



ILMU

KESEHATAN

MASYARAKAT

Teori dan Aplikasi

Di Susun oleh :

**Donny Aditia, Putu Erma Pradnyani, Fajar Kurniawan, Dela Aristi,
Indrayadi, Ani Triana, Sarman, Siti Mirhalina Hasibuan,
Rr. Nindya Mayangsari, Yusriani**

Editor : Fitri Yuniarti

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT TEORI DAN APLIKASI

Penulis

Donny Aditia | Putu Erma Pradnyani | Fajar Kurniawan | Dela Aristi
Indrayadi | Ani Triana | Sarman | Siti Mirhalina Hasibuan
Rr. Nindya Mayangsari | Yusriani

Editor

Fitri Yuniarti



PENERBIT
WIYATA BESTARI SAMASTA
www.penerbit.wbs-indonesia.com

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT : TEORI DAN APLIKASI
v +129 hlm.; 18,2 x 25,7 cm

ISBN : 978-623-8083-49-7
Penulis : Donny Aditia, Putu Erma Pradnyani, Fajar Kurniawan, Dela Aristi Indrayadi, Ani Triana, Sarman, Siti Mirhalina Hasibuan, Rr. Nindya Mayangsari, Yusriani
Editor : Fitri Yuniarti
Tata Letak : Andi Nori Saputra
Desain Sampul : Asep Ahmad Mausul
Cetakan 2 : Juli 2023

Copyright © 2023 by WIYATA BESTARI SAMASTA
All rights reserved

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang No 19 Tahun 2002.

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektrik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan

WIYATA BESTARI SAMASTA
Anggota IKAPI:
No. 463/ Anggota Luar Biasa/JBA/2023
Alamat: Jl. Sumadinata No. 128, Kel. Adhidarma, Kec. Gunung Jati, Kab. Cirebon Provinsi Jawa Barat
e-mail: wbsamasta@gmail.com
Web: <https://penerbit.wbs-indonesia.com/>

KATA PENGANTAR

Buku ini merupakan simbol semangat intelektual dalam mengkaji tentang ilmu kesehatan masyarakat : teori dan aplikasi yang terbit pada tahun 2023. Kontributor dari buku ini adalah para peneliti dan dosen dari berbagai kampus di Indonesia. Mereka memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda. Penulisan buku ini dilandasi atas pentingnya update penelitian terbaru tentang kajian ilmu kesehatan masyarakat yang menjadi isu dan problematika saat ini.

Buku ini terdiri dari 10 artikel yang dimasukkan ke dalam 10 bab di dalam buku ini. Upaya penyusunan buku ini dilakukan untuk mendokumentasikan karya-karya yang dihasilkan para penulis sehingga dapat bermanfaat bagi pembaca secara lebih luas.

Sebagai penutup, tiada gading yang tak retak. Tentunya banyak kekurangan dalam penyusunan buku ini sehingga kritik dan masukan selalu diperlukan bagi pengembangan studi ilmu kesehatan baik secara teori maupun implementasinya. Hal-hal yang besar tentunya berawal dari yang sederhana.

Terakhir, kami berharap buku ini dapat dalam memahami pentingnya kesehatan reproduksi dan mendorong untuk mengambil langkah-langkah yang tepat untuk merawat diri sendiri dan orang-orang terkasih. Semoga buku ini memberikan manfaat dan memberi inspirasi untuk hidup dengan sehat dan bahagia.

Cirebon, Juli 2023
Tim Penulis,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
EPIDEMIOLOGI DAN PENYEBARAN PENYAKIT	
Donny Aditia.....	1
PRINSIP-PRINSIP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	
Putu Erma Pradnyani.....	12
SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT	
Fajar Kurniawan	21
PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT	
Dela Aristi.....	46
KEBERSIHAN DAN SANITASI LINGKUNGAN	
Indrayadi	54
KESEHATAN ANAK DAN IBU HAMIL	
Ani Triana.....	67
KESEHATAN LANSIA DAN PELAYANAN KESEHATAN GERIATRI	
Sarman	77
PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI INDONESIA	
Siti Mirhalina Hasibuan.....	101
KESEHATAN LINGKUNGAN MASYARAKAT PERKOTAAN	
Rr. Nindya Mayangsari	110
PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PERAN KOMUNITAS	
Yusriani	116

EPIDEMIOLOGI DAN PENYEBARAN PENYAKIT

Donny Aditia
aditiaenggak@gmail.com

Pendahuluan

Epidemiologi menurut asal kata, berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari 3 kata dasar yaitu *epi* = pada atau tentang, *demos* = penduduk, dan *logos* = ilmu pengetahuan. Sehingga secara garis besar, epidemiologi dapat memberikan gambaran bahwa penyakit dan terjadi pada populasi manusia tidak terdistribusi begitu saja secara acak, namun memiliki oleh faktor penyebab dan factor pencegahan yang dapat diidentifikasi melalui 3 komponen epidemiologi yaitu: 1) frekuensi 2) distribusi dan 3) determinan masalah kesehatan.

Tujuan akhir dari epidemiologi adalah mencegah kejadian penyakit, mengurangi dampak penyakit sehingga dapat meningkatkan status kesehatan populasi masyarakat. Sasaran studi epidemiologi adalah populasi masyarakat, bukan individu dan ini yang membedakan studi epidemiologi dari ilmu kedokteran klinik dan ilmu biomedik yang lebih memusatkan perhatiannya kepada individu, jaringan, atau organ.

Epidemiologi bermanfaat untuk mengkaji serta menjelaskan dampak dari tindakan pengendalian penyakit, program pencegahan, intervensi klinis dan pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau mengkaji dan menjelaskan faktor lain yang mempengaruhi status kesehatan penduduk melalui studi deskriptif serta analitik.

Definisi Epidemiologi

Istilah “epidemiologi” berasal dari Bahasa Yunani yaitu *epi* = pada atau tentang, *demos* = penduduk, dan *logos* = ilmu pengetahuan. Sehingga secara etimologi, epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang penduduk. Pengertian epidemiologi secara umum adalah ilmu yang mempelajari tentang Frekuensi (jumlah), Distribusi (penyebaran) dan Determinan faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan pada penduduk atau masyarakat. Frekuensi adalah besarnya masalah kesehatan pada sekelompok masyarakat (prevalensi, insidens, morbiditas, mortalitas, rekurensi, komplikasi, kecacatan, dll). Distribusi atau

penyebaran adalah pengelompokan masalah kesehatan menurut waktu (*time*), tempat (*place*) dan kelompok manusia (*person*). Sedangkan Determinan adalah faktor yang mempengaruhi atau menyebabkan terjadinya masalah kesehatan (*host - agent - environment*).

Tujuan Epidemiologi

Tujuan epidemiologi secara umum dapat disimpulkan adalah untuk memperoleh data frekuensi, distribusi dan determinan penyakit atau fenomena lain yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Menurut *Lilienfield* dalam buku *Timmreck* (2004) menyatakan bahwa ada tiga tujuan epidemiologi, yaitu:

1. Menjelaskan etiologi atau tentang penyebab satu penyakit atau sekelompok penyakit, kondisi, gangguan, efek, ketidakmampuan, sindrom, atau kematian melalui analisis terhadap data medis dan epidemiologi dengan menggunakan manajemen informasi sekaligus informasi yang berasal dari setiap bidang atau disiplin ilmu.
2. Menentukan apakah data epidemiologi yang ada memang konsisten dengan hipotesis yang diajukan dan dengan pengetahuan, ilmu perilaku, dan ilmu biomedis yang terbaru
3. Memberikan dasar bagi pengembangan langkah-langkah pengendalian dan prosedur pencegahan bagi kelompok dan populasi yang beresiko, dan untuk pengembangan langkah-langkah dan kegiatan kesehatan masyarakat yang diperlukan atau digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan langkah-langkah, kegiatan, dan program intervensi.

Manfaat Epidemiologi

Ada tujuh manfaat epidemiologi dalam bidang kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Mempelajari riwayat penyakit
Ilmu epidemiologi bermanfaat untuk mempelajari tren penyakit untuk memprediksi tren penyakit yang mungkin akan terjadi. Hasil penelitian epidemiologi tersebut dapat digunakan dalam perencanaan pelayanan kesehatan dan kesehatan masyarakat.
2. Diagnosis masyarakat
Epidemiologi memberikan gambaran penyakit, kondisi, cedera, gangguan, ketidakmampuan, defek/cacat apa saja yang

menyebabkan kesakitan, masalah kesehatan, atau kematian di dalam komunitas atau wilayah.

3. Mengkaji risiko yang ada pada setiap individu

Epidemiologi memberikan manfaat gambaran faktor risiko, masalah, dan perilaku apa saja yang mempengaruhi suatu kelompok atau suatu populasi. Setiap kelompok dikaji dengan melakukan pengkajian terhadap faktor risiko dan menggunakan teknik pemeriksaan kesehatan.

4. Pengkajian, evaluasi, dan penelitian

Epidemiologi memberikan manfaat dalam menilai sebaik apa pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan populasi atau kelompok. Epidemiologi juga berguna untuk mengkaji keefektifan, efisiensi, kualitas, kuantitas, akses, ketersediaan layanan untuk mengobati, mengendalikan atau mencegah penyakit cedera, ketidakmampuan atau penyakit.

5. Melengkapi gambaran klinis

Ilmu epidemiologi berguna dalam proses identifikasi dan diagnosis untuk menetapkan bahwa suatu kondisi memang ada atau bahwa seseorang memang menderita penyakit tertentu. Epidemiologi juga berguna untuk menentukan hubungan sebab akibat.

6. Identifikasi sindrom

Dalam hal ini, ilmu epidemiologi membantu dan menyusun dan menetapkan kriteria untuk mendefinisikan sindrom, misalnya: sindrom down, fetal alkohol, kematian mendadak pada bayi.

7. Menentukan penyebab dan sumber penyakit

Temuan epidemiologi memberikan manfaat untuk memungkinkan dilakukannya pengendalian, pencegahan, dan pemusnahan penyebab penyakit, kondisi, cedera, ketidakmampuan dan kematian.

Pola Penyebaran Penyakit

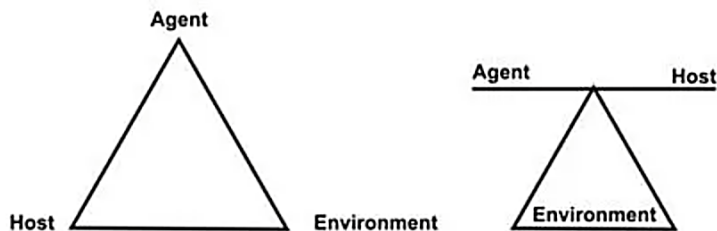
Manfaat epidemiologi dapat digunakan untuk menentukan kebutuhan program pengendalian penyakit, mengembangkan program pencegahan, dan kegiatan perencanaan layanan kesehatan,

serta untuk menetapkan pola penyakit endemi, epidemi, dan pandemi.

1. Endemi adalah berlansungnya suatu penyakit pada tingkatan-tingkatan yang sama atau keberadaan suatu penyakit yang terus-menerus didalam populasi atau wilayah tertentu, prevalensi suatu penyakit yang biasa berlansung disuatu wilayah atau kelompok tertentu.
2. Epidemi adalah wabah atau munculnya penyakit tertentu yang berasal dari satu sumber tunggal, dalam satu kelompok, populasi, masyarakat, atau wilayah yang melebihi tingkatan kebiasaan yang diperkirakan. Terjadi jika kasus baru melebihi prevalensi suatu penyakit.
3. Pandemi adalah epidemi yang menyebar luas melintasi negara, benua, atau populasi yang besar atau kemungkinan seluruh dunia.

Konsep Penyebab Penyakit

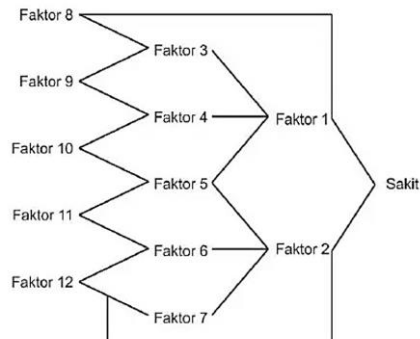
Konsep dasar penyebab penyakit dalam epidemiologi adalah trias epidemiologi atau segitiga epidemiologi yang dapat memberikan gambaran hubungan antara 3 faktor utama yang berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan. Trias Epidemiologi yaitu manusia (*host*), penyebab (*Agent*), dan lingkungan (*environment*). Hubungan interaksi *Host*, *Agent*, dan *Environment* yang menunjukkan keseimbangan dalam bentuk timbangan yang menggambarkan kondisi sehat dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Trias/Segitiga Epidemiologi

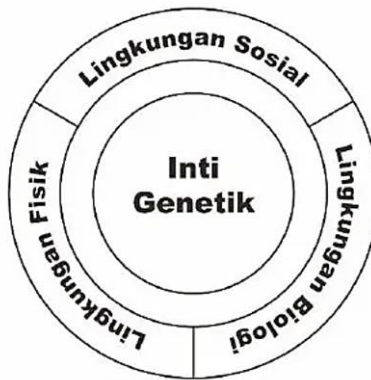
Faktor pejamu (*host*) adalah manusia atau makhluk hidup lainnya yang menjadi tempat terjadinya proses alamiah perkembangan penyakit. Yang ada pada diri pejamu yang dapat mempengaruhi seseorang menjadi sakit seperti umur, jenis kelamin, ras/etnik, bentuk anatomi/faal tubuh, imunologis, tingkah laku atau kebiasaan

hidup, *personal hygiene* dan gaya hidup. Faktor penyebab (*agent*) yaitu: faktor biologis (bakteri, protozoa, fungi dan virus), faktor fisik (radiasi dan trauma), faktor kimiawi (asbes dan cobal), faktor sosial (perilaku dan gaya hidup), faktor psikologis (stress dan tekanan batin). Faktor lingkungan (*environment*) dapat dibedakan menjadi: Lingkungan biologis (kepadatan penduduk, flora dan fauna), lingkungan fisik, (tanah, air, udara, iklim, keadaan geografi dan topografi), sosial ekonomi dan budaya (mata pencaharian, status ekonomi, kepadatan, sistem pelayanan kesehatan, agama, adat istiadat, dan perilaku). Keseimbangan dari segitiga epidemiologi diatas akan mempengaruhi status kesehatan. Berlaku untuk penyakit menular maupun tidak menular. Konsep lain yang menggambarkan penyebab penyakit adalah model jaring-jaring sebab akibat (*the web of causation*) dan model roda (*the wheel*).



Gambar 3. Model *the web of causation*

Suatu penyakit tidak bergantung pada satu sebab yang berdiri sendiri melainkan sebagai akibat dari serangkaian proses sebab dan akibat, sehingga timbulnya penyakit dapat dicegah dengan memotong rantai pada bagian titik.



Gambar 4. Model *the well*

Hubungan antara manusia dengan lingkungan memegang peran yang penting. Adapun besarnya peranan dari masing-masing lingkungan tergantung dari penyakitnya. Contohnya penyakit gangguan mental banyak dipengaruhi oleh lingkungan sosial, *heatsroke* karena pengaruh lingkungan fisik, demam berdarah karena pengaruh faktor biologi, dan penyakit keturunan seperti haemofilia dipengaruhi oleh faktor genetik.

Ukuran Frekuensi Penyakit

Untuk mengetahui besarnya suatu masalah kesehatan baik data morbiditas dan mortalitas di suatu wilayah, diperlukan berbagai macam ukuran frekuensi.

1. Rasio

Rasio adalah perbandingan suatu peristiwa (*event*) sebagai *numerator* (x) dan peristiwa lainnya yang tidak berhubungan sebagai *denominator* (y). Ratio juga digunakan untuk menyatakan besarnya kejadian, contoh *sex ratio*. Rumus rasio sebagai berikut:

$$\text{Rasio} = \frac{x}{y} \times k$$

x = banyaknya peristiwa atau orang yang mempunyai satu atau lebih atribut tertentu.

y = banyaknya peristiwa atau orang yang mempunyai satu atau lebih atribut tertentu, tetapi dalam hal ini berbeda atributnya dengan anggota

x. k = konstanta (1) karena k = 1

2. Proporsi

Proporsi adalah bagian dari suatu peristiwa atau ukuran yang membandingkan suatu peristiwa sebagai *numerator* (x) dan peristiwa lainnya sebagai *denominator* (y) yang mengandung peristiwa *numerator* (x+y). Proporsi digunakan untuk melihat komposisi suatu variabel dalam populasi. Contohnya adalah proporsi kejadian gizi buruk diantara masalah gizi lainnya. Rumus proporsi sebagai berikut:

$$\text{Proporsi} = \frac{x}{(x+y)} \times k$$

x = banyaknya peristiwa atau orang dll yang terjadi dalam kategori tertentu atau sub kelompok dari kelompok yang lebih besar

y = banyaknya peristiwa atau orang dll, yang terjadi dalam semua kategori dari kelompok data tsb.

k = konstanta (selalu sama 100)

3. Rate

Rate adalah besarnya peristiwa/kejadian yang terjadi pada keseluruhan populasi dalam waktu tertentu.

A. *Incidence rate* (Angka Insidensi) adalah suatu ukuran frekuensi kejadian kasus baru penyakit dalam suatu populasi tertentu selama suatu periode waktu tertentu atau jumlah kejadian baru dalam kurun waktu tertentu dibagi penduduk yang mempunyai risiko (population at risk) terhadap kejadian tersebut dalam kurun waktu tertentu dikalikan dengan konstanta "k".

$$\text{Incidence rate} = \frac{\text{Jumlah penderita baru pada waktu tertentu}}{\text{Jumlah population at risk waktu tertentu}} \times k$$

B. *Attack rate* adalah angka insidensi, biasanya dinyatakan dalam persen dan digunakan untuk mengamati kejadian penyakit di populasi pada waktu yang terbatas, contohnya adalah selama terjadinya wabah atau KLB. Untuk k = hampir selalu 100, meskipun mungkin 1000. Jika k = 100, *attack rate* dapat dinyatakan baik sebagai jumlah kasus per 100 penduduk maupun sebagai persen (%)

$$\text{Attack rate} = \frac{\text{Jumlah penderita baru pada suatu saat}}{\text{Jumlah population at risk penyakit tersebut pada saat itu}} \times k$$

4. Prevalensi

Gambaran tentang frekuensi penderita lama dan baru yang ditemukan pada jangka waktu tertentu di sekelompok masyarakat tertentu.

- a. Angka prevalensi periode (*Period Prevalence Rate*) adalah jumlah penderita lama dan baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu dibagi dengan jumlah penduduk pada jangka waktu yang bersangkutan dikalikan konstanta.

$$\text{Period Prevalence rate} = \frac{\text{Jumlah penderita lama dan baru}}{\text{Jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times k$$

- b. Angka prevalensi poin (*Point prevalence rate*) adalah jumlah kasus yang ditemukan pada suatu titik waktu tertentu dibagi dengan populasi berisiko pada suatu waktu tertentu dikali konstanta.

$$\text{Point Prevalence rate} = \frac{\text{Jumlah penderita lama dan baru pada suatu saat}}{\text{Jumlah penduduk pada saat itu}} \times k$$

5. Rasio dan Risiko

Ukuran epidemiologi digunakan untuk melihat hubungan paparan dengan penyakit.

- a. Risk rasio disebut juga *relative risk* (RR) sebagai ukuran yang dapat menunjukkan berapa kali risiko untuk mengalami penyakit pada populasi terpapar dibandingkan dengan populasi yang tidak terpapar.

$$\text{Risk Rasio} = \frac{\text{Insiden kumulatif kelompok terpapar}}{\text{Insiden kumulatif kelompok tidak terpapar}}$$

- b. *Odds Rasio* adalah perbandingan odds subjek sakit dengan odds subjek tidak sakit. *Odds rasio* merupakan sebuah pendekatan risiko relatif yang digunakan dalam penelitian *case control*, laju insidensi hampir tidak mungkin diketahui karena paparan tidak diamati dari awal penelitian.

$$\text{Odds Rasio} = \frac{\text{Odds Kasus (a/b)}}{\text{Odds Kontrol (c/d)}}$$

6. Fatality Rate

Angka kematian adalah suatu ukuran frekuensi terjadinya kematian dalam suatu populasi tertentu selama suatu masa jeda tertentu.

- a. *Case Fatality Rate* adalah jumlah seluruh kematian akibat satu penyebab dalam jangka waktu tertentu dibagi jumlah seluruh penderita pada waktu yang sama dalam persen (per 100 kasus).

$$\text{Case Fatality rate} = \frac{\text{Jumlah kematian penyakit } x}{\text{Jumlah kasus penyakit } x} \times k \text{ (100\%)}$$

- b. *Crude Death Rate* atau angka kematian kasar adalah sebuah estimasi proporsi orang yang meninggal pada suatu populasi selama periode waktu tertentu. Angka kematian kasar tidak mempertimbangkan kematian berdasarkan variasi pada umur, jenis kelamin atau factor lain.

$$\text{CDR} = \frac{\text{Jumlah kasus kematian yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk pada pertengahan tahun yang sama}} \times 1.000$$

Simpulan

1. Pengertian epidemiologi secara umum adalah ilmu yang mempelajari tentang Frekuensi (jumlah), Distribusi (penyebaran) dan Determinan faktor yang mempengaruhi) terjadinya masalah kesehatan pada penduduk atau masyarakat.
2. Tujuan epidemiologi secara umum dapat disimpulkan adalah untuk memperoleh data frekuensi, distribusi dan determinan penyakit atau fenomena lain yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat.
3. Manfaat epidemiologi dalam bidang kesehatan masyarakat, yaitu 1) Mempelajari riwayat penyakit, 2) Diagnosis masyarakat, 3) Mengkaji risiko yang ada pada setiap individu, 4) Pengkajian, evaluasi, dan penelitian, 5) Melengkapi gambaran klinis, 6) Identifikasi sindrom, 7) Menentukan penyebab dan sumber penyakit. Manfaat epidemiologi dapat digunakan untuk menentukan kebutuhan program pengendalian penyakit, mengembangkan program pencegahan, dan kegiatan perencanaan layanan kesehatan, serta untuk menetapkan pola penyakit endemik, epidemik, dan pandemik.
4. Konsep penyebab penyakit dibagi dalam trias/segitiga epidemiologi, jaring-jaring sebab akibat (*the web of causation*) dan model roda (*the wheel*).

5. Berbagai macam ukuran frekuensi untuk mengetahui besarnya suatu masalah kesehatan baik data morbiditas dan mortalitas di suatu wilayah, diperlukan ukuran mengenai rasio, proporsi, rate, dan prevalensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, F., Ashari, A. E., Sya'ban, A. R., Rahmah, S., Al Rahmad, A. H., Pakaya, R., ... & Mariana, D. (2022). Epidemiologi Lingkungan. Media Sains Indonesia.
- Ismah, Z. (2018). Bahan Ajar Dasar Epidemiologi.
- Nangi, M. G., Yanti, F., & Lestari, S. A. (2019). Dasar Epidemiologi. Deepublish.
- Nugrahaeni, D. K. (2021). Konsep Dasar Epidemiologi. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- SKM, I. (2019). Epidemiologi Penyakit Menular. Absolute Media.

PRINSIP-PRINSIP DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Putu Erma Pradnyani
Politeknik Kesehatan Kartini Bali
pradnyanierma@gmail.com

Pendahuluan

Kesehatan merupakan investasi dalam menjaga dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia di Indonesia. Meningkatnya kesadaran masyarakat, kemauan, serta kemampuan hidup sehat bagi setiap individu agar terjadinya peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya merupakan tujuan pembangunan Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa pentingnya Kesehatan di Indonesia terlebih pada upaya pencegahan dibandingkan pengobatan. COVID-19 muncul pertama kali di Indonesia pada 2 Maret 2020 dan mulailah dibentuk satgas COVID-19 beserta aturan protokol Kesehatan. Pandemi COVID-19 membuat banyak perubahan terutama pada perilaku masyarakat bahkan berdampak pada sosial ekonomi masyarakat dunia termasuk Indonesia (Chairani, 2020).

Perubahan ini juga memunculkan strategi kebijakan Kesehatan baru yang kita kenal dengan Transformasi Kesehatan. Transformasi Kesehatan memiliki 6 pilar utama yaitu transformasi layanan primer, layanan rujukan, ketahanan kesehatan, pembiayaan Kesehatan, sumber daya manusia Kesehatan, serta teknologi Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2022). Pilar-pilar tersebut dilaksanakan karena melihat pengalaman dua tahun Pandemi COVID-19 lebih baik melakukan pencegahan serta deteksi dini dibandingkan pengobatan atau rehabilitasi.

Hal ini serupa dengan prinsip dasar ilmu Kesehatan masyarakat yang lebih berfokus pada upaya promotif dan preventif. Ilmu kesehatan masyarakat menurut Winslow merupakan ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan serta efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir berupa sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi masyarakat, pendidikan individu, organisasi medis dan layanan

kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan pencegahan penyakit, serta pengembangan sosial yang akan menjamin setiap individu dalam masyarakat suatu standar hidup yang memadai untuk pemeliharaan atau peningkatan Kesehatan (Evans, 2009). Guna mencegah penyakit dan meningkatkan Kesehatan penting diketahui bagaimana prinsip-prinsip ilmu Kesehatan masyarakat.

Pembahasan

Prinsip dasar ilmu Kesehatan Masyarakat adalah meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya layanan rujukan kearah pelayanan kuratif dan rehabilitatif guna mencapai status Kesehatan masyarakat yang baik dan menyeluruh.

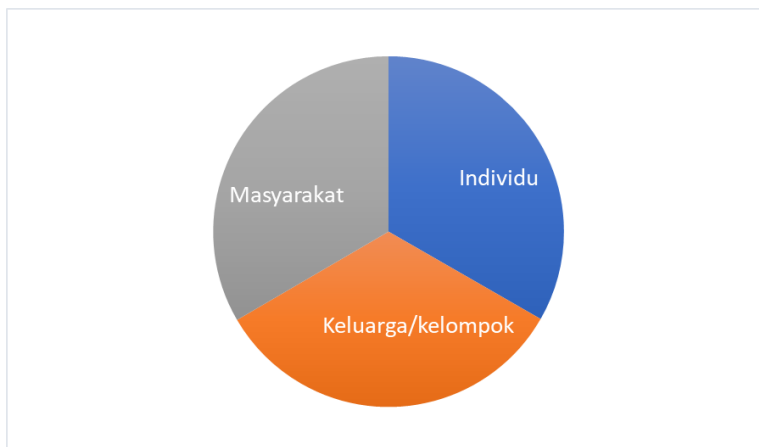
1. Upaya promotif merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2009). Implementasi upaya promotif adalah adanya penyuluhan atau pemberian edukasi baik kepada individu, keluarga maupun masyarakat. Praktik upaya promotive berupa penyuluhan atau konseling mengenai kesehatan dan keselamatan kerja, Penyakit Tidak Menular (PTM), Penyakit Menular (PM), gizi, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); penyebarluasan informasi tentang kesehatan kerja melalui media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE); penimbangan tinggi badan dan berat badan; surveilans kesehatan kerja; serta pencatatan dan pelaporan (Putri, 2018).
2. Upaya Preventif merupakan suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah Kesehatan atau penyakit. Implementasi upaya preventif dapat dilakukan dengan deteksi dini dengan pemeriksaan berkala, imunisasi/vaksinasi. Praktik upaya preventif adalah Deteksi Gizi Buruk oleh Puskesmas, Pemberian Vitamin A, dan Pemberian imunisasi bagi bayi dan balita (Putra, 2015).
3. Upaya Kuratif adalah kegiatan pengobatan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit, mengurangi penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas individu dapat sehat serta beraktivitas kembali. Praktik upaya kuratif adalah seperti Tindakan operasi, pengobatan, maupun pemberian obat (Manik, 2021).

4. Upaya Rehabilitatif adalah kegiatan untuk mengembalikan seseorang yang pernah mengalami sakit/kesakitan ke masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (Kemenkes, 2009). Praktik upaya rehabilitatif adalah pembuatan dan pemasangan gigi palsu, kaki palsu, maupun upaya fisioterapi untuk membuat anggota gerak jauh lebih baik.

Selain prinsip dasar mengenai peningkatan upaya Kesehatan promotif dan preventif, penting memahami prinsip Kesehatan masyarakat lainnya yaitu mengenal sasaran Kesehatan masyarakat, mengenal faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Kesehatan masyarakat serta bagaimana membuat masyarakat sadar dan mampu untuk menjaga kesehatannya sendiri dan lingkungan sekitarnya.

1. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Gambar 1 menunjukkan bahwa sasaran Kesehatan masyarakat bukan hanya masyarakat namun dari individu hingga kelompok/keluarga juga menjadi sasaran penerima layanan Kesehatan masyarakat (Bintoro Widodo, 2014).



Gambar 1. Sasaran pendidikan Kesehatan Masyarakat

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

Secara umum menurut pandangan HL Blum, terdapat 4 faktor yang mampu mempengaruhi Kesehatan masyarakat yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan Kesehatan dan genetika

(keturunan) (Hayati & Pawenang, 2021). Contohnya dalam kejadian pandemi COVID-19 adanya *social distancing* yaitu memperlebar jarak antar individu dan protokol Kesehatan yaitu menggunakan masker serta mencuci tangan untuk menurunkan peluang penularan penyakit membuktikan bahwa lingkungan dan perilaku masyarakat sangat berdampak pada Kesehatan masyarakat (Anung Ahadi Pradana, Casman, 2020). Pelayanan Kesehatan dan keturunan juga dapat dilihat bahwa Ketika COVID-19 banyak lokasi tambahan yang dibuka sebagai tempat isolasi dan pelayanan Kesehatan guna mencegah penularan penyakit serta individu yang memiliki penyakit bawaan atau penyerta juga memiliki risiko yang berbeda dengan individu lainnya. Semua hal ini membuktikan faktor utama yang mempengaruhi Kesehatan masyarakat adalah lingkungan, perilaku, pelayanan Kesehatan, dan faktor genetik.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu bagian penting dalam Kesehatan masyarakat karena merupakan bagian dari strategi promosi Kesehatan setelah adanya upaya advokasi dan dukungan maupun bina suasana. Pemberdayaan merupakan bentuk penguatan bagi masyarakat secara sosial untuk membentuk peningkatan kesadaran dan kemampuan yang dimiliki masyarakat untuk mencapai sehat secara fisik, mental, dan spiritual (Setiadi, 2022). Konsep pemberdayaan berasal dari masalah yang ada di masyarakat yang juga ditemukan pilar-pilar atau tokoh kunci yang dapat digunakan dalam pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan erat kaitannya dengan pelibatan masyarakat secara aktif dapat dikatakan konsep pemberdayaan masyarakat adalah dari masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Apabila masyarakat sudah mau dan mampu maka Kesehatan masyarakat dapat terwujud dengan baik. Contoh implementasi pemberdayaan masyarakat yaitu dari munculnya masalah diare yang diselidiki lebih dalam ternyata sanitasi lingkungannya tidak baik dan kurangnya kepemilikan jamban. Hal yang harus dilakukan adalah pemetaan jumlah kepemilikan jamban, pemetaan kebutuhan masyarakat mengenai akses sanitasi yang lebih baik, serta pemetaan risiko penularan penyakit bahkan kematian. Setelah hal tersebut didapatkan barulah pendampingan dan edukasi dapat diberikan kepada masyarakat sebagai bentuk

upaya promosi dan preventif kepada masyarakat (Aryasih et al., 2019).

Untuk mewujudkan prinsip dasar Kesehatan masyarakat maka penting memiliki kompetensi unggul Kesehatan Masyarakat meliputi MIRACLE (*Manage, Innovator, Role Model, Apprentice, Communitarian, Leader dan Educator*). Sebagai seorang yang mampu melakukan manajemen, innovator seorang ahli Kesehatan masyarakat harus mampu untuk mengatasi masalah, melakukan penalaran untuk mendefinisikan masalah, dan upaya mengadvokasi, memulai, mengembangkan, dan menerapkan program yang dibutuhkan masyarakat (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Kemampuan lainnya seperti turunan MIRACLE adalah Kemampuan untuk melakukan komunikasi, kemampuan memahami budaya lokal, kemampuan melakukan pemberdayaan masyarakat, Memahami dasar-dasar ilmu kesehatan masyarakat, Kemampuan untuk merencanakan dan mengelola sumber dana serta kemampuan sebagai seorang pemimpin (Noerjoedianto & Amir, 2017). Harapannya dengan munculnya ahli Kesehatan masyarakat yang menerapkan prinsip-prinsip Kesehatan masyarakat dapat mewujudkan keinginan masyarakat untuk dapat meningkatkan derajat Kesehatan yang menyeluruh.

Simpulan

Ilmu Kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan serta efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir. Guna mencegah penyakit dan meningkatkan Kesehatan penting diketahui bagaimana prinsip-prinsip ilmu Kesehatan masyarakat.

Prinsip dasar ilmu Kesehatan Masyarakat adalah meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya layanan rujukan kearah pelayanan kuratif dan rehabilitatif guna mencapai status Kesehatan masyarakat yang baik dan menyeluruh. Selain prinsip dasar mengenai peningkatan upaya Kesehatan promotif dan preventif, penting memahami prinsip Kesehatan masyarakat lainnya yaitu mengenal sasaran Kesehatan masyarakat, mengenal faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Kesehatan masyarakat serta bagaimana membuat masyarakat sadar dan mampu untuk menjaga kesehatannya sendiri dan lingkungan

sekitarnya. Untuk mewujudkan prinsip dasar Kesehatan masyarakat maka penting memiliki kompetensi unggul Kesehatan Masyarakat meliputi MIRACLE (*Manage, Innovator, Role Model, Apprentice, Communitarian, Leader dan Educator*).

DAFTAR PUSTAKA

- Anung Ahadi Pradana, Casman, N. (2020). Pengaruh Kebijakan Social Distancing pada Wabah COVID-19 terhadap Kelompok Rentan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 9(2), 61–67. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/55575>
- Aryasih, I., Marwati, N. M., Mahayana, I. M. B., & Posmaningsih, D. A. A. (2019). Pendampingan Upaya Promotif dan Preventif dalam Upaya Penanggulangan Faktor Risiko Kejadian Diare di Kecamatan Selemadeg Timur Kabupaten Tabanan. *Jurnal Pengabmas Masyarakat Sehat (JPMS)*, 1(4), 231–237.
- Bintoro Widodo. (2014). Pendidikan Kesehatan Dan Aplikasinya di SD/MI. *Madrasah*, 7(1), 1–12.
- Chairani, I. (2020). Dampak Pandemi Covid-19 Dalam Perspektif Gender Di Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 29(2), 39. <https://doi.org/10.14203/jki.v0i0.571>
- Evans, M. W. (2009). Basic concept in public health (chapter 2). In *Introduction to Public Health for Chiropractors* (pp. 35–48). Jones and Bartlett Publishers.
- Hayati, A. N., & Pawenang, E. T. (2021). Analisis Spasial Kesehatan Lingkungan dan Perilaku di Masa Pandemi Untuk Penentuan Zona Kerentanan dan Risiko. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(2), 164–171. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Kemenkes. (2009). Undang-undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang Republik Indonesia*, 1–48. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Penanganan COVID-19 dan Transformasi Kesehatan* (Issue vi).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Keluarga sehat wujudkan indonesia sehat. *Kementrian Kesehatan RI*, 6. <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/>

Warta-Kesmas-Edisi-03-2017_955.pdf

Manik, M. J. (2021). Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Lima Benar Pemberian Obat. *Media Informasi*, 16(1), 24–31. <https://doi.org/10.37160/bmi.v16i1.395>

Noerjoedianto, D., & Amir, A. (2017). Studi Kasus Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Promotif dan Preventif di Kabupaten Tanjab Barat Provinsi Jambi. *Jurnal Kesmas Jambi (JKMJ)*, 1(2), 55–60.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 5 Pemerintah RI 12 (2009). [http://downloads.esri.com/archydro/archydro/Doc/Overview of Arc Hydro terrain preprocessing workflows.pdf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jhydrol.2017.11.003%0Ahttp://sites.tufts.edu/gis/files/2013/11/Watershed-and-Drainage-Delineation-by-Pour-Point.pdf%0Awww](http://downloads.esri.com/archydro/archydro/Doc/Overview%0Aof%0AArc%0AHydro%0Aterrain%0Apreprocessing%0Aworkflows.pdf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jhydrol.2017.11.003%0Ahttp://sites.tufts.edu/gis/files/2013/11/Watershed-and-Drainage-Delineation-by-Pour-Point.pdf%0Awww)

Putra, D. N. (2015). Studi tentang pelayanan kesehatan preventif di Puskesmas Sei Merdeka Kecamatan Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara. *EJournal Ilmu Pemerintahan*, 3(4), 1581–1592.

Putri, A. A. (2018). Upaya pembentukkan Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Wilayah Kerja Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.

Setiadi, M. B. (2022). Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Potensi Lokal Melalui Program Desa Wisata Genilangit di Kecamatan Poncol Kabupaten Magetan. *Publika*, 10(3), 881–894. <https://ejournal.upi.edu/index.php/tarbawy/article/view/21273>

Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Expanding the Concept of Public Health. In *The New Public Health* (Issue January). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-415766-8.00002-1>

PROFIL PENULIS



Putu Erma Pradnyani

Dosen Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Sleman tanggal 2 Maret 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan ilmu Kesehatan masyarakat tahun 2016 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya. Penulis menekuni bidang Kesehatan masyarakat terutama biostatistika dan epidemiologi, manajemen pelayanan Kesehatan, serta mengarah pada Kesehatan ibu dan anak. Penulis aktif dalam mengikuti kegiatan organisasi baik diperguruan tinggi maupun tingkat Provinsi. Penulis bergabung menjadi volunteer di Kita Sayang Remaja PKBI Bali, bergabung menjadi pengurus IAKMI Bali serta menjadi Ketua Inkubator Bisnis di Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Penulis juga aktif dan memiliki publikasi SCOPUS maupun Jurnal Nasional Terakreditasi. Beberapa publikasi yang penulis terbitkan adalah *The effects of socio-demographic characteristics on Indonesian women's knowledge of HIV/AIDS: A cross-sectional study*, *Vulnerability to domestic physical violence among married women in Indonesia*, *Perceived Social Norms as Determinants of Adherence to Public Health Measures Related to COVID-19 in Bali, Indonesia*, *Determinan Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Kota Denpasar Tahun 2021*, dan lainnya.

SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT

Fajar Kurniawan
STIKes Pelita Ibu
ns.fajarkurniawan87@gmail.com

Pendahuluan

Sistem adalah sekelompok elemen yang berinteraksi atau saling terkait yang bertindak sesuai dengan seperangkat aturan untuk membentuk keseluruhan yang bersatu. Suatu sistem, dikelilingi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, dijelaskan oleh batas-batas, struktur dan tujuannya dan dinyatakan dalam fungsinya (Detels et al., 2009). Sistem adalah sekelompok sumber daya yang bekerja secara kolektif untuk menghasilkan output yang diinginkan dari input yang diberikan. Ia menerima input dan menghasilkan output. Komponen sistem saling berhubungan dan bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama (Kurniawan, Ibrahim, et al., 2022). Sistem adalah kelompok item yang berinteraksi secara teratur atau saling bergantung yang membentuk keseluruhan yang menyatu: seperti. sekelompok badan yang berinteraksi di bawah pengaruh kekuatan terkait. kumpulan zat yang berada dalam atau cenderung kesetimbangan (Surahman & Supardi, 2018).

Kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, Kesehatan masyarakat adalah ilmu melindungi dan meningkatkan kesehatan orang dan komunitas mereka. Pekerjaan ini dicapai dengan mempromosikan gaya hidup sehat, meneliti pencegahan penyakit dan cedera, dan mendeteksi, mencegah dan menanggapi penyakit menular. Secara keseluruhan, kesehatan masyarakat berkaitan dengan melindungi kesehatan seluruh populasi. Populasi ini bisa sekecil lingkungan lokal, atau sebesar seluruh negara atau wilayah di dunia (Kemenkes RI., 2019).

Sistem kesehatan masyarakat adalah entitas yang unik dan vital dalam sistem kesehatan. Selain memeriksa bagaimana kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan masyarakat telah didefinisikan dalam literatur, tinjauan ini menunjukkan bahwa menetapkan ruang lingkup kesehatan masyarakat sangat penting untuk memahami perannya dalam sistem kesehatan yang lebih besar dan menambah

wacana seputar hubungan antara kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan dan kesehatan penduduk (Jarvis et al., 2020).

Komponen Sistem pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan internasional du tujukan agar pengguna dapat menemukan informasi tentang bagaimana negara mengatur, mengatur, dan membiayai sistem kesehatan mereka; upaya untuk meningkatkan kualitas perawatan, menekan biaya, dan mengurangi perbedaan ras dan etnis; inovasi dalam pemberian layanan kesehatan; dan reformasi terbaru lainnya, hal ini dijadikan sebagai rujukan standar pelayanan kesehatan di masyarakat (Putri, 2019).

RUU pelayanan kesehatan universal awalnya diperkenalkan di Parlemen pada tahun 1973 tetapi gagal tiga kali untuk melewati Senat Karena upaya yang gagal ini, pemilihan parlemen baru dipanggil, prosedur yang dikenal sebagai pembubaran ganda, untuk Selesaikan kebuntuan Parlemen baru mengesahkan undang-undang perawatan kesehatan pada tahun 1974, menetapkan perawatan rumah sakit umum gratis dan perawatan swasta bersubsidi Namun, setelah perubahan dalam pemerintahan pada tahun 1975, akses ke layanan perawatan kesehatan gratis adalah terbatas pada pensiunan yang memenuhi tes sarana ketat.

Sistem Pelayanan kesehatan saat ini terdiri dari subsistem Pelayanan kesehatan swasta dan publik. Subsistem Pelayanan kesehatan swasta mencakup layanan Pelayanan pribadi dari berbagai sumber, baik nirlaba maupun laba, dan berbagai lembaga sukarela. Fokus utama dari subsistem kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit dan penyakit. Subsistem ini tidak selalu eksklusif satu sama lain, dan fungsinya terkadang tumpang tindih.

Dengan pesatnya pertumbuhan teknologi dan meningkatnya permintaan pada subsistem Pelayanan kesehatan swasta dan publik, biaya Pelayanan kesehatan menjadi mahal. Efektivitas biaya dan pengendalian biaya telah menjadi kekuatan pendorong yang penting karena perubahan sistem pemberian layanan kesehatan dibuat; namun, efektivitas biaya seringkali bertentangan dengan penyediaan Pelayanan berkualitas. Laporan *Institute of Medicine* (IOM). Pelayanan Terbaik dengan Biaya Lebih Rendah: pelayanan kesehatan menyajikan visi tentang apa yang mungkin jika negara menerapkan sumber daya dan alat yang ada dengan menyusun ilmu pengetahuan, teknologi informasi, insentif, dan budaya Pelayanan untuk mengubah efektivitas dan efisiensi Pelayanan untuk

menghasilkan Pelayanan kesehatan berkualitas tinggi yang terus belajar untuk menjadi lebih baik".

Pelayanan kesehatan masyarakat membutuhkan pemahaman tentang misi, organisasi, dan peran subsistem Pelayanan kesehatan swasta dan publik dan konteks di mana mereka berfungsi untuk bekerja sama secara efektif dengan organisasi Pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. Kerangka organisasi di mana organisasi swasta dan sukarela dan pemerintah bekerja sama untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan sangat penting. Pusat kesehatan masyarakat dan Tenaga kesehatan berada dalam posisi unik untuk memberikan kepemimpinan dan memfasilitasi perubahan dalam sistem Pelayanan kesehatan (Rahmawati et al., 2022).

Subsistem Pelayanan Kesehatan Swasta

Sebagian besar layanan Pelayanan kesehatan pribadi disediakan di sektor swasta. Pelayanan pada subsistem swasta meliputi promosi kesehatan, pencegahan dan deteksi dini penyakit, diagnosis dan pengobatan penyakit dengan fokus pada penyembuhan, Pelayanan rehabilitatif-restoratif, dan Pelayanan kustodian. Layanan ini disediakan di klinik, kantor dokter, rumah sakit, pusat rawat jalan rumah sakit, fasilitas Pelayanan terampil, dan rumah. Semakin banyak, layanan sektor swasta ini tersedia melalui organisasi Pelayanan terkelola (Fauziah et al., 2020).

Layanan Pelayanan kesehatan swasta di Pemerintah dimulai dengan model sederhana. Dokter memberikan Pelayanan di kantor mereka dan melakukan kunjungan rumah. Pasien dirawat di rumah sakit untuk Pelayanan umum jika mereka mengalami komplikasi serius selama perjalanan penyakit mereka. Saat ini, berbagai profesional Pelayanan kesehatan yang sangat terampil memberikan Pelayanan yang komprehensif, preventif, restoratif, rehabilitatif, dan paliatif. Tim interprofesional menjadi lebih penting Beragam layanan tersedia, mulai dari yang umum hingga yang sangat terspesialisasi dengan beberapa konfigurasi pengiriman. Pelayanan pribadi yang diberikan oleh dokter disampaikan di bawah lima model dasar berikut (Ita et al., 2021; Purba & Anggorowati, 2018):

1. Praktek tunggal seorang dokter di suatu kantor terus hadir di beberapa komunitas.

2. Model kelompok spesialisasi tunggal terdiri dari dokter dalam spesialisasi yang sama, yang menggabungkan biaya, pendapatan, dan jabatan.
3. Praktek kelompok multispesialisasi menyediakan interaksi di antara bidang- bidang khusus.
4. Model pemeliharaan kesehatan terpadu memiliki dokter multispesialis prabayar.
5. Pusat kesehatan masyarakat, dikembangkan melalui dana federal pada tahun 1960- an, membahas masukan yang lebih luas ke dalam kesehatan seperti pendidikan dan perumahan.

Managed care telah menjadi paradigma dominan dalam pelayanan kesehatan, mempengaruhi banyak aspek pemberian pelayanan kesehatan. *Managed care* melibatkan pembayaran kapitasi untuk Pelayanan daripada *fee-for-service*. Penyedia layanan kesehatan, termasuk dokter, rumah sakit, klinik komunitas, dan penyedia Pelayanan di rumah, terintegrasi dalam sistem seperti organisasi pemeliharaan kesehatan (Asih & Hermawan, 2020).

Meskipun perubahan dalam konfigurasi sistem Pelayanan kesehatan adalah hal biasa, beberapa perubahan baru lebih berhubungan dengan masyarakat daripada di masa lalu. Misalnya, lebih banyak praktik dokter bergabung bersama untuk membentuk kelompok multispesialisasi, dan rumah sakit membeli praktik untuk memperluas pasar mereka ke masyarakat. Rumah medis yang berpusat pada pasien adalah praktik yang menawarkan pendekatan tim untuk membantu koordinasi Pelayanan untuk hasil positif, memberikan Pelayanan primer yang komprehensif. Model ini, yang terkait dengan reformasi Pelayanan kesehatan, adalah model baru, sehingga keberhasilannya tidak diketahui (Triwibowo, 2013).

Subsistem Pelayanan Kesehatan Nirlaba (Yayasan)

Badan sukarela atau tidak resmi adalah bagian dari sistem Pelayanan kesehatan swasta Pemerintah dan dikembangkan pada saat yang sama ketika pemerintah memikul tanggung jawab atas kesehatan masyarakat. Di Pemerintah selama tahun 1700-an dan awal 1800-an, upaya sukarela untuk meningkatkan kesehatan hampir tidak ada karena pemukim awal dari Eropa Barat tidak terbiasa berpartisipasi dalam amal terorganisir. Imigrasi meluas hingga mencakup budak dari Afrika dan orang-orang dari Eropa Timur, dan kesejahteraan mereka mendapat sedikit perhatian

Pelayanan kesehatan di kota-kota besar untuk orang miskin dan melarat. Layanan berfokus tidak hanya pada penyakit tetapi juga pada kondisi kerja, kesehatan, penyakit menular, kondisi hidup, dan rehabilitative (Kementrian Kesehatan RI, 2009).

Badan sukarela dapat diklasifikasikan ke dalam mereka yang berurusan dengan kategori kesehatan berikut :

1. Penyakit tertentu, seperti *American Diabetes Association*, *American Cancer Society*, dan *National Multiple Sclerosis Society*
2. Organ atau struktur tubuh, seperti *National Kidney Foundation* dan *American Heart Association*
3. Kesehatan dan kesejahteraan kelompok khusus, seperti *National Council on Aging* dan *March of Dimes*
4. Fase kesehatan tertentu, seperti *Planned Parenthood Federation of America* Kelompok filantropi juga mendukung penelitian dan program.
5. Yayasan Kanker, dan Banyak organisasi profesional, serta banyak organisasi profesional lainnya, memiliki peran penting dalam advokasi dan penyediaan keahlian profesional.

Organisasi sukarela adalah sumber bantuan utama dalam pencegahan penyakit, promosi kesehatan, pengobatan penyakit, advokasi, pendidikan konsumen, dan penelitian. Misalnya, organisasi swasta dan sukarela saat ini mendukung klien yang diperoleh *sindrom imunodefisiensi* (AIDS). Tumpang tindih layanan sering terjadi di antara \ banyak lembaga swasta, sukarela, dan publik. Instansi swasta dan publik menyediakan beragam layanan, tetapi terkadang duplikasi menyebabkan mereka tidak hemat biaya. Tanpa lembaga sukarela dan resmi, rangkaian layanan akan kurang dari yang tersedia saat ini.

Diproyeksikan bahwa sistem juga akan lebih inovatif dan beragam dalam menanggapi kebutuhan kesehatan dan lebih peduli dengan pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Proyeksi Komisi Profesi Kesehatan Pew belum sepenuhnya terwujud. Seperti dicatat oleh Badan Penelitian dan Kualitas Kesehatan, Laporan Disparitas Kesehatan Nasional tahunan, negara ini terus memiliki perbedaan yang sangat signifikan dalam Pelayanan kesehatan (Bahar, 2019).

Subsistem Kesehatan Masyarakat

Ketentuan hukum di tingkat pemerintah lokal, negara bagian, dan federal mengarahkan pembentukan, implementasi, dan evaluasi

kegiatan ini. Di tingkat federal, Kongres memberlakukan undang-undang dan menulis aturan dan peraturan. Berbagai departemen cabang eksekutif menerapkan dan mengelolanya. Interpretasi, dan amandemen untuk, keputusan Konstitusi dan Mahkamah Agung dari waktu ke waktu telah mengubah dan memperbesar peran pemerintah federal dalam kegiatan kesehatan.

Kebijakan dan praktik federal memiliki pengaruh yang meningkat pada pemerintah daerah dan negara bagian dalam memenuhi masalah kesehatan dan sosial, dan banyak undang-undang telah diberlakukan untuk menanggapi perubahan kebutuhan kesehatan. Koordinasi layanan federal di bawah beberapa lembaga memuncak dengan pembentukan Departemen Kesehatan, Pendidikan, dan Kesejahteraan di bawah kebijakan Presiden.

Kesehatan masyarakat mengacu pada upaya yang diselenggarakan oleh masyarakat untuk melindungi, memajukan, dan memulihkan kesehatan masyarakat. Program, layanan, dan lembaga kesehatan masyarakat menekankan pencegahan penyakit dan menangani kebutuhan kesehatan penduduk secara keseluruhan. Kegiatan kesehatan masyarakat biasanya menanggapi perubahan teknologi dan nilai-nilai sosial, tetapi tujuannya tetap sama (yaitu, untuk mengurangi jumlah penyakit, kematian dini, dan ketidaknyamanan serta kecacatan akibat penyakit) (Risnawati et al., 2023)

Subsistem kesehatan masyarakat berkaitan dengan kesehatan penduduk dan lingkungan yang sehat. Cakupan kesehatan masyarakat luas dan mencakup kegiatan yang mempromosikan kesehatan yang baik. Subsistem kesehatan masyarakat diatur ke dalam berbagai tingkatan (yaitu, federal, negara bagian, dan lokal) untuk lebih efektif memberikan layanan kepada mereka yang tidak dapat memperoleh Pelayanan kesehatan tanpa bantuan dan untuk menetapkan undang-undang, peraturan, dan peraturan untuk melindungi masyarakat (Wowor & Liando, Daud M; Rares, 2016).

Subsistem Tingkat Negara Bagian

Negara bertanggung jawab atas kesehatan warganya dan merupakan otoritas pusat dalam sistem Pelayanan kesehatan masyarakat. Organisasi dan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat sangat bervariasi di antara negara bagian. Seorang komisaris kesehatan atau sekretaris kesehatan yang biasanya ditunjuk oleh gubernur mengarahkan sebagian besar badan kesehatan negara bagian. Petugas kesehatan biasanya adalah

seorang dokter dengan gelar dan pengalaman dalam kesehatan masyarakat (ISRIAWATY, 2015). Di beberapa negara bagian, petugas kesehatan mengarahkan departemen kesehatan. Banyak negara bagian memiliki dewan kesehatan, yang menentukan kebijakan dan prioritas alokasi dana. Kepegawaian lembaga negara bervariasi di antara negara bagian; namun, dibandingkan dengan program negara bagian lainnya, program kesehatan negara bagian biasanya memiliki banyak staf.

Namun, Dinas Kesehatan tidak berdiri sendiri. Ini sangat tergantung pada tingkat federal untuk sumber daya dan bimbingan. Misalnya, dana yang disumbangkan oleh pemerintah federal kepada Medicaid, yang didanai bersama oleh pemerintah federal dan negara bagian, telah berubah dari waktu ke waktu, meningkatkan dan menurunkan penerima manfaat dan layanan per negara bagian (Kemenkes RI, 2016). Ini berdampak besar pada layanan yang dapat diberikan negara kepada warganya yang paling rentan. Kerja sama antara sistem Pelayanan kesehatan tingkat negara bagian dan federal juga telah dibawa ke garis depan dengan upaya untuk merencanakan bioterorisme, suatu peristiwa yang memerlukan kerja sama, berbagi, dan perencanaan bencana. Pemerintah membutuhkan sistem terintegrasi sehingga tingkat federal dan negara bagian bekerja untuk kepentingan semua warga negara.

Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat adalah penilaian, pengembangan kebijakan, dan penjaminan. Kegiatan asesmen meliputi pendataan statistik vital, fasilitas kesehatan, dan sumber daya manusia; kegiatan epidemiologi, seperti pengendalian penyakit menular, pemeriksaan kesehatan, dan analisis laboratorium; dan partisipasi dalam proyek penelitian. Di bidang pengembangan kebijakan, negara merumuskan tujuan, mengembangkan rencana kesehatan, dan menetapkan standar untuk lembaga kesehatan setempat. Kegiatan jaminan melibatkan inspeksi di berbagai bidang, perizinan, pendidikan kesehatan, keamanan lingkungan, layanan kesehatan pribadi, dan pengembangan sumber daya (Menkes RI, 2020).

Subsistem Dinas Kesehatan Daerah

Dinas Kesehatan umumnya bertanggung jawab atas penyampaian langsung layanan kesehatan masyarakat dan perlindungan kesehatan warga negara, Pemerintah negara bagian dan lokal (yaitu,

kota dan kabupaten) mendelegasikan wewenang untuk melakukan kegiatan ini. Layanan Kesehatan Masyarakat bervariasi tergantung pada ukuran komunitas, ekonomi, kemitraan dengan sistem Pelayanan kesehatan swasta, fasilitas Pelayanan kesehatan, dukungan bisnis, kebutuhan Pelayanan kesehatan, transportasi, dan jumlah warga yang membutuhkan Pelayanan kesehatan masyarakat. Beberapa Puskesmas berfungsi sebagai kantor pusat layanan lingkup kecamatan; lainnya bertanggung jawab kepada pemerintah daerah dan negara; dan yang lainnya lagi otonom, terutama di kota-kota besar. LHD dapat berupa badan terpisah atau divisi dalam badan, seperti HHS

Setidaknya setengah dari negara bagian mewajibkan petugas kesehatan memiliki gelar kedokteran. Sebuah tim interdisipliner melaksanakan kegiatan departemen. Pelayanan kesehatan masyarakat dan inspektur kesehatan mewakili dua kelompok terbesar dari anggota staf profesional. Anggota staf profesional lainnya termasuk dokter gigi, pekerja sosial, ahli epidemiologi, ahli gizi, dan pendidik kesehatan.

Puskesmas bertanggung jawab untuk menentukan status kesehatan dan kebutuhan konstituennya. Ini melibatkan identifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dan mengambil tindakan untuk memenuhi kebutuhan ini. Sebagian besar layanan untuk kelompok dan individu disediakan di tingkat lokal.

Pelayanan kesehatan masyarakat termasuk pengendalian penyakit menular seperti surveilans dan imunisasi, program kesehatan ibu-anak, pelayanan gizi, dan pendidikan. Pendidikan promosi kesehatan diarahkan untuk mengubah perilaku; individu didorong untuk makan makanan sehat, berolahraga lebih banyak, dan mengurangi penggunaan tembakau, obat-obatan, dan alkohol. Pelayanan kesehatan lingkungan termasuk kebersihan makanan seperti pemeriksaan pabrik dan restoran penghasil dan pengolahan makanan; perlindungan dari zat berbahaya; pengendalian pencemaran limbah, udara, kebisingan, dan air; dan kesehatan kerja. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk menyediakan lingkungan yang aman.

Pelayanan kesehatan jiwa disediakan melalui puskesmas dengan jarak akses layanan kesehatan jiwa seperti rumah sakit jiwa yang cukup jauh. Layanan ini didukung oleh dana yang ditawarkan oleh fasilitas dan program kesehatan mental dan keterbelakangan mental lokal dan regional. Layanan yang diberikan mencerminkan nilai-nilai

penduduk dan pejabat, sumber daya yang tersedia, dan kebutuhan yang dirasakan dari populasi masing-masing di negara bagian dan daerah setempat. Meskipun tujuan subsistem kesehatan masyarakat tidak berubah, program dan layanan berubah untuk memenuhi perubahan kebutuhan masyarakat.

Beberapa ketentuan undang-undang reformasi Pelayanan kesehatan tahun 2010 membahas peningkatan kualitas dan akses ke Pelayanan. Misalnya, undang-undang mendorong pembentukan konsorsium lokal penyedia layanan kesehatan untuk mengoordinasikan layanan Pelayanan kesehatan bagi penduduk berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dan yang kurang diasuransikan. Ini juga secara substansial meningkatkan dana untuk pusat kesehatan masyarakat dan membiayai pusat kesehatan berbasis sekolah yang baru dikembangkan dan klinik kesehatan yang dikelola oleh perawat.

Tiga Tingkat Kesehatan Masyarakat

Dalam uraian sebelumnya tentang tiga tingkat pemerintahan yang menyediakan layanan kesehatan masyarakat (yaitu, lokal, negara bagian, dan federal), peran yang khas dan tumpang tindih telah dibahas. Pemerintah federal telah mengasumsikan peran yang lebih besar dalam perlindungan penduduk melalui regulasi dan pendanaan. Ini membiayai program-program tertentu seperti Pelayanan kesehatandan program kategoris untuk ibu dan bayi dan memberikan Pelayanan langsung kepada populasi khusus, misalnya veteran militer. Negara menetapkan kode kesehatan, mengatur industri asuransi, dan melisensikan fasilitas dan personel Pelayanan kesehatan. Negara bagian juga menyediakan dana untuk layanan yang ditawarkan melalui Medicaid. Kegiatan Pelayanan langsung yang didanai oleh departemen kesehatan negara bagian dapat mencakup Pelayanan di rumah sakit jiwa, sekolah kedokteran negeri, dan rumah sakit terkait.

Penyedia layanan kesehatan

Penyedia Pelayanan kesehatan adalah individu, kelompok, dan organisasi yang memberikan atau mendukung layanan Pelayanan kesehatan. Bagian ini menjelaskan berbagai jenis penyedia layanan kesehatan, termasuk organisasi penyedia, profesional Pelayanan kesehatan, dan penyedia nontradisional.

Organisasi Penyedia

Berikut ini adalah contoh organisasi penyedia layanan kesehatan:

1. RSUD
2. Klinik
3. Praktek dokter
4. Pusat Pelayanan rawat jalan
5. Badan kesehatan rumah
6. Fasilitas Pelayanan jangka panjang
7. Fasilitas Pelayanan terampil
8. Pusat rehabilitasi
9. Layanan rumah sakit
10. Departemen kesehatan masyarakat
11. Klinik kesehatan sekolah
12. Pusat persalinan
13. Pusat bedah rawat jalan
14. Klinik kesehatan kerja
15. Klinik krisis
16. Pusat kesehatan masyarakat
17. Klinik kesehatan retail yang berlokasi di toko retail, supermarket, apotik
18. Jenis organisasi lain yang memberikan Pelayanan kesehatan kepada masyarakat

Organisasi penyedia layanan kesehatan sedang mengalami perubahan yang luar biasa. Hal ini terutama berlaku untuk rumah sakit, yang menggabungkan, konsolidasi, dan penutupan. Perubahan ini berdampak pada sistem kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan meningkatnya peralihan ke rawat jalan dan Puskesmas, rawat inap di rumah sakit menjadi lebih singkat, dan pasien yang dirawat di rumah sakit menjadi lebih sakit parah dan membutuhkan Pelayanan yang lebih intensif. Pelayanan primer dijelaskan dalam Konsekuensinya, pengurangan rawat inap di rumah sakit menghasilkan lebih banyak rawat inap di rumah atau lebih banyak pemulangan ke fasilitas Pelayanan jangka panjang untuk pemulihan dan rehabilitasi jangka pendek. Ini semua berpengaruh pada kebutuhan akan pelayanan di masyarakat

Pelayanan Primer Dan Pencegahan Primer

Pelayanan kesehatan primer adalah Pelayanan kesehatan esensial berdasarkan metode dan teknologi yang praktis, ilmiah, dan dapat diterima secara sosial yang dibuat dapat diakses secara universal oleh individu dan keluarga di masyarakat melalui partisipasi penuh mereka dan dengan biaya yang dapat dipertahankan oleh masyarakat dan negara di setiap tahap perkembangan mereka dalam semangat kemandirian dan penentuan nasib sendiri.... Ini adalah kontak tingkat pertama antara individu, keluarga, dan masyarakat dengan sistem kesehatan nasional yang membawa Pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal dan tempat kerja orang." Seorang dokter, praktisi perawat, atau asisten dokter dapat memberikan Pelayanan kesehatan primer. Umumnya, praktik penyedia layanan primer adalah kedokteran keluarga, penyakit dalam, atau pediatri. Penyedia Pelayanan primer bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan dan untuk pengobatan penyakit umum dan dapat merujuk klien ke spesialis sesuai kebutuhan Pencegahan primer adalah jenis intervensi yang mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit. Pencegahan primer meliputi imunisasi dan kontrasepsi serta promosi nutrisi yang baik, olahraga, dan pilihan gaya hidup sehat (misalnya, menghindari tembakau, membatasi alkohol). Bagaimana definisi ini dibandingkan? Definisi WHO dan definisi Pelayanan primer yang biasanya digunakan di Pemerintah serupa. Pencegahan primer adalah intervensi yang digunakan dalam layanan Pelayanan primer.

Penyedia Pelayanan Kesehatan Nontradisional

Penyedia layanan kesehatan nontradisional memberikan terapi alternatif atau komplementer. Selama dua dekade terakhir, konsumen semakin tertarik dengan jenis Pelayanan ini dan menuntut agar tersedia. Meskipun banyak pusat medis besar sekarang mengembangkan program dan pusat yang menawarkan terapi komplementer, penggantian untuk layanan ini masih tertinggal. *National Institutes of Health* (NIH) setuju untuk melakukan penelitian yang berfokus pada beragam terapi alternatif dan pengaruhnya terhadap kesehatan dan penyakit. Alhasil, pada tahun 1998, NIH mendirikan *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Ini merupakan perubahan besar dalam komunitas ilmiah dan medis. Terapi alternatif, disediakan oleh berbagai penyedia

layanan kesehatan, termasuk terapi pijat, terapi herbal, sentuhan penyembuhan, penyembuhan energik, akupunktur, dan akupresur. Penyembuh etnis, seperti curandero, dan tabib tradisional juga ditemukan di beberapa komunitas. Persyaratan pelatihan dan lisensi bervariasi tetapi mungkin akan menjadi lebih standar karena Pelayanan mereka menjadi lebih diterima dalam praktik medis yang mapan. Banyak perawat telah memasukkan terapi alternatif ke dalam praktik mereka dan mencari pendidikan berkelanjutan tentang topik ini.

Pelayanan Berkualitas

Pelayanan berkualiti telah menjadi perhatian konsumen dan penyedia selama bertahun-tahun, dan terus menjadi perhatian terpenting. Pelayanan berkualitas adalah konsep yang sulit untuk didefinisikan dan lebih sulit untuk diukur. Pada tahun 1996, Presiden Clinton mendirikan Komisi Penasihat Perlindungan Konsumen dan Kualitas di Industri Pelayanan Kesehatan, dan laporan akhirnya diterbitkan pada tahun 1999, Sebagaimana diidentifikasi dalam laporan ini, "tujuan dari sistem Pelayanan kesehatan harus terus menerus mengurangi dampak dan beban penyakit, cedera, dan kecacatan serta untuk meningkatkan kesehatan dan fungsi masyarakat Pemerintah". Laporan tersebut sangat mendukung kemitraan publik-swasta, kepemimpinan yang kuat dengan tujuan perbaikan yang jelas, peningkatan kekuatan dan hak konsumen, fokus pada populasi yang rentan, promosi akuntabilitas, pengurangan kesalahan dan peningkatan keamanan Pelayanan kesehatan, mendorong bukti praktik berbasis, adaptasi organisasi untuk perubahan, peningkatan keterlibatan tenaga kesehatan, dan investasi dalam sistem informasi.

Laporan ini berdampak besar, karena mendorong serangkaian eksplorasi yang lebih mendalam tentang sistem pemberian layanan kesehatan, mendefinisikan kualitas sebagai "sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini"

Akreditasi

Akreditasi merupakan salah satu sarana untuk menilai kualitas layanan dan Pelayanan organisasi. Standar minimum khusus harus dipenuhi oleh organisasi untuk mendapatkan akreditasi. Banyak

kelompok memberikan akreditasi untuk penyedia layanan kesehatan dan organisasi Pelayanan kesehatan. Komisi Bersama mengakreditasi rumah sakit, lembaga Pelayanan rumah, fasilitas Pelayanan jangka panjang, dan pusat Pelayanan rawat jalan. Komite Nasional untuk Jaminan Kualitas (NCQA) mengakreditasi organisasi Pelayanan terkelola (MCO) dan perusahaan asuransi dan menggunakan Kumpulan Data dan Informasi Efektivitas Rencana Kesehatan (HEDIS) untuk mengumpulkan data tentang lebih dari 90% rencana Pelayanan kesehatan untuk mengukur kinerja dan kepuasan konsumen.

Pembeli Pelayanan yang merupakan perusahaan asuransi juga mengkhawatirkan status akreditasi organisasi Pelayanan kesehatan saat mereka menegosiasikan kontrak penggantian. Penanggung jasa layanan juga bertanggung jawab atas status akreditasi organisasi penyedia layanan kesehatan, seperti halnya sekolah Pelayanan yang menggunakan situs klinis untuk tujuan pendidikan. Penyedia layanan kesehatan juga harus memperhatikan status akreditasi pemberi kerja mereka. Penilaian Konsumen Penyedia Layanan dan Sistem Kesehatan adalah alat survei dan pelaporan yang dikelola untuk mengumpulkan data dan laporan tentang pengalaman konsumen dengan aspek spesifik dari rencana kesehatan mereka. Jenis survei ini memberikan data yang membantu pembeli rencana membandingkan dan membedakan rencana

Teknologi Informasi

Perkembangan teknologi informasi (TI) selama satu dekade terakhir sangat fenomenal. Anggota staf klinis menggunakan komputer di semua pengaturan Pelayanan kesehatan. Misalnya, *telehealth* berkembang, yang berarti bahwa klien dapat menerima Pelayanan melalui teknologi, seperti komputer, video, atau televisi interaktif. *Telehealth* dan potensi dampaknya pada pemberian layanan kesehatan, mencatat bahwa "*telehealth* adalah komponen kunci dalam memastikan akses ke layanan Pelayanan kesehatan di wilayah geografis yang terisolasi di seluruh Pemerintah. Penyebaran teknologi *telehealth* yang lebih efektif akan meningkatkan kami kemampuan untuk lebih memenuhi kebutuhan Pelayanan kesehatan mereka yang berada di pedesaan dan bagian perbatasan negara. Namun, *telehealth* penting tidak hanya untuk masyarakat pedesaan, tetapi untuk masyarakat yang kurang terlayani (Kurniawan, Sauria, et al., 2022)"

Internet telah membuka pintu bagi konsumen dan penyedia, dan akses informasi kesehatan telah berkembang pesat. Meskipun ketersediaan informasi untuk jutaan orang telah ditingkatkan, mengakibatkan ledakan pengetahuan tentang kesehatan dan masalah kesehatan, namun kualitas informasi ini terkadang dipertanyakan. Penyedia harus menyebutkan sumber dan konten informasi Internet. Sekarang ada dorongan untuk memindahkan sistem Pelayanan kesehatan ke rekam medis elektronik (EMR), meskipun akan membutuhkan dana dan upaya untuk membuat ini menjadi kenyataan di seluruh sistem pelayanan kesehatan. Media sosial telah menjadi sumber informasi yang lebih umum dan dapat digunakan untuk berbagi informasi tentang kesehatan masyarakat, termasuk promosi dan pencegahan kesehatan. Individu berbagi berbagai macam informasi sekarang melalui media sosial, dan tempat ini dapat digunakan dalam upaya yang lebih terorganisir untuk menyampaikan informasi kepada publik. Ponsel cerdas adalah sumber lain untuk melibatkan komunitas—misalnya, dengan aplikasi (aplikasi) yang memantau berat badan, olahraga, dan masalah kesehatan lainnya (Kurniawan, Ibrahim, et al., 2022). Potensi penggunaan informasi kesehatan, dan beberapa di antaranya dalam daftar ini berhubungan langsung dengan kesehatan masyarakat:

1. Kesehatan pribadi, pola makan, serta pemantauan dan motivasi aktivitas
2. Dukungan keputusan klinis real-time
3. Konsultasi dan Pelayanan profesional jarak jauh
4. Memantau dan menasihati pasien dengan penyakit kronis
5. Kualitas asuransi
6. Penilaian kinerja penyedia dan institusi
7. Hasil penelitian komparatif
8. Penilaian kesehatan komparatif lintas populasi, komunitas, kota, dan negara bagian
9. Pengawasan kesehatan masyarakat untuk wabah penyakit, risiko lingkungan, dan potensi bioterorisme (Sanjoyo, 2017)

Konsumerisme, Advokasi, dan Hak Klien

Pertumbuhan *managed care* meningkatkan kekuatan konsumerisme. Selama dekade terakhir, generasi baby boomer telah mensubsidi sistem Pelayanan kesehatan dan membayar premi lebih banyak daripada klaim. Namun, ada kekhawatiran yang berkembang

bahwa, seiring bertambahnya usia generasi ini, ia akan menuntut lebih banyak Pelayanan daripada generasi sebelumnya. Konsumen sekarang kritis terhadap sistem Pelayanan kesehatan dan menuntut perubahan saat mereka menghadapi masalah. Organisasi Pelayanan kesehatan, penyedia perorangan, dan perusahaan asuransi, mengakui pentingnya suara konsumen dan kebutuhan akan penjelasan. Klien-atau Pelayanan kesehatan yang berpusat pada pelanggan adalah istilah yang memiliki menjadi umum digunakan dalam Pelayanan kesehatan, dan lebih banyak upaya telah dilakukan untuk memberikan informasi kepada konsumen (UNICEF, 2017).

Hak klien sekarang menjadi masalah Pelayanan kesehatan penting yang telah ditangani oleh masing-masing negara bagian dan pemerintah federal melalui undang-undang yang berfokus pada hak-hak klien dalam lingkungan Pelayanan terkelola, namun masih banyak yang harus dilakukan untuk meningkatkan hak-hak klien. Masalah hak klien yang sangat penting adalah pengungkapan informasi, pilihan dokter dan penyedia, akses langsung ke spesialis, penggantian untuk Pelayanan darurat, dan penolakan penggantian (Ode et al., 2022; Presiden Republik Indonesia, 2020).

Koordinasi dan Akses ke Layanan Kesehatan

Landasan keadilan sosial kesehatan masyarakat belum terwujud karena masih banyak ketimpangan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan sering berfungsi dalam isolasi satu sama lain dan memberikan layanan yang terfragmentasi. Meskipun berbagai layanan tersedia untuk rangkaian kesehatan-penyakit serius, koordinasi masih kurang. Layanan berkisar dari kantor-klinik, Pelayanan di rumah, penitipan anak dewasa, institusi Pelayanan akut, dan institusi khusus hingga fasilitas Pelayanan terampil. Layanan yang diberikan oleh satu agen atau satu penyedia tidak membantu transit individu, atau bergerak, melintasi batas dan menerima layanan yang ditawarkan oleh orang lain. "Handoffs," ketika pasien dipindahkan dari satu penyedia (misalnya, penyedia individu, unit, instansi) ke yang lain, adalah waktu peningkatan risiko kesalahan, mengurangi kualitas pelayanan. Selain itu, layanan cenderung terpisah secara geografis, dan setiap lembaga memiliki kriteria akses yang berbeda. Fokus layanan belum mengikuti perubahan kebutuhan individu dan populasi (Permenkes RI, 2017).

Sistem Pelayanan kesehatan saat ini terus menjadi pluralistik dan kompetitif, dan memberikan Pelayanan yang terfragmentasi dan tidak terkoordinasi. Badan dan institusi Pelayanan swasta bersaing satu sama lain untuk mendapatkan klien, profesional kesehatan, dan sumber daya. Bahkan dengan reformasi baru-baru ini, dua rumah sakit di wilayah geografis yang sama mungkin bersaing untuk klien yang sama sementara komunitas lain mungkin tidak memiliki rumah sakit sama sekali, mungkin hanya memiliki layanan minimal, atau mungkin kekurangan layanan penting, seperti kebidanan. Program Pelayanan rumah sakit bersaing langsung dengan lembaga Pelayanan rumah swasta atau publik. Rumah sakit melakukan diversifikasi layanan agar layak secara ekonomi; oleh karena itu, mereka bersaing dengan penyedia rawat jalan untuk pasar rawat jalan. Layanan kesehatan masyarakat dapat dilihat sebagai kompetisi sumber daya secara tidak langsung (Kemenkes, 2019).

Disparitas dalam Pemberian Layanan Kesehatan

Disparitas dalam pemberian layanan kesehatan tentu terkait dengan jumlah yang tidak diasuransikan dan yang kurang diasuransikan, tetapi juga lebih dari itu. Menghadapi Kesenjangan Ras dan Etnis dalam Pelayanan Kesehatan mengatasi potensi penyebab kesenjangan dalam Pelayanan kesehatan. Disparitas dalam Pelayanan terutama ditemukan pada kanker, penyakit kardiovaskular, human immunodeficiency virus (HIV)/AIDS, diabetes, dan penyakit mental. Untuk mengatasi masalah ini, lebih banyak pendidikan lintas budaya bagi para profesional Pelayanan kesehatan, termasuk perawat, diperlukan untuk meningkatkan kesadaran faktor budaya dan sosial dan dampaknya terhadap Pelayanan kesehatan (Noor et al., 2021).

Globalisasi dan Kesehatan Internasional

Dunia saat ini tidak memiliki batas nyata. Internet, bersama dengan kemudahan perjalanan telah membuat ketiadaan batasan ini menjadi kenyataan. Dengan meningkatnya perjalanan, ada juga kemudahan yang lebih besar untuk berbagi penyakit. Selain itu, mengingat status politik di banyak wilayah di dunia, terdapat peningkatan risiko jenis terorisme, seperti bioterorisme. Mempersiapkan kemungkinan-kemungkinan tersebut membutuhkan rencana dan langkah-langkah yang berfokus pada masalah tersebut. Pemerintah federal dan juga negara bagian memiliki rencana untuk

menanggapi peristiwa yang dapat memengaruhi kesehatan penduduk.

Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit sangat aktif dalam menanggapi kebutuhan akan kesiapsiagaan. Imunisasi juga merupakan intervensi yang berfokus pada populasi untuk menanggapi risiko penyakit menular yang sekarang mudah dibagikan ke seluruh dunia. Internet dan inisiatif global kolaboratif yang berkembang memberikan peluang bagi Pemerintah dan negara lain untuk berbagi informasi dan pengembangan demi perbaikan. Organisasi Kesehatan Dunia adalah salah satu organisasi yang berfokus pada masalah ini, dan Dewan Perawat Internasional (ICN) menawarkan perspektif Pelayanan global. Beberapa sekolah Pelayanan memberikan pengalaman internasional bagi siswa untuk memperluas pengetahuan global (Kemkes RI, 2020).

Reformasi Pelayanan Kesehatan: Dampak pada Sistem Pelayanan Kesehatan

Meyakini reformasi sistem Pelayanan kesehatan sebagai bagian dari mandat pemilihannya, presiden baru menyusun rencana ambisius untuk menghasilkan undang-undang untuk reformasi nasional sistem Pelayanan kesehatan. Proses tersebut awalnya didukung oleh berbagai sektor sistem, namun beberapa peserta mulai menjauhkan diri dan akhirnya menolak reformasi. Ini benar dalam kasus banyak konstituen kekuasaan utama (yaitu, bisnis, dokter, dan perusahaan asuransi).

Dengan pemerintahan Obama, banyak upaya telah dilakukan di tingkat federal untuk mencapai reformasi Pelayanan kesehatan yang besar. Sebagaimana dibahas, ketika diterapkan sepenuhnya, Undang-Undang Perlindungan Pasien dan Pelayanan Terjangkau tahun 2010 akan secara dramatis memengaruhi hampir semua komponen sistem Pelayanan kesehatan negara. Reformasi yang signifikan akan terlihat pada asuransi kesehatan swasta selain perubahan pada Medicare dan Medicaid. Selain itu, diantisipasi bahwa sekitar 75% warga yang tidak diasuransikan akan mendapatkan jaminan kesehatan. Bagaimana tepatnya perubahan ini akan mempengaruhi kesehatan, ekonomi Pelayanan kesehatan, dan pemberian Pelayanan kesehatan, masih harus dilihat

Masa Depan Kesehatan Masyarakat dan Sistem Pelayanan Kesehatan

Banyak perubahan yang terjadi dalam sistem Pelayanan kesehatan. Dengan pelaksanaan undang-undang reformasi Pelayanan kesehatan, sistem Pelayanan kesehatan diharuskan untuk menetapkan batasan pada Pelayanan yang diberikan; mengidentifikasi kriteria penggunaan teknologi; dan menentukan kondisi mana yang akan dirawat, intervensi mana yang efektif, dan siapa yang harus menerima Pelayanan. Perdebatan reformasi Pelayanan kesehatan belum berakhir, karena sekarang kita harus menanggapi masalah implementasi dan kemudian mengevaluasi hasilnya dalam jangka panjang. Pertanyaan yang terus menjadi penting adalah:

1. Layanan Pelayanan kesehatan apa yang harus disediakan?
2. Siapa yang harus memiliki akses ke layanan Pelayanan kesehatan?
3. Siapa yang harus membayar layanan Pelayanan kesehatan?
4. Bagaimana Pelayanan kesehatan harus diberikan?
5. Apa peran pemerintah?

Pentingnya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pendekatan berbasis populasi untuk Pelayanan kesehatan semakin diakui. Ada pengakuan akan kebutuhan rekam medis elektronik, yang efektif, harus menggabungkan Pelayanan yang diberikan di masyarakat. Kekhawatiran yang berkembang atas bioterorisme dan peran organisasi Pelayanan kesehatan, praktisi, dan pemerintah harus mengatasi komponen sistem kesehatan masyarakat. Ada juga masalah perubahan iklim, yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan keselamatan masyarakat yang besar sehubungan dengan bencana cuaca.

Pelayanan juga telah terlibat dalam perubahan dengan merekomendasikan beberapa hal:

1. Petugas Kesehatan harus berlatih sepenuhnya dalam pendidikan dan pelatihan mereka.
2. Petugas Kesehatan harus mencapai tingkat pendidikan dan pelatihan yang lebih tinggi melalui sistem pendidikan yang lebih baik yang mempromosikan perkembangan akademik yang mulus.
3. Petugas Kesehatan harus menjadi mitra penuh, dengan dokter dan profesional kesehatan lainnya, dalam mendesain ulang Pelayanan kesehatan di Pemerintah.

4. Perencanaan tenaga kerja dan pembuatan kebijakan yang efektif memerlukan pengumpulan data yang lebih baik dan infrastruktur informasi yang lebih baik.

Prinsip-prinsip perubahan berikut, yang berfokus pada kualitas, akses, dan biaya atau nilai (WHO, 2014):

1. Kebutuhan akan Pelayanan yang berpusat pada pasien
2. Kebutuhan akan layanan Pelayanan primer yang lebih kuat
3. Kebutuhan untuk memberikan lebih banyak perhatian di masyarakat
4. Kebutuhan akan Pelayanan yang mulus dan terkoordinasi
5. Perlunya rekonseptualisasi peran bagi profesional kesehatan
6. Perlunya kolaborasi interprofessional Semua prinsip ini berlaku untuk Pelayanan kesehatan masyarakat. Memprediksi tren masa depan dalam nilai-nilai kemanusiaan lebih sulit daripada memprediksi penemuan ilmiah atau pola penyakit.

Kesehatan masyarakat adalah apakah subsistem tersebut secara efektif melayani masyarakat menurut ukuran mereka, bukan menurut ukuran profesi kesehatan masyarakat. Dua dekade terakhir telah membawa perubahan signifikan dalam pemikiran tentang masa depan sistem Pelayanan kesehatan. Hak konsumen dan upaya lebih lanjut untuk mengendalikan atau membatasi biaya Pelayanan kesehatan sambil meningkatkan akses akan menjadi masalah penting yang harus diselesaikan di masa depan. Bagaimana keputusan ini, dan penerapan undang-undang reformasi Pelayanan kesehatan, akan mempengaruhi kesehatan masyarakat masih belum jelas.

Simpulan

Sistem Pelayanan kesehatan itu kompleks dan berubah dengan cepat. Undang-undang dan kebijakan federal, negara bagian, dan lokal memengaruhi sistem, dan memahami undang-undang dan pengaruhnya terhadap sistem pemberian Pelayanan kesehatan sangat penting bagi setiap perawat. Selain itu, pengembangan managed care menunjukkan betapa pentingnya bagi penyedia layanan kesehatan untuk memahami sistem penggantian dan belajar bagaimana mengadvokasi klien mereka.

Berbagai jenis organisasi Pelayanan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan juga mempengaruhi sistem Pelayanan kesehatan. Pelayanan interprofessional akan diperlukan bagi penyedia untuk

mencapai keberhasilan dalam sistem dan untuk memastikan bahwa klien menerima Pelayanan yang berkualitas dan hemat biaya. Ada banyak kekhawatiran tentang Pelayanan kesehatan, termasuk biaya, akses, jumlah yang tidak diasuransikan, kualitas, dan penipuan dan penyalahgunaan Pelayanan kesehatan. Menyelesaikan masalah ini tidak akan menjadi tugas yang mudah, tetapi harus dilakukan. Memahami sistem membantu penyedia layanan kesehatan belajar berfungsi dalam sistem yang berubah dengan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, E. M., & Hermawan, D. (2020). Persepsi perawat terhadap upaya pelayanan prima di rumah sakit. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(2), 310-320. <https://doi.org/10.33024/hjk.v14i2.1401>
- Bahar. (2019). *Konsep Pengembangan Sistem Kesehatan*.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M. A., & Gulliford, M. (2009). *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199218707.001.0001>
- Fauziah, N., Ansariadi, A., Darmawansyah, D., Wahidin, M., Amaliah, R., Tasya, Z., Annah, I., & Yanti, I. H. (2020). Quality of antenatal care at urban and rural puskesmas (Public health center) in jeneponto regency. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(T2), 177-182. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5223>
- ISRIAWATY, F. S. R. I. (2015). Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Legal Opinion*, 3(2).
- Ita, K., Pramana, Y., & Righo, A. (2021). Implementasi interprofessional collaboration antar tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit Indonesia : Literature review. *Jurnal ProNers*, 6(1), 1-6.
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F., El-Jardali, F., & Alvarez, E. (2020). Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
- Kemenkes. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan. In *Kemenkes RI*. http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf

- Kemenkes RI. (2019). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2019 TENTANG PENANGGULANGAN KUSTA. In *PMK No. 11 Tahun 2019*.
- Kemenkes RI. (2016). Peraturan Meteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2016 Tentang Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi Dan Kabupaten/Kota. In *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.49 Tahun 2016*. https://dinkes.kedirika.go.id/konten/uu/96449PMK_No_49_tt_g_Pedoman_Teknis_Pengorganisasian_Dinas_Kesehatan_Kabupaten_Kota_.pdf
- Kementrian Kesehatan RI. (2009). UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN. In *Kementrian Kesehatan RI* (Vol. 27, Nomor 7).
- Kemkes RI. (2020). Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2020-2024. *Kementerian Kesehatan RI*, 2(1/Mei), 1–33.
- Kurniawan, F., Ibrahim, R., Nurmala, I., & Harun, M. F. (2022). The Relationship between Organization and the Success of the Health Information System at the Health Center in the Kolaka District , Southeast Sulawesi Province Hubungan Pengorganisasian dengan Keberhasilan Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas Wilayah. *Indonesian Journal of Contemporary Multidisciplinary Research (MODERN)*, 1(1), 47–68.
- Kurniawan, F., Sauria, N., Lisnawati, L., & Andriyani, A. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Efektifitas Pelaksanaan Telemedicine. *Journal of Noncommunicable Diseases*, 2(2), 74. <https://doi.org/10.52365/jond.v2i2.515>
- Menkes RI. (2020). Rencana Aksi program kesehatan Masyarakat. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Noor, Z. A., Sekarningrum, T. D., & Sulistyaningsih, T. (2021). Disparitas perkotaan-pedesaan: pemerataan dalam akses layanan kesehatan primer untuk lansia selama pandemi Covid-

19. JPPI (*Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia*), 7(4), 576.
<https://doi.org/10.29210/020211249>

Ode, W., Asma, S., Sartika, Y., Benly, N. E., & Kurniawan, F. (2022). Analysis of Factors that Influence the High Reference Rate in the Health Center in the Era of National Health Insurance. *International Journal Papier Advance and Scientific Review*, 3(2), 38–46.

Permenkes RI. (2017). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 40 TAHUN 2017 TENTANG PENGEMBANGAN JENJANG KARIR PROFESIONAL PERAWAT KLINIS*.
http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_40_ttg_Pengembangan_Jenjang_Karir_Profesional_Perawat_Klinis.pdf

Presiden Republik Indonesia. (2020). *Perpres Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Jaminan Kesehatan*.
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/136650/perpres-no-64-tahun-2020>

Purba, Y. V., & Anggorowati, A. (2018). Komunikasi Interprofesional Sebagai Upaya Pengembangan Kolaborasi Interprofesi Di Rumah Sakit: Systematic Review. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, 1(1), 35. <https://doi.org/10.32584/jkmk.v1i1.78>

Putri, R. N. (2019). Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1), 139.
<https://doi.org/10.33087/jiubj.v19i1.572>

Rahmawati, J. A., Wahyurianto, M. N. D. K. Y., Suprpto, S. P. A., Mahaza, M., & Pinandari, A. W. (2022). *Administrasi pelayanan kesehatan* (Nomor September).

Risnawati, Herman, A., Fajar Kurniawan, Shafwan, A., Harmanto, Njakatara, U. N., Armayani, Ardianto, Elmukhsinur, Andyka, Fidora, I., Halimah, & Perdana, S. (2023). Dokumentasi Keperawatan. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of*

- Documents*. PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA.
- Sanjoyo, R. (2017). *Sistem informasi kesehatan*.
<http://www.yoyoke.web.ugm.ac.id>
- Surahman, & Supardi, S. (2018). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. pusdik PPSDM Kesehatan.
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/IKM-PKM-Komprehensif.pdf>
- Triwibowo, C. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Trans Info Media (TIM).
- UNICEF. (2017). State of the Worlds Children 2017 - Children in a Digital World. In *Unicef*.
https://www.unicef.org/publications/index_101992.html
- WHO. (2014). Human Reproduction Programme : Maternal Mortality. In *Who*.
https://www.pop.org/sites/pop.org/files/pub/doc/Maternal_Mortality_revised.pdf
- Wowor, H., & Liando, Daud M; Rares, J. (2016). Pelayanan Kesehatan Di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Amurang Timur Kabupaten Minahasa Selatan. *Ilmu Sosial dan Sumber daya pembangunan*, 3.

PROFIL PENULIS



Ns. Fajar Kurniawan, S.Kep, M.Kes, CRMPA
Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
STIKes Pelita Ibu

Fajar Kurniawan lahir di Poli-Polia tepatnya di Kabupaten Kolaka Timur tahun 1987. penulis tercatat sebagai perawat dan sekaligus Dosen di Salah Satu Kampus Swasta di Provinsi Sulawesi Tenggara. Penulis yang kerap disapa Fajar ini adalah anak dari pasangan Supribadi,S.Pd.,SD (ayah) dan Umi Khoeriyah (ibu).

PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Dela Aristi

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
dela.aristi@uinjkt.ac.id

Pendahuluan

Masalah kesehatan masyarakat tampak sangat nyata di hadapan kita hari ini. Indonesia tidak hanya memiliki masalah penyakit *double burden* tapi *triple burden* yaitu beban tiga kali lipat berbagai masalah penyakit yang ditandai dengan munculnya penyakit infeksi *New Emerging dan Re-Emerging* seperti Covid 19, penyakit menular yang belum tertangani secara memadai serta penyakit tidak menular yang cenderung meningkat setiap tahunnya (Purwanto, 2022).

Saat ini penyakit menular seperti stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes dan hipertensi menjadi penyebab utama kematian di Indonesia. Kurangnya aktivitas fisik akan menyebabkan penyakit tersebut. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan proporsi penduduk Indonesia berusia diatas 10 tahun yang memiliki aktivitas fisik kurang jumlahnya meningkat dari 26,1% pada 2013 menjadi 33,5% pada 2018.

Diet tinggi tinggi kalori, rendah serat, tinggi garam, tinggi gula dan lemak juga berkontribusi terhadap perkembangan penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular (penyakit jantung dan pembuluh darah, tekanan darah tinggi, stroke, diabetes dan kanker. Sebagian besar penyakit tidak menular ini terkait dengan kelebihan berat badan dan obesitas yang disebabkan oleh asupan yang berlebihan namun minim gizi. Data Riskesdas 2018 menunjukkan Indonesia memiliki tingkat obesitas 21,8%. Angka ini terus meningkat sejak Riskesdas 2007 sebesar 10,5% dan 14,8% pada Riskesdas 2013.

Selain PTM, kita juga harus menghadapi penyakit menular yang masih menjadi pekerjaan rumah pemerintah yaitu tuberkulosis, DBD dan HIV/AIDS. Secara global, Indonesia memiliki jumlah penderita tuberkulosis terbanyak kedua di dunia setelah India, diikuti oleh China, Filipina, Pakistan, Nigeria, Bangladesh dan

Republik Demokratik Kongo. Kasus tuberkulosis di Indonesia tahun 2021 diperkirakan sebanyak 969.000 kasus (satu orang setiap 33 detik). Jumlah itu meningkat 17% pada tahun 2020, yaitu sebanyak 824.000 kasus (Yayasan KNCV, 2022).

Selain itu, menurut Kemenkes (2022), jumlah kasus DBD mencapai 131.265 kasus, dimana sekitar 40% merupakan anak usia 0-14 tahun. Sementara itu, jumlah kematiannya mencapai 1.135 kasus dengan 73% terjadi pada anak usia 0-14 tahun. Selain itu, jumlah kasus AIDS yang dilaporkan pada triwulan II (April-Juni) tahun 2022 meningkat menjadi 1531 orang dibandingkan triwulan I tahun 2022 (Januari-Maret) sebanyak 592 (Kemenkes, 2022).

Banyak penyakit baru muncul di abad ke-21 ini, penyakitnya sering disebut sebagai *emerging infectious disease* (EIDs) telah menjadi perhatian khusus dalam bidang kesehatan masyarakat. Bukan hanya karena penyakit ini dapat menyebabkan kematian bagi banyak orang, namun juga memiliki dampak sosial dan ekonomi yang sangat besar. Salah satu EIDs yang menggegerkan dunia adalah COVID-19 yang di Wuhan China pada awal tahun 2020. Data menunjukkan per 20 Mei 2023, terdapat 6.801.615 kasus konfirmasi COVID-19 dan 161.671 kematian di Indonesia (CFR:2,38%) dan 6.624.237 sembuh di 514 kabupaten/kota di 34 provinsi (Safira, 2023).

Semakin banyak informasi yang tersebar, masyarakat didorong untuk lebih sadar akan kesehatan mereka dan melakukan tindakan pencegahan untuk mencegah penyakit dan memulihkan diri. Promosi kesehatan merupakan strategi yang efektif untuk mencegah penyakit menular dan tidak menular. Promosi kesehatan membantu memastikan bahwa orang bersedia dan mampu menjaga kesehatan mereka. Menjaga kesehatan di sini berarti orang mau dan mampu mencegah penyakit serta melindungi diri dari gangguan kesehatan (Nurma, dkk, 2018).

Promosi Kesehatan

Mungkin sebagian dari Anda beranggapan bahwa promosi kesehatan adalah cara seseorang untuk menawarkan atau menjual produk yang berhubungan dengan kesehatan atau sama halnya seperti penyuluhan atau sosialisasi kesehatan pada masyarakat yang sering dilakukan para tenaga kesehatan ketika ada program wajib disebarluaskan. Memang tidak sepenuhnya salah, jika berbicara terkait arti promosi dan kesehatan itu sendiri, namun sebenarnya ada

beberapa hal yang harus kita sepakati dan pahami agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam pelaksanaannya.

Sebelum mendalami promosi kesehatan, ada baiknya kita meninjau secara singkat perubahan-perubahan dalam istilah dalam promosi kesehatan. Sebelum istilah promosi kesehatan diciptakan, orang lebih akrab dengan istilah pendidikan kesehatan yang merupakan kombinasi dari pengalaman belajar yang dirancang untuk memungkinkan penyesuaian perilaku sukarela yang mempromosikan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya sekedar memberikan informasi kepada masyarakat melalui penyuluhan, tetapi juga menunjukkan bahwa pengalaman belajar termasuk pengalaman individu yang harus diperhitungkan untuk mendorong perubahan perilaku yang diinginkan.

Pada tahun 1984, WHO mengubah istilah “pendidikan kesehatan” menjadi “promosi kesehatan”. Perbedaan antara kedua ungkapan tersebut adalah bahwa pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mengubah perilaku sedangkan promosi kesehatan tidak hanya mengubah perilaku tetapi juga lingkungan untuk memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Di Indonesia, istilah promosi kesehatan tidak diperkenalkan sampai Direktur WHO berkunjung pada tahun 1994 ketika ditunjuk menjadi tuan rumah Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-4 di Jakarta.

Sejak saat itu, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan konsep dan prinsip promosi kesehatan dan mengembangkannya sebagai proyek percontohan di beberapa daerah. Kesimpulannya, penggunaan istilah promosi kesehatan di Indonesia terkait dengan perkembangan internasional dan sejalan dengan arah pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu paradigma sehat. Promosi kesehatan adalah revitalisasi pendidikan kesehatan yang konsepnya bukan hanya proses penyadaran masyarakat tentang pemberian dan penguatan informasi, tetapi juga upaya untuk membawa perubahan perilaku baik pada masyarakat maupun organisasinya.

Menurut Green (1980), promosi kesehatan adalah kombinasi dari pendidikan kesehatan dan intervensi ekonomi, politik dan organisasi yang ditujukan untuk memfasilitasi perubahan perilaku dan lingkungan yang mendukung. Selanjutnya menurut Piagam Ottawa (1986), promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas kesehatannya dan meningkatkan status kesehatannya. Proses dimana seorang individu dapat mengelola dan meningkatkan kesehatannya melibatkan

pemahaman bahwa promosi kesehatan memerlukan pemberdayaan masyarakat sebagai sarana untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan baik individu maupun masyarakat. Singkatnya, promosi kesehatan adalah suatu program yang bertujuan untuk membawa perubahan pada manusia, organisasi, masyarakat dan lingkungan.

Implementasi Promosi Kesehatan untuk Pencegahan Penyakit

Salah satu program yang dilaksanakan pemerintah untuk membawa perubahan dalam masyarakat adalah Gerakan Masyarakat untuk Hidup Sehat (GERMAS). GERMAS merupakan gerakan yang mengajak masyarakat untuk hidup sehat. Setidaknya ada 7 langkah kunci untuk melaksanakan gerakan masyarakat sehat. Ketujuh langkah tersebut adalah aktivitas fisik, makan buah dan sayur, tidak merokok, tidak minum alkohol, pemeriksaan kesehatan rutin, menjaga kebersihan lingkungan dan menggunakan toilet (Kemenkes, 2017).

Tujuan keseluruhan GERMAS adalah untuk mengurangi beban penyakit menular dan tidak menular, untuk mengurangi beban keuangan pada pelayanan kesehatan, mencegah penurunan produktivitas penduduk dan untuk menghindari peningkatan beban keuangan pengeluaran perawatan kesehatan pada penduduk. Gerakan ini diharapkan mampu mensosialisasikan budaya hidup sehat dan meninggalkan kebiasaan dan perilaku masyarakat yang tidak sehat.

Menurut sebuah studi oleh Pandin et al. (2023), terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik seseorang dengan penyakit jantung koroner. Aktivitas fisik dapat secara signifikan mengurangi risiko penyakit arteri koroner, karena aktivitas fisik secara teratur dapat membantu mengendalikan risiko penyakit arteri koroner. Orang yang aktif secara fisik memiliki risiko PJK 20,9% lebih rendah, sementara orang yang sangat aktif secara fisik memiliki risiko PJK 7,7% lebih rendah. Singkatnya, risiko penyakit arteri koroner lebih rendah pada kelompok aktivitas tinggi dibandingkan kelompok aktivitas sedang.

Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan antara kebersihan lingkungan dengan jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Keberadaan jentik nyamuk *Aedes* disebabkan oleh beberapa kebiasaan buruk masyarakat, antara lain kurang memperhatikan kebersihan kandangnya, membuang air (kotoran) sembarangan dan membuang sampah organik di lingkungan rumah tangga (Prabowo, 2020).

Simpulan

Upaya promotif dan preventif merupakan upaya yang sangat efektif untuk mencegah tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular dan menular. Menimbang bahwa pencegahan penyakit sangat tergantung pada perilaku individu yang didukung oleh kualitas lingkungan, ketersediaan sarana dan prasarana, dan dukungan regulasi untuk pola hidup sehat. Oleh karena itu, keterlibatan aktif semua pihak baik pemerintah pusat maupun daerah, sektor swasta dan masyarakat sangat diperlukan.

Selain itu, promosi kesehatan merupakan bagian dari fase pencegahan primer. Ada banyak program promosi kesehatan yang dapat dikembangkan dengan menggunakan berbagai strategi, termasuk lobi advokasi, bina suasana dan gerakan masyarakat. Tujuannya agar orang sehat tetap sehat dan penyakit menjauh. Caranya adalah dengan memberikan informasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan mengajak masyarakat untuk hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. 2018. "Hasil Utama Riskesdas 2018" https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf dikases Minggu, 11 Juni 2023 pukul 15.09 WIB.
- Ira Nurmala, dkk. 2018. Promosi Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Indriani, Safira. 2023. "Weekly Update Perkembangan Situasi Penyakit Infeksi Emerging Minggu Epidemiologi ke-20 Tahun 2023" <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/weekly-update/perkembangan-situasi-penyakit-infeksi-emerging-minggu-epidemiologi-ke-20-tahun-2023> diakses pada Senin, 05 Juni 2023 pada pukul 14.59 WIB.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Laporan Perkembangan HIV AIDS Triwulan II. Jakarta: Dirjen P2P Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. 2022. "Upaya Ibu Cegah Anak Stunting dan Obesitas" <https://www.kemkes.go.id/article/view/22011800003/upaya-ibu-cegah-anak-stunting-dan-obesitas.html#:~:text=Sementara%20itu%2C%20berdasarkan%20Riskesdas%202018,untuk%20mempertahankan%20obesitas%20tidak%20naik> diakses pada Senin, 05 Juni 2023 pukul 13.42 WIB.
- Kementrian Kesehatan. 2016. Promosi Kesehatan Komitmen Global.
- Kementrian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. 2016. "Gerakan Masyarakat Hidup Sehat" <https://promkes.kemkes.go.id/?p=4424> diakses pada Minggu, 11 Juni 2023 pukul 14.08 WIB.
- Kementrian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. 2017. "GERMAS-Gerakan Masyarakat Hidup Sehat" <https://promkes.kemkes.go.id/germas> diakses pada Minggu, 11 Juni 2023 pukul 14.40 WIB.

- Prihandini, C. W., & Sukmandari, N. M. A. (2023). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit BALIMED. *Midwinerslion: Jurnal Kesehatan STIKes Buleleng*, 8(1), 69-74.
- Purwanto, Bambang. 2022. "Masalah dan Tantangan Kesehatan Indonesia Saat Ini". <https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/masalah-dan-tantangan-kesehatan-indonesia-saat-ini> diakses pada Senin, 05 Juni 2023 pukul 14.10 WIB.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 41 Tahun 2014. Pedoman Gizi Seimbang.
- Sab'atmaja, Sakri, dkk. 2021. "Kolaborasi Bersama untuk Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat" <https://promkes.kemkes.go.id/kolaborasi-bersama-untuk-pembudayaan-gerakan-masyarakat-hidup-sehat> diakses Minggu, 11 Juni 2023 pukul 14.11 WIB.
- Sasongko, H. P., & Puspitasari, L. A. (2020). Hubungan Kebersihan Lingkungan dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes Aegypti di Desa Tamanagung Kecamatan Cluring Kabupaten Banyuwangi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida*, 7(1), 45-52.
- Tarmizi, Siti Nadia. 2023. "Atasi Dengue, Kemenkes Kembangkan Dua Teknologi ini" <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20230205/3642353/atasi-dengue-kemenkes-kembangkan-dua-teknologi-ini/#:~:text=Berdasarkan%20data%20Kementerian%20Kesehatan%2C%20di,anak%20usia%200%2D14%20tahun> diakses pada Senin, 05 Juni 2023 pukul 14.56 WIB.
- Yayasan KNCV Indonesia. 2022. "Laporan Kasus TBC Global dan Indonesia" <https://yki4tbc.org/laporan-kasus-tbc-global-dan-indonesia-2022/> diakses pada Senin, 05 Juni 2023 pukul 14.36 WIB.

PROFIL PENULIS



Dela Aristi

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta

Penulis lahir di Tangerang tanggal 09 Agustus 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Promosi Kesehatan. Penulis menekuni bidang promosi kesehatan khususnya berminat terhadap ilmu perilaku dan media promosi kesehatan.

KEBERSIHAN DAN SANITASI LINGKUNGAN

Indrayadi
Politeknik Kesdam VI Banjarmasin
ketikindrayadi@gmail.com

Pendahuluan

Sanitasi dasar dan kesehatan

Sanitasi dasar mengacu pada sanitasi yang minimal diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang sehat dan memenuhi persyaratan kesehatan. Sanitasi dasar berfokus pada pengawasan faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia (Azwar, 1996). Standar sanitasi dasar penyediaan air bersih, pembuangan kotoran manusia, pengelolaan sampah, dan pengelolaan air limbah. Berikut adalah penjelasannya:

1. Penyediaan air bersih

Kehidupan manusia sangat bergantung pada air yang menjadi sangat penting. Air bersih merupakan kebutuhan yang sangat diperlukan manusia untuk melakukan segala aktivitasnya yang berhubungan dengan kegiatan yang memerlukan air. WHO berpendapat bahwa ada perbedaan antara kebutuhan air di negara maju dan berkembang. Negara maju memerlukan 60-120 liter/hari sedangkan negara berkembang 30-60 liter/hari (Mubarak, 2009).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2017), mengeluarkan standar baku kesehatan lingkungan untuk air yang diperlukan untuk higiene sanitasi. Standar air yang digunakan harus mencukupi parameter wajib dan tambahan dari pemeriksaan fisik, biologi dan kimia. Pemeriksaan yang rutin dilakukan adalah pemeriksaan parameter wajib, sedangkan pemeriksaan tambahan dilakukan jika kondisi geohidrologi menunjukkan adanya potensi pencemaran terkait dengan parameter tersebut. Berikut adalah tabel standar Parameter Fisik, biologi dan kimia dalam Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan untuk Media Air untuk Keperluan Higiene Sanitasi:

Tabel 1. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan untuk Media Air untuk Keperluan Higiene Sanitasi

Parameter fisik			
No.	Parameter Wajib	Unit	Standar baku mutu (kadar maksimum)
1	Kekeruhan	NTU	25
2	Warna	TCU	50
3	Zat padat terlarut (<i>Total Dissolved Solid</i>)	Mg/l	1000
4	Suhu	°C	Suhu udara ± 3
5	Rasa		tidak berasa
6	Bau		tidak berbau
Parameter biologi			
No.	Parameter Wajib	Unit	Standar baku mutu (kadar maksimum)
1	Total colifon	CFU/100ml	50
2	E. coli	CFU/100ml	0
Parameter kimia			
No.	Parameter Wajib	Unit	Standar baku mutu (kadar maksimum)
Wajib			
1	pH	mg/l	6,5-8,5
2	Besi	mg/l	1
3	Fluoride	mg/l	1,5
4	Kesadahan (CaCO_3)	mg/l	500
5	Mangan	mg/l	0,5
6	Nitrat, sebagai N	mg/l	10
7	Nitrit, sebagai N	mg/l	1
8	Sianida	mg/l	0,1
9	Deterjen	mg/l	0,05
10	Pestisida total	mg/l	0,1
Tambahan			
11	Air raksa	mg/l	0,001
12	Arsen	mg/l	0,05
13	Kadmium	mg/l	0,005
14	Kromium (valensi 6)	mg/l	0,05
15	Selenium	mg/l	0,01
16	Seng	mg/l	15
17	Sulfat	mg/l	400

18	Timbal	mg/l	0,05
19	Benzene	mg/l	0,01
20	Zat organic (KMNO ₄)	mg/l	10

2. Pembuangan Kotoran (feses) Manusia

Feses adalah sisa pencernaan yang dikeluarkan dari tubuh manusia. Dalam ilmu kesehatan lingkungan, feses dan air seni merupakan jenis kotoran manusia yang paling penting karena keduanya memiliki karakteristik yang berbeda dan dapat menyebabkan penyebaran penyakit saluran pencernaan (Soeparman, 2002). Feses adalah isu kesehatan yang sangat krusial, karena apabila tidak dikelola dengan baik dapat berpotensi mencemari lingkungan dan meningkatkan risiko penurunan kesehatan manusia. Penyebaran penyakit yang berasal dari feses dapat terjadi melalui berbagai cara. Untuk mencegah atau mengurangi pencemaran lingkungan oleh tinja, diperlukan pengelolaan yang baik terhadap pembuangan kotoran manusia, yaitu dengan menempatkannya di tempat yang sudah ditentukan seperti jamban yang sehat (Notoatmodjo, 2003). Standar wajib kesehatan bangunan jamban sehat terdiri dari tiga yaitu bangunan bagian atas, tengah dan bawah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Berikut adalah penjelasan mengenai hal tersebut:

a. Bangunan atas jamban sehat (dinding dan/atau atap)

Bangunan atas jamban terdiri dari dinding dan atap yang berfungsi untuk melindungi penggunaan jamban sehat.

b. Bangunan tengah jamban sehat

Bagian wajib di bangunan tengah jamban adalah lubang pembuangan feses dan urine, memiliki konstruksi leher angsa dan lebih optimal apabila memiliki tutup. Lantai jamban sehat yang digunakan harus tidak licin, kedap air dan terhubung dengan saluran untuk pembuangan air bekas ke Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL).

c. Bangunan Bawah jamban sehat

Bagian bawah jamban sehat adalah tangki septik atau cubluk yang memiliki fungsi untuk mengelola feses agar tidak terjadi pencemaran lingkungan. Tangki septik adalah bak kedap air yang menampung limbah kotoran manusia (tinja dan urine), di mana bagian padatnya akan tetap di dalam tangki septik, sedangkan bagian cairnya akan keluar dan diserap melalui bidang/sumur resapan. Jika tidak memungkinkan untuk dibuat

resapan, maka dibuatlah filter untuk mengelola cairan tersebut. Sedangkan cubluk adalah lubang galian yang menampung limbah padat dan cair dari jamban setiap harinya dan akan meresapkan cairan limbah tersebut ke dalam tanah tanpa mencemari air tanah, sedangkan bagian padat limbah tersebut akan diuraikan secara biologis. Cubluk dapat dibuat dalam bentuk bundar atau segi empat dan dindingnya harus aman dari longsoran dengan memperkuatnya menggunakan pasangan bata, batu kali, beton, anyaman bambu, penguat kayu, dan sejenisnya.

3. Pengelolaan Sampah

Sampah adalah benda atau material yang tidak diinginkan atau tidak berguna lagi dan dibuang karena tidak memiliki nilai ekonomi atau estetika. Sampah dapat berupa bahan organik atau anorganik, seperti sisa makanan, plastik, kertas, logam, kaca, dan sebagainya. Sampah dapat didefinisikan sebagai jenis bahan yang tidak digunakan lagi dan dibuang karena tidak memiliki nilai atau manfaat lagi bagi manusia dan merupakan hasil kegiatan manusia (Notoatmodjo, 2003). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2008), sampah terdiri tiga yaitu sampah rumah tangga, Sampah sejenis sampah rumah tangga dan Sampah spesifik. Berikut adalah penjelasannya:

a. Sampah rumah tangga

Sampah rumah tangga adalah jenis sampah yang dihasilkan dari aktivitas sehari-hari di rumah seperti memasak, makan, membersihkan rumah, dan lain sebagainya. Jenis sampah rumah tangga ini dapat berupa sisa makanan, kertas, plastik, kaca, logam, dan bahan organik lainnya yang berasal dari kegiatan rumah tangga. Sampah rumah tangga merupakan salah satu jenis sampah yang paling banyak dihasilkan oleh masyarakat dan memerlukan penanganan yang tepat agar tidak menimbulkan dampak negatif bagi lingkungan dan kesehatan manusia.

b. Sampah sejenis sampah rumah tangga

Sampah sejenis sampah rumah tangga hampir sama seperti sampah rumah tangga yang membedakan adalah asalnya yaitu dari kawasan komersial, kawasan industri, kawasan khusus, fasilitas sosial, fasilitas umum, dan/atau fasilitas lainnya.

c. Sampah spesifik

Sampah spesifik adalah jenis sampah yang berasal dari suatu kegiatan atau aktivitas tertentu, seperti sampah dari industri, pertanian, peternakan, atau konstruksi. Sampah spesifik ini memiliki sifat dan karakteristik yang berbeda-beda tergantung dari jenis kegiatan atau aktivitas yang menghasilkannya. Contoh sampah spesifik antara lain limbah bahan kimia dari industri, sampah hasil panen dari pertanian, sampah organik dan non-organik dari peternakan, atau sampah bahan bangunan dari konstruksi. Karena sifat dan karakteristiknya yang berbeda, sampah spesifik ini membutuhkan perlakuan dan pengolahan yang berbeda. Sampah spesifik menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Sampah Spesifik, meliputi :

- 1) Sampah mengandung bahan berbahaya dan beracun (B3)
- 2) Puing bongkaran bangunan
- 3) sampah yang timbul akibat bencana
- 4) sampah yang belum ada teknologi pengolahannya
- 5) sampah yang timbul tidak periodik (Pemerintah Indonesia, 2020)

4. Sistem Pengelolaan Air Limbah

Air limbah adalah air yang telah terkontaminasi oleh berbagai zat atau bahan kimia, baik melalui kegiatan manusia maupun alamiah, sehingga tidak layak langsung dibuang ke lingkungan. Air limbah mengandung bahan atau zat yang dapat membahayakan lingkungan dan efek panjang dari tidak diolah adalah mengganggu kelestarian lingkungan (Chandra, 2006). Pengolahan air limbah dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu Secara Alami dan buatan. Berikut adalah penjelasan mengenai hal tersebut:

a. Secara Alami

Cara pengolahan air limbah secara alamiah dapat dilakukan melalui pembuatan kolam stabilisasi. Dalam kolam stabilisasi, air limbah diolah secara alamiah untuk mengurangi zat pencemar sebelum dialirkan ke sungai. Terdapat beberapa jenis kolam stabilisasi, seperti kolam anaerobik, kolam fakultatif (untuk pengolahan air limbah dengan kandungan bahan organik yang tinggi), dan kolam maturasi (untuk memusnahkan mikroorganisme patogen). Metode ini

dianjurkan untuk daerah tropis dan sedang berkembang karena biayanya yang murah (Kencanawati, 2016).

b. Secara buatan

Proses pengolahan air limbah dengan menggunakan perangkat dilakukan pada Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) yang melibatkan tiga tahapan, yaitu *primary treatment* (pengolahan pertama), *secondary treatment* (pengolahan kedua), dan *tertiary treatment* (pengolahan lanjutan). Tahap *primary treatment* bertujuan untuk memisahkan zat padat dan cair dengan menggunakan filter dan bak sedimentasi, dengan berbagai jenis perangkat seperti saringan pasir lambat, saringan pasir cepat, saringan multimedia, *percoal filter*, *mikrostaining*, dan *vacum filter*. Tahap *secondary treatment* bertujuan untuk mengoagulasi, menghilangkan koloid, dan menstabilkan zat organik dalam limbah, dengan menguraikan bahan organik melalui proses aerobik dan anaerobik. Tahap *tertiary treatment* melanjutkan proses pengolahan kedua dengan menghilangkan nutrisi atau unsur hara, terutama nitrat dan fosfat, serta menambahkan klor untuk memusnahkan mikroorganisme patogen (Kencanawati, 2016).

Dalam pengolahan air limbah, dapat dilakukan dengan cara alami atau buatan, serta perlu dilakukan pengendalian dengan berbagai cara, seperti menggunakan teknologi pengolahan limbah cair, teknologi proses produksi, daur ulang, *resure*, *recovery*, serta penghematan bahan baku dan energi. Industri perlu menerapkan prinsip pengendalian limbah secara cermat dan terpadu baik di dalam proses produksi (*in-pipe pollution prevention*) maupun setelah proses produksi (*end-pipe pollution prevention*) untuk memenuhi baku mutu. Pengendalian dalam proses produksi bertujuan untuk meminimalkan volume limbah dan konsentrasi serta toksisitas kontaminan, sedangkan pengendalian setelah proses produksi bertujuan untuk menurunkan kadar bahan pencemar sehingga air yang dihasilkan memenuhi baku mutu yang telah ditetapkan (Kencanawati, 2016).

Kebersihan dan Sanitasi Lingkungan

Kebersihan dan sanitasi memiliki makna yang hampir serupa. Istilah kebersihan berasal dari kata Latin '*hygiēna*'. Menurut Herzberg dan rekan yang memiliki makna untuk menghilangkan

bahaya kesehatan dari lingkungan (Podojil & Cudlín, 1989). Menurut World Health Organization (WHO), Kebersihan adalah suatu kondisi di mana lingkungan yang terjaga kebersihannya, termasuk air dan udara bersih, dapat membantu mencegah terjadinya berbagai macam penyakit. Selain itu, kebersihan juga berhubungan dengan kebersihan diri manusia, seperti mencuci tangan secara rutin untuk menghindari penyebaran bakteri dan virus (WHO, 2018). Sedangkan sanitasi dapat diartikan sebagai segala upaya kesehatan masyarakat yang berfokus pada pengawasan teknis terhadap berbagai faktor lingkungan yang berpotensi mempengaruhi kesehatan manusia. (Anwar, 1990).

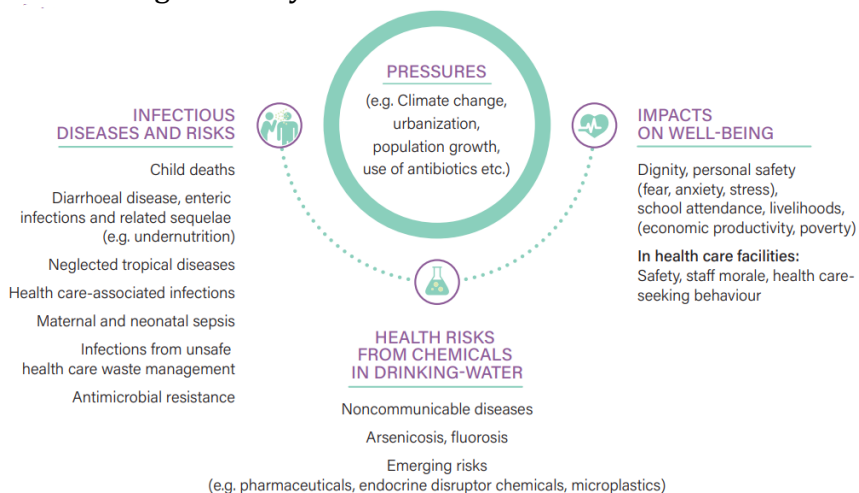
Manfaat memiliki akses terhadap sumber air minum yang layak dapat terpenuhi apabila ada juga akses ke sanitasi yang lebih baik dan kepatuhan terhadap praktik kebersihan lingkungan yang baik dan apabila orang melakukannya maka membuat lebih sehat. WHO juga berpendapat bahwa akses terhadap air, sanitasi dan kebersihan tidak akan bisa terpisahkan karena saling berhubungan yang sering disebut dengan istilah WASH (*Water, Sanitation and Hygiene*) (Prüss-Üstün, Bos, Gore, & Bartram, 2008).

Hampir 50% kekurangan gizi pada anak dikaitkan dihubungkan dengan air yang tidak sehat, akses sanitasi yang kurang dan kebersihan yang buruk (WHO, 2018). Berdasarkan fakta yang ada sekarang WASH adalah subjek dari target khusus dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG 6) adalah bukti peran fundamentalnya dalam kesehatan masyarakat untuk pembangunan berkelanjutan di masa depan. WASH ketika dijalankan akan berpeluang menyelamatkan nyawa dari 840.000 orang yang saat ini meninggal setiap tahun akibat penyakit yang secara langsung disebabkan oleh air yang tidak aman, sanitasi yang tidak memadai, dan praktik kebersihan yang buruk, dan kita juga dapat secara drastis mengurangi kekurangan gizi pada anak, dan membantu meringankan keterbelakangan fisik dan mental (WHO, 2018). WASH terdiri dari beberapa hal yaitu sebagai berikut:

- a. Media yang dapat berfungsi untuk menularkan patogen dan bahan kimia beracun (air minum);
- b. Layanan (air minum, sanitasi, pengelolaan limbah padat dan pengelolaan air irigasi) yang berkontribusi terhadap pencegahan penyakit dan, sebaliknya, kekurangan yang meningkatkan risiko beberapa penyakit;

- c. Perilaku seperti, misalnya, kebersihan pribadi dan rumah tangga serta penggunaan lingkungan binaan yang tidak aman; Dan
- d. Sumber daya alam dan ekosistem, yang pengembangan dan pengelolaannya dapat meningkatkan atau menurunkan risiko penyakit (Prüss-Üstün et al., 2008).

Penyakit dan risiko terkait WASH sangat luas, termasuk infeksi yang ditularkan melalui jalur fekal-oral, dampak kesehatan dari paparan bahan kimia dan kontaminan lain dalam air minum, serta dampak pada kesejahteraan. Penyakit dan risiko terkait WASH dapat diperparah oleh sejumlah faktor termasuk perubahan iklim, pertumbuhan populasi, urbanisasi yang cepat atau, dalam kasus resistensi anti mikroba, penggunaan antibiotik. Berikut adalah gambaran mengenai Penyakit dan risiko terkait WASH:



Gambar 1 Penyakit dan risiko terkait WASH

Sistem WASH memiliki banyak elemen yang sama dengan sistem kesehatan. Intervensi WASH mencakup teknologi, perubahan perilaku, dan penguatan sistem untuk memastikan pemantauan, regulasi, dan pembiayaan layanan WASH yang berkelanjutan. WASH sering dianggap sebagai rangkaian intervensi mahal yang membutuhkan infrastruktur besar, tetapi banyak intervensi WASH dapat diimplementasikan dengan relatif cepat dan murah. Intervensi WASH dapat menargetkan rumah tangga atau institusi

seperti fasilitas perawatan kesehatan dan sekolah. Berikut adalah intervensi WASH menurut (WHO, 2019):

a. *Safe drinking-water* (Air minum yang aman)

Meningkatkan akses ke pasokan air minum yang aman dapat dilakukan dengan membangun atau meningkatkan sistem atau layanan pasokan air seperti penyediaan air pipa di lokasi, pipa tegak umum, lubang bor, sumur gali terlindung, mata air terlindung, atau air hujan. Selain itu, hal ini juga harus dilakukan dengan melakukan penilaian risiko dan pendekatan manajemen, seperti perencanaan keamanan air, untuk memastikan keberhasilan dan keberlanjutan perbaikan yang dilakukan. Jika terdapat keterbatasan dalam perbaikan infrastruktur jangka panjang, maka strategi berbiaya rendah seperti menggunakan filter, tablet klorin, atau wadah penyimpanan yang aman untuk mengolah dan menyimpan air minum dengan aman di tempat penggunaan dapat menjadi solusi perantara yang efektif (WHO, 2019). Pada tingkatan rumah tangga dapat juga dilakukan dengan cara sederhana yaitu Menyaring, merebus air minum, mendesinfeksi air minum dengan tenaga surya (Hulland, Martin, Dreibelbis, J, & Winch, 2016).

b. *Sanitation* (kebersihan)

Kebersihan merupakan hal penting yang membutuhkan sistem sanitasi yang aman yang dirancang dan digunakan untuk memisahkan kotoran manusia dari kontak manusia pada semua tahap rantai layanan sanitasi, mulai dari toilet dan pengurungan yang aman (dalam beberapa sistem dengan tempat pengolahan) hingga pengangkutan (di selokan atau dengan pengosongan dan pengangkutan), pengolahan, dan pembuangan atau penggunaan akhir. Dalam rangka mengatasi risiko tinja dari toilet hingga penggunaan atau pembuangan yang aman, diperlukan pendekatan holistik yang difasilitasi melalui perencanaan keamanan sanitasi. Dengan beralih dari buang air besar sembarangan menuju penggunaan layanan sanitasi yang lebih baik, dan akhirnya ke sistem yang dikelola dengan aman, manfaat kesehatan akan meningkat (WHO, 2019). Cara sederhana dalam melaksanakan kebersihan adalah membangun, menggunakan dan memelihara jamban sehat atau toilet (Hulland et al., 2016).

c. *Hygiene* (Higiene)

Tindakan sederhana untuk adalah dengan cara melakukan cuci tangan surya (Hulland et al., 2016). Intervensi higiene dapat mencakup berbagai tindakan seperti mempromosikan cuci tangan dengan sabun, kebersihan makanan seperti mencuci, menutupi, memasak, dan menyimpan makanan, kebersihan lingkungan seperti membersihkan permukaan, kebersihan menstruasi, atau intervensi kebersihan khusus untuk mencegah dan mengendalikan penyakit tertentu seperti mencuci muka untuk trachoma, pemakaian sepatu untuk cacing yang ditularkan melalui tanah, dan pengelolaan hewan untuk mencegah penyakit zoonosis (WHO, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar. (1990). *Pedoman Bidang Studi Makanan dan Minuman Pada Instansi Tenaga Sanitasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Azwar. (1996). *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Mutiara Sumber Widya.
- Chandra, B. (2006). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: EGC.
- Hulland, K., Martin, N., Dreibelbis, R., J. D. V., & Winch, P. (2016). *Systematic review What factors affect sustained adoption of safe water , hygiene and sanitation technologies ? A systematic review of literature by Kristyna Hulland Nina Martin Robert Dreibelbis Julia DeBruicker Valliant Peter Winch*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5031.4329>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2017 Tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan Dan Persyaratan Kesehatan Air Untuk Keperluan Higiene Sanitasi, Kolam Renang, Solus Per Aqua, Dan Pemandian Umum.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2008 Tentang Pengelolaan Sampah. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kencanawati, C. I. P. K. (2016). Sistem Pengelolaan Air Limbah dan Sampah. *Sistem Pengolahan Air Limbah*, (7473), 1–55. Retrieved from
https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_1_dir/5099c1d958ba3deb6270dea7d2bc8bf6.pdf
- Ministry of Health of Republic of Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. *Ministry of Health of Republic of Indonesia*.
- Mubarak, C. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemerintah Indonesia. (2020). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Sampah Spesifik. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Sampah Spesifik*.
- Podojil, M., & Cudlín, J. (1989). Compounds isolated at the Department of Biogenesis of Natural Substances, institute of microbiology, Czechoslovak academy of sciences, in 1984-1988. *Folia Microbiologica*, 34(6), 525-535. <https://doi.org/10.1007/BF02814464>
- Prüss-Üstün, A., Bos, R., Gore, F., & Bartram, J. (2008). Safer water, better health. *World Health Organization*, 53. Retrieved from http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/safer_water/en/
- Soeparman. (2002). *Pembuangan Tinja dan Limbah Cair*. (EGC, Ed.). Jakarta.
- WHO. (2018). Water Sanitation And Hygiene. *WHO*, 393-414. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-700655-0.50025-0>
- WHO. (2019). Water, Sanitation, Hygiene and Health: A Primer for Health Professionals. *World Health Organisation*, 1-40. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330100/WHO-CED-PHE-WSH-19.149-eng.pdf?ua=1>

PROFIL PENULIS



Dr . Indrayadi.,S. Kep.,Ns.,M. Kep
Dosen DIII Keperawatan
Politeknik Kesdam VI Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin, 17 Januari 1990. Lulus Sarjana Keperawatan Ners dari Stikes Muhammadiyah Banjarmasin (2013). Program Magister Keperawatan Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Banjarmasin (2017), Lulus Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret. tahun 2023 pekerjaan pertama adalah membuka klinik perawatan luka dan home care pada tahun 2015 dan sekarang berubah menjadi Strata Medical Aesthetic, dengan tambahan pelayanan kebidanan dan kedokteran. Pekerjaan kedua penulis menjadi Dosen di Politeknik Kesdam VI Banjarmasin. Penulis juga aktif dalam publikasi ilmiah di jurnal nasional dan internasional. Penulis menekuni bidang Penelitian tentang antropologi medis terutama tentang perilaku kesehatan manusia tentang sanitasi dan kebudayaan.

KESEHATAN ANAK DAN IBU HAMIL

Ani Triana

Prodi DIII Kebidanan Universitas Hang Tuah Pekanbaru,

Email: anutriana@htp.ac.id

Pendahuluan

Keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan ditentukan berdasarkan indikator AKI dan AKB. Hal ini juga menggambarkan kualitas ibu dan anak di Indonesia. Tingginya AKI, AKBA dan AKB termasuk tantangan paling berat untuk mencapai MDG's pada tahun 2015. MDG's merupakan komitmen nasional dan global dalam upaya lebih menyejahterakan masyarakat melalui pengurangan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan, pemberdayaan perempuan, kesehatan, dan kelestarian lingkungan yang tercakup dalam 8 goals dan ditargetkan tercapai di tahun 2015. Untuk kesehatan ibu diharapkan terjadi penurunan kematian ibu $\frac{3}{4}$ dibanding kondisi tahun 1990 demikian pula untuk kematian anak terjadi penurunan $\frac{2}{3}$. Untuk Indonesia diharapkan kematian ibu turun menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi dan balita 23 per 1000 kelahiran hidup dan 32 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Berakhirnya target Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015 menyisakan segudang pekerjaan rumah bagi Indonesia, salah satunya terkait persoalan di bidang kesehatan. Karena itu, untuk mencapai target Sustainable Development Goals (SDGs) yang menjadi kelanjutan dari MDGs, khususnya dalam bidang kesehatan, diperlukan peran serta dari berbagai elemen masyarakat, termasuk pranata kesehatan seperti dokter, perawat, serta bidan. Dalam mencapai SDGs, seorang bidan dapat berperan dalam pencapaian target ketiga dari SDGs, yaitu kehidupan sehat dan sejahtera, khususnya terkait kesehatan ibu dan bayi. Di Indonesia upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program prioritas. Hal ini dikarenakan, masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi salah satu permasalahan utama di bidang kesehatan (Gloria, 2016).

Program pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini fokus pada upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak, terutama

kelompok rentan ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi pada masa perinatal. Hal ini dituangkan dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024 yang diterjemahkan ke dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan melalui program kesehatan ibu dan reproduksi, dengan sasaran meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Kesehatan Anak

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Negara Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Berdasarkan alasan tersebut, masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan dan penataan pembangunan bangsa (Rahmawati, 2013).

Catatan kinerja Indonesia dalam hal kematian anak bervariasi. Kemajuan terendah terdapat pada kematian neonatal (kematian dalam 28 hari pertama setelah kelahiran). Pada tahun 2017, Indonesia melaporkan angka kematian neonatal sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup; turun dari 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (target SDGs: 12). Separuh kasus kematian ini dialami bayi baru lahir dan nyaris 80 persen terjadi dalam pekan pertama kehidupan. Diperkirakan bahwa setiap tahun terjadi kematian 91.000 anak baru lahir di Indonesia, utamanya karena sebab yang bisa dicegah, khususnya sepsis (komplikasi akibat infeksi). Ketiadaan sumber air mengalir, sarana cuci tangan, dan jamban di sebagian besar pos kesehatan dan klinik persalinan menunjukkan bahwa angka kematian neonatal yang sulit diturunkan boleh jadi sangat erat berkaitan dengan kekurangan sarana kebersihan dasar. Sekali lagi, angka kematian ibu dan bayi baru lahir yang tinggi di Indonesia menunjukkan ada permasalahan serius dengan mutu perawatan yang diterima para ibu dan bayinya (Unicef, 2020).

Lepas dari angka kematian neonatal dan jika melihat mortalitas anak secara keseluruhan, Indonesia telah mencapai kemajuan penting. Angka kematian bayi (kematian yang dialami anak berusia bawah satu tahun) turun dari 68 per 1.000 anak pada tahun 1990 menjadi 24 per 1.000 anak pada tahun 2017, atau lebih dari separuh.

Selain itu, angka kematian balita turun dari 97 kematian per 1.000 kelahiran hidup menjadi hanya 32 per 1.000 kelahiran hidup (Unicef, 2020).

Kemajuan Indonesia dalam memperbaiki kondisi kesehatan anak, remaja, dan ibu amat ditunjang oleh akses masyarakat yang lebih baik kepada layanan kesehatan dan beragam program yang bertujuan menekan angka penyakit pada anak. Pemerintah menunjukkan komitmen kuat dan nyata (yang terbaru adalah melalui RPJMN 2020–2024) untuk memperbaiki akses kepada layanan kesehatan melalui cakupan kesehatan universal dan langkah pencegahan yang bertujuan mempromosikan gaya hidup sehat kepada anak dan remaja. Akan tetapi, terdapat celah dan tantangan penting yang perlu diatasi, seperti cakupan imunisasi dan penanggulangan penyakit tidak menular (Unicef, 2020).

Indikator Kesehatan Anak

Dalam menentukan derajat kesehatan anak di Indonesia, terdapat beberapa indikator yang digunakan antara lain yaitu:

1. Angka Kematian Bayi

Menurut *World Health Organization* (2022) dalam Herlinadiyaningsih dan Lucin (2022) bahwa kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak. Hal ini dikarenakan bahwa angka kematian bayi merupakan gambaran dari status kesehatan anak saat ini. Menurut Hapsari (2004) dalam Herlinadiyaningsih dan Lucin (2022) bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan tingginya angka kematian bayi di Indonesia yaitu faktor penyakit infeksi dan kekurangan gizi. Beberapa penyakit yang masih menjadi penyebab terbesar kematian bayi adalah diare, tetanus, gangguan perinatal, dan radang saluran nafas bagian bawah.

2. Angka Kesakitan Bayi

Angka Kesakitan Bayi merupakan indikator kedua dalam menentukan derajat kesehatan anak. Hal tersebut dikarenakan merupakan gambaran dari lemahnya daya tahan tubuh bayi dan anak balita (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022).

3. Status Gizi

Status gizi merupakan indikator ketiga dalam menentukan derajat kesehatan anak. Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara

kebutuhan dan masukan nutrien. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diet. Dengan status gizi kita dapat mendeteksi lebih dini risiko terjadinya masalah kesehatan khususnya pada anak. Pemantauan status gizi dapat dipergunakan sebagai upaya pencegahan agar perencanaan perbaikan status kesehatan anak lebih baik (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022).

4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir

Hal ini menjadi tolak ukur selanjutnya dalam menentukan derajat kesehatan anak. Dengan diketahuinya angka harapan hidup, maka akan tahu sejauh mana perkembangan status kesehatan anak. Usia harapan hidup juga dapat menunjukkan baik buruknya status kesehatan anak yang sangat terkait dengan faktor sosial, ekonomi, budaya dan lain-lain (Herlinadiyaningsih & Lucin, 2022).

Upaya Kesehatan Anak

Pengaturan Upaya Kesehatan Anak bertujuan untuk:

- a. Menjamin kelangsungan hidup anak yang diutamakan pada upaya menurunkan angka kematian Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita;
- b. Menjamin tumbuh kembang anak secara optimal sesuai dengan potensi yang dimiliki;
- c. Melibatkan partisipasi Anak Usia Sekolah dan Remaja di bidang kesehatan;
- d. Menjamin terpenuhinya hak kesehatan anak dengan memperhatikan siklus hidup;
- e. Menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi Anak dan Remaja;
- f. Mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi;
- g. Menjamin agar Anak Usia Sekolah dan Remaja mendapatkan pendidikan kesehatan melalui sekolah maupun luar sekolah;
- h. Memberikan perlindungan kepada Anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan bermanfaat ; dan
- i. Memberikan kepastian hukum bagi Anak, orang tua/Keluarga, tenaga kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes No. 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak, 2014).

Kesehatan Ibu Hamil

Kesehatan ibu hamil merupakan masalah kesehatan paling menonjol di seluruh dunia. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) (2012), menyatakan bahwa AKI di Indonesia sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Menjaga kesehatan ibu selama kehamilan amatlah penting karena akan berdampak pada janin yang akan dilahirkan. Yang dimaksud kesehatan ini adalah kesehatan secara komprehensif yaitu menyangkut kesehatan fisik ibu, kesehatan psikologis, sosial dan spiritual. Apabila salah satu dari aspek tersebut tidak terpenuhi maka akan berdampak pada janin yang dikandungnya (Astuti, 2018).

Berkaitan dengan masa kehamilan maka pelayanan kesehatan yang harus dimanfaatkan ibu hamil adalah pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian yang terkait dengan ibu, janin, dan bayi (Hapsari et al., 2016).

Ketika seorang wanita menginginkan kehamilan, disitulah dimulainya sebuah komitmen untuk menjalani hidup sehat. Pola hidup sehat ketika hamil menjadi perhatian serius karena akan berpengaruh terhadap kelangsungan kesehatan ibu, pertumbuhan dan perkembangan janin, proses persalinan, serta mengurangi resiko kelahiran abnormal pada janin. Kehamilan yang sehat didukung dengan adanya pemeriksaan kesehatan sebelum kehamilan. Diantaranya dengan pemeriksaan reproduksi ibu dan ayah. Pemeriksaan ini penting karena akan membantu mengatasi kemungkinan terjadinya kelainan genetik pada bayi dalam kandungan. Ibu hamil sering tidak menyadari kebiasaannya menyepelekan hal-hal kecil yang ternyata besar pengaruhnya terhadap kesehatan si janin (Pujiastuti, 2017).

Menjadi Ibu adalah periode membahagiakan bagi seorang wanita. Perlu adanya pembekalan agar nantinya kesehatan ibu dan janin terjaga. Perlu adanya kesadaran dari ibu hamil untuk menajalani hidup yang sehat. Selama hamil, kaum perempuan mempunyai banyak perubahan. Perubahan ini terjadi akibat perubahan hormonal yang mempengaruhi perubahan secara fisik dan emosi. Ketidaksiapan ibu hamil menghadapi perubahan yang ada didirinya inilah yang sering menjadi pemicu permasalahan baru. Bila ibu hamil minim pengetahuan yang benar mengenai proses kehamilan, tentunya hal ini akan menjadi penyebab terjadinya stres. Jika tidak segera ditangani dan dicarikan solusinya,

maka akan membahayakan si janin itu sendiri. Berbeda ketika sang ibu memiliki banyak informasi kehamilan, sekalipun yang bersangkutan baru pertama kali hamil. Ia akan lebih tenang karena ia paham hal tersebut adalah sebuah fase normal dan alamiah dari sebuah proses kehamilan (Pujiastuti, 2017).

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Puskesmas Rasau Jaya, 2023). Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan yaitu 2 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester II dan minimal 3 kali pada trimester III (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Kebutuhan Gizi pada Ibu Hamil

Seorang ibu hamil akan melahirkan bayinya yang sehat apabila status gizinya baik, diawali sejak si ibu belum hamil. Status gizi yang baik diperoleh bilamana selama ini mendapat asupan gizi seimbang yang cukup sesuai dengan kebutuhan dan tidak menderita penyakit infeksi atau penyakit kronis lainnya yang berpengaruh terhadap kondisi tubuh lainnya. Saat hamil seorang ibu memerlukan gizi seimbang lebih banyak daripada sebelum hamil. baik sumber kalori (karbohidrat dan lemak), protein, asam folat, Vit B12, zat besi, zat seng, kalsium, vitamin C, vitamin A, vitamin D, vitamin B6, vitamin E, termasuk pemenuhan kandungan nutrisi yang dibutuhkan bagi janin di antaranya DHA, gangliosida (GA), asam folat, zat besi, EFA, FE, dan kolin. Tenaga kesehatan dapat menggunakan buku KIA dan food model sebagai media KIE pada ibu hamil untuk menjelaskan tentang komponen ini. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Perawatan Ibu Hamil Sehat

Perawatan pada ibu hamil tidak saja penting bagi ibu hamil tersebut juga bagi bayi yang dikandungnya. Materi yang perlu disampaikan pada saat Komunikasi Informasi dan Edukasi antara lain memeriksa kehamilan sesuai anjuran, perawatan sehari-hari, kebutuhan gizi, persiapan persalinan, hal-hal yang boleh dan ditinggalkan selama kehamilan, deteksi dini tanda bahaya pada kehamilan dan persalinan, serta anjuran mengikuti Kelas Ibu Hamil. Walaupun risiko kehamilan dapat saja terjadi pada sebagian ibu hamil namun bidan tetap harus memfasilitasi ibu hamil dan keluarga menerima kehamilan dalam suasana yang bahagia, tanpa melupakan pesan-pesan penting lainnya termasuk bagaimana suami dan keluarga harus mendukung kesehatan fisik dan mental ibu hamil dalam menjalani kehamilannya agar tetap sehat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Menjaga Kehamilan tetap Sehat

Menjaga kehamilan tetap sehat tidaklah mudah. Ibu dan keluarga harus mengupayakan dan memfasilitasi kesehatan tersebut dengan menggali potensi dari diri ibu sendiri, anggota keluarga dan juga masyarakat agar kehamilan sesuai yang diharapkan sampai persalinan dapat berjalan lancar dan janin yang dilahirkan sehat dengan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal (Rejeki, 2014).

Simpulan

Masalah kesehatan anak adalah salah satu masalah utama kesehatan di Indonesia sehingga indikator kesehatan anak yaitu Angka Kematian Bayi, Angka Kesakitan Bayi, Status Gizi, dan Angka Harapan Hidup Waktu Lahir. Oleh karena itu perlunya upaya kesehatan anak untuk menjamin kelangsungan hidup anak. Selain itu Kesehatan ibu hamil juga menjadi masalah utama kesehatan sehingga menjaga kesehatan selama kehamilan sangatlah penting agar ibu dan bayi sehat. Maka perlunya kunjungan kehamilan sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, S. (2018). Skrening Kehamilan Sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu Hamil Di Desa Cipacing Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Dharmakarya*, 7(4), 285–289. <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v7i4.18507>
- Gloria. (2016). *Bidan Berperan dalam Pencapaian Target SDGs*. Universitas Gajah Mada. <https://www.ugm.ac.id/id/berita/13022-bidan-berperan-dalam-pencapaian-target-sdgs>
- Hapsari, D., Sari, P., & Indrawati, L. (2016). Indeks Kesehatan Maternal Sebagai Indikator Jumlah Kelahiran Hidup. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(3), 259–272. <https://doi.org/10.22435/jek.v14i3.4696.259-272>
- Herlinadiyaningsih, & Lucin, Y. (2022). *Ilmu Kesehatan Anak*. Wawasan Ilmu. https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu_Kesehatan_Anak/qQ2IEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kesehatan+anak&pg=PA2&printsec=frontcover
- Permenkes No. 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, Pub. L. No. 25 (2014).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. In *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Rencana Aksi Program 2020-2024*.
- Pujiastuti, A. (2017). Konsep Kehamilan Sehat: Upaya Mencetak Generasi Cerdas. *Artikel Kesehatan Nasional*, 1–9. <http://eprints.uad.ac.id/8172/1/konsep%20kehamilan%20sehat%20upaya%20mencetak%20generasi%20cerdas.pdf>

- Puskesmas Rasau Jaya. (2023). *Pelayanan KIA*. <https://puskesmas.kuburayakab.go.id/rasau-jaya/read/27/pelayanan-kia>
- Rahmawati, V. dan I. kharimaturrohmah. (2013). Gambaran Pemantauan Pertumbuhan Dan Perkembangan Batita Di Posyandu Sawi Deresen Ringinhardjo Bantul Yogyakarta Tahun 2010. *Naskah Publikasi*, 53(9), 1689–1699.
- Rejeki, S. (2014). Optimalisasi Kehamilan Sehat dan Sejahtera. *E-Journal Universitas Muhammadiyah Semarang*, 2(2), 7–11.
- Unicef, 2020. (2020). Situasi Anak di Indonesia - Tren, peluang, dan Tantangan dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. *Unicef Indonesia*, 8–38.

PROFIL PENULIS



Ani Triana

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru

Penulis lahir di Tanjung Pandan tanggal 20 Mei 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Program Studi Kebidanan di Universitas Respati Indonesia Jakarta lulus tahun 2009 dan melanjutkan S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di STIKes Hang Tuah Pekanbaru lulus tahun 2012. Penulis menekuni bidang Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi. Sejak tahun 2009 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan, dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Sejak tahun 2018 sampai sekarang menjabat sebagai Sekretaris Prodi DIII Kebidanan di Universitas Hang Tuah Pekanbaru, telah memiliki izin menyelenggarakan Praktik di PMB Ani Triana, SST, M.Kes. Mengampu mata kuliah Kesehatan Masyarakat, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, dan Gizi Kesehatan Reproduksi. Telah lulus sertifikasi dosen sejak tahun 2013. Aktif menulis artikel dan berbagai jurnal ilmiah baik yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2020 telah menulis artikel ilmiah di jurnal internasional bereputasi Scopus Q3 di *Enfermeria Clinica Journal* dengan judul *Influence of Adolescents Masturbation Behavior* Vol.30, Suplemen 6, Page 340-342, selain menulis aktif juga melaksanakan kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat.

KESEHATAN LANSIA DAN PELAYANAN KESEHATAN GERIATRI

Sarman

Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika,
sarman@iktgm.ac.id

Pendahuluan

Dunia saat ini dihuni lebih dari 2 milyar penduduk yang tersebar di 195 negara. Negara-negara tersebut berlomba dalam mewujudkan kesejahteraan warganya dengan memanfaatkan seluruh sumber daya yang dimiliki. Selain sumber daya alam, penduduk merupakan salah satu aset vital yang berperan dalam pembangunan sebuah negara. Struktur dan komposisi penduduk dapat diukur melalui piramida penduduk. Negara maju pada umumnya memiliki bentuk piramida penduduk konstruktif (tua), yaitu dengan ciri jumlah kelompok umur muda yang sedikit.

Negara berkembang biasanya memiliki gambaran piramida penduduk ekspansif (muda) dengan karakteristik, sebagian besar penduduk berusia muda, penduduk lanjut usia relatif sedikit, angka kelahiran lebih besar daripada angka kematian, pertumbuhan penduduk sangat cepat, membutuhkan banyak lapangan pekerjaan, dan rasio ketergantungan besar. Negara dengan struktur penduduk tua membutuhkan upaya yang lebih besar dalam hal pembiayaan kesehatan dan penyediaan sarana dan prasarana untuk menjamin keberlangsungan dan kesejahteraan kelompok usia lanjut.

Data Badan Pusat Statistik (BPS) menyebutkan jumlah penduduk lansia meningkat dari 18 juta jiwa (7,6%) pada tahun 2010 menjadi 27 juta jiwa (10%) pada tahun 2020. Angka ini diperkirakan akan terus meningkat menjadi 40 juta jiwa (13,8%) pada tahun 2035. Hasil proyeksi ini berpotensi menjadi masalah bagi negara yang juga mengharapkan bonus demografi pada tahun 2030, yaitu ketika penduduk usia produktif (15-64 tahun) lebih banyak dibandingkan usia tidak produktif.

Permasalahan lansia di Indonesia sebagai negara Baik negara berkembang ataupun negara maju memiliki tantangan yang sama dalam menghadapi peningkatan jumlah kelompok usia lanjut yang menunjukkan kecenderungan peningkatan. Secara alamiah, lansia

mengalami penurunan fungsi tubuh yang merupakan akumulasi dari kerusakan pada tingkat seluler dan molekuler yang terjadi dalam waktu yang lama atau yang disebut juga dengan penuaan yang ditandai dengan penurunan kemampuan fisik dan psikis, dan peningkatan risiko penyakit yang berujung pada kematian.

Penuaan tidak hanya berkaitan dengan perubahan biologis. Fase ini juga berhubungan dengan perubahan dalam kehidupan seseorang, seperti masa pensiun, perpindahan menuju perumahan pemukiman yang lebih layak, dan kematian teman atau pasangan. Upaya kesehatan masyarakat yang dilakukan untuk menjamin produktivitas dan kesejahteraan lansia sebaiknya tidak hanya berfokus pada penurunan fungsi biologis tubuh, namun juga harus mempertimbangkan faktor psikososial yang berhubungan dengan perubahan lansia dalam perannya sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat.



Pada tahun 2050 jumlah penduduk lansia diperkirakan akan mencapai 2 milyar jiwa, dan sebanyak 80% dari lansia di dunia berada di negara dengan pendapatan rendah dan sedang. Peningkatan jumlah penduduk lansia tersebut lebih cepat pada masa kini dibandingkan pada tahun-tahun sebelumnya. Hal ini tentu saja mengubah gambaran sebelumnya ketika hanya negara maju saja

yang menghadapi permasalahan lansia. Kini, hampir semua negara di dunia akan menghadapi tantangan yang sama untuk menjamin sistem kesehatan dan dukungan sosial mampu menghadapi perubahan komposisi penduduk tersebut.

Penambahan umur pada penduduk yang diindikasikan dengan penambahan jumlah lansia, tidak hanya menjadi tantangan, namun juga merupakan peluang. Penambahan usia harapan hidup memberikan kesempatan untuk menjalani aktivitas lebih lama seperti pendidikan, karir, dan bidang-bidang pekerjaan yang selama ini cenderung terabaikan. Orang yang lebih tua juga dapat berkontribusi bagi keluarga dan masyarakat. Peluang bagi lansia untuk bisa memberikan kontribusi yang lebih tergantung pada satu faktor krusial, yaitu kesehatan.

Penambahan umur pada penduduk yang diindikasikan dengan penambahan jumlah lansia, tidak hanya menjadi tantangan, namun juga merupakan peluang. Penambahan usia harapan hidup memberikan kesempatan untuk menjalani aktivitas lebih lama seperti pendidikan, karir, dan bidang-bidang pekerjaan yang selama ini cenderung terabaikan. Orang yang lebih tua juga dapat berkontribusi bagi keluarga dan masyarakat. Peluang bagi lansia untuk bisa memberikan kontribusi yang lebih tergantung pada satu faktor krusial, yaitu kesehatan.

Proses penuaan sebagai akumulasi dari kerusakan pada tingkat seluler dan molekuler yang terjadi dalam waktu yang lama seringkali dikaitkan dengan kejadian penyakit dan menular. Berbagai studi telah menunjukkan usia merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular.

Menurut Sanjaya (2009) dalam Trisnawati & Setyorogo (2013), peningkatan risiko Diabetes Melitus seiring dengan bertambahnya umur, khususnya pada usia lebih dari 40 tahun disebabkan karena pada usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi gula. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin. Selain itu pada individu yang berusia lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 25%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus dan Hipertensi meningkat seiring pertambahan usia. Bahkan peningkatan signifikan prevalensi Diabetes Mellitus terjadi pada kelompok usia 55-64 tahun yaitu meningkat dari 3.88% pada

usia 45- 54 tahun menjadi 6.29. Baik penyakit jantung maupun stroke, prevalensi keduanya meningkat seiring dengan penambahan usia penderita. Pada penyakit jantung, prevalensi meningkat signifikan pada umur 45-54 tahun, yaitu dari 1,3% pada umur 35-44 tahun menjadi 2,4%. Peningkatan prevalensi signifikan stroke terjadi pada kelompok umur 55-64 tahun, yaitu meningkat dari 14,2% pada umur 45-54 menjadi 32,4%.

Berdasarkan pembagian kelompok umur lansia dan pra lansia, obesitas memiliki prevalensi tertinggi pada kelompok pra lansia sebesar 26,1%. Pada kelompok lansia, prevalensi penyakit tidak menular tertinggi adalah hipertensi sebesar 32,5%. Adanya perbedaan pola penyakit tidak menular berdasarkan prevalensi tertinggi antar kelompok pra-lansia dan lansia dapat menjadi landasan dalam merumuskan intervensi yang tepat sesuai kelompok umur. Berbagai fakta di atas menggambarkan betapa lansia menjadi kelompok rentan terhadap penyakit tidak menular.

Dalam upaya pemberdayaan lansia WHO mencetuskan konsep Active Ageing pada tahun 2002, yaitu proses penuaan yang tetap sehat serta optimal secara fisik, sosial dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat (partisipasi sosial). Active ageing dapat diperoleh dengan melibatkan kondisi ekonomi, sosial, fisik, kesehatan, perilaku dan kondisi internal lansia.

Lansia yang sehat dan berkualitas hanya bisa dicapai melalui pembinaan kesehatan sejak dari fase janin hingga individu memasuki periode lansia. Selama pembinaan tersebut perlu dilakukan minimalisasi faktor risiko dan memaksimalkan faktor protektif. Upaya ini selaras dengan salah satu program utama Kementerian Kesehatan yaitu Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Active ageing juga sejalan dengan amanah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu pasal 138 yang menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia ditujukan untuk menjaga agar para lansia tetap sehat dan produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, pemerintah harus memfasilitasi dengan menyediakan fasilitas dan perlindungan yang memadai, keamanan, serta perawatan ketika dibutuhkan. Untuk menghadirkan fasilitas dimaksud, pemerintah telah mengembangkan pelayanan kesehatan santun lanjut usia yang

berada baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Pemerintah telah menetapkan program kesehatan lanjut usia ke dalam salah satu Indikator Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024, yaitu persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia. Pemerintah menetapkan target sebesar 65% kabupaten/kota menyelenggarakan pelayanan Kesehatan lanjut usia pada tahun 2024.

Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia jika memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Seluruh puskesmas membina posyandu lansia di 50% desa di wilayah kerjanya.
2. Minimal 50% Puskesmas yang ada di kabupaten/kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan santun lansia.
3. Kabupaten/kota mengembangkan Program Perawatan Jangka Panjang (PJP) bagi Lansia dengan definisi operasional Kab/kota melaksanakan program PJP Lansia di minimal 10% puskesmas dalam bentuk kegiatan: orientasi program PJP bagi lansia dan panduan praktis bagi caregiver informal.

Pada Tahun 2020, terdapat 7.765 puskesmas yang membina Posyandu Lansia di 50% desa di wilayah kerjanya atau sebesar 76,11% dari 10.203 puskesmas di Indonesia. Dari sisi penyediaan pelayanan kesehatan lanjut usia yang komprehensif dan bermutu, pada tahun 2020 terdapat 6.398 puskesmas santun lanjut usia (62,71%). Pada tahun yang sama, terdapat 457 kabupaten/kota (88,91%) mengembangkan PJP bagi lansia.

Definisi Lanjut Usia

Menurut Miller, Gerontologi adalah ilmu yang mempelajari proses menua dan masalah yang mungkin terjadi pada lansia. Dalam referensi lain dikatakan gerontologi merupakan suatu pendekatan ilmiah dari berbagai aspek proses penuaan yaitu kesehatan, sosial, ekonomi, perilaku, lingkungan.

Geriatri adalah cabang ilmu kedokteran yang berfokus pada penyakit yang timbul pada lansia. Tujuan pelayanan geriatri adalah sebagai berikut: mempertahankan derajat kesehatan setinggi-tingginya sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan kesehatan, memelihara kondisi kesehatan dengan aktivitas fisik sesuai kemampuan dan aktivitas mental yang mendukung, melakukan

diagnosis dini secara tepat dan memadai, melakukan pengobatan yang tepat, memelihara kemandirian secara maksimal, tepat memberikan bantuan moril dan perhatian sampai akhir hayatnya agar kematiannya berlangsung dengan tepat.¹² Lansia (Lanjut Usia) atau manusia usia lanjut (Manula) adalah kelompok penduduk berumur tua. Golongan penduduk yang mendapat perhatian atau pengelompokan tersendiri ini adalah populasi perumur 60 tahun atau lebih.

Klasifikasi pada lansia adalah: Pralansia seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lansia yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lansia resiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan. Hal yang merupakan tantangan bagi kita semua untuk dapat mempertahankan kesehatan dan kemandirian para lansia agar tidak menjadi beban bagi dirinya, keluarga, maupun masyarakat. Menurut Boedhi Darmojo, menjadi tua bukanlah suatu penyakit atau sakit, tetapi suatu proses perubahan di mana kepekaan bertambah atau batas kemampuan beradaptasi menjadi berkurang yang sering dikenal dengan geriatri giant, dimana lansia akan mengalami yaitu: imobilisasi, instabilisasi (mudah jatuh), intelektualisia, impotensia, imunodefiasi, infeksi mudah terjadi impaksi (konstipasi), iantrogenes (kesalahan diagnosis), insomnia, impairment of (gangguan pada penglihatan, pendengaran, pengecapan, penciuman, komunikasi dan integritas kulit, inaniation (malnutrisi).

Karakteristik Lansia

Beberapa karakteristik lansia yang perlu diketahui untuk mengetahui keberadaan masalah kesehatan lansia adalah:

- a. Jenis kelamin: Lansia lebih banyak pada wanita. Terdapat perbedaan kebutuhan dan masalah kesehatan yang berbeda antara lansia laki-laki dan perempuan. Misalnya lansia laki-laki sibuk dengan hipertropi prostat, maka perempuan mungkin menghadapi osteoporosis.
- b. Status perkawinan: Status masih pasangan lengkap atau sudah hidup janda atau duda akan mempengaruhi keadaan kesehatan lansia baik fisik maupun psikologis.
- c. Living arrangement: misalnya keadaan pasangan, tinggal sendiri atau bersama instri, anak atau kekuarga lainnya.
 1. Tanggungan keluarga: masih menanggung anak atau anggota keluarga.

2. Tempat tinggal: rumah sendiri, tinggal bersama anak. Dengan ini kebanyakan lansia masih hidup sebagai bagian keluarganya, baik lansia sebagai kepala keluarga atau bagian dari keluarga anaknya.

Namun akan cenderung bahwa lansia akan di tinggalkan oleh keturunannya dalam rumah yang berbeda. Menurut Darmawan mengungkapkan ada 5 tipe kepribadian lansia yang perlu kita ketahui, yaitu: tipe konstruktif (*constructive person-ality*), tipe mandiri (*independent personality*), tipe tergantung (*hostilty personality*) dan tipe kritik diri (*self hate personality*).

d. Kondisi Kesehatan

1. Kondisi umum: Kemampuan umum untuk tidak tergantung kepada orang lain dalam kegiatan sehari-hari seperti mandi, buang air besar dan kecil.
2. Frekuensi sakit: Frekuensi sakit yang tinggi menyebabkan menjadi tidak produktif lagi bahkan mulai tergantung kepada orang lain.

e. Keadaan Ekonomi

1. Sumber pendapatan resmi: Pensiunan ditambah sumber pendapatan lain kalau masih bisa aktif.
2. Sumber pendapatan keluarga: Ada bahkan tidaknya bantuan keuangan dari anak atau keluarga lainnya atau bahkan masih ada anggota keluarga yang tergantung padanya.
3. Kemampuan pendapatan: Lansia memerlukan biaya yang lebih tinggi, sementara pendapatan semakin menurun. Status ekonomi sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukann berbagai perubahan besar dalam kehidupan, menentukan kondisi hidup yang dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.

Perubahan Perubahan pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia adalah faktor kesehatan yang meliputi keadaan fisik dan keadaan psikososial lanjut usia.

a. Keadaan Fisik

Faktor kesehatan meliputi keadaan psikis lansia. Keadaan fisik merupakan faktor utama dari kegelisahan manuia. Perubahan secara fisik meliputi sistem prnapasan, sistem pendengaran,

sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, muskuloskeletal, gastrointestinal dan sistem integumen mulai menurun pada tahap-tahap tertentu. Dengan demikian orang lanjut usia harus menyesuaikan diri kembali dengan ketidak berdayaannya.

Perubahan perubahan Fisik :

1. Sel

- Lebih sedikit Jumlahnya
- Lebih besar ukurannya
- Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler
- Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal darah dan hati
- Jumlah sel otak menurun
- Terganggunya mekanisme perbaikan sel
- Otak menjadi atrofis beratnya berkurang 5-10%

2. Sistem Pernapasan

- Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya)
- Cepatnya menurun hubungan persyarafan
- Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres
- Mengecilnya saraf panca indra
- Mengurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin
- Kurang sensitif terhadap sentuhan

3. Sistem Pendengaran

- Presbiakusis (gangguan pada pendengaran). Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi atau suara-suara atau nada- nada tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata- kata 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun
- Membrana timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis
- Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeras karena meningkatnya kratin
- Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stres

4. Sistem penglihatan

- Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar
- Kornea lebih berbentuk sferis (bola)
- Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan
- Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan sudah melihat dalam cahaya gelap
- Hilangnya daya akomodasi
- Menurunnya lapangan pandang, berkurang laus Titian pandangannya
- Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala

5. Sistem Kardiovaskuler

- Elastisitas, dinding aorta menurun
- Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bila menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak)
- Tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistolis normal + 170 mmHg. Diastolis normal + mmHg

6. Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Yang sering ditemui antara lain:

- Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologik + 350 C ini akibat metabolisme yang menurun
- Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot

7. Sistem Respirasi

- Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku
- Menurunnya aktivitas dari silia
- Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun
- Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang
- O₂ pada arteri menurun menjadi 75 mmHg
- CO₂ pada arteri tidak berganti
- Kemampuan untuk batuk berkurang
- Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia

8. Sistem Gastrointestinal

- Kehilangan gigi, penyebab utama adanya Periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk
- Indera pengecap menurun, adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi epiglottis (80%) hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap tentang rasa asin asam dan pahit.
- Esofagus melebar
- Lambung rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun) asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun
- Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi
- Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu)
- Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah
- Menipisnya ovarium dan uterus
- Atrofi payudara
- Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur

- Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu : Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, Hubungan seksual secara teratur membantuk mempertahankan kemampuan sesksual

9. Sistem Genitorurinaria

- Ginjal, Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah e ginjal menurun sampai 50% gungsi tubulus berlkurang akibat, kurangnya kemampuan mengkonsentrasi utin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya + 1); BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat
- Vesika urinaria (kandung kemih) otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin
- Pembesaran otot dialami oleh pria usia di atas 65
- Vagina, Orang-orang yang akin menua sexual intercourse masih jug amebutuhkannya tidak ada batasan umur tertentu fungsi sesksual seseorang berhenti frekuensi icenerung menurun secar abertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati jalannya

10. Sistem Endoktrin

- Hanpir semua hormon mengalami penurunan
- Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- Pertumbuhan hormon dada tetapi Ikeih rendah dan hanya di dalam poembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH, TSH FSh dan LH
- Menurunnya aktifitas tiroid, menurunnya BMR - Basal Metabolic Rate, dan menurunnya daya pertukaran zat
- Menurunnya produksi aldosteron
- Menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya: progesteron, estrogen, dan testosteron

11. Sistem Kulit (Integumentary System)

- Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak
- Permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis)
- Menurunnya respon terhadap trauma
- Mekanisme proteksi kulit menurun, Produksi serum menurun, Penurunan produksi VTD, Gangguan pergemntasi kulit
- Kulit kepala dan rambut menipis berwanra kelabu
- Rambut dalam hidung dan telinga menebal
- Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi
- Pertumbuhan kuku lebih lanmbat
- Kuku jari mnenjadi keras dan rapuh
- Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seprti tanduk
- Kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya
- Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya

12. Sistem Muskulosletal (Musculoskeletal System)

- Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh
- Kifosis
- Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas
- Discus interveterbralis menipis dan menjadi pendek
- Persendian membesar dan menjaid kaku
- Tendon mengerut dan mengalami sklerosis
- trofi serabut otot (otot-otot serrabut mengecil)
- Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh

b. Keadaan Psikososial

1. Kesepian, Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran
2. Duka cita (Bereavement) Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3. Depresi Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.
4. Gangguan cemas, Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.
5. Parafrenia, Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.
6. Sindroma Diogenes, Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

Sarana dan prasarana kebutuhan lansia

Sarana dan prasarana yang dipergunakan untuk menyelenggarakan pelayanan terhadap lansia, baik sarana fisik, sosial dan spiritual yang dijalankan di berbagai tingkatan dapat kita lihat di bawah ini adalah:

1. Pelayanan tingkat masyarakat Pelayanan terhadap lansia adalah: keluarga dengan lansia, kelompok lansia seperti klub/perkumpulan, panguyuban, padepokan dan pengajian, serta bina keluarga lansia. Masyarakat mencakup LKMD, Karang wreda day care dana sehat/JPKM.
2. Pelayanan tingkat dasar Pelayanan yang diselenggarakan oleh berbagai instansi pemerintahan dan swasta serta organisasi masyarakat, organisasi profesi dan yayasan seperti: praktik dokter dan dokter gigi, balai pengobatan klinik, puskesmas/balkesmas, panti tresna wreda, pusat pelayanan dan perawatan lansia, praktik perawatan mandiri.
3. Pelayanan tingkat rujukan Pelayanan yang diselenggarakan di rumah sakit dan rumah sakit khusus. Rujukan dapat bersifat

sederhana, sedang, lengkap dan paripurna.¹⁴ Rujukan secara konseptual terdiri atas rujukan medis yang pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan dan rujukan kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas.

Jenis pelayanan Kesehatan pada Lansia

Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi lima upaya kesehatan yaitu: peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), diagnosis dini dan pengobatan, pembatasan kecacatan dan pemulihan.

a. Promosi (Promotif),

Upaya promotif merupakan tindakan secara langsung dan tidak langsung untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya promotif juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga profesional dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial. Upaya promotif dilakukan untuk membantu organ-organ mengubah gaya hidup mereka dan bergerak ke arah keadaan kesehatan yang optimal serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku hidup mereka. Upaya perlindungan kesehatan bagi lansia adalah sebagai berikut:

1. Mengurangi cedera, dilakukan dengan tujuan mengurangi kejadian jatuh, mengurangi bahaya kebakaran dalam rumah, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan mengurangi kejadian keracunan makanan atau zat kimia.
2. Meningkatkan keamanan di tempat kerja yang bertujuan untuk mengurangi terpapar dengan bahan-bahan kimia dan meningkatkan penggunaan sistem keamanan kerja.
3. Meningkatkan perlindungan dari kualitas udara yang buruk, bertujuan untuk mengurangi penggunaan semprotan bahan-bahan kimia, mengurangi radiasi di rumah, meningkatkan pengolahan rumah tangga terhadap bahan berbahaya, serta mengurangi kontaminasi makanan dan obat-obatan.
4. Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mutu yang bertujuan untuk mengurangi karies gigi serta memelihara kebersihan gigi dan mulut.

- b. Pencegahan (Preventif),
 - 1. Melakukan pencegahan primer, meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor risiko, tidak ada penyakit, dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan pencegahan primer adalah: program imunisasi, konseling, berhenti merokok dan minum beralkohol, dukungan nutrisi, keamanan di dalam dan sekitar rumah, manajemen stres, penggunaan medikasi yang tepat.
 - 2. Melakukan pencegahan sekunder, meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala dari awal penyakit hingga terjadi gejala penyakit belum tampak secara klinis dan mengindap faktor risiko. Jenis pelayan pencegahan sekunder antara lain adalah sebagai berikut: kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, screening: pemeriksaan rektal, papsmear, gigi mulut dan lain-lain.
 - 3. Melakukan pencegahan tersier, dilakukan sebelum terdapat gejala penyakit dan cacat, mecegah cacat bertambah dan ketergantungan, serta perawatan dengan perawatan di rumah sakit, rehabilitasi pasien rawat jalan dan perawatan jangka panjang.
- c. Diagnosis dini dan Pengobatan
 - 1. Diagnosis dini dapat dilakukan oleh lansia sendiri atau petugas profesional dan petugas institusi. Oleh lansia sendiri dengan melakukan tes dini, skrining kesehatan, memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) Lansia, memanfaatkan Buku Kesehatan Pribadi (BKP), serta penandatanganan kontrak kesehatan.
 - 2. Pengobatan: Pengobatan terhadap gangguan sistem dan gejala yang terjadi meliputi sistem muskuloskeletal, kardiovaskular, pernapasan, pencernaan, urogenital, hormonal, saraf dan integumen

Pelayanan Geriatri

Gerontik menurut Josaputra (1987) adalah ilmu yang mempelajari, membahas, meneliti segala bidang masalah lanjut usia, mulai dari kesehatan sampai dengan menyangkut sosial kesejahteraan, pemukiman, lingkungan hidup, pendidikan, dan perundang-undangan. Keperawatan gerontik menurut Maryam dkk. (2008) adalah spesialis keperawatan usia lanjut (orang berusia 60 tahun, baik yang kondisinya sehat maupun sakit) yang dapat menjalankan perannya pada tiap tatanan pelayanan, baik itu di rumah sakit, rumah, ataupun panti, dengan berbekal pengetahuan,

keahlian, dan keterampilan keperawatan gerontik (mencakup biopsikososial dan spiritual) guna meningkatkan fungsi optimal para lansia secara komprehensif.

Pendapat tersebut serupa dengan pendapat Lueckenotte dalam Sunaryo, dkk.. (2015) yang menyebutkan bahwa keperawatan lansia (gerontic nursing) adalah bidang keperawatan spesifik yang memfokuskan perhatian terhadap pengkajian kesehatan dan status fungsional usia lanjut, merencanakan, mengimplementasikan pelayanan keperawatan untuk memenuhi kepatuhan yang terganggu, serta mengevaluasi efektivitas dan pelayanan keperawatan yang diberikan.

Tujuan Pemberian Keperawatan Gerontik

Keberadaan keperawatan gerontik memiliki sejumlah tujuan, antara lain untuk memenuhi kenyamanan lansia, membantu mempertahankan fungsi tubuh, dan membantu lansia menghadapi kematian dengan tenang dan damai. Sunaryo, dkk. (2015) merinci tujuan asuhan keperawatan dalam beberapa poin sebagai berikut.

- a. Meningkatkan kemandirian lansia dalam Activity Daily Living (ADL) dengan upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan lansia sekaligus dalam hal tindak pencegahan dan perawatan. Membantu mengobarkan semangat hidup klien lansia sekaligus mempertahankannya.
- c. Menolong dan merawat klien lansia dengan gangguan tertentu (kronis maupun akut) sesuai dengan kemampuan lansia.
- d. Membantu meningkatkan kemandirian klien lansia.
- e. Membantu klien dan keluarga klien untuk memahami perubahan di usia lanjut.
- f. Memotivasi masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan hidup lansia.
- g. Merangsang para petugas kesehatan, khususnya perawat, untuk dapat mengenal serta menegakkan diagnosis yang tepat dan dini apabila dijumpai suatu kelainan tertentu.

Cakupan Keperawatan Gerontik

Cakupan dari ilmu keperawatan gerontik adalah tidak terpenuhinya kebutuhan dasar lansia karena proses penuaan.

Ruang Lingkup Asuhan Keperawatan Gerontik

Ruang lingkup asuhan keperawatan gerontik meliputi pencegahan ketidakmampuan lansia sebagai akibat proses penuaan, perawatan yang ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan, dan pemulihan sebagai upaya untuk mengatasi keterbatasan lansia akibat proses penuaan.

Sifat Asuhan Keperawatan Gerontik

Sifat asuhan keperawatan gerontik menurut Eliopoulous dan Lueckenotte dalam Maryam dkk., (2008) adalah independen (mandiri), interdependen (kolaborasi), humanistik, dan holistik.

Fokus Asuhan Keperawatan Gerontik

- a. Pencegahan Primer (Preventif), Melakukan pencegahan primer yaitu:
 1. Imunisasi,
 2. Konseling, seperti berhenti merokok, berhenti konsumsi, dsb;
 3. Dukungan nutrisi,
 4. Olahraga secara teratur,
 5. Keamanan baik didalam dan disekitar rumah,
 6. Manajemen dalam kondisi stres,
 7. Penggunaan medikasi yang tepat.
- b. Pencegahan Sekunder, Melakukan pencegahan sekunder yaitu:
 1. Kontrol hipertensi,
 2. Deteksi sekaligus pengobatan kanker,
 3. Skrining, yaitu pemeriksaan mamogram, rectal, papsmear, gigi, mulut, dsb.
- c. Pencegahan Tersier, Melakukan pencegahan tersier yaitu:
 1. Mencegah berkembangnya gejala dengan memfasilitasi sarana prasarana rehabilitasi dan membatasi ketidak- mampuan akibat kondisi kronis. Misalnya kondisi kronis osteoporosis atau inkontinensia urine, serta
 2. Mendukung usaha agar mempertahankan kemampuan untuk berfungsi.

Peran Perawat dalam Perawatan Gerontik

Dalam asuhan keperawatan gerontik, peran perawat terbagi dalam dua macam, yakni peran secara umum dan spesialis. Peran secara umum dilakukan dalam berbagai wilayah tugas seperti rumah sakit, rumah, panti jompo (nursing home), komunitas, serta menyediakan perawatan kepada individu dan keluarganya (Hess,

Touhy, & Jett, 2015). Selain di berbagai macam bentuk pelayanan, perawat gerontik juga dapat bekerja sama dengan para ahli untuk perawatan klien dari perencanaan sampai evaluasi.

Sementara itu, peran spesialis secara umum terbagi dalam dua macam, yaitu perawat gerontik klinis/gerontological clinical nurse specialist (CNS) dan perawat gerontik pelaksana geriatric nurse practitioner (GNP).

Gerontological Clinical Nurse Specialist (CNS)

CNS berperan sebagai perawat klinis secara langsung, pendidik, manajer perawat, advokat, manajemen kasus, dan peneliti dalam perencanaan perawatan, atau meningkatkan kualitas perawatan bagi klien dan keluarganya dalam wilayah kerja rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, outreach programs, dan independent consultant. Berikut penjelasan spesifiknya:

1. Provider of care

Melakukan perawatan langsung kepada klien baik di rumah sakit dalam kondisi akut, rumah perawatan, dan fasilitas perawatan jangka panjang. Dikarenakan lansia kerap memiliki gejala yang tidak lazim dan mempersulit diagnosis dan perawatannya, maka perawat klinis perlu memahami tentang proses penyakit dan sindrom yang biasanya muncul di usia senja. Termasuk di dalamnya tanda, gejala, risiko, terapi medikasi, rehabilitasi, dan perawatan di akhir hidup.

2. Peneliti

Penelitian dilakukan dengan mengikuti literatur terbaru, membacanya, dan mempraktikkan penelitian yang valid. Level yang sesuai untuk melakukan penelitian adalah level \$2 atau baccalaureate level. Bertujuan meningkatkan kualitas perawatan klien dengan metode evidence based practice. Sedangkan perawat yang berada pada level undergraduate degrees ikut serta dalam penelitian, seperti membantu melakukan pengumpulan data.

3. Manajer Perawat

Kepemimpinan sangat dibutuhkan dalam hal ini, di samping manajemen waktu yang baik, kemampuan menyelesaikan masalah dan pola komunikasi yang baik. Perawat berperan mengembangkan dan melaksanakan program perawatan khusus dan protokol untuk lansia di rumah sakit. Perawat gerontik berfokus pada peningkatan kualitas perawatan dan

kualitas hidup, yang kemudian mendorong perawat menerapkan perubahan inovatif dalam melaksanakan asuhan keperawatan di panti jompo dan wilayah perawatan jangka panjang lainnya.

4. Advokat

Perawat membantu lansia mengatasi adanya ageism yang sering terjadi di masyarakat. Ageism adalah diskriminasi atau perlakuan tidak adil dalam berbagai layanan masyarakat, termasuk layanan kesehatan. Dalam hal ini, menjadi advokat tidak berarti berhak memutuskan apapun terkait hidup lansia. Melainkan lebih cenderung ke pendampingan, memberi kekuatan agar mereka tetap mandiri dan mampu menjaga martabat dirinya.

5. Edukator

Perawat harus turut mengambil peran pengajaran kepada lansia, terutama terkait modifikasi gaya hidup. untuk mengatasi konsekuensi dari gejala atipikal yang menyertai usia tua. Perawat harus mengajari lansia pentingnya pemeliharaan berat badan, melakukan aktivitas fisik secara teratur, serta manajemen stres agar dapat menjalani hari tua dengan positif. Perawat juga harus mengajari lansia untuk menghindari risiko penyakit jantung, alzheimer, diabetes, bahkan kanker.

6. Motivator

Perawat memberikan dukungan kepada lansia untuk menerima kondisi dirinya yang menua, baik fisik maupun nonfisik. Pemberian dukungan juga diperlukan untuk mengoptimalkan kesehatannya agar terhindar dari berbagai penyakit. Selain itu, perawat juga menguatkan klien untuk terus memaksimalkan keterampilan dan kemampuan aspek lainnya agar tetap produktif di usia senja.

7. Manajer Kasus

Manajemen kasus adalah metode intervensi untuk mengurangi penurunan fungsional klien lansia berisiko tinggi yang dirawat di rumah sakit. Umumnya manajemen kasus disediakan bagi klien yang mendapatkan berbagai perawatan berbeda.

Geriatric Nurse Practitioner (GNP)

GNP berperan memenuhi kebutuhan kesehatan klien pada daerah pedalaman melakukan intervensi untuk promosi kesehatan, mempertahankan dan mengembalikan status kesehatan klien, manajemen kasus, dan advokat pada wilayah kerja klinik ambulatori, fasilitas jangka panjang, dan independent practice.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, George L. 1997. Boris: Buku Ajar Penyakit THT (Basic Fundamentals of Otolaryngology). Edisi ke-6. Jakarta: EGC.
- Asfuah, Siti. 2012. Buku Klinik untuk Keperawatan dan Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika. Aspiani, Reny Yuli. 2008.
- Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: TIM. Carpenito, L. 2000. Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis.
- Darmojo, R Boedi dan Martono, H Hadi. 2000. Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjur). Jakarta: Fakultas Kedokteran UI. Dewi, Sofia Rhosma. 2014. Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Penerbit Decpublish.
- Dokumentasi Soapie. Diterjemahkan oleh Sari Kurnianingsih. Jakarta: EGC. Muhith, Abdul & Sandu Siyoto. 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik Yogyakarta: Penerbit ANDI
- Dongoes, E. Marlyn. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan. Edisi 3 Jakarta: EGC.
- Edition. New Jersey: Upper Saddle River. Josaputra. 1987. Interaksi Antara Proses Menua Olahraga dan Kesehatan. Jakarta
- EGC Maryam, Siti, dkk. 2008. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Kartari DS, 1990. "Manusia usia lanjut". Disampaikan dalam Diskusi Ilmiah Badan Litbangkes Depkes RI, Jakarta, 30 Januari.
- Kushariyadi. 2010. Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia. Jakarta Medika.
- Kusmana, Dede. 1992. Olahraga pada usia Lanjut. Simposium Menuju Hidup Sehat pada Usia Lanjut. Bogor, 7 November.
- Leeckenotte, Annete Glesler. 1997. Pengkajian Gerontologi. Edisi ke-2. Jakarta

Nugroho, Waljudi, Keperawatan Gerontik: Jakarta: EGC

Pusat data informasi kementerian kesehatan, Lansia Berdaya Bangsa
Sejahtera tahun 2022.

PROFIL PENULIS



Sarman, SKM, M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan
Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika.

Penulis, lahir di Buton Utara pada tanggal 6 desember 1990. Adapun riwayat pendidikan dimana saya menamatkan Sekolah Dasar di SDN 13 kulisusu, Kab Buton Utara, kemudian lulus dari SMP Negeri 1 Kulisusu Utara dan SMA Negeri 1 Kulisusu Utara. Setelah menyelesaikan SD sampai SMA, saya melanjutkan studi S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo. Kemudian melanjutkan studi S2 di Program Studi Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Adapun riwayat pengalaman kerja pertama kali sebagai fasilitator bantuan stimulan perumahan swadaya kementerian PUPR selama 1 tahun, kemudian sebagai Fasilitator Verifikasi bantuan sosial kartu perlindungan sosial kementerian Sosial, disela melanjutkan kuliah S2 di Semarang pada semester akhir di tahun 2019 saya diangkat menjadi tenaga Bantuan di lingkungan kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan kelas II Semarang selama kurang lebih 2 tahun, selepas itu diangkat sebagai dosen tetap di salah satu perguruan tinggi swasta di Sulawesi Utara tepatnya di kota kotamobagu yaitu di institut kesehatan dan teknologi Graha Medika tahun 2021.

Adapun untuk pangkat jabatan fungsional saya sekarang yaitu asisten ahli terhitung tanggal 1 bulan juli tahun 2021 dengan keahlian mata kuliah Promosi kesehatan, Sosiologi Antropologi Kesehatan, dan pengembangan dan pengorganisasian masyarakat. Saat ini saya menjabat sebagai, Ketua program studi S1 Kesehatan Masyarakat. Selain itu saya sudah 2x berturut turut dapatkan mendapatkan hibah penelitian dari Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi pada tahun 2021 mengenai indeks Model Pencegahan Stunting di Kotamobagu dan pada tahun 2022 juga mendapatkan hibah penelitian dari Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi dengan judul Pendidikan Gizi Berbasis Media Sosial pada Calon Pengantin Dalam Pencegahan Stunting di Kotamobagu sebagai ketua peneliti.

PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI INDONESIA

Siti Mirhalina Hasibuan

Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
sitimirgalina@gmail.com

Pendahuluan

Kekhawatiran akan peningkatan prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) telah menghasilkan kesepakatan tentang strategi global untuk pencegahan dan pengendalian PTM, terutama di negara-negara berkembang. PTM telah menjadi isu strategis dalam agenda SDGs 2030, sehingga harus menjadi jantung pembangunan di semua negara.

Indonesia saat ini menghadapi beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku manusia, perubahan demografi, teknologi, ekonomi dan sosial budaya. Peningkatan beban akibat PTM sejalan dengan peningkatan faktor risiko yang meliputi meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, kebiasaan makan yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik, serta merokok dan alkohol (P2P Kemenkes RI, 2019).

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya merupakan upaya yang dilaksanakan seluruh komponen bangsa Indonesia dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial. Sumber daya dan ekonomi menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan upaya program dan upaya sektor, serta kesinambungan dengan upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya (Kemenkes, 2022).

Periode tahun 2020-2024 merupakan fase akhir dari RPJPN 2005-2025 dan karenanya merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. Rencana Pembangunan

Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 berdampak pada pencapaian target pembangunan RPJPN. Menurut dengan RPJPN 2005-2025, tujuan pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit. Memastikan keberlanjutan sistem kesehatan dengan kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respons terhadap ancaman kesehatan global (P2P Kemenkes RI, 2020).

Pemerintah bertujuan untuk menurunkan angka penyakit menular dan tidak menular sebagai salah satu bentuk dari intruksi presiden (Inpres) no. 01 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), yang merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan bersama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk menerapkan perilaku hidup sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS mengajak masyarakat untuk membudayakan hidup sehat, sehingga dapat mengubah kebiasaan atau perilaku yang tidak sehat (Yarmaliza & Zakiyuddin, 2019).

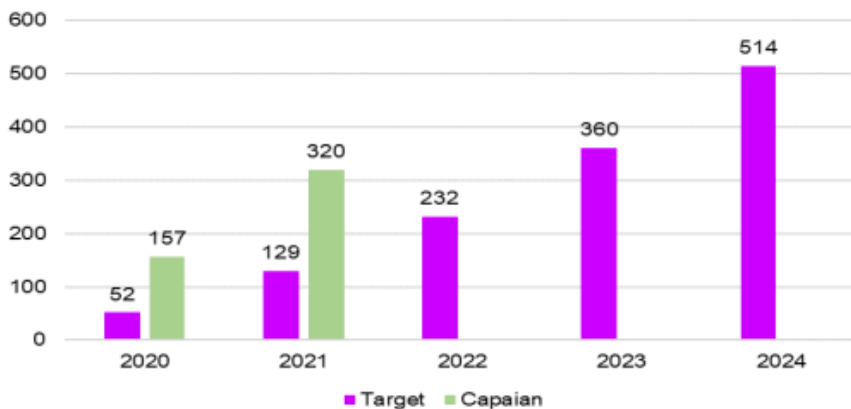
Pembahasan

Secara global, PTM menyumbang 71% penyebab kematian di dunia. Kematian akibat PTM seperti kanker, penyakit jantung, stroke, dan diabetes diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia, dengan peningkatan terbesar (80%) yang akan terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara keseluruhan, pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun disebabkan PTM, meningkat 9 juta jiwa dari 38 juta jiwa dari saat ini. Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, PTM bertanggung jawab terhadap tiga kali dari tahun hidup yang hilang akibat disabilitas (*Disability adjusted life years* [DALYs]) dan hampir lima kali lebih banyak kematian akibat penyakit menular, maternal, perinatal, dan masalah nutrisi (World Health Organization, 2018).

Selama tiga dekade terakhir, beban penyakit telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Hal ini tercermin dalam perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) *lost*. Penyebab utama DALYs *lost* tahun 2019 adalah 63% disebabkan penyakit tidak menular, dimana 10% disebabkan Malignant

neoplasms, 3% diabetes mellitus, 1% endocrine/blood/immune disorder, 7% mental disorder, 15% cardiovascular diseases, dan 3% digestive diseases. Pada tahun 2019, 10 penyebab utama DALYs *lost* adalah *neonatal conditions, ischemic heart disease, stroke, lower respiratory infections, diarrhoeal diseases, road injury, chronic obstructive pulmonary diseases*, diabetes mellitus, tuberculosis dan *congenital anomalies*. DALYs *lost* akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 2000 menjadi peringkat ketiga pada tahun 2019 dari 4,7% menjadi 5,5% dan diabetes melitus dari peringkat ke 14 naik menjadi peringkat 8 yaitu dari 1,4% menjadi 2,8% (World Health Organization, 2019).

Beberapa Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan penanggulangan PTM pada tahun 2021 telah tercapai 320 Kab/Kota dari target 129 Kab/Kota dengan pencapaian kinerja sebesar 248%. Dibandingkan dengan tahun 2020, terdapat peningkatan capaian sebesar 103,8% dari 157 Kab/Kota pada tahun 2020 menjadi 320 Kab/Kota pada tahun 2021, seperti terlihat pada grafik dibawah ini (P2P Kemenkes RI, 2021):

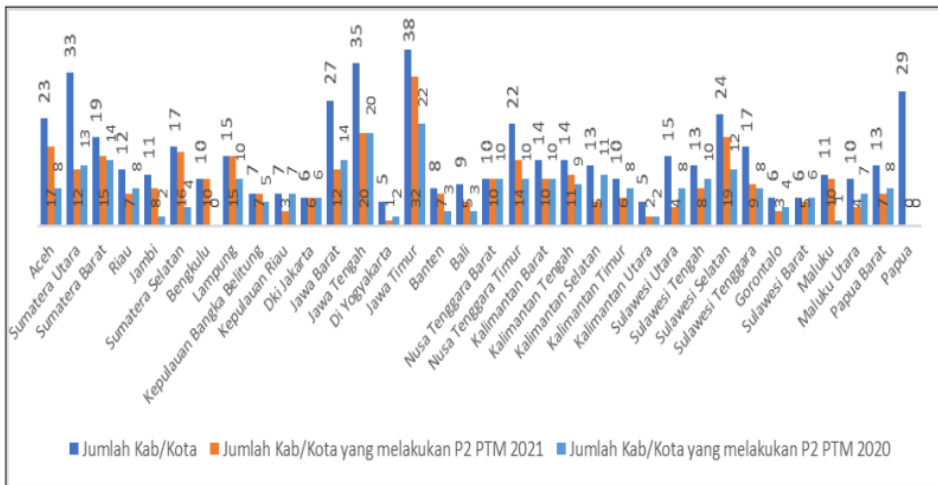


Sumber: Laporan Direktorat PTM, 2021

Gambar 1. Capaian Kab/Kota yang melakukan Pencegahan dan Pengendalian PTM Tahun 2020-2024

Grafik di atas menunjukkan bahwa dengan tren pencapaian melebihi target pada tahun 2021, maka indikator ini akan berjalan *on track* dan akan mencapai target pada tahun 2022-2024. Provinsi yang seluruh (100%) kabupaten/kotanya telah melakukan pencegahan dan penanggulangan PTM sebanyak 5 Provinsi seperti

Provinsi Bengkulu, Provinsi Lampung, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dan Provinsi Nusa Tenggara Barat. Adapun Provinsi yang kabupaten/kotanya belum melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan PTM yaitu Provinsi Papua. Dapat dilihat pada grafik berikut:

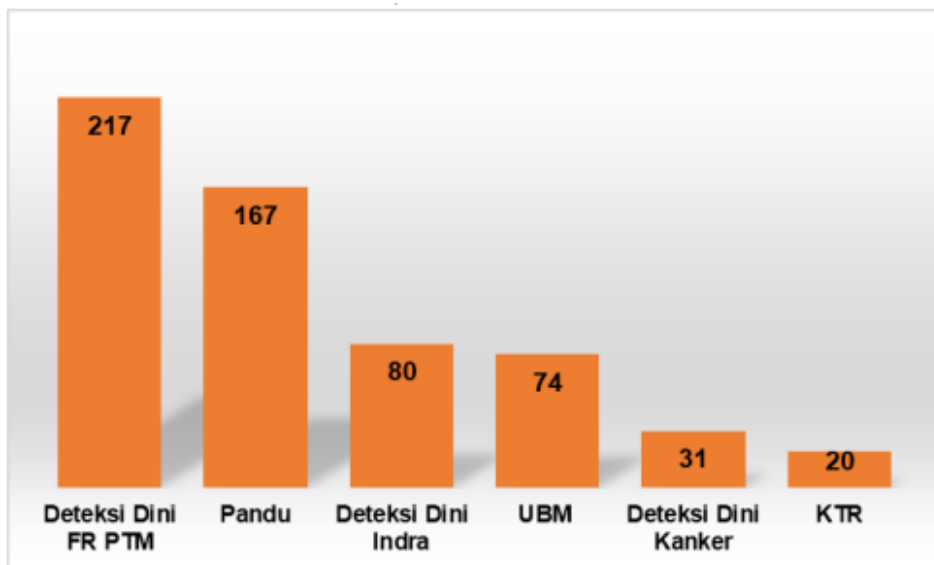


Sumber: Laporan Direktorat PTM, 2021

Gambar 2. Jumlah Kab/Kota yang melakukan Pencegahan dan Pengendalian PTM Tahun 2021

Dari grafik di atas terlihat bahwa ada beberapa provinsi mengalami penurunan jumlah Kab/Kota yang menerapkan standar pencegahan dan penanggulangan PTM yaitu Provinsi Riau yang sebelumnya memiliki 8 Kab/Kota pada tahun 2020, menjadi 7 Kab/Kota tahun 2021, Provinsi Kepulauan Riau yang sebelumnya memiliki 7 menjadi 3 Kab/Kota, Provinsi Jawa Barat yang sebelumnya memiliki 14 menjadi 12 Kab/Kota, Provinsi DIY yang sebelumnya memiliki 2 Kab/Kota menjadi 1 Kab/Kota, Provinsi Kalimantan Selatan dari 11 Kab/Kota menjadi 5 Kab/Kota, Provinsi Kalimantan Timur sebelumnya 8 Kab/Kota menjadi 6 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Utara yang sebelumnya 8 menjadi 4 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Tengah yang sebelumnya 10 menjadi 8 Kab/Kota, Provinsi Gorontalo yang sebelumnya 4 menjadi 3 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Barat yang sebelumnya 6 menjadi 5 Kab/Kota, Provinsi Maluku Utara yang sebelumnya 7 menjadi 4 Kab/Kota dan Provinsi Papua Barat yang sebelumnya 8 menjadi 7 Kab/Kota.

Upaya pencegahan dan penanggulangan PTM di Kab/Kota dapat dilihat Kab/Kota yang paling sedikit memiliki salah satu kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM, melakukan Pelayanan Terpadu (PANDU), melakukan deteksi dini indra, melakukan deteksi dini kanker, menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan menyelenggarakan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Hasil kegiatan tahun 2021 menunjukkan bahwa sebanyak 167 Kab/Kota melakukan Pandu, 80 Kab/Kota melakukan deteksi dini indra 217 Kab/Kota melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, 31 Kab/Kota melakukan deteksi dini kanker, 20 Kab/Kota mempunyai Perda KTR dan 74 Kab/Kota menyelenggarakan UBM. Secara lengkap pada grafik berikut ini:



Sumber: Laporan Direktorat PTM, 2021

Gambar 3. Kab/Kota melakukan Pandu, Deteksi Dini Indra, Faktor Risiko PTM, Deteksi Kanker, KTR dan UBM Tahun 2021

Dari grafik di atas terlihat bahwa, dari 514 Kab/Kota di Indonesia, Kab/Kota sebagian besar Kab/Kota berupaya mencegah dan mengendalikan PTM melalui deteksi dini faktor risiko PTM yaitu sebanyak 217 kab/kota (42,2%) dan yang terendah melalui penerapan KTR yaitu sebanyak 20 kab/kota (3,9%).

Dibandingkan dengan Indikator Kinerja Strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan yakni meningkatnya Kab/Kota yang

melakukan pencegahan dan pengendalian PTM, penyakit menular termasuk *Neglected Tropical Diseases* (NTD), maka indikator ini telah berkontribusi sebanyak 320 Kab/Kota yang menerapkan pencegahan dan pengendalian PTM sesuai standar.

Beberapa upaya pengendalian dan pencegahan yang dapat dilakukan di masyarakat antara lain:

1. Memperkuat surveilans faktor risiko PTM dengan menggunakan Sistem Informasi berbasis web yaitu sistem pelaporan Penyakit Tidak Menular.
2. Pemanfaatan dana dekonsentrasi dalam penyelenggaraan Posbindu PTM yang bertujuan untuk melakukan deteksi dini faktor risiko PTM.
3. Penyediaan alat Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu KIT) dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik.
4. Advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam penggunaan Anggaran Penyelenggaraan Belanja Daerah (APBD), Anggaran Dana Desa, dan sumber dana lainnya sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dengan menggiatkan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) dan Gerakan Tekan Angka Obesitas.
5. Advokasi kepada Pemerintah Daerah untuk pencapaian target indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM).
6. Advokasi kepada pemerintah daerah terkait KTR dan UBM.
7. Integrasi kegiatan Posbindu PTM melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Posyandu Lansia, Kampus Sehat dan lainnya.
8. Penguatan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria Pos Pembinaan Terpadu (NSPK Posbindu), faktor risiko PTM, Pandu PTM, Gangguan Indra/Pendengaran dan kanker.
9. Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang PTM.
Inovasi dengan pemanfaatan teknologi dan informasi serta deteksi dini secara mandiri.

Simpulan

Pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular perlu terus dilakukan ditengah masyarakat, hal ini untuk menekan angka kematian akibat penyakit tidak menular. Upaya dan strategi yang telah disusun pemerintah melalui kementrian kesehatan perlu dipantau perkembangannya agar tercapai dan tepat sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2022). *Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021*.
- Pranandari, L. L., Arso, S. P., & Fatmasari, E. Y. (2017). Analisis implementasi program pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (posbindu PTM) di Kecamatan Banguntapan Kabupaten Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 5(4), 76–84.
- P2P Kemenkes RI. (2019). *Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular*.
- P2P Kemenkes RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan Direktorat P2PTM*.
- P2P Kemenkes RI. (2021). *Laporan Kinerja Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020*.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Yarmaliza, Y., & Zakiyuddin, Z. (2019). Pencegahan Dini terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM) melalui GERMAS. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Multidisiplin*, 2(3), 93–100.

PROFIL PENULIS



Siti Mirhalina Hasibuan

Dosen Program Studi Kedokteran
Fakultas Kedokteran

Penulis lahir di Medan tanggal 20 Juni 1961. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kedokteran, di Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara sejak tahun 2016. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kedokteran di Universitas Sumatera Utara pada tahun 1986 dan melanjutkan S2/Spesialis pada Jurusan Patologi Anatomi di Universitas Sumatera Utara pada tahun 1997. Penulis menekuni bidang Kedokteran Patologi. Dengan ketekunan dan motivasi tinggi untuk terus berusaha, hingga saat ini penulis telah banyak menyelesaikan berbagai tulisan karya ilmiah pada bidang kedokteran untuk senantiasa memberikan kontribusi positif pada dunia pendidikan melalui tulisan.

KESEHATAN LINGKUNGAN MASYARAKAT PERKOTAAN

Rr. Nindya Mayangsari
STIKES Mutiara Mahakam Samarinda
nindyamayangsari@stikesmm.ac.id

Pendahuluan

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Lingkungan yang sehat akan berdampak positif pada kesehatan masyarakat, sebaliknya lingkungan yang tidak sehat akan berdampak negatif pada kesehatan masyarakat. Perkotaan merupakan salah satu wilayah yang memiliki tantangan dalam menjaga kesehatan lingkungan masyarakatnya.

Kesehatan Lingkungan Masyarakat Perkotaan adalah bidang studi yang mengkaji interaksi antara lingkungan perkotaan dengan kesehatan masyarakat yang tinggal di dalamnya. Dalam konteks perkembangan perkotaan yang pesat, terdapat sejumlah masalah dan tantangan yang mempengaruhi Kesehatan masyarakat.

Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk menjaga kesehatan lingkungan masyarakat perkotaan.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Lingkungan Masyarakat Perkotaan

1. Polusi Udara

Polusi udara merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan lingkungan masyarakat perkotaan akibat emisi kendaraan, industri, dan pembakaran bahan bakar fosil. Polusi udara dapat menyebabkan berbagai penyakit seperti alergi, penyakit kardiovaskuler, asma, bronkitis, dan kanker paru-paru. Polusi udara dapat berasal dari kendaraan bermotor, pabrik, dan pembakaran sampah.

2. Air Bersih

Air bersih merupakan kebutuhan dasar manusia. Namun, di perkotaan seringkali sulit untuk mendapatkan air bersih yang cukup dan kualitas air yang buruk. Air yang tidak bersih dapat menyebabkan berbagai penyakit seperti diare, kolera, penyakit kulit, dan hepatitis A. polusi air dapat disebabkan oleh

pembuangan limbah industri, domestik, dan pertanian yang tidak terkelola dengan baik.

3. Sanitasi

Infrastruktur sanitasi yang tidak memadai di perkotaan, sehingga sanitasi yang buruk dapat menyebabkan berbagai penyakit seperti diare, kolera, penyakit kulit dan tifus. Di perkotaan, sanitasi yang buruk dapat disebabkan oleh kurangnya akses ke fasilitas sanitasi dan pengelolaan limbah yang memadai dan layak.

4. Bising

Tingkat kebisingan yang tinggi di perkotaan dapat menyebabkan gangguan tidur, stress, dan masalah kesehatan lainnya. Sumber kebisingan meliputi lalu lintas, industri, dan kegiatan konstruksi.

5. Kualitas Tanah

Kontaminasi tanah di perkotaan dapat terjadi akibat limbah industri, penggunaan pestisida, atau pembuangan sampah yang tidak tepat. Tanah yang terkontaminasi dapat berdampak negatif pada kesehatan manusia melalui kontaminasi air dan makanan.

6. Akses ke ruang terbuka hijau

Kurangnya ruang terbuka hijau dengan banyaknya pepohonan dan tanaman di perkotaan dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat. Ruang terbuka hijau memiliki manfaat untuk kebugaran fisik, kesejahteraan mental, dan interaksi sosial.

7. Perubahan iklim

Perkotaan juga rentan terhadap dampak perubahan iklim, seperti peningkatan suhu, banjir, dan kekeringan. Perubahan iklim dapat berdampak pada kesehatan melalui penyebaran penyakit vector, gangguan kesehatan mental, dan ketidakstabilan pasokan pangan.

8. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk yang tinggi dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti penyebaran penyakit yang lebih cepat dan sulitnya mendapatkan fasilitas kesehatan yang memadai.

Upaya untuk Menjaga Kesehatan Lingkungan Masyarakat Perkotaan

1. Pengelolaan Sampah

Pengelolaan sampah yang baik dapat mengurangi polusi udara dan air. Sampah yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan polusi udara dan air yang dapat membahayakan kesehatan masyarakat.

2. **Penyediaan Air Bersih**
Penyediaan air bersih yang cukup dan berkualitas dapat mengurangi risiko terkena penyakit yang disebabkan oleh air yang tidak bersih.
3. **Sanitasi yang Baik**
Sanitasi yang baik dapat mengurangi risiko terkena penyakit yang disebabkan oleh sanitasi yang buruk. Sanitasi yang baik dapat dilakukan dengan menyediakan fasilitas sanitasi yang memadai.
4. **Pengendalian Polusi Udara**
Pengendalian polusi udara dapat dilakukan dengan mengurangi penggunaan kendaraan bermotor dan mengurangi emisi dari pabrik.
5. **Peningkatan Kesadaran Masyarakat**
Peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan lingkungan dapat membantu mengurangi risiko terkena penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang tidak sehat.
6. **Peningkatan akses ke ruang terbuka hijau dengan penghijauan kota**
7. **Pengurangan kebisingan melalui perencanaan tata ruang yang baik dan penggunaan teknologi yang ramah lingkungan**

Simpulan

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Di perkotaan, terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan lingkungan masyarakat. Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk menjaga kesehatan lingkungan masyarakat perkotaan seperti pengelolaan sampah, penyediaan air bersih, sanitasi yang baik, pengendalian polusi udara, dan peningkatan kesadaran masyarakat. Dengan menjaga kesehatan lingkungan, diharapkan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat perkotaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar A. 2005. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Mutiara Sumber Widya Press.
- Chandra B. 2007. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia, 2008. *PTO Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PMPN) Mandiri Perdesaan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. *Pusat Promosi Kesehatan dalam Pencapaian PHBS*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008. *Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Pedoman Teknik Penyehatan Perumahan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI – Direktorat Jendral PPM & PL.
- Effendy, N. 1998. *Dasar-dasar kesehatan masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hindarto P. 2007. *Inspirasi Desain Rumah Indah*. Jakarta : Andi Publisher.
- Hurlock EB. 1980. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. 5 ed. Jakarta: Erlangga; 1980. p. 6 - 27.
- Keman S. 2005. *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman*, Journal Kesehatan Lingkungan, Vol.2, No.1, Juli 2005.
- Mubarak, IW. 2014. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

- Notoatmodjo, S. 2003. *Pengembangan Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi, Cetakan Ketiga*, Jakarta: Penerbit PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2007. *Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Sunaryo, Y.S. 2004. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- STBM. 2009. *Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dalam Program Pamsimas*. <http://www.esp.or.id/stbm>.
- Syafrudin. 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Trans Info Medik.
- Triwibowo, C dan Pusphandani, ME. 2015. *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO/UNICEF. 2010. *Progress on Sanitation and Drinking-water: 2010 Update*. Geneva: WHO.
- Widiati, S. 2001. *Planet Kita Kesehatan Kita: Laporan Komisi WHO Mengenai Kesehatan dan Lingkungan*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada Press.
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Widyati, R. 2002. *Hygiene dan Sanitasi Umum dan Perhotelan*. Jakarta : PT Gramedia Widiarsana Indonesia.

PROFIL PENULIS



Rr. Nindya Mayangsari, S.ST., M.Keb

Lahir di Sleman (Yogyakarta) tanggal 06 Januari 1994. Anak Pertama dari dua bersaudara (R. Alif Kuncoro Jati yang sekarang sedang menempuh Dokter Muda (Coass) di Universitas Jendral Soedirman Prodi Sarjana Pendidikan Dokter) dari pasangan Drs. Eka Supana dan Rr. Titik Mardiyati. Penulis menikah dengan dr. Syamsul Rizal dan telah dikaruniai satu putri bernama Rr. Ajeng Lituhayu Fahra dan satu putra bernama R. Alshaki Aryasatya Gauzan.

Penulis menyelesaikan pendidikan formal di SDN Pandan Puro I (2005), SMP N 3 Pakem (2008), SMA N 1 Turi (2011), Diploma III Kebidanan (DIII) STIKES Aisyiyah Yogyakarta (2014), Diploma IV Bidan Pendidik (DIV) STIKES Aisyiyah Yogyakarta (2015), Magister Kebidanan (S2 Kebidanan) Universitas Aisyiyah Yogyakarta (2018). Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan menjadi narasumber dalam kegiatan pengabdian masyarakat desa binaan, yang diselenggarakan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Mahakam Samarinda secara kontinu. Kiprah penulis sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Mahakam Samarinda saat ini menjabat sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Internal (LPMI) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Mahakam Samarinda. Organisasi yang diikuti oleh penulis antara lain Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Samarinda Ranting Pendidikan, dan AIPKIND (Asosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan) Korwil Kalimantan Timur.

PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PERAN KOMUNITAS

Yusriani
Universitas Muslim Indonesia
yusriani.yusriani@umi.ac.id

Pendahuluan

Edukasi adalah segala keadaan, hal, peristiwa, kejadian, atau tentang suatu proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dalam usaha mendewasakan manusia. Dalam aktivitas kesehatan masyarakat, komunitas juga mempunyai peran penting dan strategis dalam membangun interaksi dan menyampaikan pesan edukatif, berupa materi belajar dari pendidik kepada masyarakat agar materi belajar dapat diterima dan dicerna dengan baik, dapat berpengaruh terhadap pemahaman dan perubahan.

Komunitas adalah sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, dan pada umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama. Dalam komunitas manusia, individu-individu di dalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko, kegemaran dan sejumlah kondisi lain yang serupa. Komunitas berasal dari bahasa Latin *communitas* yang berarti "kesamaan", kemudian dapat diturunkan dari *communis* yang berarti "sama, publik, dibagi oleh semua atau banyak.

Contohnya pemberian edukasi pasien dan keluarga adalah usaha atau kegiatan yang dilakukan dalam rangka memberikan informasi terhadap masalah kesehatan pasien yang belum diketahui pasien dan keluarganya. Sedangkan hal tersebut perlu diketahui untuk membantu dan mendukung penatalaksanaan medis atau tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari pendidikan kesehatan ini adalah untuk mengubah perilaku individu, keluarga dan masyarakat yang merupakan cara berfikir, bersikap, dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat. Pendidikan Kesehatan masyarakat lainnya yaitu memberi edukasi tentang pemberian ASI (Air Susu Ibu)

eksklusif kepada bayi. Di sini, komunitas memberikan edukasi tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif. Hal ini mengingat, tidak sedikit ibu yang memberikan susu formula pada bayi yang baru lahir dengan berbagai alasan. Karena pekerjaan, lebih praktis, dan lainnya. Perawat tidak pernah lelah menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa ASI adalah nutrisi terbaik bagi pertumbuhan anak. Pengertian ASI eksklusif adalah memberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan lainnya, selama 6 bulan. Berikan ASI setiap 2 jam, bila bayi tidur terus, bangunkan untuk menyusu per 2 jam. Selanjutnya usia 6 bln pemberian ASI tetap dilanjutkan dengan makana tambahan pendamping ASI sampai usia 2 tahun.

Menjelaskan dan mempraktikkan tentang bagaimana cara memandikan bayi yang benar, yaitu dengan menggunakan air hangat 2 kali sehari. Selain itu, komunitas kesehatan juga menjelaskan bagaimana melakukan perawatan tali pusar yang benar kepada bayi. Karena tidak sedikit masyarakat masih belum tahu bagaimana melakukan perawatan tali pusar yang benar. Komunitas Kesehatan juga melakukan edukasi teknik cuci tangan yang benar dan mengingatkan ibu dan keluarga agar selalu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi, karena tangan adalah media efektif penyebaran virus penyebab penyakit. Apalagi, bayi rentan terhadap infeksi sehubungan dengan imunitasnya yang belum kuat.

Globalisasi telah menyebabkan masuknya berbagai pengaruh asing yang tidak selalu bernilai positif. Ketidakmampuan individu untuk menyaring pengaruh atau nilai negatif globalisasi telah menimbulkan banyak gangguan dalam hubungan antar individu termasuk hubungan dalam keluarga. Gangguan dalam hubungan keluarga sangat rentan menyebabkan anak-anak memiliki gangguan psikososial, sehingga terjadi kenaikan anak-anak yang memiliki gangguan perilaku.

Proses peningkatan pendidikan dan literasi Kesehatan masyarakat merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat yang berkelanjutan. Hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya masukan, materi, atau pesannya, kompetensi pendidik atau petugas promosi kesehatan dan alat-alat bantu media yang digunakan dalam menyampaikan pesan kesehatan.

Peran petugas promosi kesehatan dalam mengedukasi kesehatan masyarakat dapat mempengaruhi hasil program promosi kesehatan. Promosi kesehatan dapat dilihat sebagai langkah

strategis yang bisa menjadi fokus utama dalam mencegah atau meminimalisir peluang seseorang untuk terjangkit wabah penyakit tertentu. Promosi kesehatan adalah langkah yang diterapkan pada seluruh populasi bukan hanya kelompok tertentu dalam konteks kehidupan sehari-hari, tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan.

Seperti pada masa pandemi Covid-19 dalam penanganan pencegahan Covid-19 yang melibatkan semua elemen bukan hanya pemerintah termasuk sektor swasta, media, para pakar, dan peneliti untuk segera bergerak. Keberhasilan penanganan akan memerlukan dan ditentukan adanya dukungan berbagai pihak dan komponen-komponen masyarakat, termasuk perlibatan layanan bimbingan dan konseling, baik terlihat secara langsung atau tidak langsung dalam penanganan Covid-19.

Keberadaan layanan bimbingan dan konseling sangat erat kaitannya dengan kebutuhan dan kemaslahatan umat manusia, termasuk dalam hal menghadapi bencana dan situasi-situasi tertentu. Dapat diakui bahwa secara eksplisit layanan bimbingan dan konseling tidak memiliki kapasitas dalam penanganan pandemi Covid-19 secara medis. Kehadiran layanan konseling sangat penting dalam penanganan Covid-19.

Bimbingan dan konseling dapat menjadi bagian penting melalui berbagai solusi dan upaya dalam menghadapi pandemi Covid-19. Bimbingan dan konseling sebagai layanan kemanusiaan mau tidak mau harus melibatkan diri sesuai dengan kompetensi-kompetensi yang dimilikinya untuk membantu masyarakat dalam menghadapi Covid-

Bimbingan dan konseling dapat diimplementasikan melalui peran-peran bantuan layanan kepada masyarakat baik secara langsung atau tidak langsung, bantuan layanan tersebut juga dapat berbasis sesuai dengan panduan atau pedoman protokol kesehatan ataupun bantuan yang bersifat sukarela.

Pemberian edukasi dan konseling (helping relationship) sebenarnya bukan hanya terjadi dalam setting pendidikan (formal) saja, tetapi juga dalam semua bidang kehidupan dimana terjadi hubungan antar manusia dengan manusia. Dengan kata lain bila ada interaksi antara individu dengan individu lain yang membutuhkan bantuan, maka akan terjadi hubungan yang membantu. Hubungan yang membantu dan hubungan konseling adalah sama. Tujuannya

adalah untuk menumbuhkan, mengembangkan, dan membantu individu yang membutuhkan.

Pembahasan

Definisi sehat menurut WHO bukan hanya keadaan terbebas penyakit, namun juga satu kondisi yang sehat secara mental, fisik, emosional dan spiritual. Dengan demikian kesehatan seseorang dipengaruhi oleh komunitasnya. Bagaimana pengertian komunitas tersebut? Komunitas meliputi seluruh wilayah di sekitar individu antara lain keluarga, tempat kerja, atau kelompok tempat individu tersebut beraktivitas sehari-hari.

Dalam proses peningkatan derajat status kesehatan masyarakat, diperlukan beberapa upaya seperti kegiatan edukasi kepada masyarakat. Kegiatan edukasi ini berfokus pada pemberian informasi mengenai kesehatan baik segala faktor yang mempengaruhi kesehatan dan juga informasi mengenai penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Edukasi adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Edukasi merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat.

Dalam memahami konteks status kesehatan masyarakat, sehat bukanlah juga hal yang dapat dilihat secara langsung. Melansir pada pengertian sehat menurut WHO yaitu sehat secara mental, fisik, emosional dan spiritual maka sehat bukanlah sebuah wujud yang mesti dilihat, namun dirasakan oleh masing-masing individu. Adanya hal yang mempengaruhi atau yang dapat menurunkan derajat kesehatan masyarakat.

Tipe individu yang merasa bahwa yang dilakukan akan mempengaruhi kesehatannya namun masih saja melakukan kebiasaan tersebut. Ada juga yang dapat melakukan perubahan dalam dirinya. Dapat kita pahami bahwa sejatinya manusia tidak dapat hidup tanpa manusia lain. Maka dari itu individu yang dimaksud disini adalah mereka memerlukan bantuan individu lain untuk mendapatkan informasi mengenai kesehatannya. Seperti kegiatan konseling.

Definisi konseling adalah suatu hubungan profesional antara konselor dengan klien, untuk membantu klien memahami dan memperjelas pandangan hidupnya, belajar mencapai tujuan yang ditentukan sendiri melalui pilihan-pilihan yang bermakna. Konseling merupakan proses membantu seseorang atau kelompok untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan atau memutuskan hal tertentu. Hubungan ini biasanya dilakukan orang per orang maupun per kelompok. Konseling adalah salah satu pendekatan yang bisa digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk menolong individu dan keluarga/kelompok.

Komunitas adalah salah satu elemen penting yang mempengaruhi pandangan masyarakat. Karena komunitas disini sendiri diisi oleh masyarakat dan berbaur langsung dengan masyarakat, sebab dari itu komunitas mampu mempengaruhi pandangan dan perilaku masyarakat.

Dalam hal kesehatan, komunitas yang bergerak di bidang kesehatan juga mampu mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Komunitas yang diisi oleh seluruh elemen tenaga kesehatan menjadi salah satu fasilitas yang dapat dijangkau masyarakat langsung.

Edukasi dan konseling kesehatan masyarakat merupakan salah satu pelayanan kesehatan sederhana yang diberikan kepada masyarakat melalui komunitas. Dalam artian ini adalah Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas.

Pelayanan kesehatan berbasis komunitas mencakup layanan yang diberikan oleh berbagai tenaga kesehatan komunitas sesuai pelatihan dan kapasitasnya. Tenaga kesehatan komunitas mencakup tenaga kesehatan baik awam maupun profesional, formal maupun informal, dibayar maupun tidak, serta tenaga yang berbasis di fasilitas yang mendukung dan mengawasi serta memberikan layanan dan kampanye penjangkauan.

Di setiap komunitas, terdapat aktor, hubungan, dan proses setempat yang berkaitan dengan sektor kesehatan dan menjadi komponen inti pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berpusat pada orang dan membangun ketangguhan sistem kesehatan.

Komunitas yang topoksinya memberikan pelayanan kesehatan sederhana sangat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Melalui kegiatan edukasi dan konseling, komunitas dapat mengubah dan membentuk persepsi masyarakat, karena komunitas

berbaur langsung dengan masyarakat. Maka dari itu masyarakat dengan mudah mengerti dan memahami.

Karena kebanyakan komunitas memberikan pelayanan kesehatan secara percuma atau gratis, maka banyak masyarakat lebih mudah menyukai komunitas dalam segi hal kesehatan. Komunitas mampu membentuk persepsi masyarakat, melaksanakan kegiatan edukasi dan konseling dengan sangat mudah dan dapat dengan cepat dipahami oleh masyarakat. Karena beberapa masyarakat sulit untuk mengakses atau menjangkau pelayanan kesehatan yang formal seperti PKM dan RS, didasari faktor ekonomi, akses faskes, pengetahuan dll. Maka dari itu Peran komunitas dalam kegiatan Edukasi dan Konseling sangat penting.

Komunitas dapat dimaknai sebagai sebuah kelompok dari suatu masyarakat atau sebagai sekelompok orang yang hidup di suatu area khusus yang memiliki karakteristik budaya yang sama. Apapun definisinya, komunitas harus memiliki sifat interaksi. Peran komunitas dalam edukasi yaitu menjadikan masyarakat yang Sehat memang bukan perkara mudah, kebiasaan sehari-hari dan perilaku hidup sehat yang seharusnya diterapkan, namun pada kenyataannya masih banyak saja masih banyak saja masyarakat yang tidak sadar akan kesehatan. Dari minimnya pengetahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan di Indonesia.

Untuk membentuk komunitas kesehatan ini diperlukan orang-orang yang sadar akan pentingnya kesehatan, Dengan demikian mereka bisa sembuh dari penyakit sehingga mereka tidak mau ada lagi orang yang terkena penyakit. Dari komunitas ini bisa memberitahu serta membina apa-apa saja yang harus dihindari, lalu cara mencegahnya, dan menerapkan pola hidup sehat serta dari komunitas ini juga dapat membuka klinik gratis sehingga masyarakat tidak perlu membayarnya. Di Indonesia sendiri sudah banyak gerakan atau komunitas yang bergerak di bidang kesehatan. Beberapa dari komunitas ini sudah dapat memberikan kontribusi secara nyata dalam masyarakat.

Komunitas kesehatan ini sangat penting bagi masyarakat Indonesia, Khususnya kaum muda Indonesia. Hal ini harus mendapat perhatian khusus karena ini akan menjadi penerus dan penggerak Indonesia di masa depan. Pembangunan Kesehatan pada kelompok remaja merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Peran Komunitas dalam Pemberian Edukasi Masyarakat antara lain:

1. Individu yang didiagnosis dokter menderita suatu penyakit berat atau sulit disembuhkan, biasanya akan mengalami kecemasan. Pengobatan yang lama, mahal, dan kerap kali menyakitkan tanpa keyakinan kepastian kesembuhan, akan menimbulkan kecemasan. Kecemasan yang timbul biasanya justru akan memperparah penyakitnya. Penelitian telah menunjukkan, kecemasan akan meningkatkan kadar hormon stress (kortisol) yang selanjutnya menurunkan daya tahan terhadap penyakit melalui depresi sel T, sehingga justru mempersulit penyembuhan (Heryati, 2006). Disinilah perlunya pemberian edukasi dan konseling yang dimana bersinergi dengan pengobatan medis dalam membantu kesembuhan penderita.
2. Pemberian edukasi Kesehatan oleh suatu komunitas juga dibutuhkan untuk mengubah gaya hidup dengan tujuan mencegah makin parahnya penyakit dan kekambuhan. Bagi penderita penyakit terminal (yang sulit untuk disembuhkan), seperti kanker stadium akhir, jantung derajat berat, gagal ginjal terminal dan sebagainya, konseling selain untuk mengurangi kecemasan/depresi, juga bertujuan paliatif yaitu mengurangi penderitaan pasien. Perasaan tenang dan pasrah dapat mengurangi rasa sakit yang ditimbulkan penyakit.
3. Membantu klien membuat pilihan metoda kontrasepsi yang tepat bagi diri sendiri dan mendapatkan solusi berbagai masalah kesehatan reproduksi merupakan peran dari pada komunitas kesehatan. Klien juga diharapkan untuk dapat membagi informasi mengenai KB kepada wanita usia subur lainnya.
4. Menyediakan dukungan psikologis, misalnya: dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologis, sosial dan spiritual seseorang yang mengidap virus HIV atau virus lainnya.
5. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku berisiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan keterampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek lebih aman.
6. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, terapi, dan perawatan melalui pemecahan masalah kepatuhan berobat.

Peran komunitas dalam edukasi kesehatan masyarakat yaitu menjadikan masyarakat yang Sehat memang bukan perkara mudah, kebiasaan sehari-hari dan perilaku hidup sehat yang seharusnya diterapkan, namun pada kenyataannya masih banyak saja masih banyak saja masyarakat yang tidak sadar akan kesehatan. Dari minimnya pengetahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan di Indonesia saat ini yakni tingginya kematian ibu dan anak, meningkatnya penderita HIV/AIDS, dan semakin sulitnya akses lingkungan bersig bagi masyarakat Indonesia. Maka, dari permasalahan ini pengetahuan akan kesehatan dari berbagai sumber saja tidak cukup, maka dari itu pengetahuan akan kesehatan bisa disosialisasikan melalui komunitas.

Untuk membentuk komunitas kesehatan ini diperlukan orang-orang yang sadar akan pentingnya kesehatan, Dengan demikian mereka bisa sembuh dari penyakit sehingga mereka tidak mau ada lagi orang yang terkena penyakit. Dari komunitas ini bisa memberitahu serta membina apa-apa saja yang harus dihindari, lalu cara mencegahnya, dan menerapkan pola hidup sehat serta dari komunitas ini juga dapat membuka klinik gratis sehingga masyarakat tidak perlu membayarnya. Di Indonesia sendiri sudah banyak gerakan atau komunitas yang bergerak di bidang kesehatan. Beberapa dari komunitas ini sudah dapat memberikan kontribusi secara nyata dalam masyarakat. Salah satu implementasinya yaitu, dengan adanya klinik Kesehatan Reproduksi Remaja yang di hadirkan oleh UNFPA bekerja sama dengan Angsa Merah Foundation. UNFPA ini membuka dua klinik layanan kesehatan reproduksi untuk anak muda di Bantul, dan Kota Yogyakarta.

Komunitas kesehatan ini sangat penting bagi masyarakat Indonesia, Khususnya kaum muda Indonesia. Hal ini harus mendapat perhatian khusus karena ini akan menjadi penerus dan penggerak Indonesia di masa depan. Pembangunan Kesehatan pada kelompok remaja merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan UU no. 23 Tahun 1993 tentang kesehatan.

Teori dukungan sosial yang pernah dikemukakan antara lain Rietschlin sebagaimana dikutip oleh Syamsu Yusuf (2004, hlm. 116), yaitu sebagai pemberian informasi dari orang lain yang dicintai atau mempunyai kepedulian, dan memiliki jaringan komunikasi atau kedekatan hubungan, seperti orang tua, suami/istri, teman, dan orang-orang yang aktif dalam lembaga keagamaan. Sedangkan House

(1981) dalam sumber yang sama (Yusuf, 2004, hlm. 116) mengemukakan bahwa dukungan sosial memiliki empat fungsi, yaitu:

1. Emotional support, yang meliputi pemberian curahan kasih sayang, perhatian, dan kepedulian.
2. Appraisal support, yang meliputi bantuan orang lain untuk menilai dan mengembangkan kesadaran akan masalah yang dihadapi, termasuk usaha untuk mengklarifikasi hakikat masalah tersebut, dan memberikan umpan balik tentang hikmah dibalik masalah tersebut.
3. Informational support, yang meliputi nasehat dan diskusi tentang bagaimana mengatasi dan memecahkan masalah.
4. Instrumental support, yang meliputi bantuan material, seperti memberi tempat tinggal, meminjamkan uang, dan menyertai berkunjung ke biro layanan sosial.

Dalam hubungan saling ketergantungan, masing-masing pihak saling mempengaruhi. Menurut Kincaid dan Schramm sebagaimana dikutip oleh MC Ninik Sri Rejeki dan F. Anita Herawati (1999, hlm. 15) mengemukakan bahwa kondisi demikian disebut saling berbagi atau menggunakan informasi secara bersama, atau suatu pertalian antara para peserta dalam proses informasi. Dengan komunikasi antarpribadi ini akan terjadi pengiriman pesan-pesan dari seorang dan diterima oleh orang lain atau sekelompok orang dengan efek dan umpan balik langsung. Pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam komunikasi antarpribadi setiap orang yang berkomunikasi akan membuat prediksi tentang efek atau perilaku komunikasi.

Peran komunitas dalam konseling adalah untuk menuntaskan masalah yang terbangun dalam suatu hubungan tatap muka antara dua orang individu (klien yang menghadapi masalah dengan konselor yang memiliki kualifikasi yang dipersyaratkan). Secara populer dapat dikatakan bahwa mengambil keputusan atau membuat keputusan berarti memilih satu diantara banyak alternatif. Kehidupan sehari-hari kita sebenarnya adalah kehidupan yang selalu bergumul dengan keputusan. Keputusan merupakan kesimpulan terbaik yang diperoleh setelah mengevaluasi berbagai alternatif. Di dalam arti tersebut, terkandung unsur situasi dasar, peluang munculnya situasi dasar, dan aktifitas pencapaian keputusan.

Pengambil keputusan yang baik mengidentifikasi keuntungan dan resiko dari setiap pilihan yang ada, menggunakan setiap bukti

(informasi) yang tersedia untuk menentukan bobot tiap pilihan secara logis, dan kemudian memutuskannya.

Komunitas juga harus bisa pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah dengan memilih alternatif solusi yang ada. Sebagai seni, pengambilan keputusan adalah proses mengambil keputusan pada situasi dan kondisi yang berbeda (karena adanya keragaman yang bersifat unik). Sebagai ilmu, pengambilan keputusan adalah suatu aktivitas yang memiliki metode, cara, dan pendekatan tertentu secara sistematis, teratur dan terarah.

Simpulan

Komunitas juga mempunyai peran yang sangat penting dan strategis dalam bidang kesehatan masyarakat yang dapat membangun interaksi dan menyampaikan pesan edukatif, berupa materi belajar dari pendidik kepada masyarakat agar materi belajar dapat diterima dan dicerna dengan baik, dapat berpengaruh terhadap pemahaman dan perubahan.

Peran komunitas dalam konseling adalah untuk menuntaskan masalah yang terbangun dalam suatu hubungan tatap muka antara dua orang individu (klien yang menghadapi masalah dengan konselor yang memiliki kualifikasi yang dipersyaratkan).

Komunitas juga harus bisa berperan dalam pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah dengan memilih alternatif solusi yang ada. Sebagai seni, pengambilan keputusan adalah proses mengambil keputusan pada situasi dan kondisi yang berbeda (karena adanya keragaman yang bersifat unik). Sebagai ilmu, pengambilan keputusan adalah suatu aktivitas yang memiliki metode, cara, dan pendekatan tertentu secara sistematis, teratur dan terarah.

Komunitas kesehatan lainnya harus dapat memberikan edukasi kesehatan dimanapun dan dengan teknik komunikasi efektif sehingga tujuan dari edukasi itu sendiri tercapai dan terlaksana.

DAFTAR PUSTAKA

- Aminah, S., & Sabtana, F. I. (2022). Aktualisasi Diri Mahasiswa Bimbingan dan Konseling Melalui Komunitas Kesehatan Mental. 65-74.
- Ayuningtyas, D., & Rayhani, M. (2018). Analisis situasi kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia dan strategi penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1-10.
- Gamelia, E., Kurniawan, A., & Widiyanto, A. F. (2015). Pengaruh konseling terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat tentang kesehatan lingkungan. *Kesmas Indonesia*, 7(3), 218-224.
- Heryati. (2006). The pathogenesis of cltersebutcal depression: stressor- and cytokine-induced alterations of neuroplasticity. *Neuroscience*, 135(3), 659-678. doi: 10.1016/j.neuroscience.2005.03.051
- Hidayat, M., Mahalayati, B. R., Sadikin, H., & Kurniawati, M. F. (2021). Peran Promosi Kesehatan Dalam Edukasi Tenaga Kesehatan Di Masa Pasca Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Tanah Laut. *Jurnal Sains Sosio Humaniora*, 5(1), 339-345.
- Ifroh, R. H., Susanti, R., Permana, L., & Noviasy, R. (2019). Peran petugas promosi kesehatan dalam penggunaan audiovisual sebagai media komunikasi informasi dan edukasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Vol*, 7(2).
- Korompot, S. (2020, September). Peran Bimbingan dan Konseling dalam Penanganan Pandemi Covid 19. In *Prosiding Seminar Bimbingan dan Konseling* (pp. 80-86).
- Kosanke, R. M. (2019). *Konseling Masyarakat*. 9-23.
- Nihaya, U. (2016). Peran Komunikasi Interpersonal Untuk Mewujudkan Kesehatan Mental Bagi Konseli. *Islamic Communication Journal*, 1(1), 30-42. <https://doi.org/10.21580/icj.2016.1.1.1244>

- Octaviana, E. S. L. (2021). *Komunikasi Kesehatan Komunikasi Kesehatan Komunikasi Kesehatan Etika dan Konseling*. Bening Media Publishing.
- Palupi, I. R., Hartriyanti, Y., & Suyoto, P. S. T. (2022). Penyuluhan dan Peningkatan Motivasi Kader Peduli ASI (KP-ASI) Dusun Jetis, Ngemplak, Sleman. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 6(2), 221. <https://doi.org/10.30595/jppm.v6i2.7891>
- Prasetyo, T. J., Khoiriani, I. N., Surjati, K. A., Wijaya, T. H., Widanita, N., & Hasanah, L. N. (2023). Optimalisasi Peran Pemuda Sebagai Kader Kesehatan Dalam Upaya Edukasi Gizi dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Komunitas Wonosobo Sehat. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Indonesia*, 3(2).
- Rosmalina, A. (2015). *Konseling Dalam Bidang Kesehatan*. Orasi, 6(1), 1–13.
- Setiadi, H., KM, S., & Fifi Dwijayanti, S. K. M. (2020, April). Pentingnya Kesehatan Masyarakat, Edukasi Dan Pemberdayaan Perempuan Untuk Mengurangi Stunting Di Negara Berkembang. In *Jurnal Seminar Nasional* (Vol. 2, No. 01, pp. 16-25).
- Syamsu Yusuf. (2004). *Mental Hygiene*. Bandung: Maestro.
- Widiyawati, W. (2021). *Keperawatan Komunitas 2. Literasi Nusantara*.

PROFIL PENULIS



Dr. Yusriani, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muslim Indonesia

Dr. Yusriani, SKM., M.Kes dilahirkan di Ujung Pandang Propinsi Sulawesi Selatan, pada tanggal 16 Oktober 1983. Lulus S1 dengan predikat Cum Laude 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, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. 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, Buku Ajar Strategi Promosi Kesehatan, Book Chapter Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan Book Chapter Metodologi Penelitian Pendidikan, Buku Referensi Program Komunikasi, Informasi, Dan Edukasi Kesehatan Untuk Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Anak Sekolah Dasar, dan Buku Kehamilan Sehat Mewujudkan Generasi Berkualitas

Di Masa New Normal, Book Chapter Manajemen Promosi Kesehatan, Book Chapter Komunikasi Kesehatan, Book Chapter Metode Penelitian Kualitatif, Book Chapter Kesehatan Ibu dan Anak: Konsep Dasar Teori Perspektif, Book Chapter Metodologi Penelitian kuantitatif, Book Chapter Promosi Kesehatan Masyarakat, Buku monograf Peran Kader Kesehatan Dalam Meningkatkan Imunitas Tubuh Ibu Hamil Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19, dan Book Chapter Media Pembelajaran Berbasis Nilai Islami.

Mata Kuliah yang diampuh 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.

Penulis Aktif sebagai editor dan reviewer jurnal ilmiah (riset dan pengabdian) baik nasional maupun internasional. Penulis juga aktif sebagai Asesor Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN S/M) khususnya Propinsi Sulawesi Selatan, aktif sebagai Asesor Nasional Beban Kerja Dosen (BKD), Aktif sebagai Reviewer Penelitian Internal Universitas Muslim Indonesia, Aktif sebagai reviewer eksternal penelitian dan pengabdian pada beberapa perguruan tinggi. Penulis juga aktif mengikuti Seminar Kesehatan baik nasional maupun internasional. Pernah meraih prestasi sebagai the best presenter baik nasional maupun internasional, dan menjadi pembicara pada workshop nasional dan internasional.

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Teori dan Aplikasi

Buku ini merupakan panduan komprehensif yang menggambarkan teori dan penerapan ilmu kesehatan masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan populasi. Dalam buku ini, pembaca akan dibawa dalam perjalanan penelusuran konsep-konsep inti dalam ilmu kesehatan masyarakat. Para penulis memberikan pemahaman tentang bagaimana ilmu kesehatan masyarakat telah berkembang menjadi disiplin yang penting dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan di tingkat populasi. Buku ini juga menyoroti berbagai teori yang digunakan dalam ilmu kesehatan masyarakat, sehingga pembaca akan diperkenalkan pada pemikiran yang mendasari penelitian dan praktik di bidang ini agar membantu mereka memahami dasar-dasar teoritis yang relevan. "Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi" merupakan bacaan yang penting bagi mahasiswa, akademisi, dan praktisi di bidang kesehatan masyarakat. Buku ini memberikan dasar pengetahuan yang kokoh dan wawasan praktis untuk memahami dan menerapkan konsep-konsep ilmu kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.



Penerbit :

WIYATA BESTARI SAMASTA

Jln. Sumadinata No. 12B, Kel. Adidhama,
Kec. Gunung Jati, Kab. Cirebon Provinsi Jawa Barat

ISBN 978-623-8083-49-7

