungkin timbul, sehingga bisa untuk menentukan prioritas dalam mengatasi permasalahan. Evaluasi bahaya yang tampak nyata dilakukan dengan inspeksi, tetapi jika diperkirakan ada bahaya

polusi udara, survei higine kerja perlu dilakukan juga. Hasilnya harus dibandingkan dengan rujukan standar yang pernah dipublikasikan. Jika ada bahaya kesehatan yang berlanjut terus tapi masih dapat dikendalikan, perlu ada pengamatan khusus pada pekerja (Harrington dan Gill, 2003)..

Pengendalian Bahaya Lingkungan Kerja Dimaksudkan untuk mengurangi atau menghilangkan pemajanan terhadap zat/bahan yang berbahaya di lingkungan kerja. Kedua tahapan sebelumnya, pengenalan dan evaluasi, tidak dapat menjamin sebuah lingkungan kerja yang sehat. Jadi hanya dapat dicapai dengan teknologi pengendalian yang adekuat untuk mencegah efek kesehatan yang merugikan di kalangan para pekerja. Upaya dalam pengendalian bahaya antara lain melalui teknik eliminasi/ substitusi, isolasi sumber bahaya, pengendalian secara teknik, pengendalian secara adminisitratif dan penggunaan alat pelindung diri.

Dalam tahap perencanaan, standar OHSAS 18001 memiliki persyaratan untuk organisasi untuk membangun hirarki kontrol. Selama proses identifikasi bahaya k3, organisasi perlu mengidentifikasi apakah sudah ada kontrol dalam organisasi dan apakah kontrol tersebut memadai untuk identifikasi bahaya. Ketika mendefinisikan kontrol atau membuat perubahan yang sudah ada, organisasi perlu memperhitungkan hierarki kontrol/pengendalian bahaya.

Hierarki pengendalian bahaya pada dasarnya berarti prioritas dalam pemilihan dan pelaksanaan pengendalian yang berhubungan dengan bahaya k3. Ada beberapa kelompok kontrol yang dapat dibentuk untuk menghilangkan atau mengurangi bahaya k3, yakni diantaranya:



Gambar 1. Hierarki Pengendalian Bahaya

Di sinilah Anda harus mulai ketika merencanakan kontrol:

1. **Eliminasi** – memodifikasi desain untuk menghilangkan bahaya; misalnya, memperkenalkan perangkat mengangkat mekanik untuk menghilangkan penanganan bahaya manual;
2. **Subtitusi** – pengganti bahan kurang berbahaya atau mengurangi energi sistem (misalnya, menurunkan kekuatan, ampere, tekanan, suhu, dll);
3. **Kontrol teknik / Perancangan** – menginstal sistem ventilasi, mesin penjagaan, interlock, dll .;
4. **Kontrol administratif** – tanda-tanda keselamatan, daerah berbahaya tanda, tanda-tanda foto-luminescent, tanda untuk trotoar pejalan kaki, peringatan sirene / lampu, alarm, prosedur keselamatan, inspeksi peralatan, kontrol akses, sistem yang aman, penandaan, dan izin kerja, dll .;
5. **Alat Pelindung Diri (APD)** – kacamata safety, perlindungan pendengaran, pelindung wajah, respirator, dan sarung tangan.

Umumnya tiga tingkat pertama adalah paling diinginkan, namun tiga tingkat tersebut tidak selalu mungkin untuk diterapkan. Dalam

menerapkan hirarki, Anda harus mempertimbangkan biaya relatif, manfaat pengurangan risiko, dan keandalan dari pilihan yang tersedia. Dalam membangun dan memilih kontrol, masih banyak hal yang perlu dipertimbangkan, diantaranya:

- a. Kebutuhan untuk kombinasi kontrol, menggabungkan unsur-unsur dari hirarki di atas (misalnya, perancangan dan kontrol administratif),
- b. Membangun praktik yang baik dalam pengendalian bahaya tertentu yang dipertimbangkan, beradaptasi bekerja untuk individu (misalnya, untuk memperhitungkan kemampuan mental dan fisik individu),
- c. Mengambil keuntungan dari kemajuan teknis untuk meningkatkan kontrol,
- d. Menggunakan langkah-langkah yang melindungi semua orang (misalnya, dengan memilih kontrol rekayasa yang melindungi semua orang di sekitar bahaya daripada menggunakan Alat Pelindung Diri),
- e. Perilaku manusia dan apakah ukuran kontrol tertentu akan diterima dan dapat dilaksanakan secara efektif,
- f. Tipe dasar kegagalan manusia/*human error* (misalnya, kegagalan sederhana dari tindakan sering diulang, penyimpangan memori atau perhatian, kurangnya pemahaman atau kesalahan penilaian, dan pelanggaran aturan atau prosedur) dan cara mencegahnya,
- g. Kebutuhan untuk kemungkinan peraturan tanggap darurat bila pengendalian risiko gagal,
- h. Potensi kurangnya pengenalan terhadap tempat kerja, contoh: visitor atau personil kontraktor.

Setelah kontrol telah ditentukan, organisasi dapat memprioritaskan tindakan untuk melaksanakannya. Dalam prioritas tindakan, organisasi harus memperhitungkan potensi pengurangan risiko kontrol

direncanakan. Dalam beberapa kasus, perlu untuk memodifikasi aktivitas kerja sampai pengendalian risiko di tempat atau menerapkan pengendalian risiko sementara sampai tindakan yang lebih efektif diselesaikan – misalnya, penggunaan mendengar perlindungan sebagai langkah sementara sampai sumber kebisingan dapat dihilangkan, atau aktivitas kerja dipisahkan untuk mengurangi paparan kebisingan. kontrol sementara tidak harus dianggap sebagai pengganti jangka panjang untuk langkah-langkah pengendalian risiko yang lebih efektif.

Seleksi dan pelaksanaan kontrol adalah bagian paling penting dari Sistem Manajemen K3, tapi itu tidak cukup untuk membuatnya bekerja. Efek dari implementasi kontrol harus dipantau untuk menentukan apakah sudah mencapai hasil yang diinginkan, dan organisasi harus selalu mengejar kemungkinan adanya kontrol baru yang lebih efektif dan lebih *low cost*.

D. PENGERTIAN, TUJUAN, MANFAAT PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN & KESEHATAN KERJA (SMK3)

Menurut Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012, SMK3 adalah bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur, proses dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian dan pemeliharaan kebijakan K3 dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif melibatkan unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi dan lingkungan kerja yang terintegrasi dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta terciptanya tempat yang aman, efisien dan produktif.

Menurut Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012 tujuan penerapan SMK3 adalah untuk:

1. Meningkatkan efektivitas perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja yang terencana, terukur, terstruktur dan terintegrasi.
2. Mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, pekerja/buruh, dan/atau serikat pekerja/serikat buruh
3. Menciptakan tempat kerja yang aman, nyaman, dan efisien untuk mendorong produktivitas.

Apabila sebuah perusahaan menerapkan SMK3, maka akan mendatangkan beberapa manfaat. Menurut Syartini (2010), manfaat penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja bagi perusahaan adalah :

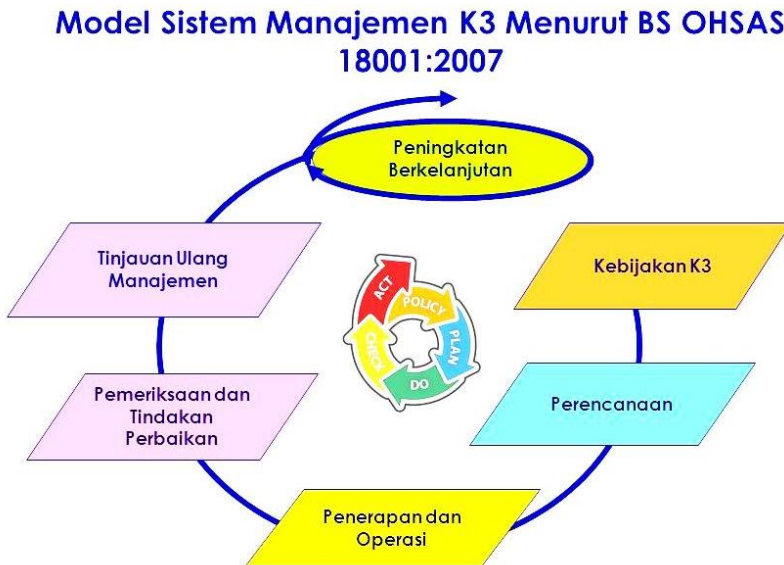
1. Pihak manajemen dapat mengetahui kelemahan-kelemahan unsur sistem operasional sebelum timbul gangguan operasional, kecelakaan, insiden dan kerugian-kerugian lainnya.
2. Dapat diketahui gambaran secara jelas dan lengkap tentang kinerja K3 di perusahaan.
3. Dapat meningkatkan pemenuhan terhadap peraturan perundangan bidang K3.
4. Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kesadaran tentang K3, khususnya bagi karyawan yang terlibat dalam pelaksanaan audit.
5. Dapat meningkatkan produktivitas kerja.

Menurut Tarwaka (2008) manfaat penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja bagi perusahaan adalah :

1. Pihak manajemen dapat mengetahui kelemahan-kelemahan unsur sistem operasional sebelum timbul gangguan operasional, kecelakaan, insiden dan kerugian-kerugian lainnya.

2. Dapat diketahui gambaran secara jelas dan lengkap tentang kinerja K3 di perusahaan.
3. Dapat meningkatkan pemenuhan terhadap peraturan perundangan bidang K3.
4. Dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan kesadaran tentang K3, khususnya bagi karyawan yang terlibat dalam pelaksanaan audit.
5. Dapat meningkatkan produktivitas kerja.

E. SIKLUS PROSES PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN & KESEHATAN KERJA (SMK3)



Gambar 2. Model SMK3

Sumber: Standar OHSAS 18001 : 2007

Standar SMK3 nasional memiliki langkah penerapan yang sejalan dengan OHSAS. Pada pasal 6 PP No. 50 tahun 2012 diungkapkan bahwa SMK3 meliputi:

1. Penetapan kebijakan K3
Kebijakan K3 dibuat oleh perusahaan, UMKN maupun industri. Kebijakan K3 paling sedikit memuat visi, tujuan perusahaan, komitmen dan tekad melaksanakan kebijakan, serta program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh.
2. Perencanaan K3
Rencana K3 disusun dan ditetapkan oleh pengusaha. Rencana K3 mengacu kepada kebijakan K3 yang dirancang.
3. Pelaksanaan rencana K3
Pelaksanaan rencana K3 sesuai dengan rencana yang telah dirancang.
4. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3
Pemantauan dan evaluasi ini dilakukan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3. Hasil pemantauan dilaporkan dan digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
5. Peninjauan dan peningkatan kinerja K3
Peninjauan dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3. Hasil peninjauan ini digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja.

F. KESELAMATAN PASIEN

Patient Safety atau keselamatan pasien merupakan isu global yang mempengaruhi negara-negara di semua tingkat pembangunan. Meskipun perkiraan ukuran permasalahan masih belum pasti, khususnya di negara berkembang dan negara

transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Mengurangi kejadian yang membahayakan bagi pasien merupakan masalah dalam pelayanan kesehatan bagi setiap orang, dan terdapat banyak hal yang harus dipelajari dan dibagi antara negara-negara maju dengan negara-negara berkembang dan negara dalam transisi/konflik tentang masalah keselamatan pasien (*World Health Organization*, 2007).

Menurut National Health Performance Committee (NHPC, 2001, dikutip dari Australian Institute Health and Welfare (AIHW, 2009) mendefinisikan keselamatan pasien adalah menghindari atau mengurangi hingga ketingkat yang dapat diterima dari bahaya aktual atau risiko dari pelayanan kesehatan atau lingkungan di mana pelayanan kesehatan diberikan. Fokus dari definisi ini adalah untuk mencegah hasil pelayanan kesehatan yang merugikan pasien atau yang tidak diinginkan. Institute of Medicine (2000) mendefinisikan keselamatan pasien adalah “freedom from accidental injury”. Sedangkan Kelley dan Hurst (2006, dikutip dari AIHW, 2009) mendefinisikan keselamatan pasien adalah tingkat dimana menghindari, mencegah, dan memperbaiki hasil atau cedera yang merugikan dari proses pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien menurut Sunaryo (2009) adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cidera karena kecelakaan. Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assesment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien pelaporan dan analisis insiden. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan pencegahan terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau

tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2011).

G. TUJUAN KESELAMATAN PASIEN, STANDAR KESELAMATAN PASIEN DAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1	Tujuan Keselamatan Pasien	Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu (Depkes RI, 2011): Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit dan Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD).
2	Standar Keselamatan Pasien	Pentingnya akan keselamatan pasien dirumah sakit, maka dibuatlah standar keselamatan pasien dirumah sakit. Standar keselamatan pasien dirumah sakit ini akan menjadi acuan setiap asuhan yang akan diberikan kepada pasien. Menurut Depkes RI, (2011) ada tujuh standar keselamatan pasien yaitu: Hak pasien, Mendidik pasien dan keluarga, Keselamatan pasien daam kesinambungan pelayanan, Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, Mendidik staf tentang keselamatan pasien dan Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

3	Sasaran Keselamatan Pasien	Selain dari standar keselamatan, ada lagi yang menjadi poin penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien yaitu sasaran keselamat pasien atau Patient Safety Goals. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRSI), dan Joint Commission International (JCI). Menurut Joint Commission International (2013) terdapat enam sasaran keselamatan pasien yaitu: Identifikasi pasien dengan benar, Meningkatkan komunikasi yang efektif, Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, Pengurangan risiko pasien jatuh.
---	-----------------------------------	---

H. KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN

Kualitas perawatan telah menjadi fokus yang sangat penting di bidang perawatan kesehatan primer untuk beberapa waktu dan pekerjaan ini terkait dengan perbaikan hasil yang cukup besar pada pasien. Dalam bidang ini, pemeriksaan keselamatan pasien baru saja muncul sebagai fokus yang berbeda selama dekade terakhir. Ada kesadaran yang meningkat bahwa risiko yang teridentifikasi di sektor perawatan akut terwujud dalam berbagai cara dalam perawatan kesehatan primer. Solusi yang dikembangkan dalam

perawatan akut belum tentu berlaku di sini. Praktisi perawatan kesehatan primer dapat belajar dari sektor perawatan akut, namun juga perlu memeriksa secara seksama proses dan sistem mereka sendiri untuk mengidentifikasi risiko pasien tertentu dan solusi yang mungkin terjadi.

Keselamatan pasien dan kualitas pasien adalah jantung dari penyampaian layanan kesehatan. Untuk setiap pasien, yang merawat, anggota keluarga dan profesional kesehatan, keselamatan sangat penting untuk penegakan diagnosa, tindakan kesehatan dan perawatan. Dokter, perawat dan semua orang yang bekerja di sistem kesehatan berkomitmen untuk merawat, membantu, menghibur dan merawat pasien dan memiliki keunggulan dalam penyediaan layanan kesehatan untuk semua orang yang membutuhkannya. Telah ada investigasi yang signifikan dalam beberapa tahun terakhir dalam peningkatan layanan, peningkatan kapasitas sistem, perekrutan profesional yang sangat terlatih dan penyediaan teknologi dan perawatan baru. Namun sistem kesehatan di seluruh dunia, menghadapi tantangan dalam menangani praktik yang tidak aman, profesional layanan kesehatan yang tidak kompeten, tata pemerintahan yang buruk dalam pemberian layanan kesehatan, kesalahan dalam diagnosis dan perawatan dan ketidakpatuhan terhadap standar (*Commission on Patient Safety & Quality Assurance*, 2008).

DAFTAR PUSTAKA

- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). Towards national indicators of safety and quality in health care. © Australian Institute of Health and Welfare.
- Departemen Kesehatan RI. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
- Gayatri, I.A.E.M. (2014). Hubungan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Dengan Kinerja Karyawan Pada PT UOB Indonesia Cabang Bengkulu. Skripsi. Universitas Dehasen Bengkulu. Hal:186-189
- Harrington J.M dan Gill F.S, (2003). Buku Saku Keselamatan Kerja. Jakarta: EGC
- Harrington, & Gill, (2005). Buku Saku Kesehatan Kerja . Jakarta : EGC
- <https://isoindonesiacenter.com/hierarki-pengendalian-bahaya-dalam-ohsas-180012007/>
- <https://sistemmanajemenkeselamatankerja.blogspot.com/2013/09/pengendalian-resikobahaya.html>
- Institute of Medicine. (2000). To Err Is Human: Building a Safer of Health System. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Ed). Washington DC: National Academy Press
- Joint Commission International. (2013). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital.
- Kuswana, WS. (2014). Ergonomi Dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- OHSAS 18001: 2007. Occupational Health and Safety Management System – Requirements

- Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- Santoso, H. (2012). Keselamatan Dan Kesehatan Kerja. Surakarta, UNS Press.
- Somad, Ismet. (2013). Teknik Efektif dalam Membudayakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Jakarta: Dian Rakyat.
- Sunaryo. (2009). Keselamatan Pasien dan risiko klinis. Diponegoro Universty Press. Semarang.
- Sutrisno dan Kusmawan Ruswandi. (2007). Prosedur Keamanan, Keselamatan, & Kesehatan Kerja. Sukabumi: Yudhistira.
- Syartini Titi (2010). Penerapan SMK3 Dalam Upaya Pencegahan Kecelakaan Kerja di PT.Indofood CBP Sukses Makmur. Laporan Khusus, Surakarta : Universitas Sebelas Maret.
- Tarwaka, (2008). Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Surakarta : Harapan Press.
- Tarwaka. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. (2014). Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja. Surakarta: Harapan Press
- Triwibowo, C dan Pusphandani, ME. (2013). Kesehatan Lingkungan dan K3. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO Collaborating Centre. (2007). Patient safety solutions preamble. WHO Publisher.

PROFIL PENULIS



I Made Indra P., AMK., SKM., MPH., QRGP., CPHCM. Memulai karir sebagai dosen sejak tahun 2016, pernah menjabat sebagai ketua di salah satu perguruan tinggi swasta bidang kesehatan di Bali pada tahun 2018, fasilitator akreditasi (SPME) dan menjadi auditor penjaminan mutu internal dan pelatih penjaminan mutu internal (SPMI) tersertifikasi oleh kementerian pendidikan dan kebudayaan RI pada tahun 2019, saat ini aktif sebagai dosen di STMA Trisakti sekaligus menduduki jabatan wakil ketua 1 bidang Akademik dan Kemahasiswaan serta aktif sebagai reviewer program merdeka kampus merdeka. Pendidikan terakhir sedang menyelesaikan program Doktorat di Universitas Indonesia.

BAB IX

KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Yusriani

A. KONSEP PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Empowerment yang dalam bahasa Indonesia berarti “pemberdayaan”, adalah sebuah konsep yang lahir sebagai bagian dari perkembangan alam pikiran masyarakat kebudayaan Barat, utamanya Eropa. Memahami konsep *empowerment* secara tepat harus memahami latar belakang kontekstual yang melahirkannya. Konsep *empowerment* mulai nampak sekitar dekade 70-an dan terus berkembang hingga 1990-an (Pranarka & Vidhyandika, 1996).

Pranarka dan Vidhyandika (Hikmat, 2004) menjelaskan bahwa konsep pemberdayaan dapat dipandang sebagai bagian atau sejiwa sedarah dengan aliran yang muncul pada paruh abad ke-20 yang lebih dikenal sebagai aliran *ostmodernisme*. Aliran ini menitikberatkan pada sikap dan pendapat yang berorientasi pada jargon antisistem, antistruktur, dan antideterminisme yang diaplikasikan pada dunia kekuasaan. Pemahaman konsep pemberdayaan oleh masing-masing individu secara selektif dan kritis dirasa penting, karena konsep ini mempunyai akar historis dari perkembangan alam pikiran masyarakat dan kebudayaan barat. Prijono Dan Pranarka (1996) membagi dua fase penting untuk memahami akar konsep pemberdayaan, yakni: *pertama*, lahirnya Eropa modern sebagai akibat dari dan reaksi terhadap alam pemikiran, tata masyarakat dan tata budaya Abad

Pertengahan Eropa yang ditandai dengan gerakan pemikiran baru yang dikenal sebagai *Aufklärung* atau *Enlightenment*, dan kedua, lahirnya aliran aliran pemikiran eksistensialisme, fenomenologi, personalisme yang lebih dekat dengan gelombang Neo-Marxisme, Freudianisme, strukturalisme dan sebagainya.

Perlu upaya mengakulturasikan konsep pemberdayaan tersebut sesuai dengan alam pikiran dan kebudayaan Indonesia. Perkembangan alam pikiran masyarakat dan kebudayaan Barat diawali dengan proses penghilangan harkat dan martabat manusia (dehumanisasi). Proses penghilangan harkat dan martabat manusia ini salah satunya banyak dipengaruhi oleh kemajuan ekonomi dan teknologi yang nantinya dipakai sebagai basis dasar dari kekuasaan (*power*).

Power adalah kemampuan untuk mendapatkan atau mewujudkan tujuan. Bachrach dan Baratz (1970) membuktikan bahwa *power* adalah konsep rasional (*rational concept*). Dalam pandangan mereka, *power* yang dilakukan A hanya dilakukan dalam hubungan individu atau kelompok B untuk memenuhi kebutuhan. Pemenuhan kebutuhan yang diberikan oleh B yang rela melakukan pilihan atas sanksi yang ada atau akan kehilangan sesuatu yang lebih tinggi (kekuasaan atau uang). Ironisnya, kekuasaan itu kemudian membuat bangunan-bangunan yang cenderung manipulatif, termasuk sistem pengetahuan, politik, hukum, ideologi dan religi. Akibat dari proses ini, manusia yang berkuasa menghadapi manusia yang dikuasai. Dari sinilah muncul keinginan untuk membangun masyarakat yang lebih manusiawi dan menghasilkan system alternatif yang menemukan proses pemberdayaan. Sistem alternatif memerlukan proses “*empowerment of the powerless*.” Namun *empowerment* hanya akan mempunyai arti kalau proses pemberdayaan menjadi bagian dan fungsi dari kebudayaan, yaitu aktualisasi dan koaktualisasi eksistensi manusia dan bukan sebaliknya menjadi hal yang destruktif bagi proses

aktualisasi dan koaktualisasi eksistensi manusia (Priyono Dan Pranarka, 1996).

Para ilmuwan sosial dalam memberikan pengertian pemberdayaan mempunyai rumusan yang berbeda-beda dalam berbagai konteks dan bidang kajian, artinya belum ada definisi yang tegas mengenai konsep tersebut. Namun demikian, bila dilihat secara lebih luas, pemberdayaan sering disamakan dengan perolehan daya, kemampuan dan akses terhadap sumber daya untuk memenuhi kebutuhannya. Oleh karena itu, agar dapat memahami secara mendalam tentang pengertian pemberdayaan maka perlu mengkaji beberapa pendapat para ilmuwan yang memiliki komitmen terhadap pemberdayaan masyarakat.

Robinson (1994) menjelaskan bahwa pemberdayaan adalah suatu proses pribadi dan sosial; suatu pembebasan kemampuan pribadi, kompetensi, kreatifitas dan kebebasan bertindak. Ife (1995) mengemukakan bahwa pemberdayaan mengacu pada kata "*empowerment*," yang berarti memberi daya, memberi "*power*" (kuasa), kekuatan, kepada pihak yang kurang berdaya. Segala potensi yang dimiliki oleh pihak yang kurang berdaya itu ditumbuhkan, diaktifkan, dikembangkan sehingga mereka memiliki kekuatan untuk membangun dirinya. Pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan masyarakat menekankan kemandirian masyarakat itu sebagai suatu sistem yang mampu mengorganisir dirinya. Payne (1997) menjelaskan bahwa pemberdayaan pada hakekatnya bertujuan untuk membantu klien mendapatkan daya, kekuatan dan kemampuan untuk mengambil keputusan dan tindakan yang akan dilakukan dan berhubungan dengan diri klien tersebut, termasuk mengurangi kendala pribadi dan sosial dalam melakukan tindakan. Paul (1987) menyatakan bahwa pemberdayaan berarti pembagian kekuasaan yang adil sehingga meningkatkan kesadaran politis kekuasaan kelompok yang lemah serta

memperbesar pengaruh mereka terhadap proses dan hasil-hasil pembangunan. Rappaport (1987) mengatakan bahwa pemberdayaan diartikan sebagai pemahaman secara psikologis pengaruh kontrol individu terhadap keadaan sosial, kekuatan politik dan hak-haknya. MacArdle (1989) mengartikan pemberdayaan sebagai proses pengambilan keputusan oleh orang-orang secara konsekuen melaksanakan keputusan itu. Orang-orang yang telah mencapai tujuan kolektif diberdayakan melalui kemandiriannya, bahkan merupakan “keharusan” untuk lebih diberdayakan melalui usaha mereka sendiri dan akumulasi pengetahuan, ketrampilan serta sumber lainnya dalam rangka mencapai tujuan tanpa tergantung pada pertolongan dari hubungan eksternal.

Pemberdayaan dapat diartikan sebagai suatu pelimpahan atau pemberian kekuatan (power) yang akan menghasilkan hierarki kekuatan dan ketiadaan kekuatan, seperti yang dikemukakan Simon (1990) dalam tulisannya tentang *Rethinking Empowerment*. Simon menjelaskan bahwa pemberdayaan suatu aktivitas refleksi, suatu proses yang mampu diinisiasikan dan dipertahankan hanya oleh agen atau subyek yang mencari kekuatan atau penentuan diri sendiri (*self determination*). Sementara proses lainnya hanya dengan memberikan iklim, hubungan, sumber-sumber dan alat-alat prosedural yang melaluinya masyarakat dapat meningkatkan kehidupannya. Pemberdayaan merupakan sistem yang berinteraksi dengan lingkungan sosial dan fisik. Dengan demikian pemberdayaan bukan merupakan upaya pemaksaan kehendak, proses yang dipaksakan, kegiatan untuk kepentingan pemrakarsa dari luar, keterlibatan dalam kegiatan tertentu saja, dan makna-makna lain yang tidak sesuai dengan pendelegasian kekuasaan atau kekuatan sesuai potensi yang dimiliki masyarakat.

Sulistiyani (2004) menjelaskan lebih rinci bahwa secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar "daya" yang berarti

kekuatan atau kemampuan. Bertolak dari pengertian tersebut, maka pemberdayaan dimaknai sebagai proses untuk memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan, dan atau proses pemberian daya, kekuatan atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya. Berdasarkan beberapa pengertian pemberdayaan yang dikemukakan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pada hakekatnya pemberdayaan adalah suatu proses dan upaya untuk memperoleh atau memberikan daya, kekuatan atau kemampuan kepada individu dan masyarakat lemah agar dapat mengidentifikasi, menganalisis, menetapkan kebutuhan dan potensi serta masalah yang dihadapi dan sekaligus memilih alternatif pemecahnya dengan mengoptimalkan sumberdaya dan potensi yang dimiliki secara mandiri.

Pemberdayaan sebagai proses menunjuk pada serangkaian tindakan yang dilakukan secara sistematis dan mencerminkan pentahapan kegiatan atau upaya mengubah masyarakat yang kurang atau belum berdaya, berkekuatan, dan berkemampuan menuju keberdayaan. Makna "memperoleh" daya, kekuatan atau kemampuan menunjuk pada sumber inisiatif dalam rangka mendapatkan atau meningkatkan daya, kekuatan atau kemampuan sehingga memiliki keberdayaan. Kata "memperoleh" mengindikasikan bahwa yang menjadi sumber inisiatif untuk berdaya berasal dari masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, masyarakat harus menyadari akan perlunya memperoleh daya atau kemampuan. Makna kata "pemberian" menunjukkan bahwa sumber inisiatif bukan dari masyarakat. Inisiatif untuk mengalihkan daya, kemampuan atau kekuatan adalah pihak-pihak lain yang memiliki kekuatan dan kemampuan, misalnya pemerintah atau agen-agen pembangunan lainnya.

Pemberdayaan masyarakat terdiri dari dua konsep: `komunitas` dan `pemberdayaan`. Komunitas adalah sekelompok orang yang mungkin atau mungkin tidak terhubung secara spasial, tetapi memiliki

minat, perhatian, atau identitas yang sama. Komunitas mungkin bersifat lokal, nasional, internasional atau bahkan global dan mungkin memiliki kepentingan yang spesifik atau luas (Laverack, 2007).

Pemberdayaan dalam arti luas adalah '. Proses dimana orang yang kurang beruntung bekerja sama untuk meningkatkan kontrol atas peristiwa yang menentukan hidup mereka' (Werner, 1988). Sebagian besar definisi pemberdayaan memberikan istilah nilai positif (memperbaiki keadaan masyarakat) dan mewujudkan gagasan bahwa itu harus datang dari dalam individu atau kelompok dan tidak dapat diberikan kepada individu atau kelompok.

Pemberdayaan masyarakat meliputi pemberdayaan pribadi (psikologis), pemberdayaan organisasi dan tindakan sosial dan politik yang lebih luas. Karenanya, pemberdayaan masyarakat merupakan fenomena individu dan kelompok. Akar konseptual dari pemberdayaan masyarakat terutama berasal dari pekerjaan pembangunan internasional (masyarakat miskin perlu menjadi lebih kuat), gerakan kesehatan perempuan (yang menantang hak prerogatif orang lain untuk mendefinisikan masalah kesehatan dan pengobatan perempuan) dan aktivis kesehatan mental masyarakat (yang menekankan bahwa orang dengan penyakit mental berhak mendapatkan hak yang sama dengan orang lain dan harus diperlakukan dengan cara 'memberdayakan' daripada mengontrol).

Pemberdayaan komunitas paling konsisten dipandang sebagai proses dalam literatur (sesuatu yang digunakan untuk mencapai tujuan atau sasaran tertentu), misalnya, Proses tindakan sosial yang mempromosikan partisipasi orang, organisasi dan komunitas menuju tujuan peningkatan individu dan kontrol komunitas, kemandirian politik, peningkatan kualitas hidup dan keadilan sosial (Wallerstein, 1992). Namun, ini juga dapat dilihat sebagai hasil (di mana pemberdayaan adalah tujuan atau sasaran itu sendiri) dan khusus untuk

individu, kelompok atau komunitas yang terlibat. Hasil dari pemberdayaan masyarakat dapat memiliki jangka waktu yang sangat lama, seringkali membutuhkan waktu beberapa tahun untuk mulai menunjukkan hasil. Ini harus menjadi pertimbangan penting untuk desain program promosi kesehatan.

Piagam Ottawa dengan jelas menyatakan bahwa 'promosi kesehatan bekerja melalui tindakan masyarakat yang konkrit dan efektif dalam menetapkan prioritas, membuat keputusan, merencanakan strategi, dan menerapkannya untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Inti dari proses ini adalah pemberdayaan masyarakat - kepemilikan dan kendali mereka atas usaha dan takdir mereka sendiri (WHO, 1986).

The Bangkok Charter (WHO, 2005) melengkapi dan membangun nilai, prinsip dan strategi tindakan yang ditetapkan oleh Ottawa Charter termasuk konsep promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali atas (pemberdayaan) kesehatan mereka dan faktor penentu. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat sangat penting dalam pelaksanaan promosi kesehatan baik sebagai proses maupun sebagai hasil. Terdapat tumpang tindih antara pemberdayaan masyarakat dan konsep berbasis masyarakat lainnya seperti partisipasi masyarakat, peningkatan kapasitas masyarakat dan pengembangan masyarakat.

Pada dasarnya mereka semua menggambarkan proses yang meningkatkan aset dan atribut yang dapat dimanfaatkan oleh komunitas untuk meningkatkan kehidupan mereka (termasuk tetapi tidak terbatas pada kesehatan mereka). Konsep-konsep tersebut pada

dasarnya juga membahas bentuk-bentuk organisasi sosial dan tindakan kolektif untuk memperbaiki ketidaksetaraan dalam distribusi kekuasaan, otoritas pengambilan keputusan, dan sumber daya.

Perbedaan utama antara pemberdayaan masyarakat dan kekuatan konsep berbasis masyarakat lainnya. Kekuasaan tidak dapat diberikan dan harus diperoleh atau direbut oleh mereka yang menginginkannya, seringkali melawan mereka yang memiliki otoritas. Pemberdayaan komunitas dibangun dari individu ke kelompok hingga kolektif yang lebih luas dan mewujudkan niat untuk membawa perubahan sosial dan politik demi 'komunitas' yang memulai proses tersebut. Dalam praktik promosi kesehatan, proses ini dapat dianggap paling baik sebagai suatu kontinum yang mewakili bentuk tindakan sosial dan kolektif yang secara progresif lebih terorganisir dan berbasis luas, dan inilah yang akan dibahas selanjutnya. rasa perjuangan dan pembebasan yang terikat dalam proses.

B. TUJUAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berpikir, bertindak dan mengendalikan apa yang mereka lakukan tersebut. Lebih lanjut perlu ditelusuri apa yang sesungguhnya dimaknai sebagai suatu masyarakat yang mandiri.

Kemandirian masyarakat adalah merupakan suatu kondisi yang dialami masyarakat yang ditandai oleh kemampuan untuk memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan masalah-masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya dan kemampuan yang

terdiri atas kemampuan kognitif, konatif, psikomotorik, dengan pengerahan sumber daya yang dimiliki oleh lingkungan internal masyarakat tersebut, dengan demikian untuk menuju mandiri perlu dukungan kemampuan berupa sumber daya manusia yang utuh dengan kondisi kognitif, konatif, psikomotorik dan afektif, dan sumber daya lainnya yang bersifat fisik material.

Pemberdayaan masyarakat hendaklah mengarah pada pembentukan kognitif masyarakat yang lebih baik. Kondisi kognitif pada hakikatnya merupakan kemampuan berpikir yang dilandasi oleh pengetahuan dan wawasan seorang atau masyarakat dalam rangka mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi. Kondisi konatif merupakan suatu sikap perilaku masyarakat yang terbentuk yang diarahkan pada perilaku yang sensitif terhadap nilai-nilai pembangunan dan pemberdayaan. Kondisi afektif adalah merupakan *sense* yang dimiliki oleh masyarakat yang diharapkan dapat diintervensi untuk mencapai keberdayaan dalam sikap dan perilaku.

Kemampuan psikomotorik merupakan kecakapan ketrampilan yang dimiliki masyarakat sebagai upaya pendukung masyarakat dalam rangka melakukan aktivitas pembangunan. Terjadinya keberdayaan pada empat aspek tersebut (kognitif, konatif, afektif dan psikomotorik) akan dapat memberikan kontribusi pada terciptanya kemandirian masyarakat yang dicita-citakan, karena dengan demikian dalam masyarakat akan terjadi kecukupan wawasan yang dilengkapi dengan kecakapan ketrampilan yang memadai, diperkuat oleh rasa memerlukan pembangunan dan perilaku sadar akan kebutuhannya tersebut, untuk mencapai kemandirian masyarakat diperlukan sebuah proses.

Melalui proses belajar maka masyarakat secara bertahap akan memperoleh kemampuan/ daya dari waktu ke waktu, dengan demikian akan terakumulasi kemampuan yang memadai untuk mengantarkan kemandirian mereka, apa yang diharapkan dari pemberdayaan yang merupakan visualisasi dari pembangunan sosial ini diharapkan dapat mewujudkan komunitas yang baik dan masyarakat yang ideal (Ambar Teguh, 2004: 80-81).

C. PROSES PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pranarka & Vidhyandika (1996) menjelaskan bahwa ”proses pemberdayaan mengandung dua kecenderungan. Pertama, proses pemberdayaan yang menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuatan, kekuasaan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu lebih berdaya. Kecenderungan pertama tersebut dapat disebut sebagai kecenderungan primer dari makna pemberdayaan. Sedangkan kecenderungan kedua atau kecenderungan sekunder menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog”.

Kartasasmita (1995) menyatakan bahwa proses pemberdayaan dapat dilakukan melalui tiga proses yaitu: *Pertama*: Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (*enabling*). Titik tolaknya adalah bahwa setiap manusia memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Artinya tidak ada sumberdaya manusia atau masyarakat tanpa daya. Dalam konteks ini, pemberdayaan adalah membangun daya, kekuatan atau kemampuan, dengan mendorong (*encourage*) dan membangkitkan kesadaran (*awareness*) akan

potensi yang dimiliki serta berupaya mengembangkannya. *Kedua*, memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat (*empowering*), sehingga diperlukan langkah yang lebih positif, selain dari iklim atau suasana. *Ketiga*, memberdayakan juga mengandung arti melindungi. Dalam proses pemberdayaan, harus dicegah yang lemah menjadi bertambah lemah, oleh karena kekurangberdayaannya dalam menghadapi yang kuat.

Proses pemberdayaan warga masyarakat diharapkan dapat menjadikan masyarakat menjadi lebih berdaya berkekuatan dan berkamampuan. Kaitannya dengan indikator masyarakat berdaya, Sumardjo (1999) menyebutkan ciri-ciri warga masyarakat berdaya yaitu: (1) mampu memahami diri dan potensinya, mampu merencanakan (mengantisipasi kondisi perubahan ke depan), (2) mampu mengarahkan dirinya sendiri, (3) memiliki kekuatan untuk berunding, (4) memiliki *bargaining power* yang memadai dalam melakukan kerjasama yang saling menguntungkan, dan (5) bertanggungjawab atas tindakannya.

Slamet (2003) menjelaskan lebih rinci bahwa yang dimaksud dengan masyarakat berdaya adalah masyarakat yang tahu, mengerti, faham termotivasi, berkesempatan, memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerjasama, tahu berbagai alternatif, mampu mengambil keputusan, berani mengambil resiko, mampu mencari dan menangkap informasi dan mampu bertindak sesuai dengan situasi. Proses pemberdayaan yang melahirkan masyarakat yang memiliki sifat seperti yang diharapkan harus dilakukan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggungjawab.

Adi (2003) menyatakan bahwa meskipun proses pemberdayaan suatu masyarakat merupakan suatu proses yang berkesinambungan, namun dalam implementasinya tidak semua yang

direncanakan dapat berjalan dengan mulus dalam pelaksanaannya. Tak jarang ada kelompok-kelompok dalam komunitas yang melakukan penolakan terhadap "pembaharuan" ataupun inovasi yang muncul. Watson (Adi, 2003) menyatakan beberapa kendala (hambatan) dalam pembangunan masyarakat, baik yang berasal dari kepribadian individu maupun berasal dari sistem sosial:

1. Berasal dari Kepribadian Individu; kestabilan (*Homeostatis*), kebiasaan (*Habit*), seleksi Ingatan dan Persepsi (*Selective Perception and Retention*), ketergantungan (*Depedence*), *Super-ego*, yang terlalu kuat, cenderung membuat seseorang tidak mau menerima pembaharuan, dan rasa tak percaya diri (*self- Distrust*).
2. Berasal dari Sistem Sosial; kesepakatan terhadap norma tertentu (*Conformity to Norms*), yang "mengikat" sebagian anggota masyarakat pada suatu komunitas tertentu, kesatuan dan kepaduan sistem dan budaya (*Systemic and Cultural Coherence*), kelompok kepentingan (*vested Interest*), hal yang bersifat sacral (*The Sacrosanct*), dan penolakan terhadap "Orang Luar" (*Rejection of Outsiders*).

D. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN

Promosi kesehatan adalah suatu proses membantu individu dan masyarakat meningkatkan kemampuan dan keterampilannya guna mengontrol berbagai faktor yang berpengaruh pada kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya (WHO). Promosi kesehatan adalah kombinasi pendekatan pendidikan kesehatan dan pendekatan organisasi, ekonomi, lingkungan yang seluruhnya mendukung terciptanya perilaku yang kondusif dengan kesehatan (Mee Lian,1998).

Hubley (2002) mengatakan, bahwa pemberdayaan kesehatan (*health empowerment*), melek (sadar) kesehatan (*health literacy*) dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (*self-efficacy*) dari teori belajar sosial.

Freira (dalam Hubley 2002) mengatakan, bahwa pemberdayaan adalah suatu proses dinamis yang dimulai dari dimana masyarakat belajar langsung dari tindakan. Pemberdayaan masyarakat biasanya dilakukan dengan pendekatan pengembangan masyarakat. Pengembangan masyarakat biasanya berisis bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuannya serta bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuannya serta bagaimana meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengambilan keputusan.

Apabila kerangka diatas ditelaah, maka yang dimaksud dengan upaya pemberdayaan berarti serangkaian upaya untuk:

1. Self efficacy, maka upaya yang dapat dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan yang terus menerus menggunakan beberapa metode yang cocok, kombinasi komunikasi massa, komunikasi kelompok serta komunikasi interpersonal. Yang lain adalah memberikan pelatihan tentang tindakan-tindakan yang diperlukan dalam kesehatan, dalam upaya-upaya meningkatkan (promotif), upaya pencegahan (preventif), upaya pengobatan (kuratif) maupun upaya pemulihan (rehabilitatif) sehingga masyarakat mempunyai kemampuan dan kepercayaan diri untuk mengambil tindakan yang rasional.
2. Health literacy, dimana pada bidang ini diperlukan upaya pendidikan masyarakat tentang pengenalan tema-tema dan isu kesehatan tertentu dan terkini, serta memberikan pelatihan sehingga masyarakat yang sudah memahaminya mampu dan mau

mengkomunikasikan kepada anggota masyarakat lain. Sebagai contoh masyarakat mulai diperkenalkan dengan penyakit-penyakit akibat gaya hidup, misalnya akibat merokok, akibat minum minuman keras, akibat menyalahgunakan narkotika, dan isu-isu lain.

Dengan demikian, sebenarnya pemberdayaan adalah suatu proses membantu memperkuat kemampuan masyarakat, sehingga menjembatani jarak komunikasi antara petugas (*provider*) dan kelompok sasaran (*target audiences/communities*). Hal ini sangat diperlukan mengingat sifat dasar dari promosi kesehatan maupun pendidikan kesehatan yang cenderung bersifat *top-down*.

E. LANGKAH-LANGKAH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu sebagai proses dan sebagai hasil. Sebagai hasil, pemberdayaan masyarakat adalah suatu perubahan yang signifikan dalam aspek sosial politik dalam aspek sosial politik yang dialami oleh individu dan masyarakat, yang seringkali berlangsung dalam waktu yang cukup panjang, bahkan seringkali lebih dari 7 tahun (Raeburn,1993).

Sebagai suatu proses, Jackson (1989), Labonte (1994), dan Rissel (1994) mengatakan, pemberdayaan masyarakat melibatkan beberapa komponen berikut, yaitu:

1. Pemberdayaan personal.
2. Pengembangan kelompok kecil.
3. Pengorganisasian masyarakat.
4. Kemitraan.
5. Aksi sosial dan politik.

Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat mempunyai spektrum yang cukup luas, meliputi jenjang sasaran yang

diberdayakan (level of objects), kegiatan internal masyarakat/komunitas maupun eksternal berbentuk kemitraan (partnership) dan jejaring (networking) serta dukungan dari atas berbentuk kebijakan politik yang mendukung kelestarian pemberdayaan (Romalita, 20190).

Untuk itu maka pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan dengan mengikuti langkah-langkah:

- a. Merancang keseluruhan program, termaksud didalamnya kerangka waktu kegiatan, ukuran program, serta memberikan perhatian kepada kelompok masyarakat yang terpinggirkan. Perancangan program dilakukan menggunakan pendekatan partisipatoris, dimana antara agen perubahan (pemerintah dan LSM) dan masyarakat bersama-sama menyusun perencanaan. Perencanaan partisipatoris (participatory planning) ini dapat mengurangi terjadinya konflik yang muncul antara dua pihak tersebut selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi. Sering terjadi apabila satu kegiatan berhasil, banyak pihak bahkan termaksud yang tidak berpartisipasi, berebut saling claim tentang peran diri maupun kelompoknya. Sebaliknya jika program tidak berhasil, individu maupun kelompok bahkan yang sebenarnya berkontribusi atas kegagalan tersebut, saling menyalahkan. Perencanaan program pemberdayaan masyarakat harus memperhatikan adanya kelompok masyarakat yang terpinggirkan (termarginalisasi). Marginalisasi adalah satu proses sejarah masyarakat yang kompleks, yang membuat mereka tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi berbagai kebutuhannya, tidak mempunyai akses yang memadai terhadap sumber daya. Oleh karenanya, untuk menghindari agar ini tidak semakin terpinggirkan, diperlukan perencanaan yang lebih komprehensif.

- b. Menetapkan tujuan. Tujuan promosi kesehatan biasanya dikembangkan pada tahap perencanaan dan biasanya berpusat pada mencegah penyakit, mengurangi kesakitan dan kematian dan manajemen gaya hidup melalui upaya perubahan perilaku yang secara spesifik berkaitan dengan kesehatan. Adapun tujuan pemberdayaan biasanya berpusat bagaimana masyarakat dapat mengontrol keputusannya yang berpengaruh pada kesehatan dan kehidupan masyarakatnya.
- c. Memilih strategi pemberdayaan. Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses yang terdiri dari lima pendekatan, yaitu: pemberdayaan, pengembangan kelompok kecil, pengembangan dan penguatan pengorganisasian masyarakat, pengembangan dan penguatan jaringan antarorganisasi, dan tindakan politik. Strategi pemberdayaan meliputi: pendidikan masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai pra-syarat pokok tumbuhnya tanggung jawab sebagai anggota masyarakat (community responsibility), fasilitasi upaya mengembangkan jejaring antar masyarakat, serta advokasi kepada pengambil keputusan (decision maker).
- d. Implementasi strategi dan manajemen. Implementasi strategi serta manajemen program pemberdayaan dilakukan dengan cara:
 - 1) meningkatkan peran serta pemercaya (stakeholder)
 - 2) menumbuhkan kemampuan pengenalan masalah
 - 3) mengembangkan kepemimpinan local
 - 4) membangun keberdayaan struktur organisasi
 - 5) meningkatkan mobilisasi sumber daya
 - 6) memperkuat kemampuan stakeholder
 - 7) meningkatkan control stakeholder atas manajemen program
 - 8) membuat hubungan yang sepadan dengan pihak luar.

- e. Evaluasi program. Pemberdayaan masyarakat dapat berlangsung lambat dan lama, bahkan boleh dikatakan tidak pernah berhenti dengan sempurna. Sering terjadi, hal-hal tertentu yang menjadi bagian dari pemberdayaan baru tercapai beberapa tahun sesudah kegiatan selesai. Oleh karenanya, akan lebih tepat jika dievaluasi diarahkan pada proses pemberdayaannya daripada hasilnya.

F. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN PARTISIPASI

Pemberdayaan dapat didefinisikan sebagai:

1. To give power or authority (memberikan kekuasaan, mengalihkan kekuatan, atau mendelegasikan otoritas ke pihak lain).
2. To give ability to or enable (upaya untuk memberikan kemampuan atau keberdayaan).

Mendelegasikan wewenang pada hakikatnya adalah memberikan kepercayaan kepada orang/pihak lain yang kita anggap cukup mempunyai kemampuan. Pendelegasian bukan suatu kegiatan yang dapat dilakukan tanpa pemikiran yang matang. Orang diberikan wewenang ditetapkan berdasarkan kriteria tertentu yang ketat, sehingga pendelegasian tidak menyebabkan terganggunya pekerjaan secara keseluruhan.

Pemberdayaan adalah suatu proses aktif, dimana masyarakat yang diberdayakan harus berperan serta aktif (berpartisipasi) dalam berbagai kegiatan. Dengan demikian nantinya masyarakat akan mempunyai pengalaman aktual, yang sangat bermanfaat untuk mengembangkan program sejenis dimasa mendatang (Yusriani, 2018).

Partisipasi adalah peran serta aktif anggota masyarakat dalam berbagai jenjang kegiatan. dilihat dari konteks pembangun-

an kesehatan,partisipasi adalah keterlibatan masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk menjalin kemitraan diantara masyarakat dan pemerintah dalam perencanaan, implementasi dan berbagi aktifitas program kesehatan, mulai dari pendidikan kesehatan, pengembangan program kemandirian dalam kesehatan, sampai dengan mengontrol perilaku masyarakat dalam menanggapi teknologi dan infrastuktur Kesehatan (Rahman, 2020).

Studi Heller (1971) terhadap 260 orang eksekutif bisnis menunjukkan bahwa partisipasi memberikan beberapa manfaat , diantaranya:

1. Meningkatkan kualitas teknis dari pengambilan keputusan.
2. Meningkatkan kenyamanan.
3. Mengkatkan komunikasi.
4. Memberikan katihan kepada bawahan.
5. Memfasilitasi perubahan.

Dengan demikian dapat dirumuskan adanya tiga dimensi partisipasi,yaitu:

1. Keterlibatan semua unsure atau keterwakilan kelompok [group representation] dalam proses pengambilan keputusan. namun mengingat sulitnya membuat peta pengelompokan masyarakat ,maka cara paling mudah pada tahap ini adalah mengajak semua anggota masyarakat untuk mengikuti tahap ini.
2. Kontribusi massa sebagai pelaksana /implementor dari keputusan yang diambil, ada tiga kemungkinan reaksi masyarakatyang muncul, yaitu
 - a. Secara terbuka menerima keputusan dan bersedia melsaksanakan
 - b. Secara terbuka menolaknya, dan
 - c. Tidak secara terbuka menolak, namun menunggu perkembangan yang terjadi. Meskipun demikian, mengambil

keputusan harus terus menerus mendorong agar semua pihak bersikap realistis, menerima keputusan secara bertanggung jawab, serta secara bersama sama menanggung risiko dari keputusan tersebut. Hal ini harus disadari, karena program-program yang diputuskan adalah program yang ditujukan untuk masyarakat, oleh karenanya pelaksana juga masyarakat.

3. Anggota masyarakat secara bersama sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan. Bagian ini penting, sebab sering terjadi karena merasa berjasa, ada pihak tertentu menuntut bagian manfaat yang paling besar. Oleh karenanya, pada tahap ini perlu ada keselarasan antara asas pemerataan dan asas keadilan.

Cary (1970) mengatakan, bahwa partisipasi dapat tumbuh jika tiga kondisi berikut terpenuhi:

1. Merdeka untuk berpartisipasi, berarti adanya kondisi yang memungkinkan anggota-anggota masyarakat untuk berpartisipasi.
2. Mampu untuk berpartisipasi, adanya kapasitas dan kompetensi anggota masyarakat sehingga mampu untuk memberikan sumbang saran yang konstruktif untuk program.
3. Mau berpartisipasi, kemauan atau kesediaan anggota masyarakat untuk berpartisipasi dalam program.

Ketiga kondisi itu harus hadir secara bersama-sama. Apabila orang mau dan mampu tetapi tidak merdeka untuk berpartisipasi, maka orang tidak akan berpartisipasi.

Menurut Ross (1960), terdapat tiga prakondisi tumbuhnya partisipasi, yaitu:

1. Mempunyai pengetahuan yang luas dan latar belakang yang memadai sehingga dapat mengidentifikasi masalah, prioritas masalah dan melihat permasalahan secara komprehensif.
2. Mempunyai kemampuan untuk belajar cepat tentang permasalahan, dan belajar untuk mengambil keputusan.

3. Kemampuan mengambil tindakan dan bertindak efektif.

Batasan Ross di atas sebenarnya menuntut prasyarat bahwa orang-orang yang akan berpartisipasi harus memenuhi persyaratan tertentu, yaitu kompetensi kognisi tertentu. Pendapat ini mungkin cocok diterapkan pada kelompok masyarakat yang cukup cerdas, namun mengandung banyak kelemahan apabila diterapkan pada masyarakat yang “agak terbelakang”.

Menurut Chapin (1939), partisipasi dapat diukur dari yang rendah sampai yang tertinggi, yaitu:

1. Kehadiran individu dalam pertemuan-pertemuan.
2. Memberikan bantuan dan sumbangan keuangan.
3. Keanggotaan dalam kepanitiaan kegiatan.
4. Posisi kepemimpinan.

Berdasarkan teori Chapin, maka partisipasi yang tertinggi dilakukan oleh pemimpin. Meskipun terlihat agak kontroversial, namun bisa dapat dipahami, karena dalam konteks kepemimpinan, walaupun jumlahnya paling sedikit, pemimpin menentukan keberhasilan organisasi.

Apabila dilihat dari subjek partisipasi, Sanders (1958) membedakannya menjadi:

1. Pemimpin-pemimpin lokal, adalah tokoh masyarakat dan pemimpin formal dan non formal yang mempunyai pengaruh besar dalam mengambil keputusan dan mendorong anggota masyarakat untuk melaksanakannya.
2. Penduduk yang profesional, adalah penduduk setempat yang mempunyai kemampuan tertentu yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan.
3. Pihak luar yang profesional, adalah pihak-pihak diluar kelompok masyarakat, yang diminta maupun tidak, memberikan bantuan untuk kelancaran kegiatan program.

4. Pekerja serbaguna pengembangan masyarakat yang mempunyai komitmen kuat atas kemajuan masyarakat, serta senantiasa membantu dan melaksanakan berbagai program yang ada.

Keterbukaan (inclusive) akan sangat membantu terutama dalam konteks keterbatasan diri, maupun implementasi kemitraan (partnership). Selanjutnya Sutton dan Kolaja (1960), membagi peran-peran dalam partisipasi program menjadi tiga, yaitu:

- 1) Pelaku, adalah pihak yang mengambil peran dan bertanggung jawab dalam program.
- 2) Penerima, adalah pihak yang nantinya akan menerima manfaat dari program yang dijalankan.
- 3) Publik, adalah pihak yang tidak terlibat secara langsung dalam pelaksanaan program, tetapi dapat membantu pihak pelaku.

G. KEGIATAN PEMBERDAYAAN KELOMPOK MASYARAKAT DALAM PENINGKATAN SISTEM IMUNITAS TUBUH MELALUI OLAHAN REMPAH-REMPAH PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI KECAMATAN PALETEANG KABUPATEN PINRANG

Kegiatan Pemberdayaan Kelompok Masyarakat dalam Peningkatan Sistem Imunitas Tubuh melalui Olahan Rempah-rempah Pada Masa Pandemi Covid-19 di Kecamatan Paleteang Kabupaten Pinrang didasarkan pada Data terakhir dari Gugus Tugas Penanganan Covid-19 Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021, jumlah kasus terkonfirmasi positif kian meningkat setiap harinya. Adapun Kabupaten Pinrang kini menjadi urutan ke-7 terbanyak dari kasus terkonfirmasi positif di Sulawesi Selatan, setelah Kota Makassar, Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Gowa, Kabupaten Maros, Kabupaten Luwu Utara dan Kabupaten Tanah

Toraja. Sehingga dalam upaya untuk menghindari paparan Covid-19, perlu upaya meningkatkan sistem imunitas tubuh yang dapat dikategorikan sebagai upaya dalam menurunkan angka kasus terkonfirmasi positif di Kabupaten Pinrang. Tubuh memerlukan makanan/minuman yang memiliki kandungan tertentu yang dapat membantu meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah Pandemi Covid-19. Hal itu tentunya menjadi perhatian masyarakat apalagi jika minuman yang dikonsumsi dapat diolah dari rempah-rempah sehingga hal itu sangat memudahkan masyarakat khususnya yang memiliki tingkat ekonomi rendah.

Berdasarkan Data terakhir dari Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPCPEN) Tanggal 18 Maret, Tahun 2021. Diantara 34 Provinsi di Negara Indonesia, Provinsi Sulawesi Selatan merupakan urutan ke-5 kasus terkonfirmasi positif terbanyak di Indonesia dengan jumlah kasus sebanyak 58.315 (4.1%) setelah empat provinsi lainnya, diantaranya; Provinsi DKI Jakarta dengan jumlah kasus sebanyak 359.987 (24.4%), Provinsi Jawa Barat dengan jumlah kasus 231.692 (16.3%), Provinsi Jawa Tengah dengan jumlah kasus sebanyak 160.896 (11.3%), Provinsi Jawa Timur dengan jumlah kasus 134.595 (9.5%), dan Provinsi Kalimantan Timur dengan jumlah kasus sebesar 59.850 (4.2%) kasus.

Berdasarkan Data terakhir dari Gugus Tugas Penanganan Covid-19 Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021, jumlah kasus terkonfirmasi positif kian meningkat setiap harinya. Adapun Kabupaten Pinrang kini menjadi urutan ke-7 terbanyak dari kasus terkonfirmasi positif di Sulawesi Selatan, setelah Kota Makassar, Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Gowa, Kabupaten Maros, Kabupaten Luwu Utara dan Kabupaten Tanah Toraja.

Sejak dikeluarkannya penetapan Peta Zonasi Risiko Kab/Kota Sebaran Covid-19 di Provinsi Sulawesi Selatan oleh Satuan Gugus Penangan Covid-19 Nasional, Kabupaten Pinrang kini ditetapkan

sebagai wilayah atau daerah Zona Merah yang berisiko tinggi penularan Covid-19. Kita memang harus waspada, tetapi bukan berarti menjadi panik dan melakukan hal-hal yang sebenarnya berlebihan. Lakukan pencegahan sesuai dengan anjuran. Salah satu anjurannya adalah dengan masyarakat menggunakan masker saat di luar rumah (Erlina Burhan, 2020).

Pandemi Covid-19 yang sedang terjadi disebabkan oleh adanya proses mutasi dari virus SARS-CoV menjadi sangat infeksius, hal ini menjadi tantangan bagi masyarakat karena pasien yang dalam masa inkubasi dan terdeteksi negatif palsu dapat menyebarkan virus (Handayani, 2020). Pemerintah diseluruh dunia mengeluarkan kebijakan tentang upaya pencegahan penularan yang beragam. Salah satu upaya yang telah disepakati dunia adalah penggunaan masker oleh seluruh masyarakat. Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (*Centers for Disease Control/CDC*) Amerika Serikat dan WHO (*World Health Organization*) telah merekomendasikan pemakaian masker kain untuk masyarakat umum, hal ini diikuti oleh berbagai wilayah termasuk Kabupaten Pinrang.

Penularan Covid-19 melalui droplet yang mengandung virus ataupun aliran udara (aerosol) menjadi jalur utama yang menyebabkan virus menyebar dan memiliki daya penularan tinggi, saat pandemi terjadi, sangat penting untuk mengontrol sumber infeksi (Atmojo, 2020).

Virus Corona atau Covid-19 yang semakin marak di Kabupaten Pinrang, tidak hanya dapat dicegah melalui pematuhan protocol kesehatan, tetapi diri sendiri juga merupakan faktor penting dalam menghindari paparan Covid-19. Kini semua individu atau masyarakat harus mulai meningkatkan stamina dan tentunya harus memastikan asupan nutrisi yang dikonsumsi setiap hari agar daya tahan tubuh atau sistem imunitas tubuh tetap stabil.

Sistem imunitas tubuh memiliki fungsi yaitu membantu perbaikan DNA manusia; mencegah infeksi yang disebabkan oleh jamur, bakteri, virus, dan organisme lain; serta menghasilkan antibodi (sejenis protein yang disebut *imunoglobulin*) untuk memerangi serangan bakteri dan virus asing ke dalam tubuh. Tugas sistem imun adalah mencari dan merusak invader atau penyerbu yang membahayakan tubuh manusia. Dengan adanya sistem kekebalan tubuh ini tubuh manusia dapat bertahan dari serangan penyakit (Kumara, 2019).

Umumnya, ketika virus menyerang manusia maka akan dihadang oleh sistem imunitas tubuh atau sistem kekebalan tubuh. Sistem kekebalan tubuh inilah yang dapat mencegah proses terjadinya infeksi oleh virus. Maka dengan meningkatkan kekebalan tubuh menjadi salah satu upaya mencegah tertular suatu penyakit akibat virus salah satunya adalah virus corona (Covid-19) (Kumara, 2019).

Berbicara masalah Sistem Imunitas Tubuh seringkali membuat kita berpikir akan cara peningkatannya, dan tentunya dengan mengkonsumsi suplemen/vitamin atau makanan dan minuman tertentu akan membantu kita dalam meningkatkannya. Beberapa bahan alami disekeliling kita seperti rempah-rempah tanpa kita sadari ternyata dapat meningkatkan sistem imunitas tubuh. Adapun diantaranya adalah, temulawak, jahe dan kunyit.

Temulawak atau *Curcuma xanthorrhiza* Roxb merupakan tanaman yang sering digunakan sebagai obat-obatan yang tergolong dalam suku temu-temuan (*Zingiberaceae*). Salah satu kandungan terbanyak yang dimiliki tumbuhan temulawak ialah pati, pati temulawak mengandung kurkuminoid yang membantu proses metabolisme dan fisiologis organ badan. Penggunaan temulawak dalam pengobatan tradisional banyak digunakan dalam pengobatan

gangguan pencernaan, sakit kuning, keputihan, meningkatkan daya tahan tubuh serta menjaga kesehatan (Aldizal, 2019).

Jahe (*Zingiber officinale*) merupakan tanaman rempah alami. Jahe dimanfaatkan sebagai bahan obat herbal karena mengandung minyak atsiri dengan senyawa kimia aktif, yang berkhasiat dalam mencegah dan mengobati berbagai penyakit. Senyawa kimia aktif yang juga terkandung dalam jahe yang bersifat anti-inflamasi dan antioksidan, adalah gingerol, beta-caroten, capsaicin, asam cafeic, curcumin dan salisilat. (Yuan Shan & Iskandar, 2018).

Kunyit, *Curcuma longa* L. (*Zingiberaceae*) adalah tanaman tropis. Kunyit dianggap sebagai bahan antibiotik yang terbaik sementara pada masa yang sama kunyit juga digunakan untuk memudahkan proses pencernaan dan memperbaiki perjalanan usus. Dari ketiga bahan diatas diketahui mengandung senyawa kurkumin yang memiliki banyak sekali manfaat seperti : antioksidan, antiinflamasi, antibakteri, dan antivirus yang sangat cocok apabila digunakan untuk meningkatkan imunitas agar tetap sehat dikala pandemi seperti saat ini (Redi Aryanta, 2019).

Menurut Prof. Dr. Mangestuti Agil, MS, Apt. salah satu guru besar di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga pada artikel yang dipublish oleh The Jakarta Post “Kunyit, misalnya, bermanfaat untuk meningkatkan kekebalan tubuh kita. Ini juga berfungsi sebagai antioksidan dan antimikroba,” menambahkan bahwa jahe juga dikenal sebagai penguat kekebalan tubuh dan temulawak bermanfaat dalam menjaga kesehatan hati. Prof. Dr. Mangestuti juga menambahkan bahwa mengkonsumsi tanaman tersebut dalam bentuk jamu secara teratur berpotensi mencegah penularan berbagai mikroba, termasuk virus dan bakteri (Kusumo, 2020).

Kunyit (*Curcuma zedoaria*) merupakan salah satu tanaman herbal yang digunakan sebagai *imunomodulator*. Senyawa dalam

tanaman herbal ini mampu memperbanyak jumlah limfosit dimana Sifat tersebut akan menguatkan mekanisme pertahanan tubuh. Pada sistem imunitas tubuh, sel limfosit merupakan sel yang paling berpengaruh melawan antigen dari luar (Primawati, 2013).

Berdasarkan analisis situasi tersebut, maka penulis melakukan sebuah Program Pemberdayaan Masyarakat (PPM) diwilayah Kecamatan Paleteang, Kabupaten Pinrang dengan harapan bahwa permasalahan tingginya angka kasus terkonfirmasi positif di Kab/Kota Pinrang dapat segera terselesaikan. Solusi kegiatan pemberdayaan yang dilakukan penulis adalah memberikan pelatihan/praktik kepada kelompok masyarakat tentang tata cara pengolahan rempah-rempah sehingga dapat menghasilkan produk minuman yang sekiranya dapat dikonsumsi setiap hari yang berguna dalam meningkatkan sistem imunitas tubuh di tengah pandemi Covid-19. Kegiatan ini telah berhasil meningkatkan keterampilan kelompok masyarakat serta mampu diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari bersama keluarga dan masyarakat lainnya terkait cara pengolahan rempah-rempah tersebut tanpa harus memberatkan mereka yang memiliki tingkat ekonomi rendah untuk tetap memberlakukan perilaku hidup sehat melalui peningkatan sistem imunitas tubuh di tengah pandemi Covid-19.

Kegiatan *Community Empowerment* dapat berjalan dengan lancar dan sesuai harapan pelaksana kegiatan. Hampir semua peserta kegiatan antusias dan merasakan manfaat kegiatan. Pelaksanaan kegiatan *Community Empowerment* (Pemberdayaan Masyarakat) ini dapat disimpulkan berhasil mulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan, hingga tahap evaluasi kegiatan. Prosedur dan tahapan proses kegiatan pemberdayaan masyarakat untuk mendukung realisasi metode yang ditawarkan antara lain:

1. Tahapan Persiapan Pelaksanaan Kegiatan

Tabel 1 Tahapan Persiapan Pelaksanaan Kegiatan

No	Agenda Kegiatan	Tahap Persiapan
1	Edukasi terkait Pentingnya Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh di Tengah Pandemi Covid-19.	1) Koordinasi dengan <i>stakeholder</i> terkait, seperti: instansi atau pemerintah Kecamatan Paleteang, Kab/Kota Pinrang. 2) Mensosialisasikan kepada kelompok masyarakat mengenai pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19. 3) Menyiapkan peralatan dan bahan yang akan digunakan dalam kegiatan ini. 4) Menyiapkan lokasi/tempat kegiatan. 5) Koordinasi dengan tim fasilitator.
2	Pelatihan/ Praktik Pengolahan Rempah-rempah yang Dapat Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh di Tengah Pandemi Covid-19.	1) Koordinasi dengan <i>stakeholder</i> terkait, seperti: instansi atau pemerintah Kecamatan Paleteang Kab/Kota Pinrang. 2) Menginformasikan kepada kelompok masyarakat yang akan mengikuti kegiatan pelatihan/praktik pengolahan rempah-rempah ini. 3) Menyiapkan alat dan bahan yang digunakan dalam pengolahan.

		4) Mencari referensi/literatur tentang kandungan dan jenis rempah-rempah yang dapat dimanfaatkan sebagai peningkatan sistem imunitas tubuh. 5) Menyiapkan lokasi/tempat kegiatan. 6) Koordinasi dengan tim fasilitator.
--	--	--

2. Tahapan Pelaksanaan Kegiatan

Tabel 2 Tahapan Pelaksanaan Kegiatan

No	Agenda Kegiatan	Tahap Pelaksanaan
1	Edukasi terkait Pentingnya Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh di Tengah Pandemi Covid-19	Edukasi yang dilakukan oleh pelaksana kegiatan kepada kelompok masyarakat melalui metode ceramah dan diskusi guna untuk meningkatkan wawasan khususnya dalam hal pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh di tengah pandemic Covid-19.
2	Pelatihan/ Praktik Pengolahan Rempah-rempah yang Dapat Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh	Dalam tahap pelaksanaan ini, pelatihan oleh Tim Pelaksana kepada kelompok masyarakat melalui metode ceramah, diskusi dan praktik tentang pengolahan rempah-rempah menjadi minuman yang siap untuk dikonsumsi guna meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19

3. Tahapan Evaluasi Kegiatan

Tabel 3.3 Tahapan Evaluasi Kegiatan

No	Agenda Kegiatan	Tahap Evaluasi
1	Edukasi terkait Pentingnya Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh di Tengah Pandemi Covid-19	Pada akhir program edukasi, kelompok masyarakat diharapkan mampu mengetahui manfaat dari peningkatan sistem imunitas tubuh yang diukur menggunakan kuesioner <i>pre test</i> dan <i>post test</i> .
2	Pelatihan/ Praktik Pengolahan Rempah-rempah yang Dapat Meningkatkan Sistem Imunitas Tubuh di Tengah Pandemi Covid-19	Dalam tahap evaluasi. Hasil dari program pengolahan rempah-rempah guna meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19 ini dapat diukur dengan menggunakan daftar tilik keterampilan.

Hasil monitoring kegiatan pemberdayaan Masyarakat dengan tema “Peningkatan Sistem Imunitas Tubuh melalui Pengolahan Rempah-Rempah di Tengah Pandemi Covid-19” menunjukkan bahwa kelompok masyarakat yang telah diberikan edukasi dan pelatihan telah memiliki kemampuan untuk mentransformasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman mereka kepada masing-masing keluarga atau kerabat dan tetangga mereka dan mampu menyebarluaskan informasi melalui media *brochure* yang telah diberikan serta mampu melatih dan mempraktikkan pengolahan rempah-rempah dari keluarga ke keluarga karena adanya dampak positif yang ditimbulkan bagi kesehatan.

Dengan memberikan informasi terkait pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh dengan pembagian brosur serta pelatihan/praktik pengolahan rempah-rempah dengan menjadikannya

minuman siap konsumsi yang berfungsi dalam meningkatkan sistem imunitas tubuh membuat kelompok masyarakat sadar bahwa pengetahuan dan keilmuan yang mereka miliki ternyata memang sangat kurang. Kelompok masyarakat menyadari sepenuhnya bahwa bahan-bahan yang sering mereka temui dalam pembuatan makanan seperti rempah-rempah ternyata dapat mereka olah sebagai minuman yang dapat meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19 tanpa harus mengeluarkan banyak biaya khususnya bagi kelompok masyarakat yang tergolong ekonomi rendah.

Hasil evaluasi dari program edukasi terkait pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19 juga ternilai sangat memuaskan. Hal itu dikarenakan jumlah dari hasil jawaban yang benar di lembar kuesioner *pre test* dan *post test* mengalami peningkatan sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan wawasan kelompok masyarakat mengenai pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19 mengalami perubahan kearah positif sesuai dengan tujuan pelaksanaan kegiatan ini.



Output dari Kegiatan edukasi terkait pentingnya meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah pandemi Covid-19 disertai Pembagian Brosur yang berisikan informasi seputar Covid-19 dimana masyarakat dapat memanfaatkan brosur tersebut sebagai media peningkatan ilmu pengetahuan.

Hasil evaluasi dari program pengolahan rempah-rempah menjadi minuman yang siap untuk dikonsumsi dalam rangka meningkatkan sistem imunitas tubuh ditengah Pandemi Covid-19 menunjukkan bahwa hasil dari daftar tilik keterampilan kelompok masyarakat masuk dalam kategori **“BAIK”**. Hal itu dikarenakan pelatihan/praktik dalam pengolahan rempah-rempah tersebut sepenuhnya telah dikerjakan langsung oleh peserta kegiatan/kelompok masyarakat pada saat kegiatan berlangsung dengan baik.



DAFTAR PUSTAKA

- Adi. 2003. *Otonomi Daerah Masalah, Pemberdayaan dan Konflik. Penebar Swadaya*. Cetakan pertama. Jakarta.
- Aldizal, R., dkk. 2019. Review: Tanaman Temulawak (*Curcuma xanthorrhiza Roxb*) sebagai Obat Tradisional. Jurnal Ilmiah Farmako Bahari.
- Atmojo, dkk. 2020. Cardiopulmonary Resuscitation in the Covid-19 Pandemic Era. Jurnal Keperawatan, Vol 12.
- Atmojo, J, dkk. 2020. Definision and The Most Active Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-Cov-2) Atau Covid-19. Jurnal Pendidikan Kesehatan (E-Journal), Vol. 9, No. 1.
- Atmojo, Tri, Joko, dkk. 2020. Penggunaan Masker Dalam Pencegahan dan Penanganan Covid-19: Rasionalitas, Efektivitas, dan Isu Terkini. Jurnal of Health Research, Vol. 3, No.2. Kabupaten Surakarta, Indonesia.
- Bahrach, B. 1970. *Rural Development : Putting The Last First*. New York.
- Erlina, Burhan. 2020. Coronavirus yang Meresahkan Dunia. J Indon Med Assoc, Vol. 70, No. 2.
- Green .K. 1991 *Empowerment and Community Planning: Theory and Practice of People-Focused Social Solutions*. Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad Publishers.in Hebrew.
- H. and Yuen, K. Y. 2020. COVID-19 epidemic: disentangling the re-emerging controversy about medical facemasks from an epidemiological perspective, International journal of epidemiology.

- Handayani, dkk. 2020. Pandemic Covid-19, Body Immunity Response, and Herd Immunity. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal.
- Handayani, dkk. 2020. Factors Causing Stress in Health and Community When the Covid-19 Pandemic. Jurnal Keperawatan Jiwa, Vol. 8, No. 3.
- Hidayah, dkk. 2020. Peningkatan Imunitas dengan Konsumsi Vitamin C dan Gizi Seimbang Bagi Ibu Hamil Untuk Cegah Corona Di Kota Tegal. Jurnal Pengabdian Nusantara, Vol. 4, No.1. Diploma III Kebidanan, Politeknik Harapan Bersama. Kota Tegal, Jawa Tengah, Indonesia.
- Ismani, dkk. 2010. Peningkatan Profesionalitas Guru dalam Menghasilkan Pengembangan Profesi Guru melalui Pelatihan Penulisan Karya Ilmiah bagi Guru Akuntansi SMK Program Keahlian Akuntansi Daerah Istimewa Yogyakarta. Laporan Pengabdian Masyarakat. Fakultas Ilmu Sosial dan Ekonomi. Universitas Negeri Yogyakarta. Indonesia.
- Jakson 1989. *Empowering People at Work*. London: Grower Publishing Company.
- Kartasmita. 1996 *Pemberdayaan: Konsep, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta: Centre for Strategic and International Studies (CSIS).
- Kartasmita, Ginandjar (1996). *Pemberdayaan Masyarakat: Konsep Pembangunan Yang Berakar Pada Masyarakat*. Makalah.
- Kumara, Ardi. 2019. Peranan Sistem Kekebalan Tubuh terhadap Serangan Virus Corona (Sars-Cov-2) pada Manusia. Studi Kasus. Pendidikan Fisika, Universitas Negeri Jakarta, Indonesia.
- Kusumo, Ratna, Adristy, dkk. 2020. Jamu Tradisional Indonesia: Tingkatkan Imunitas Tubuh Secara Alami Selama Pandemi.

Jurnal Layanan Masyarakat. Vol. 4, No. 2. Lembaga Pengabdian Masyarakat, Universitas Airlangga. Surabaya, Jawa Timur, Indonesia.

Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPCPEN). 2021. Peta Sebaran Kasus Covid-19 Per-provinsi. Jakarta, Indonesia.

Laverack, G. (2004) *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. London: Sage Publications.

Laverack, G. (2007) *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. London. Open University Press.

Mee Lea. 1998 *A Constructivist Approach to Teaching*. In L. Steffe & J. Gale (Eds.), *Constructivism In Education*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum. (pp. 3-16).

Pranarka. V. 1996: *Manusia dan Kebudayaan di Indonesia*. Djambangan. Jakarta. Longman

Pujiono. P. 1996 *Gerakan Sosial Sejarah Perkembangan Teori Kekuatan dan Kelemahannya*. Zifatama Publishing. Sidoarjo.

Primawati, dkk. 2013. Profil Kualitatif Komponen Ekstrak Kunyit Putih (*Curcuma Zedoaria*) dan Pengaruhnya Terhadap Profil Hematologi Mencit Yang Diinfeksi *Salmonella Typhimurium*. Jurnal Biologi Tropis, Vol.13, No. 2. Pendidikan Biologi FPMIPA IKIP Matara, Indonesia.

Rahman, R., Sididi, M. and Yusriani, Y. (2020) “Pengaruh Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Partisipasi Masyarakat Dalam Pengelolaan Sampah Di Kampung Nelayan Untia”, Jurnal Surya Muda : Ilmu Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan, 2(2), pp. 119-131. doi: 10.38102/jsm.v2i2.70.

Redi Aryanta, I. W. 2019. Manfaat Jahe Untuk Kesehatan. Ebook, Widya Kesehatan.

- Romalita, Y., Yusriani, Y., Alwi, M.K. and Serawati, S., 2019. Implementasi Prinsip Keterbukaan dalam Pemberdayaan Terhadap Keaktifan Kader Kesehatan untuk Mencegah Risiko Kematian Ibu. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES"* (Journal of Health Research "Forikes Voice"), 11(1), pp.39-42.
- Sulistiyan, dkk. 2004. Pencegahan Covid-19 Melalui Pembagian Masker di Kelurahan Romang Polong Kabupaten Gowa. *Jurnal Abdimas Kesehatan Perintis*, Vol. 2, No. 1. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Sulawesi Selatan Indonesia.
- Sumarjo E. 1995. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat. Kajian Strategi Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Sutto. K.1996.*Community Development:A Cross-Examination of Theory and Practice Using Experiences in Rural Malawi*. Africa Development, Vol. XXXIII, No. 2, 2008, pp. 23–3.
- Yuan, Shan, C, & Iskandar. 2018. Studi Kandungan Kimia Dan Aktivitas Farmakologi Tanaman Kunyit (*Curcuma longa* L.). *Pharmacia*.
- Wallerstein, N. (1992) 'Powerlessness, empowerment and health. Implications for health promotion programs'. *American Journal of Health Promotion*, 6(3): 197-205.
- Werner, D. (1988) "Empowerment and Health." *Contact. Christian Medical Commission* 102: 1-9.
- World Health Organisation (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva. World Health Organisation.
- World Health Organisation (2005) *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. 6th Global Conference on

Health Promotion. Bangkok, Thailand. World Health Organisation

Yusriani, Y. and Alwi, M.K., 2018. Buku ajar promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Book & Articles Of Forikes, 9, pp.1-59.

Yusriani, Y. and Alwi, M.K., 2018, May. Community empowerment model based on local wisdom as an effort to reduce Maternal Mortality Rate in Jeneponto Regency. In International Seminar on Public Health and Education 2018 (ISPHE 2018) (pp. 191-195). Atlantis Press.

PROFIL PENULIS



Dr. Yusriani, SKM., M.Kes dilahirkan di Ujung Pandang Sulawesi Selatan, pada tanggal 16 Oktober 1983. Lulus S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2005. Lulus S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Pascasarjana Universitas Hasanuddin pada Tahun 2008. Lulus S3 Pada Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Tahun 2017.

Sejak tahun 2006 aktif sebagai salah satu dosen pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia disamping itu sebagai salah satu pendidik pada Program Studi S2 Magister Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia dengan spesifikasi keilmuan yang digeluti penulis di bidang pendidikan, pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat adalah Ilmu Promosi Kesehatan. Buku yang telah dihasilkan oleh penulis antara lain Buku Ajar Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Book Chapter Masa-Masa Covid-19 Mengenal dan Penanganan dari Berbagai Perspektif Kesehatan, serta Buku Ajar Strategi Promosi Kesehatan.

Mata Kuliah yang diampu oleh penulis adalah Strategi Promosi Kesehatan, Komunikasi Kesehatan, Dasar Promosi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Komunikasi Interpersonal dan Konseling Kesehatan, Magang Promosi Kesehatan, KIE Kesehatan, Biostatistik Kesehatan, Manajemen data dan Komputer, Aplikasi Komputer, Inovasi Promosi Kesehatan, Aplikasi Pada Tatanan Promosi Kesehatan, Manajemen Politik dan Pemberdayaan Masyarakat, dan Etno Epidemiologi Sosial, Riset Kualitatif Kesehatan, dan Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut.

BAB X

KEGIATAN PENGEMBANGAN KEMITRAAN

Sri Mulyanti

Perkembangan masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat semakin lama semakin rumit dan kompleks. Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat terkadang tidak mampu mengimbangi kecepatan perkembangan penyakit yang ada di masyarakat. Bahkan saat ini di era milenium atau era revolusi industri 4.0 dimana ilmu dan teknologi sudah begitu maju, namun ternyata dunia masih terpana dan belum mampu melakukan adaptasi secara cepat dan tepat dengan adanya penyakit baru yang disebabkan oleh Severe Acute Respiratory Syndrome CoV-2 (SARS CoV2) yang kemudian disebut dengan Covid-19, karena muncul pertama kali di Wuhan China pada akhir tahun 2019. Penyakit ini terus menyebar secara cepat dan berkembang menjadi pandemi global, yang walaupun tingkat *Fatality Rate* tidak terlalu tinggi, namun karena respon adaptasi masyarakat yang kurang, maka berdampak luas ke seluruh sendi-sendi bermasyarakat dan bernegara. Sampai akhir 2020, bahkan banyak negara yang belum sepenuhnya mampu melawan dan mengatasi pandemi Covid-19 secara baik, bahkan cenderung berkembang menjadi krisis kesehatan yang kemudian berpengaruh pada krisis ekonomi dan bahkan politik.

Masalah kesehatan di masyarakat yang begitu kompleks tentunya tidak dapat diselesaikan secara sederhana. Diperlukan sinergi dari seluruh komponen yang ada di masyarakat dan pemerintah secara intensif. Sebaik apapun program kesehatan masyarakat yang disusun oleh pemerintah, jika tidak ada peran serta masyarakat dalam pelaksanaannya, maka program tersebut dipastikan tidak akan berjalan dan berhasil dengan baik. Peran serta masyarakat mencakup seluruh

komponen yang ada di masyarakat baik formal maupun non formal mutlak dibutuhkan sebagai subyek, tidak hanya sebagai obyek. Seorang ahli kesehatan masyarakat atau siapapun yang terlibat dalam pengembangan kesehatan masyarakat harus mempunyai paradigma yang sama, bahwa kolaborasi dan kemitraan merupakan kunci utama dalam memecahkan masalah kesehatan. Semua upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat akan berhasil dengan baik jika ada pelibatan dari berbagai pihak atau terjalin kerjasama, kolaborasi yang dikenal sebagai kemitraan. Pada konteks ilmu kesehatan masyarakat, kemitraan merupakan komponen penting dalam setiap upaya promosi kesehatan.

Pada era revolusi industri 4.4 atau era milineum dewasa ini kerjasama, kolaborasi, dan kemitraan merupakan hal yang sangat penting. Kemitraan terus dikembangkan hampir di semua bidang termasuk pada bidang kesehatan. Pada bidang ilmu kesehatan masyarakat, kemitraan terus dikembangkan dalam upaya promosi kesehatan. Kemitraan dalam kesehatan secara sederhana diartikan sebagai upaya menggalang partisipasi dan peran serta dari semua sektor untuk meningkatkan harkat hidup dan derajat kesehatan individu, keluarga, ataupun masyarakat dengan melibatkan semua sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah dan non pemerintah berdasarkan kesepakatan dan fungsi masing-masing. Peran kemitraan lebih ditekankan pada promosi kesehatan. Peran ini dilandasi oleh kesamaan, keterbukaan, dan saling memberi manfaat. Kemitraan ini perlu digalang dengan individu-individu, keluarga, pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dan lembaga swadaya masyarakat, juga secara lintas program dan lintas sektor. Pemerintah/lintas sektor diharapkan peduli dan mendukung upaya kesehatan, minimal dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat. Selain itu pemerintah diharapkan membuat kebijakan sosial yang memperhatikan dampak di

bidang kesehatan. Dalam pengembangan kemitraan promosi kesehatan masyarakat pun diharapkan menggali potensi untuk mengembangkan gerakan atau upaya kesehatan, dan bergotong royong mewujudkan lingkungan sehat. Untuk lebih suksesnya kemitraan dalam promosi kesehatan sebaiknya petugas atau pelaksana program diharapkan memasukkan komponen promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang memberi kepuasan kepada masyarakat.

Membangun kemitraan sangat penting dilakukan, karena sektor kesehatan tidak mungkin dapat berjalan sendiri untuk menjalankan program-programnya (termasuk promosi kesehatan) dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Demikian pula promosi kesehatan dalam mewujudkan perilaku hidup sehat serta sarana dan prasarana untuk hidup sehat juga memerlukan dukungan dari luar program dan sektor yang lain. Promosi kesehatan harus mencakup kegiatan untuk membangun kemitraan dan aliansi dengan pihak lain, baik di dalam sektor kesehatan sendiri (lintas program) maupun di luar sektor kesehatan (lintas sektor). Contoh paling mudah perlunya kemitraan dalam bidang kesehatan dalam rangka promosi kesehatan adalah saat ini, dimana pandemi Covid-19 masih merajalela. Pemerintah melalui Gugus Tugas Penanggulangan Covid-19 dan Kementerian terkait sudah menyusun program pencegahan perluasan pandemi Covid-19 di Indonesia. Program sudah disusun begitu bagus, melalui hampir seluruh stakeholder, namun pada kenyataannya masih banyak daerah-daerah yang tingkat kesadaran untuk melakukan upaya pencegahan penularan Covid-19 relatif masih kurang, namun juga ada daerah-daerah yang program pencegahan Covid-19 berjalan dengan baik. Pencapaian tersebut tidak terlepas dari adanya kemitraan yang baik antara pemerintah melalui beberapa kementerian, ahli kesehatan masyarakat, epidemiolog, gubernur, bupati, camat, lurah, tokoh adat, tokoh agama,

sampai dengan RT dan RW dan sebagainya. Contoh lain adalah apa yang dikembangkan WHO dalam upaya pencegahan kebutaan. Terkait dengan kemitraan WHO dalam *Vision 2020 - the Right to Sight* yang diluncurkan pada tahun 1999 sebagai *inisiatif global kolaboratif* antara WHO, Badan Internasional untuk Pencegahan Kebutuhan, *Lions Clubs Internasional* Yayasan, dan organisasi non-pemerintah internasional, yang terdiri dari anggota konstituennya. Tujuannya adalah menghilangkan atau menghindari kebutaan dan atau memiliki perawatan mata komprehensif yang berkelanjutan pada pelayanan kesehatan sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan nasional. Itu kemitraan yang dikembangkan untuk Visi 2020 yang telah mengidentifikasi strategi berdasarkan pada penyakit prioritas dan komponen kritis. Kemitraan akan bekerjasama antara pemerintah, kementerian, masyarakat sipil, dan sektor swasta dalam rangka untuk mencapai tujuannya. Prinsip dasar kesetaraan, kualitas perawatan, dan akuntabilitas adalah *accountability* diabadikan dalam strategi Visi 2020 untuk memastikan keberlanjutan pengembangan. WHO membawa ke kemitraan ini fungsi normatifnya.

Terkait dengan kebijakan, intervensi berbasis bukti, kapasitas nasional pembinaan, pengawasan, pemantauan dan evaluasi. Dengan demikian, Visi 2020 mencerminkan konsensus global yang luar biasa tentang prioritas, kebijakan, dan strategi yang berhasil, dan cara untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang terbatas untuk pengembangan perawatan mata. Selain kolaborasi tingkat global yang sangat aktif dan kerjasama antar mitra, regional dan nasional yang cukup besar tingkat komitmen terhadap tujuan Visi 2020 telah

dipupuk. Perencanaan tingkat nasional telah dilakukan dan pelaksanaan proyek sedang berlangsung (Cashman et al., 2012).

A. LANDASAN HUKUM KEMITRAAN

Pemerintah secara jelas telah memberikan landasan hukum tentang pentingnya membangun kemitraan. Kemitraan melibatkan banyak pemangku kepentingan, sehingga perlu disusun dasar hukum sebagai pijakan membangun kemitraan di bidang kesehatan. Berdasar Landasan hukum tersebut diantaranya :

1. Undang Undang RI No. 40 Tahun 2007 Tentang Perseroan Terbatas Pasal 74 ayat (1)
2. Undang Undang RI No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 9, pasal 50, dan pasal 170
3. Peraturan Presiden RI No. 72 Tahun 2012 Tentang SKN Pasal 6 Pelaksanaan SKN Sebagaimana dimaksud ayat (1) harus memperhatikan kemitraan dan kerjasama lintas sektor
4. Peraturan Pemerintah RI No. 47 Tahun 2012 Tentang Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perseroan Terbatas, pasal 4 ayat (1)
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 74 Tahun 2015 Tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Pasal 16
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

B. PENGERTIAN KEMITRAAN

Kata mitra berasal dari bahasa jawa “mitro” yang dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai teman, sahabat, kawan, rekan, dan pasangan kerja. Sedangkan kemitraan diartikan sebagai jalinan kerjasama sebagai mitra (Kemdikbud, 2017). Berdasar

uraian tersebut kemitraan dapat diartikan sebagai jalinan kerjasama antar teman atau rekan sebagai pasangan kerja. Adapun beberapa pengertian kemitraan dari beberapa ahli adalah sebagai berikut:

1. Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Kemitraan dalam hal ini juga mengandung pengertian adanya interaksi dan interelasi minimal antara dua pihak atau lebih di mana masing-masing pihak merupakan "mitra" atau "partner". Kemitraan adalah proses pencarian/perwujudan bentuk-bentuk kebersamaan yang saling menguntungkan dan saling mendidik secara sukarela untuk mencapai kepentingan bersama. Kemitraan juga dapat diartikan sebagai upaya yang melibatkan berbagai komponen baik sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah atau non-pemerintah untuk bekerja sama mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing (Notoadmodjo, 2014)
2. Kemitraan adalah suatu kesepakatan di mana seseorang, kelompok atau organisasi untuk bekerjasama mencapai tujuan, mengambil dan melaksanakan serta membagi tugas, menanggung bersama baik yang berupa risiko maupun keuntungan, meninjau ulang hubungan masing-masing secara teratur dan memperbaiki kembali kesepakatan bila diperlukan (Care Quality Commission, 2017)
3. Menurut Muhammad Jafar Hafsah yang dimaksud dengan kemitraan adalah suatu strategi bisnis yang dilakukan oleh dua pihak atau lebih dalam jangka waktu tertentu untuk meraih keuntungan bersama dengan prinsip saling membutuhkan dan saling membesarkan (Handini et al., 2019)

C. PRINSIP-PRINSIP KEMITRAAN

Prinsip adalah asas yaitu kebenaran yang menjadi pokok dasar berpikir, bertindak, dan sebagainya. Prinsip juga dapat diartikan sebagai dasar yaitu pokok atau pangkal terbawah sebagai acuan atau pijakan. Secara lebih rinci prinsip merupakan suatu pernyataan fundamental atau kebenaran umum maupun individual yang dijadikan seseorang/kelompok sebagai sebuah pedoman untuk berpikir atau bertindak. Kemitraan sebagaimana definisi tersebut di atas adalah kerjasama beberapa pihak untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Supaya pencapaian tujuan dapat berjalan dengan baik, kerjasama maka seluruh komponen yang terlibat dalam kemitraan harus memperhatikan prinsip-prinsip yang telah ditetapkan. Dalam membangun sebuah kemitraan terdapat tiga prinsip kunci yang perlu dipahami lebih dalam oleh masing-masing anggota kemitraan sehingga mampu mencapai tujuan bersama (Hulu et al., 2020). Prinsip-prinsip kemitraan mencakup :

1. Kesetaraan/persamaan (*Equity*)

Setara dapat diartikan posisi yang sama atau sejajar. Individu, organisasi atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa sama atau sejajar kedudukannya dengan yang lain dalam mencapai tujuan yang disepakati, sehingga adanya kesetaraan “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi”. Dalam kemitraan tidak ada lagi bagian atau pihak yang paling superior dan sebaliknya juga tidak ada yang inferior. Dalam kemitraan harus berprinsip semua bagian yang bermitra mempunyai peran yang sama dalam mencapai tujuan. Walaupun mungkin secara struktural pihak-pihak yang bermitra berbeda misalnya dalam hal jabatan, tugas dan wewenang, namun pada hakekatnya harus berprinsip sekecil apapun peran yang telah dilaksanakan, namun tetap mem-

punyai kontribusi dalam pencapaian tujuan. Oleh sebab itu dalam menjalin kemitraan asas saling menghormati, saling menghargai, harus dijunjung tinggi, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendaknya kepada anggota yang lainnya.

2. Keterbukaan (*Transparency*)

Mitra adalah teman dekat atau juga disebut sahabat. Bermitra berarti bersahabat. Persahabatan akan berjalan dengan baik, jika ada keterbukaan antar anggota yang bersahabat. Keterbukaan dapat diartikan adanya saling membuka diri untuk menyampaikan kekurangan dan kelemahan yang dimiliki. Dengan demikian setiap anggota yang bermitra akan saling mengetahui terhadap kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota serta berbagai sumber daya yang dimiliki. Keterbukaan juga menyangkut peran, fungsi, tugas, dan wewenang, serta hak dan kewajiban. Dengan kata lain dalam kemitraan tidak boleh ada dusta diantara yang bermitra, sehingga dengan keterbukaan yang sudah terbentuk akan muncul sikap dan persepsi saling percaya dan tidak ada rasa saling curiga. Keterbukaan ada sejak awal dijalinnya kemitraan sampai berakhirnya kegiatan. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan saling melengkapi dan saling membantu diantara golongan (mitra).

3. Saling Menguntungkan (*Mutual Benefit*)

Dalam upaya peningkatan atau promosi kesehatan, yang dimaksud dengan menguntungkan tidak selalu diartikan atau ditinjau dari aspek materi atau uang, akan tetapi lebih kepada aspek lain terkait non materi, yaitu pencapaian tujuan dari kerjasama atau kemitraan. Setiap kerjasama atau kemitraan dalam bidang kesehatan masyarakat, tentunya mempunyai *goal* atau tujuan yang akan dicapai. Terkadang setiap komponen yang bermitra juga mempunyai tujuan-tujuan khusus sesuai dengan posisi atau struktural

masing-masing. Sebagai contoh, suatu puskesmas mempunyai program menurunkan angka *stunting* di wilayahnya, maka Puskesmas bermitra dengan pemerintah desa (kelurahan). Kelurahan mempunyai program meningkatkan serapan anggaran untuk meningkatkan kualitas dan kesejahteraan warga. Melalui kemitraan Puskesmas dengan kelurahan, maka kerjasama atau kemitraan harus saling menguntungkan, yaitu dapat mencapai tujuan masing-masing. Namun prinsip yang harus dipegang adalah walaupun dalam proses kemitraan dapat dipakai sebagai metode pencapaian tujuan khusus dari masing-masing komponen atau bagian yang bermitra, namun sebagai fokus atau acuan utama adalah tujuan dari program yang telah ditetapkan bersama. Memang terkadang pencapaian tujuan kemitraan dapat dipakai sebagai tahapan untuk mencapai tujuan utama. Menyamakan persepsi dan tujuan pada setiap program dari masing-masing bagian yang bekerjasama sangat menentukan keberlangsungan dan kelancaran dari kemitraan yang dibangun. Kemitraan yang saling menguntungkan antar individu, organisasi atau institusi dapat meningkatkan kebersamaan atau sinergi dalam mencapai tujuan. Kegiatan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui promosi kesehatan masyarakat akan menjadi efisien dan efektif bila dilakukan bersama. Upaya bersama-sama dengan sumber daya yang saling melengkapi tentunya akan lebih efektif dibanding upaya individual. Dalam kemitraan tidak boleh ada pihak yang merasa dirugikan karena adanya kemitraan tersebut. Determinan yang mempengaruhi kesehatan sangatlah luas dan kompleks, sehingga setiap upaya promosi kesehatan sebagai upaya intervensi terhadap semua determinan kesehatan (bukan hanya perilaku), maka sejak tahun 1984 WHO telah berupaya untuk memperluas konsep dan merevitalisasi pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan

sehingga *Divisi Health Education* di dalam organisasi WHO dikembangkan menjadi Divisi Pendidikan dan Promosi Kesehatan atau *Health Education and Promotion Division* (World Health Organization, 2018).

D. TUJUAN KEMITRAAN

Pada hakekatnya kemitraan merupakan strategi atau metode untuk mencapai tujuan dari suatu program. Oleh karena itu, tujuan kemitraan sangatlah ditentukan oleh tujuan umum yang telah ditetapkan oleh pemangku kepentingan. Kemitraan merupakan salah satu pendekatan atau cara yang diambil, selain ada metode atau strategi yang lain. Kemitraan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan, selain advokasi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat. Pada setiap intervensi promosi kesehatan, kemitraan merupakan upaya sentral. Kemitraan dipandang penting dalam promosi kesehatan, karena adanya nilai kerja partisipatif dan menghubungkan sumber daya antar pemangku kepentingan. Kemitraan yang dikelola dengan baik harus mengarah pada *sinergi* dan menghasilkan nilai tambah yang besar. Dalam bidang kesehatan, kemitraan dipahami sebagai hubungan interpersonal. Membangun kemitraan pada hakikatnya adalah sebuah metode atau strategi yang mempunyai tujuan (Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2019), adapun tujuan tersebut adalah :

1. Membangun kepercayaan
2. Membangun hubungan
3. Membangun komunikasi dan koordinasi
4. Berbagi ide, gagasan dan informasi
5. Mengelola sumber daya

Secara lebih rinci menurut Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (2019) tujuan kemitraan terdiri dari dua bagian yaitu:

1. Tujuan Umum

Meningkatkan status kesehatan masyarakat dan daya tanggap pemangku kepentingan terhadap lingkungan dan masyarakat.

2. Tujuan Khusus

- a. Terbinanya kepedulian dan motivasi para pemangku kepentingan terhadap tercapainya sasaran strategis pembangunan kesehatan.
- b. Terciptanya kesamaan pemahaman dalam bermitra di antara pemangku kepentingan
- c. Meningkatnya sumberdaya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- d. Terselenggaranya upaya kesehatan di lingkungan kerja dan masyarakat.

E. LANGKAH-LANGKAH KEMITRAAN

Kemitraan merupakan metode atau strategi, untuk itu harus diadakan, direncanakan, atau dibuat. Kemitraan bukanlah suatu benda yang bisa tiba-tiba datang, ada sendiri, untuk itu setiap pembuat program harus menentukan bentuk kemitraan yang akan disusun. Mengadakan atau membentuk kemitraan bukanlah hal yang mudah, dibutuhkan kerja keras dan upaya yang cerdas untuk membentuk kemitraan. Adapun secara konseptual, beberapa langkah untuk menjalin dan menggalang kemitraan menurut Kemenkes RI (2019) melalui bidang promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Menentukan Gagasan

Langkah pertama dalam menggali mitra yaitu menentukan gagasan kemitraan. Artinya perlu ditentukan program kesehatan yang memerlukan kontribusi secara positif dari satu atau beberapa pihak guna mempercepat pencapaian target program tersebut. Misalnya program pencegahan *stunting*, imunisasi, penanggulangan Tuberkulosis (TBC), pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tatanan rumah tangga ataupun tatanan sekolah. Penyamaan persepsi tentang gagasan atau isu kesehatan yang akan diangkat dan mempunyai dampak terhadap kesehatan masyarakat ini menjadi sangat penting. Gagasan kemitraan yang baik mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Relevan dengan visi dan misi dari pihak-pihak yang bermitra.
- b. Memiliki payung hukum yang berlaku, termasuk acuan ilmu pengetahuan (landasan teori) yang sesuai
- c. Mengandung manfaat atau keuntungan bagi semua pihak yang bermitra.
- d. Memiliki kesamaan atau kemiripan dengan upaya yang sedang dilakukan oleh masing-masing pihak yang bermitra.
- e. Kegiatan yang dilakukan dapat meyakinkan dan berbobot, baik dari aspek keilmuan maupun dari aspek program. Dihasilkan dari kerja keras dan dengan investasi sumber daya yang memadai.
- f. Dirancang, disusun dan dikemas dengan baik dan sistematis sesuai dengan kaidah-kaidah keilmuan dan program. Dikemas dengan teknologi canggih dalam berbagai bentuk.
- g. Dapat diuji coba dalam skala kecil atau terbatas untuk mengetahui tingkat kelayakannya.
- h. Dapat dimodifikasi dan atau dibuat segmen-segmen tanpa kehilangan esensinya, apabila diperlukan. Misalnya dengan cara melakukan pentahapan dalam pelaksanaan program.

2. Mengidentifikasi Calon Mitra Potensial

Langkah ini bertujuan untuk mengenali dan menetapkan pihak-pihak yang sesuai dan dapat diajak bermitra dalam rangka melaksanakan gagasan kemitraan. Keluaran dari langkah ini adalah daftar pihak-pihak yang akan diajak bermitra. Untuk itu perlu ada inisiator untuk melakukan identifikasi calon mitra tersebut. Identifikasi ini dapat dilakukan melalui studi kepustakaan dan studi lapangan. Selain itu perlu juga digali potensi atau program dari mitra yang dapat diselaraskan dengan program kesehatan. Penjajakan perlu dilakukan dengan calon mitra kerja. Tahapan sebelum melakukan penjajakan adalah identifikasi calon mitra kerja. Tujuan penjajakan ini yaitu untuk mencari pihak-pihak yang memiliki potensi untuk mendukung program yang akan dilaksanakan. Tahap ini sangat penting karena sangat menentukan peran dan fungsi serta bentuk kerjasama dari semua komponen yang bermitra. Untuk itu penting mengidentifikasi atau menjajagi karakteristik dari calon mitra yang akan kita ajak bermitra. Ada beberapa pertimbangan pemilihan calon mitra, diantaranya :

- a. Peduli terhadap masalah yang dihadapi, termasuk aspek pemecahan masalah. Bersedia mengembangkan komunikasi dua arah.
- b. Memiliki pemikiran dan cara kerja yang sistematis. Secara internal memiliki pembagian kerja dan koordinasi yang baik.
- c. Memiliki ketulusan untuk membantu pelaksanaan kegiatan kemitraan.
- d. Siap memberikan saran dan dukungan yang konstruktif bagi terlaksananya gagasan kemitraan.
- e. Fleksibel, informal dan mudah dihubungi. Bersedia dan dapat menyediakan waktu, tenaga, dan sumber daya lain untuk

kepentingan kemitraan. Mengetahui cara-cara bermitra, lebih baik lagi jika memiliki pengalaman bermitra.

- f. Bersedia dan dapat memberikan kontribusi berupa gagasan atau “proyek kemitraan” sesuai dengan kesepakatan.
- g. Memiliki relasi yang baik atau bersedia membangun kedekatan, baik secara sosial maupun psikologis, termasuk membantu kesiapan akses.
- h. Bersedia bergabung dalam tim yang solid, satu konsep dan satu bahasa.
- i. Kontribusinya berkelanjutan dan taat kepada kesepakatan yang telah dirumuskan bersama.

3. Penyamaan Persepsi

Penyamaan persepsi perlu dilakukan pertemuan awal guna menyamakan persepsi terhadap masalah kesehatan yang dihadapi agar keberhasilan mencapai tujuan bisa dilaksanakan dengan lebih efektif dan efisien. Tujuan lain juga agar masing-masing mitra memahami kedudukan serta tugas pokok masing-masing secara terbuka. Setelah diperoleh sejumlah calon mitra dan juga telah diketahui latar belakang mitra tersebut (bidang garapan, visi, misi, kegiatan), maka langkah selanjutnya yaitu merumuskan tujuan kemitraan (tujuan umum) dan peran atau kontribusi yang diharapkan dari para mitra. Peran mitra kelak akan menjadi acuan dalam merumuskan tujuan khusus kemitraan

4. Pembagian Peran

Dalam mencapai tujuan kemitraan bersama, peran masing-masing mitra beragam namun sama pentingnya. Oleh karena itu perlu dibicarakan secara terbuka dan bersama sebelum menuangkan dalam kesepakatan tertulis.

5. Menyiapkan Diri

Setiap keinginan atau inisiasi untuk menggalang kemitraan perlu melakukan persiapan diri melalui konsolidasi internal. Persiapan tersebut tentunya mengacu kepada landasan kemitraan dengan tujuan agar pihak yang berinisiatif dapat mengembangkan komunikasi dua arah, dapat memahami masalah atau hambatan yang timbul, memiliki rencana kerja yang sistematis, mempunyai tim dan koordinasi, tidak merasa superior, siap menerima saran, fleksibel, mudah dihubungi, mempunyai kemampuan mengarahkan sumber daya, memahami cara-cara bermitra yang baik, dapat membina kekompakan dan kesamaan konsep. Komunikasi intensif sangat diperlukan guna mengetahui perkembangan program kemitraan yang sudah terjalin. Komunikasi antar mitra dapat dilakukan secara teratur dan terjadwal. Permasalahan yang muncul dapat segera dipecahkan dengan cara ini. Persiapan diri atau konsolidasi dilakukan dengan mengacu kepada landasan kemitraan, dengan tujuan untuk mengupayakan agar pihak yang berinisiatif :

- a. Dapat mengembangkan komunikasi dua arah dengan calon mitra.
- b. Dapat lebih memahami masalah atau hambatan yang mungkin dihadapi oleh calon mitra (jika ada) dan pemecahan masalah tersebut dikaitkan dengan gagasan bermitra.
- c. Memiliki rencana kerja yang sistematis berkaitan dengan pelaksanaan gagasan kemitraan. Secara tim memiliki pembagian kerja dan koodinasi yang baik.
- d. Tidak merasa superior dan memiliki kesediaan untuk dibantu oleh pihak lain.
- e. Siap untuk menerima saran perbaikan dari pihak lain dan bersedia berubah ke arah perbaikan.
- f. Fleksibel, informal dan mudah dihubungi

- g. Memiliki kemampuan mengarahkan berbagai sumber daya yang diperlukan dan bersedia menginvestasikan sumber daya tersebut dalam “proyek kerjasama”
- h. Bersedia dan dapat memberikan imbalan kepada pihak-pihak yang diajak bermitra apakah dalam bentuk uang atau materi, pengakuan, penghargaan atau bentuk lainnya
- i. Dapat membina kekompakan, kesamaan konsep dan kesatuan bahasa berkaitan dengan gagasan kemitraan. Dapat menjamin sinkronisasi dan keharmonisan dalam menggalang kerja sama satu sama lain dan dilakukan secara berkelanjutan

6. Membangun Kesepakatan

Tujuan langkah ini adalah adanya kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak-pihak yang diajak bermitra, untuk sama-sama mendukung pelaksanaan gagasan kemitraan. Kesepakatan kerjasama dapat dibuat dalam bentuk *Memorandum of Understanding* (MoU) atau Nota Kesepahaman atau Surat Keputusan Bupati/Walikota/ Camat.

7. Merumuskan Rencana Kerja

Mengacu pada kesepakatan bersama yang tertuang dalam *Memorandum of Understanding* atau Nota Kesepahaman atau Surat Keputusan Bupati/Walikota/Camat, maka kegiatan selanjutnya adalah menyusun program kerja dan rencana aksi, meliputi tujuan, kegiatan masing-masing mitra, waktu serta peran anggota jejaring kemitraan. Disamping itu, perlu juga menetapkan serta menyepakati mekanisme kerja jejaring kemitraan yang sudah mulai terbangun. Dalam merencanakan kerja kemitraan, hal yang harus diperhatikan yaitu:

a. Peningkatan kapasitas mitra

Kegiatan yang dilakukan adalah melakukan orientasi atau seminar, workshop, lokakarya tentang program kesehatan yang terkait dengan program kerja kemitraan. Tujuan kegiatan ini adalah meningkatkan pemahaman atau wawasan para mitra tentang pelaksanaan pembangunan kesehatan yang perlu melibatkan para mitra dan perannya masing-masing.

b. Melakukan komunikasi dan koordinasi

Hal lain yang perlu diperhatikan yaitu melakukan komunikasi dan koordinasi secara terus menerus dengan para mitra. Melalui komunikasi dan koordinasi, maka pelaksanaan program kesehatan yang dilakukan dengan pendekatan kemitraan dapat berjalan dengan baik serta membawa hasil yang optimal. Dalam menyusun rencana kerja perlu diuraikan 5W (*What, When, Where, Who, Why*) dan 1H (*How*) yaitu uraian tentang tujuan kegiatan, sasaran, waktu, metode dan lokasi.

8. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan haruslah dikerjakan sesuai dengan rencana yang telah disepakati bersama. Pelaksanaan kegiatan ini juga harus dikomunikasikan. Salah satu kunci keberhasilan kemitraan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan adalah “keterpaduan”. Sehubungan dengan itu, dalam melaksanakan upaya kesehatan tersebut, harus berdasarkan pada rencana aksi dan kesepakatan yang telah dibuat serta menerapkan prinsip keterpaduan. Ada beberapa kegiatan besar yang penting perlu mendapat dukungan kemitraan adalah diantaranya advokasi, pemberdayaan masyarakat, dukungan sosial, Komunikasi Informasi Edukasi (kampanye, pameran). Dengan adanya dukungan sumberdaya dari para mitra tersebut, maka diharapkan dapat membawa dampak positif dan kontribusi terhadap

pembangunan kesehatan, terutama dalam mendukung tercapainya SPM Kabupaten/ Kota .

9. Monitoring dan Evaluasi

Pemantauan dan penilaian dilakukan untuk mengetahui:

- a. Apakah pelaksanaan kegiatan program kesehatan yang dilakukan bersama dengan para mitra, sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan?
- b. Seberapa jauh program kesehatan yang dilakukan melalui kemitraan dapat meningkatkan kinerja dan mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota?
- c. Apakah ada permasalahan dalam melaksanakan program kesehatan melalui kemitraan tersebut, serta bagaimana upaya mengatasinya?
- d. Apakah para mitra juga mendapatkan keuntungan dari hasil pelaksanaan program kesehatan tersebut? Jika ada, maka keuntungannya dalam bentuk apa?

Pemantauan dan evaluasi kegiatan kemitraan dapat memperhatikan indikator keberhasilan kemitraan secara kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan kemitraan yang telah ditetapkan. Agar asas keterbukaan bisa dijaga, maka kegiatan ini juga disepakati sejak awal. Hal ini mencakup cara monitoring dan juga evaluasi terhadap jalannya kemitraan maupun dalam upayanya mencapai tujuan bersama. Bila dipandang perlu, hasil monev dapat dipergunakan sebagai penyempurnaan kemitraan. Monev sebaiknya dilakukan pada semua komponen indikator proses pencapaian tujuan, mencakup :

- a. Indikator masukan (*input*) : jumlah mitra yang bergabung dalam kemitraan,

- b. Indikator proses (*process*) : kontribusi mitra, frekuensi pertemuan, jumlah kegiatan dan keberlangsungan
- c. Indikator luaran (*output*) : adanya produk atau hasil dari kemitraan, termasuk adanya percepatan pencapaian target program kesehatan

F. JEJARING KEMITRAAN

Dalam hal kerjasama atau kemitraan, semakin luas wawasan dan rekanan dari seseorang atau bagian yang akan melakukan kemitraan, akan semakin mudah dan lancar dalam melakukan kemitraan. Untuk itu perlu dikembangkan jejaring yang luas untuk memperoleh kawan atau rekan yang sebanyak-banyaknya. Semakin banyak jejaring, maka semakin mudah memilih dan mengidentifikasi pihak-pihak yang akan diajak bermitra. Suatu jaringan kerjasama aktif antar berbagai pihak yang terkait, bermaksud mendampingi pelaku advokasi, pemberdayaan masyarakat dan kemitraan di kabupaten/kota/kecamatan untuk mendapatkan dukungan politis, dana, kebijakan dalam melaksanakan pelayanan di bidang kesehatan. Pengembangan jejaring merupakan suatu proses mengawali, merawat dan mengembangkan kontak atau hubungan antar perorangan dan antar organisasi yang saling dukung-mendukung dalam mencapai tujuan bersama dan saling bekerjasama untuk mencapai tujuan pembangunan nasional. Sasaran jejaring dapat ditujukan kepada banyak komponen.



Sumber : Buku Panduan Pengembangan Kemitraan
(Kemenkes RI, 2019)

G. PENGGALANGAN KEMITRAAN

Dalam perkembangan masa kini, arah penggalangan dapat ditujukan pada pilar-pilar yang ada di masyarakat. Pilar-pilar ini pada umumnya mencakup :

1. Unsur Pemerintah

Unsur pemerintah terdiri dari berbagai pemerintah yang terkait dengan masalah kesehatan, antara lain kesehatan sebagai kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan.

2. *Corporate Social Responsibility* /CSR

Perusahaan baik swasta maupun pemerintah seperti BUMN pada umumnya mempunyai program CSR. CSR dapat juga diartikan sebagai Tanggung Jawab Sosial Perusahaan. Secara rinci pengertian CSR menurut *World Business Council for Sustainable Development* (WBCSD) merupakan suatu komitmen berkelanjutan dari dunia usaha untuk bertindak etis dan memberikan kontribusi kepada pengembangan ekonomi

pada komunitas setempat ataupun masyarakat luas, bersamaan dengan peningkatan taraf hidup karyawan beserta seluruh keluarganya. Dunia usaha atau unsur swasta (*private sector*) atau kalangan bisnis, contohnya seperti dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan. Salah satu kemitraan dengan dunia usaha dapat berbentuk bantuan. Sesuai Panduan ISO 26000 tentang Tanggung Jawab Sosial, setiap perusahaan mempunyai tanggung jawab serta ikut andil dalam memberikan kontribusi dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat terutama yang ada di sekitar perusahaan, termasuk peningkatan derajat kesehatan. Bermitra dengan CSR, Perusahaan dapat memberikan manfaat sangat banyak dalam upaya program peningkatan kesehatan masyarakat. Contoh peran CSR dalam bidang kesehatan adalah “peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui pendidikan, pemberdayaan ekonomi, peningkatan sarana dan prasarana serta kesehatan di kota gunung sitoli : implementasi *corporate social responsibility* (CSR) PT. Pertamina (persero) *marketing operating region* (MOR) I – terminal bahan bakar minyak (tbbm) Gunung Sitoli, telah berdampak terhadap peningkatan pendapatan masyarakat. Perbaikan pola hidup masyarakat dan peningkatan kesehatan balita melalui program pipanisasi air bersih dan peran posyandu SEHATI, yang menyimpulkan keberadaan kemitraan dengan CSR bermanfaat untuk peningkatan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara umum (Putra et al., 2018). Untuk dapat bermitra dengan CSR perusahaan, maka ada beberapa kiat yang dapat dilakukan (Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2019)

- a. Bergaul dan bersosialisasi dengan perusahaan
- b. Memahami cara kerja korporasi
- c. Memahami dan menguasai info target perusahaan
- d. Temukan dan hubungi orang yang tepat di perusahaan
- e. Cari dan ciptakan momentum berhubungan dengan perusahaan.
Agendakan pertemuan dengan perusahaan atau undang sebagai pembicara.

- f. Memposisikan diri sebagai “*social entrepreneur*” yaitu seseorang yang dapat memberikan solusi terhadap permasalahan sosial di masyarakat dengan prinsip-prinsip kewirausahaan
- g. Tunjukkan keunggulan program Anda
- h. Carilah *reciprocal benefit* atau kerjasama yang saling menguntungkan
- i. Jangan hanya fokus pada uang
- j. Kreasikan berbagai opsi kemitraan
- k. Ajukan permintaan yang spesifik dan hindari
- l. Palu Gada atau pemaksaan
- m. Cari momentum yang pas, seperti ulang tahun perusahaan, *launching* produk, pembukaan kantor baru, hari besar nasional dan *big event* lainnya.
- n. Sabar dan siap menghadapi penolakan

3. Filantropi

Filantropi adalah berbagi dukungan dan sumber daya secara sukarela yang didorong cinta kasih kepada sesama dan bertujuan untuk mengatasi masalah sosial kemanusiaan serta memajukan kepentingan umum. Bila dikaitkan dengan program *Sustainable Development Goal's* (SDGs), mayoritas lembaga filantropi cenderung melakukan program di bidang pendidikan, kesehatan, pengurangan kemiskinan, air bersih, dan pertumbuhan ekonomi. Filantropi ini dapat bersifat perorangan, komunitas, perusahaan, yayasan keluarga, yayasan perusahaan, yayasan media masa, dll. Filantropi dapat berperan sebagai pemberi dana (hibah), pelaksana, perantara, dll. Hasil penelitian secara empirik menunjukkan filantropi mempunyai peran dan kontribusi yang baik dalam membantu pemerintah dalam mengatasi masalah AKI dan AKB di Indonesia melalui kegiatan filantropi seperti penggalangan dana melalui media dan konser amal. Dan memiliki potensi yang baik

dan efektif dalam menghimpun dana yang akan digunakan dalam pendanaan sektor kesehatan di Indonesia, maka filantropi merupakan salah satu gerakan yang perlu diwadahi dalam penggalangan dana bantuan dari para dermawan di Indonesia (Syukran et al., 2016)

4. Unsur Organisasi Non Pemerintah

Unsur organisasi non pemerintah meliputi dua unsur pokok yakni:

- a. Unsur Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Massa (Ormas) termasuk yayasan bidang kesehatan.
- b. Organisasi profesi seperti IDI, PDGI, IAKMI, PPNI dan lain sebagainya. Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi suatu program perlu adanya jalinan kemitraan baik dengan sektor pemerintah, usaha/swasta, organisasi non pemerintah/LSM maupun masyarakat. Selain itu, dalam membangun *Good Governance* ketiga sektor tersebut memiliki peran yang sangat penting. Sektor pemerintahan lebih banyak memainkan peranan sebagai pembuat kebijakan, pengendalian dan pengawasan. Sektor swasta lebih banyak berkecimpung dan menjadi penggerak aktivitas di bidang ekonomi. Sedangkan sektor masyarakat merupakan objek sekaligus subjek dari sektor pemerintahan maupun swasta, karena di dalam masyarakatlah terjadi interaksi di bidang politik, ekonomi, maupun sosial budaya.

H. MODEL KEMITRAAN

Secara umum, model kemitraan dalam sektor kesehatan dikelompokkan menjadi dua (Notoadmodjo, 2014) yaitu:

1. Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (*networking*) atau *building linkages*. Kemitraan ini berbentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra memiliki program tersendiri mulai dari perencanaannya, pelaksanaannya hingga evaluasi. Jaringan tersebut terbentuk karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik lainnya.

2. Model II

Kemitraan model II ini lebih baik dan solid dibandingkan model I. Hal ini karena setiap mitra memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap program bersama. Visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Ada empat jenis atau tipe kemitraan yaitu:

a. *Potential Partnership*

Pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.

b. *Nascent Partnership*

Pelaku dalam kemitraan ini adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal.

c. *Complementary Partnership*

Pada kemitraan ini, *partner*/mitra mendapat keuntungan dan penambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti program *delivery* dan *resource mobilization*.

d. *Synergistic Partnership*

Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian.

I. TIPE KEMITRAAN

Bentuk-bentuk/tipe kemitraan menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI yaitu terdiri dari *aliansi*, *koalisi*, *jejaring*, *konsorsium*, *kooperasi* dan *sponsorship*. Menurut Kuswidanti (2008) bentuk-bentuk kemitraan tersebut dapat tertuang dalam:

- a. SK bersama
- b. MoU
- c. Pokja
- d. Forum Komunikasi
- e. Kontrak Kerja/perjanjian kerja

J. SISTEM KEMITRAAN

Menjalin kemitraan bukanlah sebagai suatu *output* atau tujuan, dan bukan sebuah proses, namun sebagai sebuah sistem. Sistem adalah sekumpulan unsur atau elemen yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi dalam melakukan kegiatan bersama untuk mencapai suatu tujuan. Dalam menjalin kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem yang mencakup input, proses, output, dan outcome (Bailie et al., 2013) :

1. Input

Input sebuah kemitraan adalah jenis dan jumlah sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang menjalin kemitraan meliputi sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya seperti dana, sistem informasi, teknologi dan lain sebagainya.

2. Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya merupakan kegiatan-kegiatan untuk membangun hubungan kemitraan. Kegiatan

membangun kemitraan dapat dilakukan melalui sebuah pertemuan dengan tahapan di antaranya:

Penjajakan

- a. Sosialisasi/advokasi
- b. Dibangunnya kesepakatan
- c. Pertemuan mendalam dan penyusunan rencana kerja

3. Output

Output yang dimaksud pada kemitraan yaitu terbentuknya jaringan kerja atau *networking*, *aliansi* atau forum. Disamping itu pada output kemitraan juga terdapat penguraian tugas, fungsi dan tanggungjawab masing-masing anggota mitra.

4. Outcome

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat, yang merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain disamping kemitraan. Contoh dari outcome kemitraan yaitu meningkatnya status gizi balita, meningkatnya cakupan ASI eksklusif di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bailie, R., Matthews, V., Brands, J., & Schierhout, G. (2013). A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. *Implementation Science*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-143>
- Care Quality Commission. (2017). *Partnership working to deliver health and social care in cornwall*. October, 1–33. <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/partnership-working-to-deliver-health-and-social-care-in-cornwall-responding-to-a-risk-or-priority-in-an-area/r/a110f00000RCvMsAAL>
- Cashman, S. B., Flanagan, P., Silva, M. A., & Candib, L. M. (2012). Partnering for Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 18(3), 279–287. <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e3182294fe7>
- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. (2019). Buku Panduan Menggalang Kemitraan di Bidang Kesehatan. In *Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Gerakan Masyarakat Hidup Bersih dan Sehat (GERMAS)*.
- Handini, S., Sukei, & Astuti, H. K. (2019). *Pemberdayaan Masyarakat Desa Dalam Pengembangan UMKM di Wilayah Pesisir (I)*. Scopindo Media Pustaka.
- Hulu, V. T., Pane, H. W., Tasnim, Zuhriyatun, F., Munthe, S. A., Hadi, Sunomo Salman, S., Widi Hidayati, H., Sianturi, E., & Pattola, M. (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat* (1st ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Kemdikbud. (2017). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. <https://kbbi.web.id/mitra>.
- Notoadmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.

- Putra, P. D., Nasir, M., & Rozaini, N. (2018). Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Melalui Pendidikan, Pemberdayaan Ekonomi, Peningkatan Sarana Dan Prasarana Serta Kesehatan Di Kota Gunung Sitoli: Implementasi Corporate Social Responsibility (Csr) Pt. Pertamina (Persero) Marketing Operating Region (Mor) I – Terminal Bahan Bakar Minyak (Tbbm) Gunung Sitoli. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 24(3), 776. <https://doi.org/10.24114/jpkm.v24i3.11611>
- Syukran, M., Arisjulyanto, D., & Mada, U. G. (2016). *Potensi Konser Amal Untuk Pendanaan Sektor Kesehatan Di Indonesia*. 02(01), 2015.
- World Health Organization. (2018). Promoting Health: Guide to National Implementation of the Shanghai Declaration. *9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai 21-24 November 2016*, 1–35. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1942602X10397550>

PROFIL PENULIS



Sri Mulyanti, lebih akrab dipanggil **YANTI**, lahir di Karanganyar, 01 Januari 1974. Menyelesaikan pendidikan sekolah menengah atas pada tahun 1992 di SMA N 5 Surakarta. Kemudian menempuh Pendidikan Program D III Keperawatan (AKPER) Panti Kosala Surakarta yang sekarang sudah menjadi STIKES PANTI KOSALA, selama 3 tahun dan lulus pada tahun 1995. Setelah lulus D III Keperawatan, Penulis bekerja sebagai perawat di RS Dr. Oen Surakarta (RS Kandang Sapi) sampai pada bulan Maret tahun 1998, karena setelahnya menjadi Tenaga Pendidik (Dosen) di Poltekkes Kemenkes Surakarta Jurusan Keperawatan sampai saat ini.

Selama menjadi tenaga pendidik, Penulis menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan lanjut Profesi Ners pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus pada tahun 2003 dengan gelar S.Kep., Ns. Setelah itu menempuh Pendidikan Pascasarjana pada Fakultas Ilmu Keperawatan program Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2011 dengan gelar Magister Keperawatan (M.Kep). Saat ini penulis sedang menempuh Pendidikan Doctoral pada Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) pada Universitas Sebelas Maret Surakarta Semester 2.

2 Karya Buku dari Penulis sebelumnya, berkolaborasi dengan Bapak Diyono Dosen Stikes Panti Kosala adalah “Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Pencernaan dilengkapi contoh studi kasus dengan aplikasi NNN (Nanda Noc Nic)” dengan Penerbit **Prenada Media Group**, ISBN : 978.602.9413.88.15. Terbit edisi 1 tahun 2013, Edisi 2 tahun 2017. Sedangkan buku yang kedua, hasil kolaborasi dengan Bapak Diyono juga berjudul “Buku Keperawatan Medikal Bedah Sistem Urologi, dilengkapi dengan Aplikasi NANDA NOC dan NIC (NNN), serta Contoh dan Tips Menjawab Soal Uji Kompetensi Perawat” dengan Penerbit **Andi Off Set** ISBN : 978-979-29-6561-2. Terbit Edisi 1, April 2019. Alhamdulillah kedua buku tersebut sudah mendapatkan HKI.

BAB XI

MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Triwik Sri Mulati

A. PENDAHULUAN

Sebuah program pemberdayaan masyarakat (community development program) tidak lain merupakan integrasi dari berbagai penggal aktivitas (sub-system), yang dimulai dari proses perencanaan program (design program), pelaksanaan program (implementing program), evaluasi dan monitoring (monitoring and evaluation), dan tindak lanjut dari program (follow up). Setiap penggal aktivitas dari program pengembangan masyarakat mempunyai makna strategis terhadap keberhasilan dari program tersebut. Kegagalan proses pada satu penggal aktivitas program akan meruntuhkan suksesnya program tersebut.

Oleh karena itu, dalam menjalankan sebuah program pemberdayaan masyarakat dibutuhkan perencanaan yang sistematis. Hal itu berarti perencanaan yang baik akan terlihat dari sinkronisasi antara input, output, outcome dan impact yang ingin dihasilkan oleh program dimana setiap komponen mempunyai hubungan yang logis antara satu dengan yang lain. Istilah perencanaan dapat diartikan sebagai serangkaian tindakan pengumpulan data, analisa dan perumusan tujuan, apa yang akan dihasilkan, apa yang harus dilakukan, dan bagaimana melakukannya agar tujuan bisa dicapai sesuai kebutuhan lembaga atau organisasi.

Dapat tercapainya tujuan dari suatu lembaga atau organisasi menjadi salah satu bukti bahwa mutu sedang di kembangkan dan

mulai terbentuk dalam lembaga atau organisasi tersebut. Pengertian dari mutu itu sendiri adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia/tenaga kerja, proses dan tugas, serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan atau konsumen (Tjiptono dan Diana, 2003).

Untuk meningkatkan mutu sehingga sesuai dengan hasil yang sudah direncanakan dalam program maka dibutuhkan alat ukur untuk menilai kesesuaian antara rencana program dan implementasi program yang dijalankan, salah satunya dengan melakukan suatu monitoring dan evaluasi.

Monitoring dan evaluasi adalah cara untuk melihat apakah program mampu mencapai hasil sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Monitoring adalah kegiatan pemantauan implementasi program secara berkala untuk mengetahui dan mengendalikan apakah kegiatan telah berjalan sesuai dengan rencana kegiatan. Sedangkan evaluasi adalah kegiatan untuk melihat sejauh mana program mampu mencapai sasaran dan menghasilkan dampak yang diharapkan (Sugiarto, 2018:1)

B. MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. Pengertian dari monitoring dan evaluasi dalam program pemberdayaan masyarakat.

Monitoring adalah proses melihat dan memikirkan kembali secara menyeluruh yang dilakukan terus menerus atau berkala oleh berbagai pihak untuk mengetahui perkembangan dari sebuah pekerjaan atau program (Sugiarto, 2018:3).

Sedangkan Evaluasi adalah penilaian/analisa tingkat keberhasilan pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat dari perencanaan yang telah diprogramkan. Pemberdayaan

Masyarakat adalah segala bentuk kegiatan yang bertujuan untuk terus meningkatkan keberdayaan masyarakat, untuk memperbaiki kesejahteraan dan meningkatkan partisipasi mereka dalam segala kegiatan konservasi sumber daya alam hayati dan ekosistemnya, secara berkelanjutan (Sugiarto, 2018:3).

	Monitoring	Evaluasi
Kapan?	Terus menerus	Akhir setelah program
Apa yang di ukur?	Output dan proses sering focus input, kegiatan, kondisi/asumsi	Dampak jangka panjang, kelangsungan
Siapa yang terlibat?	Umumnya orang dalam	Orang luar dan dalam
Sumber informasi?	Sistem rutin, survey kecil, dokumen internal, laporan	Dokumen eksternal dan internal, laporan asesmen dampak, riset evaluasi
Pengguna?	Manajer dan staf	Manajer, staf, donor, klien, stakeholder, organisasi lain
Penggunaan hasil?	Koreksi minor dan program	Koreksi mayor program. Perubahan kebijakan, strategi, masa mendatang, termasuk penghentian program (<i>feed back</i>)

(Sugiarto, 2018:3)

2. Prinsip Monitoring Dan Evaluasi (Monev) Program Pemberdayaan Masyarakat

Sering sekali ada bias terhadap fungsi monev dari sebuah program. Banyak sekali pihak pelaksana program yang menempatkan fungsi monev hanya pada saat proses implementasi program usai, padahal fungsi ini akan melekat pada setiap tahapan, baik dari perencanaan program, implementasi program, dan pasca implementasi program.

Pada tahap perencanaan (design program), hal yang perlu diperhatikan adalah apakah program tersebut muncul karena kebutuhan (need) masyarakat atau hanya kepentingan dan atau keinginan (want) dari pihak pelaksana program. Pada tahap ini, fungsi evaluasi dititikberatkan pada proses need assessment (NA) dari program tersebut.

Proses identifikasi masalah dan penjajakan serta analisis kebutuhan masyarakat apabila dilakukan secara salah/tidak tepat akan berimplikasi pada tingkat daya guna (efektivitas) dari program tersebut, bahkan yang muncul adalah dominasi dampak negatif (negative impact) terhadap masyarakat. Banyak program pemberdayaan yang mengesampingkan arti penting dari proses need assessment sehingga masyarakat benar-benar hanya sebagai obyek tanpa terpenuhi kebutuhan yang benar-benar diperlukan (real need) oleh masyarakat. Biasanya, hal ini terjadi pada program yang dilaksanakan oleh Pemerintah, dimana orientasi proyek (project oriented) lebih dominan pada pelaksana program daripada menjalankan program yang berbasis kebutuhan nyata dari masyarakat. Hal ini sering terjadi karena pelaksana program dalam perencanaan program tidak dilakukan secara partisipatif dan sering design need assessment tidak dibuat ataupun tidak diuji coba (try out). Untuk itu, fungsi monitorin dan evaluasi harus secara paralel

dilaksanakan saat design program/ termasuk pada saat proses penjabaran kebutuhan (Ma'ruf, 2000:102-103).

Prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi program pemberdayaan masyarakat dilakukan secara obyektif guna mendapatkan data dan informasi yang akurat, meliputi :

- a. Partisipatif, banyak pihak yang terlibat mulai dari proses perencanaan hingga evaluasi program.
- b. Transparan, pertanggung jawaban dilaporkan secara transparan.
- c. Tanggung gugat, pengambilan keputusan dan penggunaan sumberdaya bisa di tanggung di depan masyarakat luas.
- d. Kesetaraan, semua pihak yang terlibat dalam proses monitoring dan evaluasi mempunyai hak dan kedudukan yang setara.
- e. Kejujuran, pelaporan kegiatan dilakukan dengan jujur dan sesuai dengan kenyataan di lapangan.
- f. Berjiwa besar, dalam menerima dan memberikan kritik dan saran dari dan kepada pihak lain.
- g. Keterpaduan, monitoring dan evaluasi dilakukan dengan melihat semua arah secara terpadu dan menyeluruh.
- h. Fleksibel, tidak kaku, sesuai dengan keadaan waktu dan tempat.
- i. Kesepakatan, pelaksanaan monitoring dan evaluasi harus didasarkan pada kesepakatan bersama semua pihak (Sugiarto, 2018:4).

3. Penyusunan Monitoring dan Evaluasi Program Pemberdayaan Masyarakat

Pemantauan (monitoring) umumnya lebih diorientasikan untuk masukan program. Tujuan pemantauan adalah mengetahui apakah program berjalan sesuai dengan rencana dan apakah ada hal-hal yang perlu disesuaikan untuk perbaikan

program. Pemantauan secara teratur juga penting untuk mengetahui apakah program dilaksanakan sesuai dengan prinsip dan tata aturannya. Hal ini mencakup pemantauan apakah prinsip tata pemerintahan, prinsip pemberdayaan masyarakat, partisipasi masyarakat, mutu teknis pekerjaan, penggunaan dana, dan kepatuhan pada tata aturan lingkungan hidup dan sosial sudah diikuti.

Dalam Penyusunan Monitoring Program Pemberdayaan terdapat beberapa tahap, yaitu :

a. Tahap perencanaan

Tahap perencanaan dilakukan dengan mengidentifikasi hal-hal yang akan di monitor variable apa yang akan dimonitor serta menggunakan indikator mana yang sesuai dengan tujuan program.

b. Tahap pelaksanaan.

Tahap ini untuk mengukur pelaksanaan program dari kegiatan yang sudah direncanakan.

Adapun indicator yang dapat diukur pada waktu pelaksanaan kegiatan, indicator dan proses yang dilakukan adalah :

- 1) Ketetapan dan pengelolaan waktu pelaksanaan kegiatan
- 2) Ketetapan penggunaan metode yang digunakan
- 3) Adanya penjelasan yang sesuai dengan penggunaan metode
- 4) Penggunaan media yang sesuai dengan harapan metode
- 5) Melaksanakan evaluasi pembelajaran
- 6) Adanya tindak lanjut dari program tersebut

c. Tahap pelaporan

Tahap ini adalah menentukan apakah prestasi kerja dan output yang dicapai itu sudah memenuhi standar yang

sudah ditentukan dan disini terdapat tahapan evaluasi yaitu mengukur kegiatan yang sudah dilakukan (Sugiarto, 2018:5).

4. Evaluasi Program Pemberdayaan Masyarakat

Ruang lingkup evaluasi :

a. Pencapaian hasil

Kesesuaian hasil yang di dapat mengacu pada tujuan program pemberdayaan masyarakat. Output dan laporan hasil sudah mencerminkan keadaan sebenarnya di masyarakat dalam meningkatkan akses infrastruktur, efisiensi waktu, penyerapan tenaga kerja dan lainnya.

b. Evaluasi program dan pengawasan mutu

Program melakukan monitoring dan evaluasi secara reguler sebagai bagian dalam pengawasan mutu. Jenis evaluasi yang dilakukan (proses, metodologi dan dampak) dan hasilnya cukup dipercaya.

c. Seleksi lokasi

d. Organisasi kemasyarakatan

Proses pembentukan dan pemilihan organisasi masyarakat serta pendampingan yang dilakukan untuk keberlanjutan program. Jenis program pengembangan kapasitas untuk memperkuat keberadaan organisasi masyarakat.

e. Pengembangan kualitas SDM

Jenis kegiatan pengembangan kualitas yang diberikan di tingkat lokal (pemerintah daerah, fasilitator pendamping dan organisasi masyarakat). Frutchey dalam Sugiarto (2018) mengemukakan bahwa kegiatan evaluasi selalu mencakup kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1) Observasi (pengamatan)

- 2) Membanding-bandingkan antara hasil pengamatan dengan pedoman yang ada atau telah ditetapkan lebih dahulu
- 3) Pengambilan keputusan atau penilaian atas obyek yang diamati.

Dalam mengevaluasi program pemberdayaan masyarakat terdapat beberapa macam evaluasi yang bisa dipergunakan, antara lain:

a. Evaluasi formatif dan evaluasi sumatif

Taylor dalam Sugiarto (2018) mengemukakan adanya dua macam evaluasi, yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilaksanakan untuk meninjau kembali program atau perencanaan yang telah dibuat, dengan kata lain evaluasi ini dilakukan sebelum suatu program dilaksanakan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan untuk meninjau program yang telah dilaksanakan. Sebelumnya seringkali dalam suatu program hanya menggunakan evaluasi sumatif yang tujuannya untuk mengetahui seberapa jauh program yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaannya serta mengetahui dampak negatif yang muncul dalam pelaksanaannya. Namun dalam perkembangannya evaluasi formatif juga mulai dilakukan untuk meningkatkan efektivitas program yang telah dirancang agar dalam pelaksanaannya tidak menimbulkan kerugian dalam berbagai penggunaan misalnya dalam hal bahan baku.

b. On-going evaluation dan Ex-post evaluation

Cernea dan Tepping dalam Sugiarto (2018) juga mengemukakan dua macam evaluasi yakni On-going evaluation dan Ex-post evaluation. On-going evaluation, adalah evaluasi yang dilaksanakan pada satu program atau kegiatan itu masih atau sedang dilaksanakan. Tujuannya adalah untuk mengetahui ada atau tidaknya penyimpangan yang muncul serta segera mengantisipasinya agar masalah

yang dapat menghambat proses pelaksanaan dapat segera diatasi. Sedangkan Ex-post evaluation, adalah evaluasi yang dilakukan setelah suatu program selesai dilaksanakan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengetahui seberapa jauh kesesuaian hasilnya dengan rencana program yang telah dibuat sebelumnya.

c. Evaluasi Intern dan Evaluasi Ekstern

Pada jenis evaluasi ini didasarkan pada seseorang yang melakukan kegiatan evaluasi, pada evaluasi intern, pelaksana maupun pengambil inisiatif dalam evaluasi adalah orang-orang atau aparat yang terlibat langsung dengan program yang bersangkutan (administrator program, penanggung jawab program, dan pelaksana program) atau orang-orang atau aparat di dalam organisasi pelaksana program yang memiliki fungsi atau tugas untuk melakukan evaluasi dalam organisasi. Misalnya: aparat biro/bagian pemantauan dan evaluasi. Sedangkan evaluasi ekstern adalah evaluasi yang dilakukan oleh pihak luar (diluar organisasi pemilik/pelaksana program).

d. Evaluasi Teknis dan Evaluasi Ekonomi

Evaluasi teknis (fisik), adalah kegiatan evaluasi yang penerima manfaat dan ukurannya menggunakan ukuran-ukuran teknis secara satuan (fisik). Sedangkan evaluasi ekonomi atau keuangan, penerima manfaatnya adalah pengelolaan keuangan dan menggunakan ukuran-ukuran ekonomi.

e. Evaluasi Program, Pemantauan, dan Evaluasi Dampak Program

Evaluasi Program bertujuan untuk meninjau kembali program atau perencanaan yang akan diberlakukan, pada evaluasi jenis ini dokumen perencanaannya atau program kerja yang akan diberlakukan ditinjau kembali berdasarkan indikator apakah program tersebut rasional atau tidak, serta sesuai atau tidak dengan apa yang menjadi kebutuhan masyarakat. Selain itu

maksud lain dari evaluasi program ini adalah agar semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program nantinya, yakni pemerintah, swasta, dan masyarakat merasa ikut bertanggung jawab dalam keberhasilan program yang akan dilaksanakan. Jenis evaluasi yang kedua yakni pemantauan program, merupakan proses penilaian untuk menarik kesimpulan apakah pelaksanaan proyek sesuai dengan perencanaan yang telah dilakukan sebelumnya. Dalam pemantauan program perlu dilakukan proses pengumpulan informasi berupa data dan fakta yang ada di lapangan selama proses pelaksanaan program, hal ini bertujuan untuk mencegah atau menghindari adanya situasi atau keadaan yang tidak diharapkan yang dapat mengganggu pelaksanaan program sehingga program tersebut bisa dilaksanakan sesuai dengan program kerja yang telah direncanakan sebelumnya. Jenis evaluasi yang ketiga yakni evaluasi dampak program, dampak dalam hal ini dapat diartikan sebagai hasil yang diperoleh dari pelaksanaan program.

f. Evaluasi Proses dan Hasil

Merupakan dua macam evaluasi dari hasil kesimpulan berbagai macam evaluasi yang telah disebutkan di atas, antara lain: evaluasi proses, yaitu evaluasi yang dilakukan untuk melihat seberapa jauh proses yang telah dilaksanakan itu sesuai (dalam arti kuantitatif maupun kualitatif) dengan rencana program yang telah dibuat sebelumnya. Sedangkan evaluasi hasil, yaitu evaluasi yang dilakukan untuk meninjau mengenai seberapa jauh tujuan-tujuan yang direncanakan telah dapat tercapai, baik dalam pengertian kuantitatif maupun kualitatif. Setelah dijelaskan mengenai beberapa macam evaluasi hendaknya perlu diketahui beberapa komponen lain yang terdapat dalam kegiatan evaluasi, salah satunya yakni tujuan dari

diadakannya evaluasi (Stufflebeam dalam Mardikanto, 2011:52) adalah untuk mengetahui seberapa jauh kegiatan-kegiatan yang telah sesuai atau menyimpang dari pedoman yang ditetapkan, atau untuk mengetahui tingkat kesenjangan (diskrepansi) antara keadaan yang telah dicapai dengan keadaan yang dikehendaki atau seharusnya dapat dicapai, sehingga akan dapat diketahui tingkat efektivitas dan efisiensi kegiatan yang telah dilaksanakan; untuk selanjutnya dapat segera diambil langkah-langkah guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan seperti yang dikehendaki.

Komponen selanjutnya yakni agar dalam kegiatan evaluasi mengenai suatu program pemberdayaan masyarakat dapat berjalan secara maksimal diperlukan suatu kualifikasi evaluasi yang baik, yang meliputi:

- Memiliki tujuan yang jelas dan spesifik
Maksudnya adalah bahwa tujuan dari diadakannya kegiatan evaluasi mengenai suatu program pemberdayaan harus mudah dipahami oleh setiap orang dan tidak menimbulkan kesalahan arti dalam pemahamannya. Selain itu, tujuannya juga harus spesifik sehingga jelas apa yang harus dievaluasi dan bagaimana pengukurannya.
- Mengutamakan instrument yang tepat dan teliti
Dalam penggunaan alat ukur untuk mendukung pelaksanaan kegiatan evaluasi harus benar-benar mampu mengukur yang seharusnya diukur. Selain itu, sebuah alat ukur yang digunakan hendaknya mampu memberikan hasil yang sama ketika digunakan untuk jenis masyarakat yang beraneka ragam.
- Memberikan gambaran yang jelas tentang perubahan perilaku penerima manfaatnya.

Kegiatan pemberdayaan memiliki tujuan merubah perilaku masyarakat penerima manfaat. Karenanya, hasil dari kegiatan evaluasi harus mampu memberikan gambaran tentang perubahan perilaku yang terjadi atau dialami oleh masyarakat dalam hal penerima manfaatnya, baik yang mengenai pengetahuan, sikap, dan ketrampilannya. Evaluasi harus praktis, praktis dapat diartikan mampu dilaksanakan oleh pelaksananya, sesuai dengan pengetahuan, kemampuan, dan ketrampilan yang dimiliki, hak atau kewenangan pelaksana evaluasi, dan tersedianya sumber daya baik dalam pendanaan, perlengkapan, dan waktu yang disediakan. Dengan demikian penting kiranya dalam memilih jenis evaluasi yang sesuai dengan program pemberdayaan yang akan dievaluasi, serta memperhatikan segala komponen pendukungnya agar dalam pelaksanaannya dapat berjalan secara maksimal. Sehingga hasil yang didapatkan dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat dalam suatu kegiatan pemberdayaan masyarakat (Sugiarto, 2018: 5-10).

5. Indikator Keberhasilan Program Pemberdayaan Masyarakat

Kriteria dan Indikator Pelaksanaan program/kegiatan Pemberdayaan Masyarakat memang tidak semudah yang dibayangkan, kegiatan ini perlu terus disempurnakan baik dari mulai tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan/implementasi, sampai pada tahap monitoring dan evaluasi kegiatan. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk dapat menilaikeberhasilan pengelolaan pemberdayaan masyarakat yaitu ”dari kelangsungan unit usaha/kegiatan kelompok setelah program pemberdayaan dihentikan atau dari kesanggupan masyarakat melanjutkan unit usaha/kelompok dalam mengembalikan/ mengembangkan modal usaha”. Apabila unit usaha/kelompok masyarakat tidak berjalan atau masyarakat -

tidak sanggup untuk melanjutkan usaha/mengembalikan kredit setelah program pemberdayaan selesai, maka program pemberdayaan masyarakat dinilai “tidak berhasil” atau “Gagal”, sebaliknya apabila unit usaha/kelompok masyarakat masih dapat berlanjut atau masyarakat sanggup melanjutkan unit usaha/mengembalikan bantuan kredit setelah program pemberdayaan dihentikan, maka program pemberdayaan tersebut dinilai “berhasil”.

Selanjutnya indikator dari keberhasilan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan dapat dicirikan sebagai berikut :

- Meningkatnya jumlah warga yang secara nyata tertarik untuk hadir dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan.
- Meningkatnya frekuensi kehadiran tiap warga pada pelaksanaan setiap jenis kegiatan.
- Meningkatnya kemudahan penyelenggaraan program untuk memperoleh pertimbangan atau persetujuan warga atas ide baru yang dikemukakan.
- Meningkatnya kuantitas dan kualitas serta jenis ide yang dikemukakan oleh masyarakat yang ditujukan untuk kelancaran pelaksanaan program pengendalian.
- Meningkatnya jumlah dana yang dapat digali dari masyarakat untuk menunjang pelaksanaan program kegiatan.
- Meningkatnya intensitas kegiatan petugas dalam pengendalian masalah.
- Meningkatnya kapasitas skala partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan.
- Terbukanya peluang usaha, kesempatan kerja dan pasar bagi masyarakat.
- Meningkatnya kemampuan dan kemandirian masyarakat.
- Meningkatnya perekonomian pedesaan.

- Meningkatnya frekuensi kehadiran tiap warga pada pelaksanaan setiap jenis kegiatan.
- Terbentuknya para motivator yang memahami, mempunyai afeksi, dan terampil dalam pemberdayaan masyarakat local
- Tertransformasinya kesadaran, komitmen, kemauan, pengetahuan,
- keterampilan dan afeksi motivator terhadap para pejabat di lingkungan
- pemerintahan kecamatan/ dan desa/ dan kelurahan maupun para tokoh
- pembangunan masyarakat sekitar.
- Tergerakkan/ termobilisasinya komunitas lokal untuk berpartisipasi dalam
- pembangunan masyarakat luas sesuai dengan data, fakta lapangan dan
- analisis kebutuhan lokal di lapangan.

Untuk dapat menilai keberhasilan ataupun kegagalan suatu kegiatan (termasuk pemberdayaan masyarakat) memang tidak dapat hanya melihat dari satu sisi saja. Masih banyak faktor yang harus diperhatikan, termasuk diantaranya karakteristik masing-masing wilayah dengan keberagaman kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan juga merupakan salah satu faktor kunci yang perlu diperhatikan (Sugiarto, 2018:10-12).

C. KESIMPULAN

Monitoring adalah proses melihat dan memikirkan kembali secara menyeluruh yang dilakukan terus menerus atau berkala oleh berbagai pihak untuk mengetahui perkembangan dari sebuah pekerjaan atau program. Evaluasi adalah

penilaian/analisa tingkat keberhasilan pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat dari perencanaan yang telah diprogramkan. Prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi yaitu partisipatif, transparan, tanggung gugat, kesetaraan, kejujuran, berjiwa besar, keterpaduan, fleksibel, dan kesepakatan. Dalam penyusunan monitoring dan evaluasi program pemberdayaan terdapat beberapa tahap, meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan. Evaluasi perlu dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh kegiatan-kegiatan yang telah berjalan sesuai atau menyimpang dari pedoman yang ditetapkan. Indikator dari keberhasilan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan dapat dicirikan, diantaranya meningkatnya jumlah dan frekuensi warga untuk hadir dalam kegiatan, meningkatnya jumlah dana yang dapat digali, meningkatnya hasil capaian, dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jenderal PHKA.2008. *Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat di Sekitar Kawasan Konservasi*.
- Mardikanto, Totok. 2011. *Metoda Penelitian dan Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat*. Surakarta: Program Studi Penyuluh Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat. Program Pascasarjana UNS-Solo.
- Ma'ruf, A. (2000). Arti Penting Evaluasi dan Monitoring pada Program Pemberdayaan Masyarakat. *Jurnal Aplikasi Ilmu-ilmu Agama*, Vol. 1, No. 1 Desember 2000:100-106.
- Soetomo. 2013. *Pemberdayaan Masyarakat: Mungkinkah Muncul Antitesisnya?*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiarto, S. (2018). Monitoring dan Evaluasi dalam Program Pemberdayaan. [http://docplayer.info/66229163-Bab-i-
pendahuluan-1-monitoring-dan-evaluasi-dalam-program-
pemberdayaan.html](http://docplayer.info/66229163-Bab-i-pendahuluan-1-monitoring-dan-evaluasi-dalam-program-pemberdayaan.html) di download 25 Mei 2021.
- Tjiptono, F, dan Diana, A. (2003). *Total Quality Management*. Edisi Revisi. Yogyakarta: Andi Offset.

PROFIL PENULIS



Penulis, **Triwik Sri Mulati, M.Mid.**, bersekolah di SDN Dagen 1, SMPN 1 Karanganyar, SMAN 5 Surakarta, Akademi Keperawatan Patria Husada Surakarta dan pendidikan terakhir di Australian Catholic University pada Program Master Midwifery (Master Kebidanan). Anak pertama dari 4 bersaudara dari orangtua dan keluarga

Kristiani, memiliki suami seorang tenaga kesehatan dan memiliki 2 orang putra yang bersekolah di SMP dan SMK Jurusan Animasi. Beralamatkan di Klaten Selatan, memiliki hobby membaca dan menulis, dan bercita-cita menulis buku kebidanan dan novel fiksi yang menginspirasi.

Dari tahun 2003 – sekarang menjadi dosen pada mahasiswa bidan di Poltekkes Kemenkes Surakarta Jurusan Kebidanan Prodi DIII Kebidanan, Sarjana Terapan Kebidanan dan Profesi.

BAB XII

KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN MASYARAKAT

Firdausi Ramadhani

Promosi kesehatan bertujuan untuk menyampaikan pesan tentang kesehatan. Tujuan promosi kesehatan agar masyarakat memiliki informasi tentang kesehatan dan pencegahannya, sehingga masyarakat dapat menerapkan perilaku hidup sehat. Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial-budaya, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan.(Mubarak, W.I., Chayatin, N., Rozikin 2007)

Promosi kesehatan adalah investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan, dan juga memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat. Promosi kesehatan memberikan hasil positif yang berbeda dibandingkan upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan bagi masyarakat dalam kesehatan. Promosi kesehatan perlu disosialisasikan dan harus menjadi tanggung jawab lintas sektor. (Triana Indrayani, S. ST., M. Kes 2020). Promosi kesehatan pada

prinsipnya merupakan upaya dalam meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran untuk masyarakat agar mereka dapat secara mandiri menolong diri sendiri, sesuai dengan kondisi yang ada. Berbagai konsep promosi kesehatan dalam rangka menyampaikan informasi serta menumbuhkan kesadaran masyarakat. Penyebaran informasi terkait kesehatan perlu terus dilakukan untuk peningkatan kualitas kesehatan dan menjalani gaya hidup sehat. Dalam rangka pelaksanaan promosi kesehatan terdapat beberapa kegiatan yang dapat dilakukan untuk memberikan pelayanan pada masyarakat. Pada tahun 1996 pemerintah telah menggalakan promosi kesehatan kepada masyarakat melalui Program Perilaku Hidup Sehat (PHBS), yang merupakan program untuk merubah perilaku yang dilakukan seseorang untuk selalu memperhatikan kebersihan, kesehatan dan berperilaku sehat.

A. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Notoatmodjo (2007) menguraikan bahwa terdapat 3 strategi dalam promosi kesehatan, yaitu :

1. Advokasi (*advocacy*)

Kegiatan ini ditujukan pada kelompok pengambil kebijakan. Sebagai upaya kepedulian dibidang kesehatan maka perlu dilakukan advokasi terhadap kesehatan. Advokasi merupakan usaha orang-orang yang bergerak di bidang kesehatan untuk mempengaruhi para pembuat kebijakan agar lebih memperhatikan masalah kesehatan. Dengan adanya advokasi diharapkan para pembuat kebijakan membuat peraturan yang berpihak pada kesehatan. Bentuk kegiatan advokasi adalah lobbying, pendekatan atau pembicaraan, baik formla maupun informal, seminar dan sebagainya.

2. Dukungan social (*Social Support*)

Tujuan dari kegiatan ini agar setiap program keehatan memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat, tokoh agama atau tokoh adat. Selanjutnya diharapkan dapat menjembatani antara para pembuat program dengan masyarakat. Bentuk kegiatan ini bisa memberikan penyuluhan, pelatihan, lokakarya dan sebagainya.

3. Pemberdayaan Masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan lebih kepada untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dan mau memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Kegiatan ini dapat lebih kepada kegiatan penggerakan masyarakat untuk kesehatan. Dengan pemberdayaan masyarakat, diharapkan masyarakat dapat berperan aktif atau berpartisipasi dalam setiap kegiatan.

B. PROMOSI KESEHATAN BERDASARKAN KELOMPOK SASARAN

Pelaksanaan promosi kesehatan memiliki tiga kelompok sasaran, yaitu sasaran primer, sekunder dan tersier. (Maulana 2009)

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Sasaran primer kesehatan antara lain orang yang sakit (pasien), masyarakat pada umumnya yang masih sehat dan keluarga. Mereka diharapkan dapat merubah perilaku hidup

yang tidak sehat serta menjadi perilaku yang sehat. Namun merubah perilaku bukanlah hal yang mudah. Perubahan perilaku membutuhkan keteladanan dari para tokoh masyarakat. Perubahan perilaku akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh system nilai, norma social maupun norma hukum yang dibuat oleh tokoh masyarakat.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Sasaran sekunder adalah orang-orang atau tokoh-tokoh yang memiliki pengaruh penting dalam masyarakat. Misalnya tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh lainnya. Sasaran sekunder dalam promosi kesehatan merupakan hal yang penting. Mereka merupakan panutan masyarakat. Perilakunya akan menjadi contoh masyarakat. Sehingga mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan perilaku yang sehat serta mempraktikkan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari. Selanjutnya mereka dapat menyampaikan pada masyarakat lain dilingkungannya.

3. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Sasaran tersier adalah kelompok para pembuat keputusan atau penentu kebijakan, baik tingkat daerah sampai tingkat pusat. Dalam melaksanakan perilaku hidup sehat diperlukan sarana dan prasarana. Untuk itu diperlukan dukungan dari para penentu kebijakan, misalnya lurah, camat, bupati atau pejabat pemerintah lainnya. Kebijakan yang dikeluarkan dapat berupa undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Terbentuknya kebijakan atau undang-undang, diharapkan masyarakat dapat berdampak pada masyarakat agar dapat meningkatkan perilaku sehat pada masyarakat.

C. PROMOSI KESEHATAN BERDASARKAN RUANG LINGKUP ASPEK KESEHATAN

Menurut Notoatmodjo (2007) ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan secara garis besar terdapat dua jenis pelayanan, yaitu :

1. Pelayanan preventif dan promotive.

Merupakan pelayanan yang ditujukan pada kelompok masyarakat yang sehat. Tujuannya adalah agar mereka tetap sehat serta terus meningkatkan status kesehatannya. Pelayanan ini dilakukan oleh para profesi kesehatan masyarakat.

2. Pelayanan kuratif dan rehabilitative.

Merupakan pelayanan yang ditujukan pada kelompok masyarakat yang sudah sakit. Tujuannya agar kelompok ini sakitnya tidak bertambah parah, pulih dan sembuh dari sakitnya. Pelayanan ini dilakukan oleh profesi kedokteran.

Berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan ini, promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

1. Aspek promotive
2. Aspek preventif
3. Aspek kuratif
4. Aspek rehabilitative

a. Promosi kesehatan pada tingkat promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang yang sehat. Tujuannya agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya. Apabila kelompok ini tidak memperoleh promosi kesehatan bagaimana memelihara kesehatan, maka kelompok ini akan

menurun jumlahnya, dan kelompok orang yang sakit akan meningkat.

b. Promosi kesehatan pada tingkat preventif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat, tetapi berisiko tinggi mengalami sakit, misalnya ibu hamil, ibu menyusui, para perokok, masyarakat dengan status obesitas, para Pekerja Seks Komersial. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi terkena sakit (*primary prevention*).

c. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang yang sakit atau para penderita penyakit (pasien). Tujuan promosi kesehatan ini adalah agar mereka mampu mencegah penyakit supaya tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*). Adapun contoh para penderita penyakit yang menjadi sasaran kelompok ini adalah para pasien penderita penyakit kronik seperti asma, diabetes melitus, tubercolusis, hipertensi, dan sebagainya.

d. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kesehatan mereka segera pulih kembali serta mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (*tertiary prevention*).

D. PROMOSI KESEHATAN BERDASARKAN TATANAN PELAKSANAAN

Menurut Notoatmodjo (2007) ruang lingkup pelayanan promosi kesehatan berdasarkan tatanan adalah Tatanan Rumah Tangga, Tatanan Sekolah, Tatanan Tempat Kerja, Tatanan Tempat – tempat Umum, Tatanan Institusi Pelayanan Kesehatan.

1. Tatanan Rumah Tangga

Sasaran utama pada tatanan keluarga adalah orang tua, terutama ibu yang berperan dalam keluarga sejak anak lahir. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Agar perilaku sehat masyarakat tercapai, maka harus dimulai dari keluarga. Keluarga diharapkan memberikan edukasi pada anak tentang perilaku sehat. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2017) bahwa ada perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan informasi pada ibu-ibu tentang PHBS tatanan Rumah Tangga. Begitu juga menurut Ambarwati and Rahmawati (2020), Bahwa terjadi peningkatan pengetahuan tentang alat kontrasepsi KB Wanita usia subur di Kecamatan Pajanan, Kabupaten Bantul Tatanan Sekolah.

Promosi kesehatan di sekolah merupakan suatu upaya menciptakan sekolah menjadi komunitas yang mampu meningkatkan derajat kesehatan Depkes RI. (2008) Tujuan promosi sekolah adalah :

- a. Untuk menciptakan siswa, guru serta masyarakat lingkungan sekolah untuk menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- b. Terciptanya lingkungan sekolah yang bersih dan sehat sehingga nyaman bagi masyarakat anggota lingkungan sekolah.

- c. Meningkatkan Pendidikan di sekolah.
- d. Terciptanya pelayanan kesehatan di sekolah sehingga bisa dimanfaatkan dengan baik.
- e. Adanya kebijakan dari sekolah untuk mempromosikan kesehatan.

Usia sekolah merupakan usia yang baik untuk mendapatkan informasi dan pemahaman tentang PHBS. Sehingga promosi kesehatan merupakan langkah yang strategis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian Yulinda and Fitriyah (2018) bahwa setelah mendapatkan sosialisasi, terdapat peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap dari remaja putri di SMK Negeri 5 Surabaya mengenai cara pencegahan kanker payudara dengan deteksi dini SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri). Penelitian lain juga menemukan bahwa ada peningkatan pengetahuan dan sikap tentang bahaya merokok setelah dan sebelum diberikan penyuluhan pada siswa SLTPN 13 Kota Tangerang Novriyanti, Bambang, and Mary (2019)

2. Tatanan Tempat Kerja

Menerapkan promosi kesehatan di tempat kerja bisa memberikan dampak positif terhadap lingkungan kerja dan masyarakat. Dengan menerapkan promosi kesehatan di tempat kerja, akan dapat meningkatkan produktivitas kerja serta menciptakan lingkungan kerja yang sehat. Secara garis besar, promosi kesehatan di tempat kerja adalah harus bisa memberikan perlindungan individu, baik di dalam maupun diluar lingkungan tempat kerja agar tercipta proses kesehatan secara berkelanjutan.

Tujuan Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja antara lain :

- a. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja
- b. Menurunkan angka absensi tenaga kerja

- c. Mengurangi angka penyakit baik dalam lingkungan kerja atau diluar lingkungan kerja
- d. Menciptakan lingkungan kerja yang sehat.

Sebagai sebuah program promosi kesehatan di tempat kerja dengan target orang dewasa; beberapa poin seperti manfaat konsumsi ikan yang dapat mencegah penuaan dini dan melemahnya ingatan serta menjaga kesehatan penglihatan dapat diutamakan. Kini ada berbagai jenis media promosi kesehatan yang dimanfaatkan untuk menyebar informasi dan menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang meningkatkan kualitas kesehatan. Dengan Promosi kesehatan di tempat kerja diharapkan pimpinan dapat memberikan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung perilaku hidup sehat. Misalnya tersedianya kantin sehat, tersedianya fasilitas MCK dengan air bersih, tempat pembuangan kotoran dan sebagainya. Selain itu pimpinan juga berperan agar mengingatkan para pekerja untuk selalu mau dan sadar menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan jenis pekerjaannya. Berdasarkan hasil penelitian Zahtamal et al. (2015) bahwa promosi kesehatan ditempat kerja dapat meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan sikap dalam menjaga kesehatan diri.

3. Tatanan Tempat-Tempat Umum

Tempat umum adalah sarana yang digunakan oleh masyarakat, misalnya pasar, tempat beribadah, terminal, rumah makan atau kendaraan umum. Promosi kesehatan di tempat umum dapat dilakukan dengan cara menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat orang-orang yang datangberkumpul di tempat tersebut. Di tempat umum tersebut masyarakat dihimbau agar menggunakan air bersih, membuang sampah pada tempatnya, menggunakan jamban, serta tidak -

meludah sembarangan. Untuk dikendaraan umum juga dihimbau agar tidak merokok dan di rumah makan maka semua jenis makanan hendaklah ditutup.

4. Tatanan Institusi Pelayanan Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan di institusi pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara individual maupun berkelompok. Promosi di institusi pelayanan kesehatan dapat ditujukan kepada para pasien maupun keluarga pasien. Adapun yang termasuk dalam institusi pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, tempat praktik dokter, dan lain-lain.

E. PROMOSI KESEHATAN BERDASARKAN TINGKAT PELAYANAN

Menurut Leavel and Clark dikutip dari Notoatmodjo (2007) berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan, Promosi Kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) terdiri dari :

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)
2. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)
3. Diagnosis dan Pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)
4. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)
5. Rehabilitas (*Rehabilitation*)

- Promosi Kesehatan (*Health promotion*)

Promosi kesehatan merupakan tahap pertama dalam upaya pencegahan suatu penyakit. Telah dijelaskan sebelumnya, bahwa promosi kesehatan adalah pemberian informasi kesehatan agar masyarakat mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya. Tujuannya agar masyarakat mau merubah perilakunya yang tidak sehat menjadi sehat. Dalam tingkat ini promosi kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan higiene perorangan dan sebagainya.

- Perlindungan Khusus (*Specific protection*)

Tahap kedua yaitu perlindungan khusus (*Specific protection*), yaitu perlindungan yang diberikan pada orang-orang atau masyarakat yang berisiko. Perlindungan ini dimaksudkan agar kelompok tersebut terhindar atau dapat bertahan dari serangan suatu penyakit.

Di Indonesia perlindungan khusus diberikan dalam bentuk imunisasi. Promosi kesehatan tentang imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini, sangat diperlukan karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.

- Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Tahap ketiga dari Five Level Prevention adalah diagnosis dini dan pengobatan segera atau pengobatan yang cepat dan tepat. Tahap ini sasarannya baik orang yang sehat maupun orang yang telah jatuh sakit. Tujuannya agar dapat melakukan identifikasi kesehatan dalam tubuh seseorang dan untuk yang sakit agar sesakit segera diidentifikasi serta dan diberikan pengobatan yang cepat dan

tepat. Namun dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan penyakit, maka sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau di periksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat di perlukan pada tahap ini. Diagnosis dini pada yang sehat dapat dilakukan dengan melakukan pap smear, pemeriksaan IVA sebagai cara melakukan deteksi dini penyakit kanker.

- Pembatasan cacat (*Disability limitation*)

Tujuan dari tahap ini agar orang yang sudah sakit tidak semakin parah sehingga menimbulkan kecacatan atau bahkan ,emgakibatkan kematian. Namun kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya hingga tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Sehingga promosi kesehatan juga diperlukan pada tahap ini. Misalnya pengobatan bagi penderita kusta, yang jika tidak dilakukan secara tuntas maka akan menimbulkan kecacatan.

- Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Rehabilitasi merupakan perbaikan anggota tubuh yang cacat pada seseorang agar menjadi lebih baik, wehingga menjadi seseorang yang berguna dan memiliki tempat dalam masyarakat. Rehabilitasi merupakan tahap pemulihan yang ditujukan pada kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan hingga mereka benar-benar pulih sehingga dapat beraktifitas dan produktif. Oleh karena itu untuk memulihkan cacatnya tersebut

kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Namun karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tidak mau atau segan melakukan latihan-latihan yang di anjurkan. Di samping itu, orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Promosi kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat.

F. UNDANG-UNDANG KESEHATAN NOMOR 36 TAHUN 2009

Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 sebagai wujud upaya pemerintah dalam mengimplementasikan Promosi Kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan bagi setiap manusia untuk dapat hidup secara layak. Masalah kesehatan di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009. Upaya kesehatan oleh pemerintah diatur dalam Bab VI Pasal 46-51 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 yang menjelaskan bahwa Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit peningkatan kesehatan pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. (Negara RI 2009).

Menurut Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, tujuan pelayanan kesehatan adalah meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan bertujuan untuk menyembuhkan penyakit

dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga. Sedangkan tujuan pelayanan kesehatan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

Menurut pasal 46 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, bahwa jenis upaya kesehatan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. (UU No:36/ 2009;18). Oleh pemerintah penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut dilaksanakan melalui kegiatan antara lain :

1. Pelayanan kesehatan.
2. Pelayanan keehatan tradisional.
3. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.
4. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
5. Kesehatan reproduksi.
6. Keluarga berencana
7. Kesehatan sekolah
8. Kesehatan olah raga.
9. Pelayanan kesehatan pasca bencana
10. Pelayanan darah.
11. Kesehatan gigi dan mulut.
12. Penanggulangan gangguan penglihatan dan pendengaran.
13. Kesehatan matra.
14. Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan.
15. Pengamanan makanan dan minuman.
16. Pengamanan zat adiktif.
17. Bedah mayat.

Pasal 46 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 juga menyebutkan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan

yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan perseorangan merupakan kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. Upaya kesehatan perseorangan ini dilakukan dengan :

1. Pelayanan pemeriksaan kesehatan umum.
2. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
3. Pelayanan kesehatan ibu dan anak.
4. Pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
5. Pelayanan gizi.
6. Pelayanan rawat inap.
7. Pelayanan farmasi.
8. Pelayanan laboratorium.
9. Pelayanan psikologi.
10. Pelayanan fisioterapi.

Upaya kesehatan masyarakat merupakan kegiatan pelayanan yang diberikan masyarakat secara komprehensif yang berfokus pada upaya pencegahan dan promosi kesehatan masyarakat. Upaya ini terdiri dari:

1. Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.
2. Upaya perbaikan gizi masyarakat.
3. Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.
4. Upaya kesehatan lingkungan.
5. Upaya promosi kesehatan.
6. Upaya kesehatan untuk orang lanjut usia.
7. Upaya kesehatan remaja.
8. Upaya kesehatan jiwa.
9. Upaya kesehatan sekolah.

Menurut Pasal 52 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, menyebutkan bahwa jenis pelayanan kesehatan terdiri atas pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Upaya-upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dalam bentuk kegiatan melalui pendekatan promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Upaya kesehatan promotive merupakan kegiatan yang bertujuan agar seseorang atau masyarakat mampu dan mau meningkatkan kesehatannya. Adapun upaya kesehatan promotive dilakukan dalam bentuk memberikan penyuluhan tentang kesehatan secara umum, memberikan penyuluhan tentang pentingnya imunisasi dan manfaat gizi bagi pertumbuhan, memberikan informasi tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat, dan pemberian informasi tentang pentingnya aktifitas fisik (olah raga). Sedangkan upaya kesehatan preventif adalah kegiatan yang dilakukan untuk mencegah atau menghindari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang mungkin terjadi masa yang akan datang. Misalnya, pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, manfaat pemberian imunisasi serta perlunya pemeriksaan secara rutin dan berkala bagi golongan lanjut usia. Upaya kesehatan kuratif dilakukan untuk penyembuhan terhadap suatu penyakit yang diderita dengan melalui pengobatan. Misalnya pemberian obat atau vitamin tertentu untuk pengobatan penyakit tertentu, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis serta bila perlu melakukan rujukan. Upaya kesehatan rehabilitative merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memelihara kondisi kesehatan penderita yang baru sembuh dari sakitnya agar dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya secara normal. Misalnya, pemulihan keadaan pasca sakit dengan dilakukan latihan fisik secara tepat dan teratur pemberian konseling psikologi, pemenuhan gizi pada ibu pasca melahirkan.

Selain dari keempat pendekatan tersebut, juga disebutkan adanya pendekatan pelayanan kesehatan tradisional, yaitu pengobatan atau

perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan ketrampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Pemerintah pusat maupun pemerintah daerah mempunyai tanggung jawab untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara aman, bermutu, merata dan tidak diskriminatif. Selain itu, standar mutu pelayanan kesehatan juga wajib ditetapkan oleh pemerintah, baik dari pusat maupun daerah.

G. PROMOSI KESEHATAN DI MASA PANDEMI COVID-19

Di masa pandemi Covid-19, promosi kesehatan yang dilakukan pemerintah maupun berbagai fasilitas kesehatan merupakan hal yang penting. Masyarakat perlu mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya, mengingat virus SARS-CoV 1 penyebab Covid-19 merupakan jenis virus yang relatif baru. Masih ada banyak fakta di baliknya yang belum diketahui. Lewat promosi kesehatan yang baik, masyarakat dapat mengetahui cara mencegah penyebaran virus ini. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan berkorelasi dengan perilaku pencegahan Covid-19.(Ramadhani & Nuryani 2020). Sehingga dengan adanya promosi kesehatan tentang Covid-19, diharapkan pengetahuan masyarakat akan meningkat.

Gugus Tugas percepatan Penanganan Covid-19 merumuskan pencegahan Virus Corona dengan dua level, yaitu

1. Pencegahan Level Individu, terdiri dari :
 - a. Mencuci tangan lebih sering dengan sabun dan air setidaknya 20 detik atau menggunakan *hand sanitizer*, serta mandi atau mencuci muka jika memungkinkan, sesampainya rumah atau di tempat bekerja, setelah

membersihkan kotoran hidung, batuk atau bersin dan ketika makan atau mengantarkan makanan.

- b. Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci
- c. Jangan berjabat tangan
- d. Hindari interaksi fisik dekat dengan orang yang memiliki gejala sakit
- e. Tutupi mulut saat batuk dan bersin dengan lengan atas dan ketiak atau dengan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan
- f. Segera mengganti baju/mandi sesampainya di rumah setelah berpergian
- g. Bersihkan dan berikan desinfektan secara berkala pada benda-benda yang sering disentuh dan pada permukaan rumah dan perabot (meja, kursi, dan lain- lain), gagang pintu, dan lain-lain.

Selain itu juga dengan melakukan Peningkatan Imunitas Diri dan Mengendalikan Komorbid Dalam melawan penyakit Covid-19, menjaga sistem imunitas diri merupakan hal yang penting, terutama untuk mengendalikan penyakit penyerta (komorbid). Terdapat beberapa hal yang dapat meningkatkan imunitas diri pada orang yang terpapar Covid- 19, yaitu sebagai berikut:

- a. Konsumsi gizi seimbang
- b. Aktifitas fisik/senam ringan
- c. Istirahat cukup
- d. Suplemen vitamin
- e. Tidak merokok
- f. Mengendalikan komorbid (misal diabetes mellitus, hipertensi, kanker).

2. Pencegahan Level Masyarakat, dengan melakukan pembatasan interaksi fisik (*Physical contact/physical distancing*), yaitu :
- a. Tidak berdekatan atau berkumpul di keramaian atau tempat-tempat umum, jika terpaksa berada di tempat umum gunakanlah masker.
 - b. Tidak menyelenggarakan kegiatan/pertemuan yang melibatkan banyak peserta (*mass gathering*).
 - c. Hindari melakukan perjalanan baik ke luar kota atau luar negeri.
 - d. Hindari berpergian ke tempat-tempat wisata.
 - e. Mengurangi berkunjung ke rumah kerabat / teman / saudara dan mengurangi menerima kunjungan/tamu.
 - f. Mengurangi frekuensi belanja dan pergi berbelanja. saat benar-benar butuh, usahakan bukan pada jam ramai.
 - g. Menerapkan *Work From Home* (WFH)
 - h. Jaga jarak dengan orang lain minimal 1 meter (saat mengantri, duduk di bus/kereta).
 - i. Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain sendiri di rumah.
 - j. Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah.

Dalam masa pandemi ini, tujuan promosi kesehatan pada dasarnya sama, yakni membuat masyarakat sadar akan pentingnya pola hidup sehat dan selalu mematuhi protokol kesehatan. Lewat promosi kesehatan, pemerintah juga dapat selalu memperbarui informasi tentang Covid-19 bagi publik dengan harapan masyarakat kian waspada dan tidak menyepelekan dampak virus ini bagi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny Retna, and Isabela Rahmawati. 2020. "Promosi Kesehatan Tentang Keluarga Berencana Pada Wanita Usia Subur Sebagai Upaya Awal Untuk Mewujudkan Keluarga Berkualitas." *Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia* 3(1): 293–99.
- Damayanti, Ria. 2017. "Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap... X." *Jurnal Promosi Promosi Kesehatan Indonesia* 12: 1–12.
- Depkes RI. 2008. *Promosi Kesehatan Di Sekolah*. Jakarta: Depkes RI.
- Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. 2020. Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Kesehatan Masyarakat COVID-19 di Indonesia. Jakarta
- Maulana, Heri D. J.. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W.I., Chayatin, N., Rozikin, K. & Supradi. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Negara RI. 2009. "Undang-Undang Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009." : 12–42.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novriyanti, Happy, Purwadi Bambang, and Setiaji Mary. 2019. "Efektifitas Media Promosi Kesehatan Di Sekolah Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Tentang Merokok Pada Siswa Kelas VII Di SLTPN 13 Kota Tangerang." *Jurnal Kesehatan Indra Husada* 7: 11–23.
- Ramadhani & Nuryani. 2020. "Pengetahuan Berkorelasi Positif Dengan Perilaku Pencegahan Covid–19 Pada Mahasiswa Di Gorontalo." *Jurnal Ilmiah dan Kesehatan* 2(3): 108–17.
- Triana Indrayani, S. ST., M. Kes, Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar. 2020. "Promosi Kesehatan Untuk Bidan." In . Cv. Aa. Rizky.

- Yulinda, Arif, and Nurul Fitriyah. 2018. "Audiovisual Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Sadari Di Smkn 5 Surabaya the Effectiveness of Health Educaton With Lecture and Audiovisual Methods To Improve Knowledge and Attitude About Bse in Smkn 5 Surabaya." *Jurnal promkes* 6(2): 116–28.
- Zahtamal, Zahtamal, Wasilah Rochmah, Yayi Suryo Prabandari, and Lientje K Setyawati. 2015. "Pengaruh Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja Secara Multilevel Terhadap Perilaku Pekerja Dengan Sindroma Metabolik." *Buletin Penelitian Kesehatan* 43(3).

PROFIL PENULIS



Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes adalah Staff Dosendi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo. Menempuh pendidikan awal di Fakultas Psikologi, Program Magister Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makasar dan Program Doktor di Universitas Airlangga Surabaya. Pengampuh Mata Kuliah Psikologi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Komunikasi Kesehatan. Pernah menjabat sebagai Kepala Laboratorium Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo, Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo dan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo