

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/365016848>

# BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Book · November 2022

DOI: 10.5281/zenodo.7275382

CITATIONS

13

READS

8,306

13 authors, including:



Imam Agus Faizal

Al Irsyad University of Cilacap

25 PUBLICATIONS 24 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



join research about nano compound Kecombrang flower [View project](#)



About Granuloma Tuberculosis of Project [View project](#)



*Buku Ajar*

# ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

dr. Citra Trisna, MARS.

Teresia Retna Puspitadewi, S.Kep., Ns., M.Kes.  
apt. Hilda Mullana, S.Si., SpFRS., MARS., MHKes.  
Sugiarto, SKM., MKM.

Ns. Muhamad Idris, S.Kep., M.KKK.

Dr. dr. Novida Ariani, SpOG., M.Kes.

Hodiri Adi Putra, SKM., MMR.

Khairunnisa, SKM., M.Kes., MM.

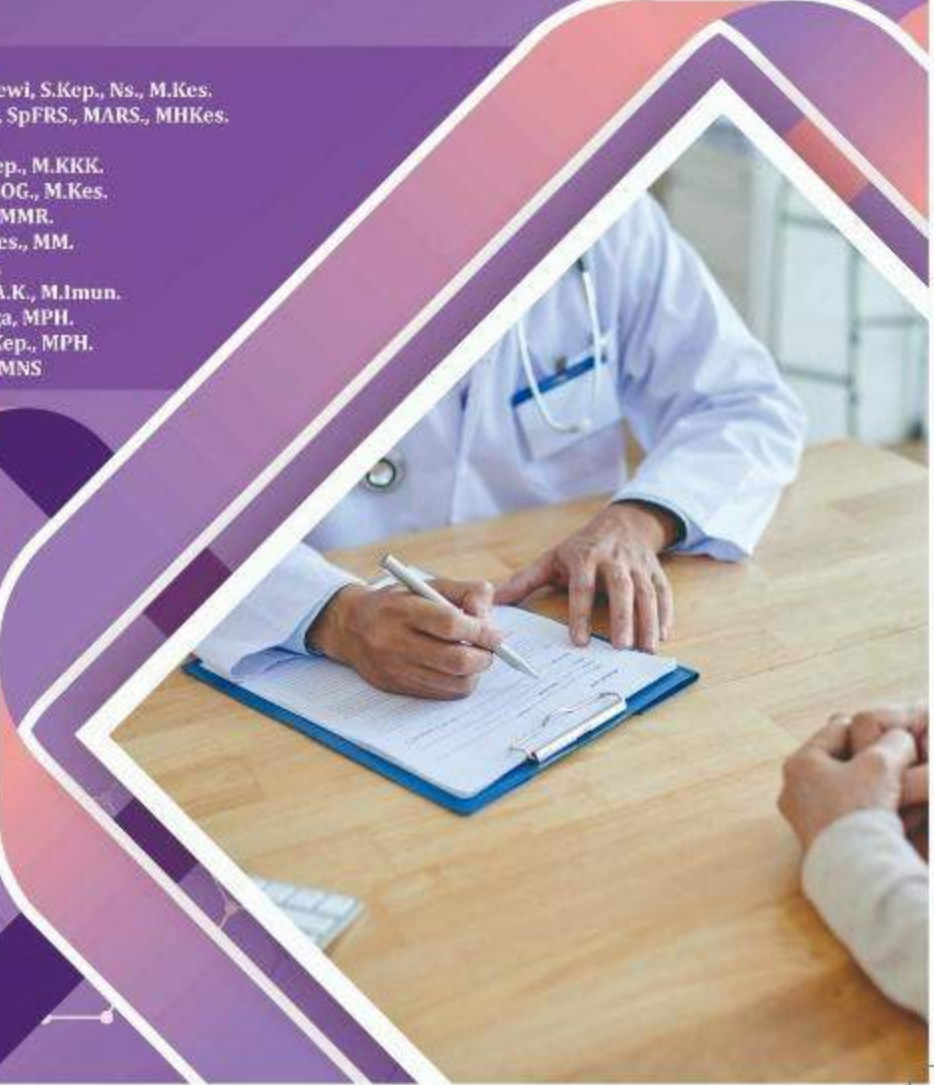
Entlanopa, SKM., M.Kes.

Imam Agus Faizal, S.Tr.A.K., M.Imun.

Syamsul Rizal Sinulingga, MPH.

Nina Rahmadiliyani, S.Kep., MPH.

Sukardin, S.Kep., Ners., MNS



# BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

dr. Citra Trisna, MARS.

Teresia Retna Puspitadewi, S.Kep., Ns., M.Kes.

apt. Hilda Muliana, S.Si., SpFRS., MARS., MHKes.

Sugiarto, SKM., MKM.

Ns. Muhamad Idris, S.Kep., M.KKK.

Dr. dr. Novida Ariani, SpOG., M.Kes.

Hodiri Adi Putra, SKM., MMR.

Khairunnisa, SKM., M.Kes., MM.

Entianopa, SKM., M.Kes.

Imam Agus Faizal, S.Tr.A.K., M.Imun.

Syamsul Rizal Sinulingga, MPH.

Nina Rahmadiliyani, S.Kep., MPH.

Sukardin, S.Kep., Ners., MNS

## **BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

### **Penulis**

dr. Citra Trisna, MARS.  
Teresia Retna Puspitadewi, S.Kep., Ns., M.Kes.  
apt. Hilda Muliana, S.Si., SpFRS., MARS., MHKes.  
Sugiarto, SKM., MKM.  
Ns. Muhamad Idris, S.Kep., M.KKK.  
Dr. dr. Novida Ariani, SpOG., M.Kes.  
Hodiri Adi Putra, SKM., MMR.  
Khairunnisa, SKM., M.Kes., MM.  
Entianopa, SKM., M.Kes.  
Imam Agus Faizal, S.Tr.A.K., M.Imun.  
Syamsul Rizal Sinulingga, MPH.  
Nina Rahmadiliyani, S.Kep., MPH.  
Sukardin, S.Kep., Ners., MNS

### **Tata Letak**

Ulfa

### **Desain Sampul**

Faizin

20 x 29 cm, viii + 131 hlm.  
Cetakan I, September 2022

**ISBN:** 978-623-466-116-3

Diterbitkan oleh:

### **ZAHIR PUBLISHING**

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,  
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571  
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta  
No. 132/DIY/2020

### **Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.**

Dilarang mengutip atau memperbanyak  
sebagian atau seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari penerbit.

## KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Allah SWT atas hidayah yang sudah diberikan sehingga kami bisa menyelesaikan buku yang berjudul “Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat” dengan tepat waktu. Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain adalah untuk membantu para mahasiswa dalam memahami konsep ilmu kesehatan masyarakat, konsep sehat-sakit, konsep pencegahan penyakit, pilar keilmuan dari kesehatan masyarakat, konsep dari biostatistik dalam ilmu kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan reproduksi dan kependudukan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, administrasi kebijakan kesehatan, pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan, gizi kesehatan masyarakat, higiene sanitasi, sistem dan sub sistem kesehatan nasional, manajemen kesehatan masyarakat.

Kami sadar bahwa penulisan buku ini bukan merupakan buah hasil kerja keras kami sendiri. Ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami di dalam menyelesaikan buku ini, seperti pembuatan cover, editing dan lain-lain. Maka dari itu, kami mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu memberikan wawasan dan bimbingan kepada kami sebelum maupun ketika menulis Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Kami juga sadar bahwa buku yang kami susun ini masih belum bisa dikatakan sempurna. Maka dari itu, kami meminta dukungan dan masukan dari para pembaca, agar kedepannya kami bisa lebih baik lagi di dalam menulis sebuah buku.

**Penulis**



# DAFTAR ISI

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| KATA PENGANTAR.....                    | iii |
| DAFTAR ISI .....                       | v   |
| BAB I                                  |     |
| KONSEP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT.....  | 1   |
| A. Tujuan Pembelajaran.....            | 1   |
| B. Materi.....                         | 1   |
| C. Rangkuman.....                      | 9   |
| D. Tugas .....                         | 9   |
| E. Daftar Pustaka.....                 | 9   |
| BAB II                                 |     |
| KONSEP SEHAT SAKIT .....               | 11  |
| A. Tujuan Capaian Pembelajaran MK..... | 11  |
| B. Materi.....                         | 11  |
| C. Tugas .....                         | 17  |
| D. Daftar Pustaka.....                 | 17  |
| BAB III                                |     |
| KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT .....       | 19  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....            | 19  |
| B. Materi.....                         | 19  |
| C. Tugas .....                         | 25  |
| D. Daftar Pustaka.....                 | 25  |
| BAB IV                                 |     |
| BIOSTATISTIK DALAM ILMU KESMAS.....    | 27  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....            | 27  |
| B. Materi.....                         | 27  |
| C. Rangkuman.....                      | 35  |
| D. Tugas .....                         | 35  |
| E. Daftar Pustaka.....                 | 35  |
| F. Glosarium .....                     | 35  |
| BAB V                                  |     |
| KESEHATAN KERJA.....                   | 37  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....            | 37  |
| B. Materi.....                         | 37  |
| C. Rangkuman.....                      | 44  |
| D. Tugas .....                         | 44  |
| E. Daftar Pustaka.....                 | 44  |
| F. Glosarium .....                     | 45  |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| BAB VI                                      |     |
| KESEHATAN REPRODUKSI DAN KEPENDUDUKAN ..... | 47  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....                 | 47  |
| B. Materi .....                             | 47  |
| C. Rangkuman .....                          | 52  |
| D. Tugas .....                              | 52  |
| E. Daftar Pustaka.....                      | 52  |
| F. Glosarium .....                          | 53  |
| BAB VII                                     |     |
| ADMINISTRASI KEBIJAKAN .....                | 55  |
| A. Tujuan Pembelajaran .....                | 55  |
| B. Materi .....                             | 55  |
| C. Rangkuman .....                          | 66  |
| D. Tugas .....                              | 66  |
| E. Daftar Pustaka.....                      | 67  |
| BAB VIII                                    |     |
| PENDIDIKAN DAN ILMU PERILAKU KESEHATAN..... | 69  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....                 | 69  |
| B. Materi .....                             | 69  |
| C. Rangkuman.....                           | 78  |
| D. Tugas .....                              | 78  |
| E. Daftar Pustaka.....                      | 80  |
| F. Glosarium.....                           | 80  |
| BAB IX                                      |     |
| GIZI KESEHATAN MASYARAKAT .....             | 83  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....                 | 83  |
| B. Materi .....                             | 83  |
| C. Tugas .....                              | 89  |
| D. Daftar Pustaka.....                      | 89  |
| BAB X                                       |     |
| HIGIENE DAN SANITASI.....                   | 91  |
| A. Tujuan Pembelajaran.....                 | 91  |
| B. Materi .....                             | 91  |
| C. Ringkasan .....                          | 98  |
| D. Tugas .....                              | 99  |
| E. Daftar Pustaka.....                      | 99  |
| F. Glosarium.....                           | 99  |
| BAB XI                                      |     |
| MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT .....        | 101 |
| A. Tujuan Pembelajaran.....                 | 101 |
| B. Materi .....                             | 101 |
| C. Rangkuman.....                           | 107 |
| D. Tugas .....                              | 108 |

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| E. Daftar Pustaka.....                                                  | 108 |
| F. Glosarium.....                                                       | 108 |
| BAB XII                                                                 |     |
| PILAR-PILAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT .....                             | 111 |
| A. Tujuan pembelajaran.....                                             | 111 |
| B. Materi .....                                                         | 111 |
| C. Rangkuman.....                                                       | 114 |
| D. Tugas .....                                                          | 114 |
| E. Daftar Pustaka.....                                                  | 115 |
| BAB XIII                                                                |     |
| SISTEM DAN SUB SISTEM KESEHATAN NASIONAL.....                           | 117 |
| A. Tujuan pembelajaran.....                                             | 117 |
| B. Penjelasan materi dengan ilustrasi dan contoh.....                   | 117 |
| C. Menjelaskan sub-sistem kesehatan nasional Indonesia .....            | 118 |
| D. Menjelaskan situasi sistem kesehatan Nasional Indonesia terkini..... | 129 |
| E. Rangkuman.....                                                       | 130 |
| F. Tugas .....                                                          | 130 |
| G. Daftar Pustaka.....                                                  | 130 |



# BAB I

## KONSEP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

dr. Citra Trisna, MARS

### A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep ilmu Kesehatan masyarakat

### B. Materi

#### 1. Pendahuluan

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan berupa pencegahan dan pemberantasan penyakit. Pokok keilmuan kesehatan masyarakat terdiri dari dua disiplin keilmuan yaitu biomedis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Ranah ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni yang bersinergi dalam bidang preventif dan promotif. Pandangan bahwa ilmu kesehatan masyarakat itu hanya berupa kegiatan penyuluhan perlu diluruskan. Untuk itu kita perlu paham tentang konsep ilmu kesehatan masyarakat terlebih dahulu.

Pada saat mempelajari kesehatan masyarakat maka yang pertama sekali yang harus kita ketahui adalah konsep kesehatan masyarakat. Pengetahuan mengenai konsep kesehatan masyarakat akan dibahas pada Bab ini. Topik yang dibahas pada Bab 1 ini terdiri dari sejarah dan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat, pengertian dan tujuan kesehatan masyarakat, ruang lingkup dan sasaran kesehatan masyarakat serta prinsip-prinsip dan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Tujuan Instruksional Umum (TIU) Bab 1 yaitu setelah mempelajari bab ini mahasiswa dapat menjelaskan konsep ilmu kesehatan masyarakat. Tujuan instruksional khusus (TIK) Bab 1 yaitu setelah mempelajari Bab ini, mahasiswa diharapkan: 1). Mahasiswa dapat menjelaskan sejarah dan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat, 2). Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian dan tujuan kesehatan masyarakat, 3). Mahasiswa dapat menjelaskan ruang lingkup kesehatan masyarakat dan sasaran kesehatan masyarakat, dan 4). Mahasiswa dapat menjelaskan prinsip-prinsip dan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

#### 2. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Asclepius merupakan dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan bahwa dia telah dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Asclepius mempunyai asisten yang bernama Higeia. Higeia seorang asisten yang kemudian menjadi istrinya. Higeia juga melakukan upaya-upaya kesehatan tetapi dengan cara yang berbeda dari Asclepius.

Upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mempunyai cara yang berbeda. Perbedaan tersebut terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Asclepius melakukan pendekatan dengan pengobatan penyakit. Penanganan

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

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

- a. Pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan secara individual, cenderung bersifat reaktif artinya petugas kesehatan pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Lalu jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Dan pasien ditangani lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara partial, padahal manusia terdiri dari kesehatan biologis psikologis dan sosial, yang terlibat antara aspek satu dan lainnya.
- b. Pendekatan Preventif sasaran atau pasien adalah masyarakat bukan perorangan. Masalah yang ditangani pada umumnya adalah masalah-masalah berupa masalah masyarakat bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat lebih bersifat kemitraan. Pendekatan lebih menggunakan cara proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan melakukan tindakan. Pasien dilihat sebagai makhluk yang utuh dengan pendekatan holistik, terjadinya penyakit tidak semata karena terganggunya sistem biologis, melainkan juga aspek psikologi dan sosial.

### **3. Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

Perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai semenjak sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Uraian perkembangan kesehatan masyarakat terdiri dari: perkembangan kesehatan masyarakat sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (*prescientific period*) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan berkembang (*scientific period*)

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

Pada permulaan abad pertama sampai dengan sekitar abad ke-7, kesehatan masyarakat makin dirasakan pentingnya karena sebagian masyarakat mulai terserang berbagai macam penyakit menular dan telah menjadi epidemi bahkan di beberapa tempat telah menjadi endemi. Penyakit kolera telah tercatat sejak abad ke-7 menyebar dari Asia khususnya Timur Tengah dan Asia Selatan ke Afrika. India disebutkan sejak abad ke-7 telah menjadi pusat endemi kolera. Di samping itu, lepra juga telah menyebar mulai dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui para imigran

Pada abad ke-14, mulai terjadi wabah pes. Yang paling dahsyat, di Cina dan India. Pada tahun 1340, tercatat 13.000.000 orang meninggal karena wabah pes, dan di India, Mesir, dan Gaza dilaporkan 13.000 orang meninggal setiap hari, karena pes. Menurut catatan jumlah meninggal karena wabah pes di seluruh dunia waktu itu mencapai lebih dari 60.000.000 orang. Oleh sebab itu, waktu itu disebut '*The Black Death*'. Keadaan atau wabah penyakit menular ini

berlangsung sampai menjelang abad ke-18. Di samping wabah pes, wabah kolera dan tipus masih berlangsung. Tercatat pada tahun 1603 lebih dari 1 di antara 6 orang meninggal dan pada tahun 1665 sekitar 1 di antara 5 orang meninggal karena penyakit menular. Pada tahun 1759, sekitar 70.000 orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu antara lain tipus, disentri, dan sebagainya.

Pada periode ini masyarakat belum terlalu memahami arti pentingnya kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, ini ditandai dengan adanya peraturan tertulis yang mengatur pembuangan limbah kotoran yang tujuan awalnya tidak untuk kesehatan tetapi karena limbah menimbulkan bau tidak sedap. Namun setelah timbulnya berbagai macam penyakit menular yang menyerang sebagian penduduk, mereka makin menyadari pentingnya kesehatan masyarakat. Penyakit menular yang terjadi pada waktu itu bukan saja menjadi epidemi bahkan telah menjadi endemi.

### **Periode Ilmu Pengetahuan**

Kebangkitan ilmu pengetahuan pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, mempunyai dampak yang luas terhadap segala aspek kehidupan manusia termasuk kesehatan. Mulai abad ke-19 masalah kesehatan khususnya penyakit tidak hanya dilihat sebagai fenomena biologis dan pendekatan yang dilakukan tidak hanya secara biologis yang sempit, tetapi kesehatan adalah masalah yang kompleks sehingga masalah kesehatan harus dilakukan pendekatan secara komprehensif dan multisektoral.

Pada periode ini mulai ditemukan penyebab-penyakit dan vaksin sebagai pencegah, ini dibuktikan Louis Pasteur menemukan vaksin pencegah cacar, Joseph Lister menemukan asam karbol untuk sterilisasi ruang operasi dan William Marton menemukan ether sebagai anestesi pada waktu operasi.

Upaya-upaya kesehatan masyarakat secara ilmiah dilaksanakan di Inggris. Hal ini terkait dengan wabah penyakit endemik kolera pada 1832 di masyarakat miskin area perkotaan. Parlemen Inggris membentuk komisi penanganan pada penyakit ini dan Edwin Chadwich, seorang pakar sosial (*social scientist*), ditunjuk sebagai ketua komisi untuk menyelidiki penyebab kasus wabah kolera ini.

Hasil penyelidikan yang didapatkan adalah wabah ini disebabkan oleh: 1). Masyarakat hidup di suatu kondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia, 2). Air limbah yang mengalir terbuka tidak teratur, 3). Makanan yang dijual di pasar banyak dirubung lalat dan kecoa, 4). Sebagian besar masyarakat miskin, bekerja rata-rata 14 jam per hari dengan gaji di bawah kebutuhan hidup sehingga sebagian masyarakat tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Laporan Chadwich ini dilengkapi dengan analisis data statistik yang lengkap dan terpercaya. Selanjutnya parlemen mengeluarkan undang-undang yang mengatur upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan, sanitasi tempat-tempat kerja, pabrik, dan sebagainya. Sejak saat itu Edwin Chadwich mendalami bidang kesehatan masyarakat sehingga pada waktu itu ia menjadi orang pertama dalam ilmu kesehatan masyarakat.

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20, pendidikan tenaga kesehatan profesional mulai dikembangkan. John Hopkins (1893), seorang pengusaha wiski dari Amerika, memelopori berdirinya Universitas dan didalamnya terdapat fakultas kedokteran. Pada 1908 sekolah

kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada dan daerah lain. Masalah Kesehatan Masyarakat telah menjadi perhatian pada perkembangan kurikulum sekolah kedokteran. Sebagai wujud perbaikan faktor pelayanan kesehatan, pada 1855 pemerintah Amerika membentuk departemen kesehatan pertama kali yang bertujuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk atau publik, termasuk dalam melaksanakan perbaikan serta pengawasan sanitasi lingkungan.

#### **4. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia**

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia telah diawali semenjak pemerintahan Belanda pada abad ke 16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan terdapatnya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat pada waktu itu.

Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter di Jawa untuk pendidikan dokter pribumi, kemudian pada tahun 1913 didirikan sekolah dokter di Surabaya. Kedua sekolah tersebut memiliki peran yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga- tenaga dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. Kemudian pada tahun 1888 didirikan laboratorium pusat di Bandung yang mempunyai peranan sangat penting dalam menunjang upaya pemberantasan penyakit malaria, lepra, cacar dan malaria, disamping bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti gizi dan sanitasi. Pada zaman kemerdekaan Indonesia salah satu tonggak penting perkembangan masyarakat di Indonesia adalah dengan diperkenalkannya konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr Patah. Konsep ini memperkenalkan bahwa aspek preventif dan kuratif tidak dapat dipisahkan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini berarti dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, kedua aspek ini tidak boleh dipisahkan, baik di rumah sakit ataupun puskesmas. Konsep ini kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan dan kemudian dikembangkan sebagai Puskesmas.

#### **5. Pengertian Kesehatan Masyarakat**

Sehat menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 menyatakan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Berdasarkan pengertian kesehatan di atas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan fisik saja tetapi juga mental, spiritual maupun sosial.

Beberapa definisi kesehatan masyarakat menurut ahli kesehatan masyarakat sebagai berikut:

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

- b. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948)
- c. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang terjadi pada masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit. Kesehatan masyarakat mencakup semua kegiatan baik secara langsung atau tidak langsung dalam mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (kuratif), ataupun pemulihan (rehabilitatif).

## **6. Tujuan Kesehatan Masyarakat**

Tujuan Kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan Umum  
Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri
- b. Tujuan Khusus
  - 1) Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam memahami tentang pengertian sehat sakit.
  - 2) Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
  - 3) Tertangani/ terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan Kesehatan

## **7. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat**

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat terdiri dari: ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat), psikologi dan ilmu pendidikan. Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin.

Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sebagai berikut: epidemiologi, biostatistik/ statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, dan kesehatan kerja.

## 8. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok, baik yang sehat maupun sakit, terutama mereka yang beresiko tinggi dalam masyarakat.

### a. Individu

Individu adalah kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Masalah kesehatan yang dialami individu karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri disebabkan suatu hal, akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Maka tenaga kesehatan diperlukan untuk membantu individu tersebut dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Tenaga kesehatan melakukan promosi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemauan menuju kemandirian.

### b. Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan. Antara anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi. Akibatnya, jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, hal itu akan berpengaruh terhadap anggota yang lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan sebagai berikut: keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan, keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (*decision making*) dalam perawatan kesehatan, dan keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

### c. Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasai yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk di antaranya adalah:

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan seperti; ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.
- 2) Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan, di antaranya penderita penyakit menular dan tidak menular.
- 3) Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, di antaranya; wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, kelompok- kelompok pekerja tertentu, dan lain-lain.
- 4) Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, di antaranya; panti werda, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi dan penitipan anak.

## 9. Prinsip Kesehatan Masyarakat

Ada beberapa prinsip pokok yang harus diperhatikan agar usaha Kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik, diantaranya sebagai berikut:

- a. Sasaran pelayanan meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan Kesehatan masyarakat adalah metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan Kesehatan.
- c. Kegiatan utama pelayanan Kesehatan masyarakat adalah di masyarakat bukan di rumah sakit.
- d. Tenaga Kesehatan adalah tenaga yang generalis
- e. Peran tenaga Kesehatan yang terpenting adalah sebagai pendidik (*health education*) dan pembantu (*change agent*)
- f. Praktik Kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat
- g. Praktik Kesehatan masyarakat di pengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya
- h. Praktik Kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat.
- i. Praktik Kesehatan masyarakat adalah gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat

## 10. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

Hendrick L Blum mengemukakan bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Faktor tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gb. 1. Teori Blum

### a. Lingkungan

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural ataupun buatan manusia) dan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya dalam status kesehatan masyarakat. Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari.

Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat

kesehatan yang baik maka akan semakin sulit didapatkan. Misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga keberlangsungan hidup, jika individu/ masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/ masyarakat semakin tinggi tingkat pendidikan individu/ masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

b. Perilaku (*life styles*)

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat bergantung pada perilaku masyarakat itu sendiri. Hal lain yang mempengaruhi kesehatan adalah kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku lain yang melekat pada diri seseorang. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami tansisi dari masyarakat tradisonal menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan mempengaruhi derajat kesehatan.

Pada masyarakat tradisional dimana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/ masyarakat senantiasa berolahraga. Pada masyarakat modern dimana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/ masyarakat terbiasa beraktivitas menggunakan kendaraan seperti sepeda motor, sehingga individu/ masyarakat kurang berolahraga. Kondisi seperti ini dapat berisiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolahraga dan mengkonsumsi makanan cepat saji. Contoh lainnya seperti perokok dini yang akan menyebabkan risiko terkena kanker paru.

c. Pelayanan Kesehatan (*health care service*)

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

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

d. Genetik atau keturunan

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

### C. Rangkuman

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mempunyai cara yang berbeda. Asclepius berupa pelayanan kesehatan kuratif (Curative Health Care), sedangkan Higeia berupa pelayanan preventif (Preventif Health Care).

Pengertian kesehatan menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 menyatakan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Ilmu kesehatan masyarakat (public health) menurut Profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit- penyakit menular, pendidikan individu terkait kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis, perawatan, diagnosis dini pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat menurut Hendrick L Blum, ada 4 (empat) faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Lingkungan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan masyarakat, selanjutnya perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik.

### D. Tugas

1. Jelaskan perbedaan upaya pelayanan kesehatan Aesculapius dan Higeia
2. Jelaskan perkembangan kesehatan masyarakat sebelum periode ilmu pengetahuan dan periode ilmu pengetahuan
3. Jelaskan pengertian sehat menurut WHO dan UU No. 36 tahun 2009
4. Jelaskan alasan keluarga merupakan sasaran kesehatan masyarakat
5. Jelaskan pengaruh lingkungan terhadap derajat kesehatan masyarakat
6. Jelaskan sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia
7. Jelaskan dan beri contoh kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus dan kelompok dengan kesehatan khusus.
8. Jelaskan pengertian ilmu kesehatan masyarakat menurut Winslow
9. Jelaskan perbedaan pelayanan kuratif dan pelayanan preventif disertai contoh.
10. Jelaskan pengaruh perilaku terhadap derajat kesehatan disertai contoh

### E. Daftar Pustaka

- Cholifah, dkk. 2019. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jawa Timur: Umsida Press
- Dwi Syalfina Agustin, dkk. 2017. Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan. Surakarta: CV Kekata Group
- Eliana, Sumiati Sri. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Maisyarah, dkk. 2021. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Maryam Andi. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut

Notoatmodjo Soekidjo. 2021. Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni. Jakart: PT Rineka Cipta  
Rahmawati, 2021. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Manager  
Salmah Sjarifah, 2018. Pengantar ilmu Kesehatan masyarakat edisi revisi. Jakarta: CV. Trans  
Info Media.  
Syukra Alhamda, Sriani Yustina. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Surya Dermawan Ade,  
Sjaaf Amal Chalik. 2021. Administrasi Kesehatan Masyarakat Teori Dan Praktik. Jakarta:  
PT RajaGrafindo Persada  
Surahman, Sipardi Sudiboyo. 2016. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan

#### **F. Biodata Penulis**



**dr. Citra Trisna, MARS**, lahir di kumpulan, Provinsi Sumatera Barat pada tanggal 15 April 1975. Lulusan Fakultas Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2002, selanjutnya menyelesaikan pendidikan Kesehatan Masyarakat peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit pada tahun 2012. Pengalaman kerja: bekerja di pelayanan kesehatan dari tahun 2002 sampai dengan tahun 2014, diantaranya di RSUD Lubuk Basung Kabupaten Agam. Tahun 2014 sampai sekarang bekerja sebagai dosen Poltekkes. Tahun 2014 sampai dengan 2016 mengabdikan sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Pontianak, selanjutnya tahun 2016 sampai sekarang mengabdikan sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Banten.

## **BAB II**

# **KONSEP SEHAT SAKIT**

Teresia Retna Puspitadewi, S.Kep., Ns., M.Kes.

### **A. Tujuan Capaian Pembelajaran MK**

Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang konsep sehat dan sakit.

Sub Capaian Pembelajaran MK: mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan:

1. Pengertian konsep sehat dan ciri-ciri sehat
2. Paradigma sehat
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keyakinan dan Tindakan kesehatan
4. Rentang sehat-sakit
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sakit
6. Tahap-tahap perilaku sakit dan dampak sakit

### **B. Materi**

#### **1. Pengertian Konsep Sehat dan Ciri-Ciri Sehat**

Pengertian sehat menurut WHO adalah *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity"*. Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya. Selama beberapa dekade terakhir, pengertian sehat masih dipertentangkan oleh para ahli dan belum ada kata sepakat dari para ahli kesehatan maupun tokoh masyarakat dunia. Akhirnya Badan kesehatan dunia (WHO) membuat definisi universal yang menyatakan bahwa Sehat adalah suatu keadaan yang lengkap dari sehat fisik, mental dan sosial, serta tidak hanya bebas penyakit atau kecacatan (1946), sehingga seseorang dapat bekerja secara produktif (1978). Mengandung tiga karakteristik:

- a. Sehat Jasmani: merupakan komponen penting dalam arti sehat seutuhnya, berupa sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, mata bersinar, rambut tersisir rapi, berpakaian rapi, berotot, tidak gemuk, nafas tidak bau, selera makan baik, tidur nyenyak, gesit dan seluruh fungsi fisiologi tubuh berjalan normal.
- b. Sehat Mental: dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno *"Jiwa yang sehat terdapat di dalam tubuh yang sehat"* (*Men Sana In Corpore Sano*).
- c. Sehat Spritual: merupakan komponen tambahan pada pengertian sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Setiap individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, kesempatan untuk berlibur, mendengar alunan lagu dan musik, siraman rohani seperti ceramah agama dan lainnya agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis dan tidak monoton.

#### **2. Paradigma Sehat**

Paradigma dapat digambarkan sebagai alur berpikir yang menjelaskan suatu fenomena. Selain itu, ada juga definisi atau pengertian Paradigma sehat yang telah dikemukakan oleh beberapa pakar kesehatan, diantaranya:

- a. Menurut Pender (1982) sehat adalah aktualisasi (perwujudan) yang diperoleh individu melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain, perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten. Sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas sosial.
- b. Payne (1983) Sehat merupakan fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*Self Care Resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*Self Care Action*) secara adekuat. *Self Care Resources* mencakup pengetahuan, dan sikap.
- c. Menurut Perseorangan. Kesehatan sebagai suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Maka kesehatan itu terdiri dari 3 dimensi yaitu fisik, psikis dan sosial yang dapat diartikan secara lebih positif, dengan kata lain bahwa seseorang diberi kesempatan untuk mengembangkan seluas-luasnya kemampuan yang dibawanya sejak lahir untuk mendapatkan atau mengartikan sehat.
- d. Menurut UU No. 23/1992 tentang kesehatan, sehat adalah keadaan sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani), dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Pada dasarnya Paradigma sehat bertujuan pada pembangunan kesehatan yang bersifat holistik melalui upaya yang lebih difokuskan pada upaya untuk membuat orang sehat tetap dalam keadaan sehat melalui tindakan promotif dan preventif (pencegahan), namun juga tetap tidak mengesampingkan tindakan kuratif dan rehabilitatif jika memang diperlukan.

Delapan tingkatan sehat dari Sumber Wolinsky, *The Sociology Of Health*.

- a. Sehat Walafiat (*Normally Well*).  
Status Kesehatan ini merupakan satu dari dua status kesehatan yang paling mudah ditentukan, yaitu sehat dan sakit. Pada Status ini penilai kesehatan masyarakat bahwa ketiga dimensi kesehatan yaitu psikologis, media dan sosial baik. Seseorang yang berada didalam status ini mempunyai kesehatan yang normal.
- b. Pesimistik (*Pessimistic*).  
Golongan *pessimistic* ini percaya bahwa ia sakit, padahal pada penilaian dimensi medis dan sosialnya ia baik. Golongan ini paling sering menyelidiki penilaian sakitnya dari golongan penilai media dan sosial.
- c. Sakit Sosialnya (*Socially ill*)  
Status kesehatan ini ditandai apabila seseorang mempunyai penilaian kesehatan yang baik dalam dimensi Psikologis & Medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi sosial.
- d. Gusar (*Hypochondriacal*)  
*Hypochondriacal* adalah status kesehatan seseorang yang mempunyai penilaian baik dalam dimensi medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial
- e. Sakit Secara Medis (*Medically ill*)  
Seseorang mempunyai penilaian sakit dalam dimensi medis tetapi baik dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial.
- f. Martir Seseorang dalam penilaian medis dan psikologisnya sakit. Tetapi mereka dapat tetap menampilkan dirinya melaksanakan tugas dan peranan sosialnya dengan baik.

g. Optimistik (*Optimistic*)

Seseorang menganggap dirinya tetap sehat, tetapi pada penilaian kesehatan dalam dimensi sosial dan medisnya sakit.

h. Sakit Parah (*Seriously ill*)

Seseorang dalam status kesehatan ini dinyatakan sangat sakit dan membutuhkan perawatan medis, sosial dan psikologis.

### 3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keyakinan dan Tindakan Kesehatan

Faktor yang mempengaruhi diri seseorang tentang sehat:

a. Status perkembangan:

Kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan berespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia. Contoh: Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya. Pengetahuan tenaga kesehatan tentang status perkembangan individu memudahkan untuk melaksanakan pengkajian terhadap individu dan membantu mengantisipasi perilaku-perilaku selanjutnya.

b. Pengaruh sosiokultural

Masing-masing kultur punya pandangan tentang sehat yang diturunkan dari orang tua pada anaknya. Contoh: Orang Cina, sehat adalah keseimbangan antara Yin dan Yang Orang dengan ekonomi rendah memandang flu sesuatu yang biasa dan merasa sehat

c. Pengalaman masa lalu

Seseorang dapat merasakan nyeri/sakit atau disfungsi (tidak berfungsi) keadaan normal karena pengalaman sebelumnya. Membantu menentukan definisi seseorang tentang sehat

d. Harapan seseorang tentang dirinya

Seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat. faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, yaitu keturunan 5%, lingkungan 40%, pelayanan kesehatan 20% serta perilaku 35%

Faktor lain yang mempengaruhi kesehatan yaitu yang berhubungan secara langsung dengan diri manusia yang meliputi; bagaimana individu menerima dirinya dengan baik, *Self Esteem*, *Body Image*, kebutuhan peran dan kemampuan serta jika ada ancaman perpaduan ketiga dimensi tersebut

### 4. Rentang Sehat-Sakit

Sehat dan sakit berada pada suatu rentang dimana setiap orang bergerak sepanjang rentang tersebut. Rentang sehat sakit menurut Neuman (1990): "sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dan kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total. Rentang sehat sakit adalah suatu skala ukur secara relatif dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang:

a. Kedudukannya pada tingkat skala ukur: dinamis dan bersifat individual.

b. Jarak dalam skala ukur: keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik lain.

Berikut ini adalah Rentang Sehat Sakit menurut Model "*Holistik Health*":



Gambar 1. Rentang Sehat Sakit menurut Model "*Holistik Health*"

Menurut model ini sehat adalah keadaan dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan pada lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan dan spiritual yang sehat. Sedangkan sakit merupakan proses dimana fungsi individu dalam suatu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya. Karena sehat dan sakit merupakan kualitas yang relatif dan mempunyai tingkatan sehingga akan lebih akurat jika ditentukan sesuai titik-titik tertentu pada skala Rentang Sehat Sakit.

Kekurangan dari model ini adalah sulitnya menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan titik tertentu yang ada diantara dua titik ekstrim pada rentang itu (kesejahteraan tingkat tinggi-kematian). Model ini efektif jika digunakan untuk membandingkan tingkat kesejahteraan saat ini dengan tingkat kesehatan sebelumnya. Sehingga bermanfaat bagi tenaga kesehatan dalam menentukan tujuan pencapaian tingkat kesehatan yang lebih baik dimasa yang akan datang.

## 5. Tahap-Tahap Perilaku Sakit dan Dampak Sakit

Menurut Suchman (1985.) tahapan sakit terbagi menjadi 4 tahap yaitu:

### Tahap I mengalami gejala / Tahap transisi

- Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuhnya
- Merasa dirinya tidak sehat
- Merasa timbulnya berbagai gejala
- Merasa ada bahaya.tahap transisi ini terdiri atas 3 aspek yaitu *aspek fisik* meliputi; nyeri, panas tinggi, *aspek kognitif* meliputi interpretasi terhadap gejala serta *aspek respon emosi* terhadap ketakutan/kecemasan

### Tahap II asumsi terhadap peran sakit (*sick Role*)

- Penerimaan terhadap sakit
- Individu mencari kepastian sakitnya keluarga atau teman: menghasilkan peran sakit.
- Mencari pertolongan dari profesi kesehatan, yang lain mengobati sendiri, mengikuti nasehat teman/keluarga.
- Akhir dari tahap ini dapat ditemukan bahwa gejala telah berubah dan merasa lebih baik. Invidu masih mencari penegasan dari keluarga tentang sakitnya. Rencana pengobatan dipenuhi/dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman selanjutnya.

### **Tahap III kontak dengan pelayanan kesehatan**

- a. Individu yang sakit: meminta nasehat dari profesi kesehatan atas inisiatif sendiri. Tahap kontak dengan pelayanan terdiri atas 3 tipe informasi yaitu validasi keadaan sakit, penjelasan tentang gejala yang tidak dimengerti dan tipe keyakinan bahwa mereka akan baik
- b. Jika tidak ada gejala: individu mempersepsikan dirinya sembuh jika ada gejala kembali pada profesi kesehatan.

### **Tahap IV ketergantungan**

- a. Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya sehingga klien tergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada
- b. Klien menerima perawatan, simpati, perlindungan dari berbagai tuntutan dan stress hidupnya
- c. Secara sosial klien diperbolehkan untuk bebaskan dari kewajiban tugas normalnya

### **Tahap V penyembuhan (rehabilitasi)**

- a. Pasien belajar untuk melepaskan peran sakit dan kembali pada peran dan fungsi sebelum sakit.
- b. Kesiapan untuk fungsi sosial.  
Dampak sakit dapat terjadi pada individu yang telah mengalami sakit baik yang dirawat di rumah maupun di rumah sakit. Dampak-dampak tersebut antara lain:
- c. Perubahan perilaku dan emosional  
Setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda-beda terhadap kondisi sakit atau terhadap ancaman penyakit. Reaksi perilaku dan emosi individu bergantung pada asal penyakit, sikap klien dalam menghadapi penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang diderita, dan berbagai variabel dari perilaku sakit, penyakit dengan jangka waktu yg singkat dan tidak mengancam kehidupan akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku pada fungsi klien dan keluarga, sedangkan penyakit yang berat terutama yang dapat mengancam kehidupan dapat menimbulkan emosi dan perilaku yang lebih luas.
- d. Perubahan peran pada keluarga  
Selama sakit peran dalam keluarga akan mengalami gangguan, mengingat terjadinya pergantian peran dari salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit.
- e. Gangguan psikologi  
Keadaan ini dapat mengakibatkan stress sampai mengalami kecemasan yang berat. Proses terganggunya psikologi ini diawali dengan adanya konflik terhadap dirinya seperti kecemasan, ketakutan, dan lain-lain.
- f. Masalah keuangan  
Masalah ini jelas akan terjadi karena adanya beberapa pengeluaran keuangan yang sebelumnya tidak diduga selama sakit mengingat biaya perawatan dan pengobatan cukup mahal.
- g. Kesepian akibat perpisahan  
Dampak ini dapat terjadi pada seseorang yang sebelumnya berkumpul dengan keluarganya, namun ketika sakit ia harus dirawat dan berpisah dengan keluarganya.

h. Perubahan kebiasaan sosial

Dampak ini jelas terjadi pada pasien, karena sebelum sakit ia selalu berinteraksi dengan masyarakat disekitarnya.

i. Terganggunya privasi seseorang

Privasi seseorang dapat ditunjukkan pada perasaan menyenangkan yang merefleksikan tingkat penghargaan seseorang. Perasaan menyenangkan ini akan mengalami gangguan karena aktivitasnya terbatas dengan kehidupan dirumah sakit serta kebutuhannya terganggu sehingga dapat mengakibatkan perasaan tidak menyenangkan dan kebutuhan sosial sulit dicapai.

j. Otonomi

Telah disediakan segala kebutuhan bagi pasien dirumah sakit yang mengakibatkan menurunnya kemampuan aktivitas pasien karena keadaan untuk mandiri dan mengatur diri sendiri sulit dicapai sehingga pasien akan tergantung.

k. Perubahan gaya hidup

Adanya peraturan dan ketentuan dari rumah sakit tentang perilaku sehat serta aturan dalam makanan, obat dan aktivitas yang menyebabkan seseorang akan mengalami perubahan dalam gaya hidup.

l. Dampak pada citra tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat mengakibatkan penampilan fisik klien dan keluarga yang akan bereaksi dengan cara yang berbeda-beda terhadap beberapa perubahan tersebut.

## 6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Sakit

Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku sakit yaitu:

a. Faktor Internal

1) Persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami Klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut mengganggu kegiatan rutinitas sehari-hari. Akan tetapi persepsi itu dapat pula mempunyai akibat sebaliknya, orang yang takut sakit serius akan beraksi menyangkalnya dan tidak mau mencari bantuan.

2) Asal atau jenis penyakit

Pada penyakit akut dimana gejala relatif singkat dan berat serta mungkin mengganggu seluruh dimensi yang ada maka klien biasanya akan segera mencari pertolongan dan mematuhi program terapi yang diberikan. Sedang pada penyakit kronis yang berlangsung lama (> 6 bulan) sehingga jelas dapat mengganggu seluruh fungsi dimensi yang ada. Jika penyakit kronis itu tidak dapat disembuhkan dan terapi yang diberikan hanya menghilangkan sebagian gejala yang ada maka klien mungkin tidak akan termotivasi untuk memenuhi rencana terapi yang ada.

b. Faktor eksternal

1) Gejala yang dapat dilihat yaitu gejala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi citra tubuh dan perilaku sakit

2) Kelompok sosial yaitu kelompok sosial klien akan membantu mengenali ancaman penyakit atau justru menyangkal potensi terjadinya suatu penyakit

- 3) Kelompok sosial budaya yaitu: latar belakang budaya dan etik mengajarkan seseorang bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit dan menjadi sakit
- 4) Ekonomi yaitu semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih tanggap terhadap gejala penyakit yang ia rasakan sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.
- 5) Dukungan sosial yaitu dukungan sosial ini meliputi beberapa institusi atau kelompok yang bersifat peningkatan kesehatan
- 6) Kemudahan akses terhadap sistem pelayanan  
 Dekatnya jarak klien dengan Rumah Sakit, klinik atau tempat pelayanan medis lain sering mempengaruhi kecepatan dalam memasuki sistem pelayanan kesehatan

### C. Tugas

1. Manakah dari individu berikut yang terlihat mengambil peran sakit ?
  - a. Seorang klien obesitas berkata, "saya pantas mendapat serangan jantung".
  - b. Seorang ibu yang dakit dan berkata, "saya tidak dapat menyiapkan makan siangmu hari ini".
  - c. Seorang pria yang mengalami nyeri pinggang beberapa kali melewati jadwal terapi fisiknya
  - d. Seorang lansia berkata, "menurut horoskop saya, saya akan sembuh Kembali?".
2. Faktor eksternal apa yang mempengaruhi keputusan individu untuk menerapkan perilaku sehat yang positif ?
3. Faktor apa saja yang menentukan dampak sakit pada keluarga?

### D. Daftar Pustaka

Asmadi. 2008. Konsep Dasar dan Aplikasi Kebutuhan Manusia. Jakarta: Salemba Medika

Barbara Kozier,dkk. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta: EGC.

Caroline,Mary.2012. Buku Ajar Keperawatan Dasar Jakarta:EGC

Husaini, Fauzie R,dkk. 2017. Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. "Ilmu Perilaku Kesehatan". Jakarta. Rineka Cipta.

Perry, Potter. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta: EGC.

Syukra Alhamda; Buku Ajar Sosiologi Kesehatan; Yogyakarta : Deepublish, 2014.

Rajab, Wahyudin. 2009. Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: EGC

Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin. 2008. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi Dalam Praktik. EGC. Jakarta.

### E. Biodata Penulis



**Teresia Retna Puspitadewi,S.Kep,Ns,M.Kes** lahir di Surabaya,26 Maret 1968,lulusan S2 kesehatan Reproduksi (2008). Pengalaman mengajar: Sejak tahun 1990 mengajar di SPK Depkes Tuban dan beralih nama menjadi Prodi D3 keperawatan Tuban Poltekkes Kemenkes Surabaya hingga saat ini. Sebagai dosen pengampu MK Keperawatan Maternitas, metodologi penelitian, metodologi keperawatan dan konsep dasar keperawatan, aktif melakukan penelitian dan publikasi hasil penelitian dalam mengembangkan keperawatan maternitas.



# BAB III

## KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT

apt. Hilda Muliana, S.Si., SpFRS., MARS., MHK

### A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep pencegahan penyakit.

### B. Materi

#### 1. Pengertian Pencegahan Penyakit

Pencegahan penyakit adalah upaya mengarahkan sejumlah kegiatan untuk melindungi klien dari ancaman kesehatan potensial. dengan kata lain, pencegahan penyakit adalah upaya mengekang perkembangan penyakit, memperlambat kemajuan penyakit, dan melindungi tubuh dari berlanjutnya pengaruh yang lebih membahayakan.

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

Pencegahan merupakan komponen yang paling penting dari berbagai aspek kebijakan publik yang berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung untuk kesehatan.

Konsep pencegahan adalah suatu bentuk upaya sosial untuk promosi, melindungi, dan mempertahankan kesehatan pada suatu populasi tertentu.

Pencegahan penyakit adalah upaya mengarahkan sejumlah kegiatan untuk melindungi klien dari ancaman kesehatan potensial. dengan kata lain, pencegahan penyakit adalah upaya mengekang perkembangan penyakit, memperlambat kemajuan penyakit, dan melindungi tubuh dari berlanjutnya pengaruh yang lebih membahayakan.

#### 2. Tingkat Pencegahan Penyakit

Salah satu teori *Public Health* yang berkaitan dengan pencegahan timbulnya penyakit dikenal dengan istilah *5 level of prevention against diseases*.

Leavel dan Clark dalam bukunya *Preventive medicine fot the Doctor in his Community* mengemukakan adanya tiga tingkatan dalam proses pencegahan terhadap timbulnya suatu penyakit. Kedua tingkatan utama tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut.

##### a. Fase sebelum sakit

Fase pre-pathogenesis dengan tingkat pencegahan yang disebut pencegahan primer (*primary prevention*)

##### b. Fase selama proses sakit

Fase pathogenesis, terbagi dalam dua tingkatann pencegahan yang disebut pencegahan sekunder (*secondary prevention*) dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*).

Lima tingkatan dalam Public Health terkait pencegahan terhadap penyakit.

| Fase Pre-Pathogenesis                            |                                                                            | Fase Pathogenesis                                                                           |                           |              |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|
| Pencegahan Primer                                |                                                                            | Pencegahan sekunder                                                                         | Pencegahan Tersier        |              |
| Promosi Kesehatan<br>( <i>Health promotion</i> ) | Perlindungan umum & spesifik<br>( <i>General and specific protection</i> ) | Diagnosis awal dan perawatan tepat waktu<br>( <i>Early diagnosis and prompt treatment</i> ) | Pembatasan ketidakmampuan | Rehabilitasi |

| PRAE PATOGENESIS      |                    |                     | PATOGENESIS                          |                       |                     |
|-----------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| PRIMORDIAL PREVENTION | PRIMARY PREVENTION |                     | SECONDARY PREVENTION                 |                       | TERTIARY PREVENTION |
| UNDERLYING CONDITION  | HEALTH PROMOTION   | SPECIFIC PROTECTION | EARLY DIAGNOSIS AND PROMPT TREATMENT | DISABILITY LIMITATION | REHABILITATION      |

Sumber: Beaglehole, WHO 1993

Manfaat Riwayat alamiah penyakit yaitu dapat dipakai dalam merumuskan dan melakukan upaya pencegahan. Upaya pencegahan dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan patologi penyakit atau dengan kata lain sesuai dengan Riwayat alamiah penyakit tersebut.

Ada 4 tingkat utama pencegahan:

- a. Pencegahan tingkat awal (*Primordial Prevention*)
- b. Pencegahan tingkat pertama (*Primary Prevention*)
- c. Pencegahan tingkat kedua (*Secondary Prevention*)
- d. Pencegahan tingkat ketiga (*Tertiary Prevention*)

1 dan 2 pada fase prepatogenesis dan 3 dan 4 pada fase pathogenesis.

Pada masing-masing tingkat pencegahan dikemukakan beberapa dikemukakan beberapa sifat kegiatan atau usaha-usaha pokok yang dapat dilakukan, yaitu pada tingkat pencegahan primer dan sekunder.

**Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)**

- a. Dapat dilakukan promosi kesehatan di mana kegiatan-kegiatan sebagaimana di bawah ini dapat dipersiapkan sebagai berikut.
  - 1) Penyuluhan kesehatan yang intensif.
  - 2) Perbaikan gizi dan penusunan pola menu gizi yang adekuat.
  - 3) Pembinaan dan pengawasan terhadap pertumbuhan balita khususnya, anak-anak, dan remaja pada umumnya.
  - 4) Perbaikan perumahan sehat.
  - 5) Kesempatan memperoleh hiburan yang sehat untuk memungkinkan pengembangan kesehatan mental maupun sosial.
  - 6) Nasihat perkawinan dan pendidikan seks yang bertanggung jawab.
  - 7) Pengendalian terhadap faktor lingkungan yang dapat memengaruhi timbulnya suatu penyakit.

- b. Perlindungan umum dan spesifik meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut.
- 1) Memberikan pengobatan kepada golongan yang rentan (*vulnerable risk groups*).
  - 2) Peningkatan *hygiene* perorangan dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan.
  - 3) Perlindungan terhadap kemungkinan kecelakaan (pengembangan aspek keamanan).
  - 4) Perlindungan kerja (dalam rangka pengembangan *occupational health*)
  - 5) Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun mupun allergen.
  - 6) Pengendalian sumber-sumber pencemaran.

Pada pencegahan primer ini kegiatan-kegiatan program yang berkaitan dengan lingkup epidemiologi antara lain adalah 1 (c, d, dan g) serta 2 (a, b, d, e, dan f).

Pencegahan primer merupakan upaya terbaik karena dilakukan sebelum kita jatuh sakit dan ini adalah sesuai dengan "konsep sehat" yang kini dianut dalam kesehatan masyarakat modern.

### **Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)**

Dalam tingkat pencegahan ini ada dua kegiatan pokok yang sangat dianjurkan untuk diterapkan, yaitu *Disability Limitation and Rehabilitation*. Untuk *disability limitation* ini dapat dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut.

- a. Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjutan agar arah penyakit tidak sebaliknya menjurus kepada stadium komplikasi.
- b. Pencegahan terhadap komplikasi maupun cacat setelah sembuh.
- c. Perbaikan fasilitas kesehatan sebagai penunjang untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.
- d. Mengusahakan pengurangan beban-beban nonmedis (sosial) pada seorang penderita untuk memungkinkan ia meneruskan pengobatan dan perawatan diri.

Makin menjurus ke pencegahan tersier, upaya-upaya epidemiologis makin tidak lagi dimungkinkan. Oleh karena itu, kegiatan-kegiatan terbaik untuk upaya-upaya epidemiologis adalah pencegahan primer. Sementara itu, pada pencegahan sekunder hanya dimungkinkan pada keadaan dini dari pathogenesis penyakit tersebut. Pada keadaan lanjut, kita hanya mempunyai kesempatan kecil sekali untuk dapat melakukan upaya-upaya epidemiologis.

Kegiatan lima tingkatan pencegahan penyakit meliputi:

- a. Peningkatan kesehatan
  - 1) Melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan
  - 2) Memberi nutrisi yang sesuai dengan standar
  - 3) Meningkatkan kesehatan mental
  - 4) Penyediaan perumahan yang sehat
  - 5) Rekreasi yang cukup
  - 6) Pekerjaan yang sesuai
  - 7) Melakukan konseling perkawinan
  - 8) Melaksanakan pemeriksaan berkala

- b. Perlindungan umum dan khusus
  - 1) Pemberian imunisasi
  - 2) Kebersihan perorangan
  - 3) Perlindungan sanitasi
  - 4) Perlindungan kecelakaan
  - 5) Perlindungan terhadap kecelakaan kerja
  - 6) Penggunaan nutrisi khusus
  - 7) Perlindungan terhadap bahan karsinogen
  - 8) Menghindari zat-zat allergen.
- c. Diagnosis dini dan pengobatan cepat dan tepat
  - 1) Mencari kasus sedini mungkin
  - 2) Pemeriksaan umum secara rutin
  - 3) Survey selektif penyakit khusus
  - 4) Meningkatkan keteraturan pengobatan
  - 5) Mencari orang yang pernah berhubungan dengan penderita penyakit menular.
  - 6) Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.
- d. Pembatasan ketidakmampuan
  - 1) Penyempurnaan dan intensitas pengobatan lanjutan agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi.
  - 2) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan
  - 3) Perbaikan fasilitas kesehatan sebagai penunjang untuk pengobatan dan perawatan yang intensif.
- e. Rehabilitasi
  - 1) Diperlukan sarana untuk pelatihan dan pendidikan di rumah sakit dan tempat-tempat umum
  - 2) Memanfaatkan dan memelihara sebaik-baiknya kapasitas yang tersisa pada seseorang
  - 3) Melakukan pendidikan dan penyuluhan pada masyarakat umum dan industry
  - 4) Menyediakan tempat perlindungan khusus.

### **3. Bentuk Upaya Pencegahan**

- a. Pencegahan Tingkat Awal
  - Pemantapan status Kesehatan (*Underlying Condition*)
- b. Pencegahan Tingkat Pertama
  - Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)
  - Pencegahan Khusus (*Specific Protection*)
- c. Pencegahan Tingkat Kedua
  - Diagnosis Awal dan Pengobatan tepat (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)
  - Pembatasan Kekacatan (*Disability Limitation*)
- d. Pencegahan Tingkat Ketiga
  - Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

### **Pencegahan Tingkat Awal**

- Tujuannya adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup sosial ekonomi dan kultural yang mendorong peningkatan resiko penyakit.
- Diarahkan untuk mempertahankan kondisi dasar atau status kesehatan masyarakat yang bersifat positif yang dapat mengurangi kemungkinan suatu penyakit atau faktor resiko (gaya hidup)

Merupakan upaya mempertahankan kondisi yang positif yang dapat melindungi masyarakat dari gangguan kondisi kesehatannya yang sudah baik

Pencegahan Tingkat Awal dilakukan dengan 2 cara:

- Menjauhkan agen untuk dapat kontak atau memapar pejamu.
- Menurunkan kepekaan pejamu (*host susceptibility*)
- Intervensi dilakukan sebelum perubahan patologis terjadi (fase prepatogenesis)

### **Pencegahan Tingkat Kedua**

- Dilakukan dalam fase patogenesis dengan cara mengetahui perubahan klinik atau fisiologis yang terjadi dalam awal penyakit (*early symptom*) atau masih dalam *presymptomatic*.
- Tujuannya untuk mendeteksi penyakit sedini mungkin untuk mendapatkan pengobatan yang tepat sehingga diharapkan menghambat progresivitas penyakit, mencegah komplikasi dan membatasi kemungkinan kecacatan

## **4. Strategi Pencegahan**

Strategi pencegahan meliputi sasaran dan kegiatan pencegahan yang bervariasi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi serta tingkat pencegahannya. Sasaran pencegahan dapat merupakan individu maupun organisasi masyarakat. Dalam melaksanakan pencegahan dengan sasaran tersebut dapat dilakukan melalui usaha setempat yang bersifat tradisional terutama pencegahan dasar atau premodial, dan dapat pula dilakukan melalui pusat-pusat pelayanan kesehatan yang tersedia di tempat tersebut.

Pelaksanaan usaha pencegahan yang terencana dan terprogram dapat bersifat wajib maupun suka rela seperti pemberian imunisasi dasar, perbaikan sanitasi lingkungan, penyediaan air minum, dan peningkatan status gizi masyarakat melalui perbaikan gizi masyarakat termasuk pemberian makanan tambahan, juga termasuk berbagai usaha untuk mencegah kebiasaan yang dapat menimbulkan atau meningkatkan resiko terhadap berbagai gangguan kesehatan tertentu. Sasaran pencegahan juga meliputi berbagai usaha perbaikan dan peningkatan lingkungan hidup, perbaikan standar hidup seperti perbaikan perumahan, sistem pendidikan, sistem kehidupan sosial serta peningkatan standar hidup sehat.

Disamping usaha pencegahan yang terencana dan berkesinambungan dikenal juga berbagai usaha pencegahan yang bersifat darurat seperti usaha pencegahan dan penanggulangan wabah, usaha pencegahan penyakit akibat bencana alam maupun akibat perang, dan adanya usaha pencegahan tingkat ketiga dalam bentuk rawat darurat dan lain sebagainya.

Dalam menilai derajat kesehatan/situasi morbiditas dan mortalitas untuk program pencegahan, harus dipertimbangkan berbagai hal lain di luar kesehatan seperti sistem penyediaan makanan, keadaan keamanan, sistem perekonomian termasuk pendapatan perkapita, keadaan lapangan kerja dan tingkat pengangguran, sistem kehidupan sosial, adat

kebiasaan, kebijakan pemerintahan dan lain-lain. Keseluruhan hal tersebut dapat mempengaruhi program pencegahan serta strategi pencegahan yang sedang dilaksanakan.

## 5. Aplikasi Konsep Pencegahan Penyakit

### a. Penyakit Jantung

Penyakit jantung adalah penyakit negara maju atau negara industri lebih tepatnya, penyakit di mana perilaku masyarakat negara modern, dengan pola hidup modern berada. Hal ini disebabkan karena penyebab penyakit jantung berkaitan dengan keadaan dan perilaku masyarakat maju misalnya tingginya stres salah makan dan gaya hidup modern seperti rokok dan minum alkohol yang berlebihan.

Menurut WHO (1990) kematian PJPD (Penyakit jantung dan pembuluh darah) adalah 12 juta/tahun, pembunuh nomor satu umat manusia. Bandingkan dengan kematian yang disebabkan oleh diare (5 juta), kanker 4.8 juta, dan TBC (3 juta). Padahal dikatakan bahwa PJPD ini adalah sesuatu preventable disease, penyakit yang dapat dicegah, dimana 50% kematian ini dapat dicegah dengan upaya-upaya yang mengenai perubahan gaya hidup. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan sesuai konsep pencegahan penyakit yaitu:

- 1) Tahap dasar
  - a) Mengonsumsi makanan yang memiliki gizi seimbang
  - b) Rutin berolahraga
  - c) Menghindari stress
  - d) Mengawasi tekanan darah secara teratur
  - e) Menghilangkan kebiasaan merokok
- 2) Tahap pertama
  - a) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Misalnya untuk kalangan menengah ke atas di negara berkembang terhadap resiko jantung.
- 3) Tahap kedua
  - a) Pemeriksaan kesehatan kelompok perokok aktif oleh tim medis
  - b) Melakukan penyaringan penderita penyakit jantung yang baru maupun yang berisiko tinggi
  - c) Melakukan surveilans epidemiologi penderita penyakit jantung
- 4) Tahap ketiga
  - a) Latihan fisik pada penderita penyakit jantung secara bertahap untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh serta untuk mengembalikan kemampuan fisik pasien seperti sebelum sakit. Contohnya dengan berolahraga kecil seperti menggerakkan tangan dan kaki
  - b) Pemulihan aspek psikologis penderita penyakit jantung dengan tidak terlalu membatasi aktivitas penderita yang dapat dilakukan sendiri dan tidak membahayakan kesehatan.

### b. Varisela

Virus varisela-zoster menyebabkan varisela (cacar air) dan zoster (cacar ular). Varisela merupakan penyakit salah satu penyakit manusia yang paling cepat menular dan mudah menyebar dari satu orang ke orang yang lain melalui kontak langsung dengan lesi yang terinfeksi, penyebaran droplet atau penularan melalui udara (Davey, 2005). Varisela biasanya

merupakan penyakit anak-anak, dan cacar yang terjadi pada orang dewasa lebih parah. Dengan angka kematian 15 kali lipat lebih banyak (Arias, 2010).

- 1) Tahap dasar  
Melakukan vaksinasi varisela oleh tim medis bagi yang belum pernah terkena virus varisela
- 2) Tahap pertama  
Edukasi tentang penyakit varicella dan cara pencegahannya
- 3) Tahap kedua  
Mencegah kontak fisik antara penderita dan bukan penderita karena virus dapat tertular melalui kontak fisik
- 4) Tahap ketiga  
Menjaga sistem kekebalan tubuh bagi yang pernah menderita Varisela karena virus varisela tidak 100% hilang dan akan menyerang tubuh apabila sistem imun rendah

### C. Tugas

1. Jelaskan secara singkat definisi dari pencegahan penyakit !
2. Jelaskan tentang tingkatan pencegahan penyakit !
3. Jelaskan manfaat dari pencegahan penyakit !
4. Jelaskan konsep dari pencegahan penyakit !
5. Jelaskan aplikasi dari pencegahan penyakit !

### D. Daftar Pustaka

Arias KM. Investigasi dan Pengendalian Wabah di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2010. Jakarta: EGC

Budiarto, Eko dan Anggraeni, Dewi. 2003. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: EGC.

Davey, Patrick. At a Glance Medicine. 2005. Jakarta: Erlangga.

### E. Biodata Penulis



**apt Hilda Muliana, S.Si., SpFRS., MARS., MHKes**, lahir di Surabaya pada 31 Juli 1980. Menempuh Pendidikan Sekolah Dasar di SDN Kebonsari II Tuban Jawa timur, SMPN 1 Tuban Jawa timur, SMAN 1 Tuban Jawa timur, Sarjana Farmasi di Fakultas Farmasi Universitas Surabaya (1998-2002), Profesi Apoteker di Fakultas Farmasi Universitas Surabaya (2002-2003), Spesialis Farmasi Rumah Sakit (SpFRS) di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga (2003-2007), Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (2015-2017), Magister Hukum Kesehatan (MH.Kes) di Fakultas Hukum dan Komunikasi Unika Soegijapranata (2018-2020), Magister Sains Psikologi (M.Si) di Unika Soegijapranata (2020-sekarang), Doktorat Ilmu Farmasi di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga (2015-sekarang). Penulis sebagai dosen tetap di Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Batam (2018-sekarang), Konsultan Akreditasi Rumah Sakit (2017-sekarang) dan Survei Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dari Lembaga LAM KPRS (2022-sekarang). Kontak penulis, email : hildamuliana@univbatam.ac.id



# BAB IV

## BIOSTATISTIK DALAM ILMU KESMAS

Sugiarto, SKM., MKM

### A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami konsep biostatistik, ruang lingkup dan tahapan serta kegiatannya, mampu memahami tentang data, variabel, skala pengukuran variabel, mengetahui nilai mean, median,

### B. Materi

#### 1. Pengertian

Dalam kehidupan sehari-hari kita sering mendengar kata statistik. Secara sederhana statistik dapat diartikan sebagai sebuah data. Contoh dari sebuah data yaitu mangga satu kilo harganya Rp 10.500, prevalensi kejadian covid-19 sebanyak 5.600 jiwa, cakupan vaksinasi covid-19 di Indonesia > 80%, rata-rata tinggi badan orang Indonesia adalah 170 cm. Menurut Subagyo (2003), yang dimaksud dengan statistik adalah suatu pengetahuan mengenai pengumpulan data, pengolahan data, analisis serta penarikan kesimpulan berdasarkan analisis yang telah dilakukan terhadap data tersebut (Subagyo, 2003). Sedangkan menurut Yuantari & Handayani (2017) menyatakan bahwa statistika adalah pengetahuan yang berkaitan dengan metode, teknik atau cara untuk mengumpulkan data, mengolah data, menyajikan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan atau menginterpretasikan data (Yuantari & Handayani, 2017). Statistik adalah sekumpulan konsep dan metode yang digunakan untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan data tentang bidang kegiatan tertentu dan mengambil kesimpulan dalam situasi dimana ada ketidakpastian dan variasi (Sabri & Hastono, 2018).

Sedangkan biostatistik merupakan ilmu terapan dari statistik dalam bidang biologi. Dalam kenyataannya biostatistik juga banyak digunakan dalam bidang kesehatan dan kedokteran, karena keduanya memang terkait erat dengan biologi. Sedangkan statistika sebagai cabang ilmu matematika banyak digunakan dalam pengambilan keputusan dan berkembang berdasarkan teori peluang (probabilitas) (Yuantari & Handayani, 2017). Statistik biasanya diterapkan dalam sebuah metodologi penelitian, hal tersebut dikarenakan dalam sebuah penelitian kita harus mengumpulkan data, memeriksa kelengkapan data yang telah kita kumpulkan, mengolah data, menyajikan data baik dalam bentuk narasi, tabel atau diagram, menganalisis data, menginterpretasikan data dan yang terakhir adalah menarik kesimpulan.

Penggunaan statistika dalam bidang kesehatan pertama kali dilakukan oleh John Graunt (1662) melalui pencatatan kematian. Selanjutnya diikuti oleh sarjana-sarjana lain seperti William Farr, Karl Pearson dan lain-lain. Statistika Kesehatan adalah ilmu terapan (*applied science*) metode statistik terhadap masalah kesehatan didalamnya termasuk vital statistik yang membahas tentang komponen daur hidup (*life statistic*), seperti statistik kematian, kelahiran, perkawinan dan lain-lain. *Health service* statistik pengolahan data statistik untuk mengukur output dari kegiatan pelayanan kesehatan (Yuantari & Handayani, 2017).

## **2. Penggolongan Statistik**

Metode statistik digolongkan menjadi 2 (dua) yaitu metode statistik deskriptif dan metode statistik inferensial. Menurut Subagyo (2003) Metode statistik deskriptif merupakan bagian statistik mengenai pengumpulan data, penyajian data, penentuan nilai-nilai statistik, pembuatan diagram atau gambar mengenai sesuatu hal, di sini data disajikan dalam bentuk yang lebih mudah dipahami atau dibaca. Sedangkan yang dimaksud dengan statistik inferensial adalah bagian statistik yang berhubungan dengan analisis dan pengambilan kesimpulan mengenai populasi yang sedang diselidiki (Subagyo, 2003). Statistik deskriptif memberikan informasi terkait dengan nilai rata-rata (mean), nilai tengah (median), simpangan baku dan varian. Sedangkan statistik inferensial biasanya menghasilkan nilai probabilitas (p) yang digunakan untuk menarik kesimpulan dari sebuah hipotesis. Contoh statistik deskriptif adalah rata-rata nilai ujian mata kuliah biostatistik semester 3 Prodi Kesehatan Masyarakat X adalah 75,6, nilai tengah dari ujian mata kuliah biostatistik adalah 7,0. Sedangkan contoh statistik inferensial adalah ada hubungan antara sarapan pagi dengan aktivitas belajar mahasiswa semester 3 Prodi Kesehatan Masyarakat. Ada hubungan konsumsi makanan dengan tinggi badan balita, dan lain-lain.

## **3. Kegunaan Statistik di Bidang Kesehatan**

Dalam bidang kesehatan, statistik digunakan untuk:

- a. Menentukan ada dan besarnya masalah kesehatan masyarakat.
- b. Mengukur peristiwa penting/Vital Event yang terjadi di masyarakat.
- c. Menentukan prioritas masalah dan memilih alternatif pemecahan masalah kesehatan secara efisien.
- d. Membuat perencanaan program kesehatan.
- e. Mengadakan evaluasi pelaksanaan program kesehatan.
- f. Dokumentasi untuk mengadakan perbandingan di masa mendatang.
- g. Mengadakan penelitian masalah kesehatan yang belum diketahui atau menguji kebenaran suatu masalah kesehatan.
- h. Memberikan penerangan tentang kesehatan kepada masyarakat / Publikasi ilmiah
- i. Mengukur status kesehatan masyarakat dan mengetahui masalah kesehatan yang terdapat pada berbagai kelompok masyarakat.
- j. Membandingkan status kesehatan masyarakat di satu wilayah dengan wilayah yang lain dengan rentang waktu sekarang dan masa lampau.
- k. Meramalkan status kesehatan di masa mendatang.
- l. Memprediksi timbulnya sampah sehingga merencanakan penyelesaiannya
- m. Merumuskan perencanaan dan sistem administrasi kesehatan (Yuantari & Handayani, 2017).

## **4. Tahapan Kegiatan Statistik**

Tahapan kegiatan statistik biasanya dibagi dalam beberapa tahapan, yaitu:

- a. Pengumpulan Data
- b. Pengolahan Data
- c. Penyajian Data
- d. Analisis/Interpretasi data

## 5. Pengumpulan Data

Data berasal dari kata *datum* yang artinya jamak (plural). Dalam buku (Sabri & Hastono, 2018) Data adalah himpunan angka yang merupakan nilai dari unit sampel kita sebagai hasil mengamati/mengukurnya. Ditinjau dari jenisnya, dapat dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu:

- Data diskrit, yaitu data yang berbentuk bilangan bulat. Misalnya jumlah kecelakaan lalu lintas kendaraan roda dua, jumlah penderita penyakit malaria, jumlah balita stunting, jumlah penyakit DBD
- Data kontinu, yaitu data yang merupakan rangkaian data, nilainya dapat berbentuk desimal. Misalnya rata-rata nilai mata kuliah biostatistik adalah 76,58, usia balita yang mengalami stunting adalah 3,56 tahun.
- Data kualitatif, yaitu data yang berbentuk kualitas, seperti pernyataan terhadap vaksinasi covid-19 yaitu setuju, tidak setuju, ragu-ragu.
- Data kuantitatif, yaitu data dalam bentuk bilangan (numerik). Misalnya, jumlah masyarakat yang mendapatkan/menerima vaksinasi covid-19. Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan tablet fe.

Cara pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

- Observasi, yaitu cara pengumpulan data dengan melihat secara langsung atau mengamati secara langsung. Misalnya, kita ingin melihat perilaku penggunaan APD pada pekerja, maka kita harus melihat secara langsung kepada pekerja saat dia bekerja apakah sudah menggunakan APD atau belum.
- Literatur, yaitu cara pengumpulan data dengan melihat literatur yang ada. Misalnya kita ingin mengetahui faktor yang berhubungan dengan penggunaan APD, maka kita harus mencari literatur terkait dengan perilaku penggunaan APD, bisa dari buku, artikel, dan lain-lain.
- Kuesioner, yaitu cara pengumpulan data dengan menggunakan sebuah instrumen yaitu kuesioner. Biasanya kuesioner diisi oleh responden.
- Wawancara, yaitu cara pengumpulan data dengan melakukan wawancara atau tanya jawab dengan responden.

Dalam pengumpulan data dikenal istilah sebagai berikut (Sabri & Hastono, 2018):

- Variabel adalah suatu sifat yang akan diukur atau diamati yang nilainya bervariasi antara satu objek ke objek yang lainnya. Misalnya kita akan mengamati kejadian stunting pada balita, maka kita akan mengukur tinggi badan, usia balita yang tentu saja nilai ini bervariasi antara balita yang satu dengan balita yang lainnya.
- Agregate yaitu keseluruhan kumpulan nilai observasi yang merupakan suatu kesatuan dan setiap nilai observasi hanya memiliki arti sebagai bagian dari keseluruhan tersebut.

## 6. Pengolahan Data

Pengolahan data dapat dilakukan secara manual atau elektronik. Pengolahan data bertujuan untuk mempersiapkan data sehingga memudahkan analisa data. Prosedurnya sebagai berikut:

- Editing*, adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku registrasi. *Editing* bertujuan untuk melengkapi data yang belum lengkap. Pada tahap editing, kita harus melihat jumlah lembar pertanyaan yang kita gunakan,

apakah sudah lengkap atau belum. Kita juga melakukan koreksi terhadap kekurangan atau keraguan jawaban/hasil pengamatan yang ditemui di lapangan.

- b. *Coding*, adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori-kategori. Koding bertujuan untuk memberikan kode untuk memudahkan memasukkan dan pengolahan data.
- c. *Scoring*, dilakukan dengan menetapkan skor (nilai) pada sikap pertanyaan atas pertanyaan-pertanyaan pada lembar observasi dan pada saat pengkategorian setiap variable.
- d. Memasukkan data (*data entry*) atau processing. Pada tahap ini setelah melakukan pengkodean maka dilanjutkan pada entry data kedalam program komputer memasukan kode responden lalu memasukan hasil jawaban responden sesuai scoring yang diterapkan.
- e. Pembersihan data (*cleaning*). Data yang sudah di entry kemudian di cek kembali apakah data responden yang telah dimasukan sudah benar, apabila masih ada kesalahan maka data harus di cleaning dan mengganti jawaban yang sesuai dengan responden.

## 7. Penyajian Data

Setelah data terkumpul, tahap selanjutnya yaitu menyajikan data tersebut dalam berbagai bentuk, tergantung dari jenis data dan skala pengukurannya. Secara umum sajian data dapat dibagi dalam 3 (tiga) bentuk, yaitu (Sabri & Hastono, 2018):

### a. Tulisan (narasi)

Hampir semua tahapan statistik dalam bentuk narasi, mulai dari pengumpulan data, pengolahan data sampai dengan penyajian data. Pada tahap pengumpulan data kita menggunakan pertanyaan yang berbentuk tulisan. Contoh: jumlah penderita stunting di Kota X sebesar 34 kasus. Jumlah mahasiswa kesmas di Universitas X sebanyak 230 orang.

### b. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah penyajian data menggunakan kolom dan baris. Menurut (Yuantari & Handayani, 2017) penyajian dalam bentuk ini ternyata yang paling lazim digunakan, agar dapat diperoleh gambaran yang lebih terperinci tentang suatu variabel disamping nantinya bisa pula digunakan untuk perbandingan-perbandingan. Pembuatan tabel frekuensi (variabel tunggal) sering juga dilakukan sebagai dasar pembuatan grafik.

Bermacam-macam bentuk tabel adalah sebagai berikut (Sabri & Hastono, 2018):

#### 1) Tabel Induk (*Master Tabel*)

Tabel yang berisi semua hasil pengumpulan data yang masih dalam bentuk data mentah, biasanya tabel ini disajikan dalam lampiran suatu laporan pengumpulan data.

#### 2) Tabel Rinciaan (*Text tabel*)

Merupakan uraian dari tabel induk/master tabel. Contoh dari tabel ini antara lain: distribusi frekuensi, distribusi relatif, distribusi kumulatif, tabel silang (kontingensi tabel/ *cross tabulasi*).

Dalam menyajikan tabel harus menuliskan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Judul tabel, judul tabel ditulis dengan singkat, jelas, dan lengkap, dimana kejadiannya dan kapan terjadi.
- 2) Nomor tabel
- 3) Keterangan-keterangan (catatan kaki)
- 4) Sumber.

Contoh Tabel Data Diskrit

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Desa X Tahun 2020

| No | Pendidikan | Frekuensi | Persentase |
|----|------------|-----------|------------|
| 1  | Tamat SD   | 13        | 37,1       |
| 2  | Tamat SMP  | 16        | 45,7       |
| 3  | Tamat SMA  | 6         | 17,1       |
|    | Jumlah     | 35        | 100,0      |

Sumber: Data Primer 2020

Contoh Tabel Data Kontinu

Tabel 2. Rata-Rata Masa Kerja Responden di Pabrik X Tahun 2020

| Variabel   | Rata-rata  | Standar Deviasi | Minimal   | Maksimal   |
|------------|------------|-----------------|-----------|------------|
| Masa Kerja | 7,60 tahun | 2,464 tahun     | 3,5 tahun | 13,5 tahun |

Sumber: Data Primer 2020

Contoh Tabel Tabulasi Silang

Tabel 3. Gambaran suhu lingkungan dan produktivitas kerja di PT X Tahun 2020

| No    | Usia        | Produktivitas Kerja |      | Total |
|-------|-------------|---------------------|------|-------|
|       |             | Kurang Baik         | Baik |       |
| 1     | > 45 tahun  | 13                  | 22   | 35    |
| 2     | ≤ 45 tahun_ | 20                  | 35   | 55    |
| Total |             | 33                  | 57   | 90    |

Sumber: Data Primer 2020

c. Gambar/grafik

Sebagaimana kita membuat tabel, dalam menyajikan grafik juga harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Judul yang singkat, jelas dan lengkap
- 2) Dalam menggambar diperlukan dua sumbu sebagai ordinat dan absis
- 3) Skala tertentu
- 4) Nomor gambar/grafik
- 5) Catatan kaki
- 6) Sumber

Kegunaan dari gambar/grafik antara lain:

- 1) Membandingkan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain atau membandingkan variabel yang sama dalam waktu dan tempat yang berbeda.
- 2) Memprediksi suatu kejadian atau keadaan yang akan datang
- 3) Mengetahui hubungan satu atau lebih variabel

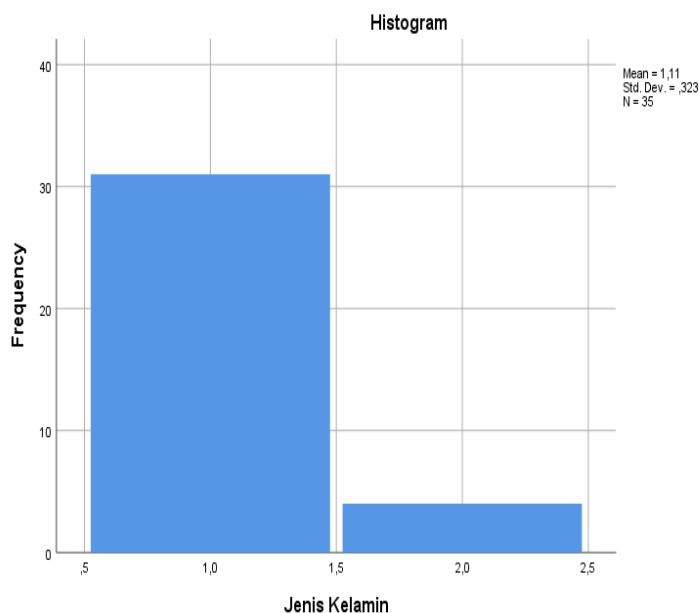
### Keuntungan grafik

- 1) Pengamat lebih mudah memahami masalah yang disajikan
- 2) Terlihat lebih menarik jika dibandingkan dengan tabel
- 3) Hal-hal yang tidak jelas dalam tabel dapat diperjelas lagi dalam bentuk grafik (Yuantari & Handayani, 2017).

Jenis-jenis gambar/grafik ada beberapa macam yaitu (Sabri & Hastono, 2018):

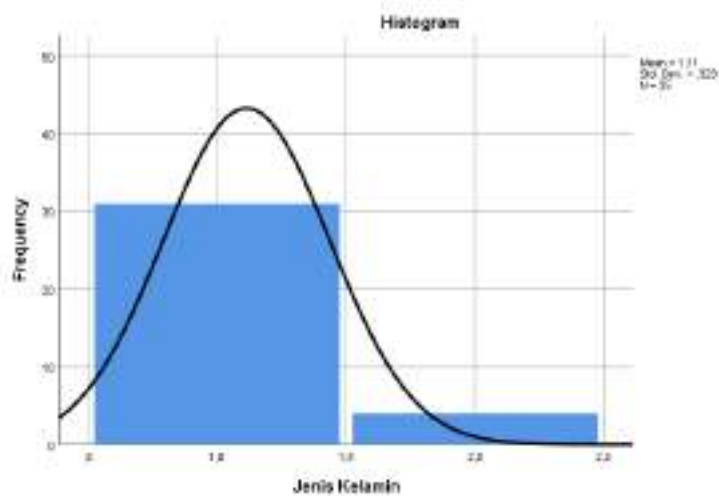
- 1) Histogram
- 2) Frekuensi poligon
- 3) Ogive
- 4) Diagram garis
- 5) Diagram batang
- 6) Diagram pinca
- 7) Diagram tebar
- 8) Mapgram
- 9) Box whisker plot
- 10) Stem and leaf plot
- 11) Pareto

### Contoh Histogram

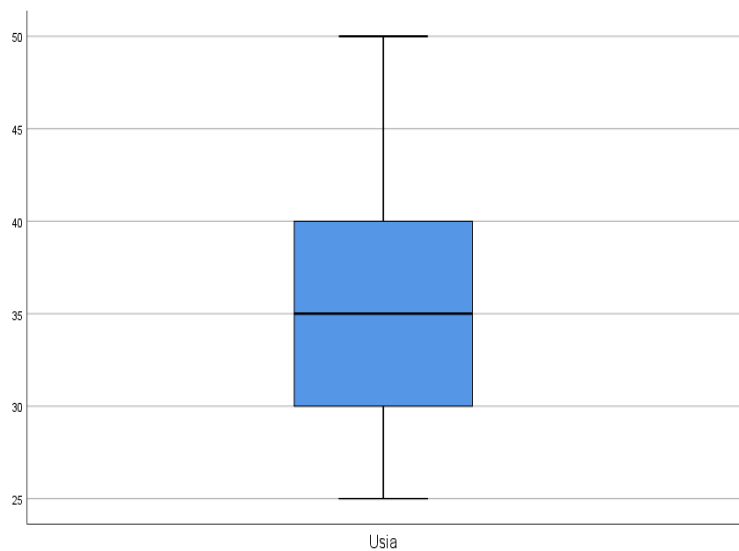


Gambar 1  
Distribusi Jenis Kelamin Pekerja di PT X Tahun 2020

Contoh Frekuensi Poligin

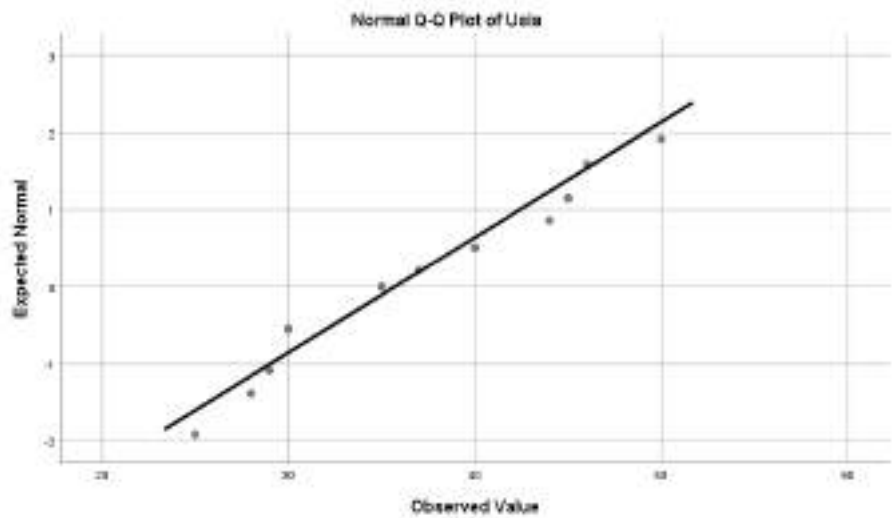


Gambar 2  
Distribusi Jenis Kelamin Pekerja di PT X Tahun 2020



Gambar 3  
Usia Pekerja di PT X Tahun 2020

Contoh Scater Plot



Gambar 4  
Usia Pekerja di PT X Tahun 2020

8. Analisis/Interpretasi Data

Data yang sudah dikumpulkan, diolah dan disajikan harus diinterpretasikan. Interpretasi data disesuaikan dengan jenis data yang ada. Jika data tersebut adalah data kategorik maka diinterpretasikan dalam proporsi. Jika data tersebut adalah data numerik maka interpretasinya adalah nilai mean, median, standar deviasi, modus, dll.

Contoh Interpretsi Data Kategorik

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Desa X Tahun 2020

| No | Pendidikan | Frekuensi | Persentase |
|----|------------|-----------|------------|
| 1  | Tamat SD   | 13        | 37,1       |
| 2  | Tamat SMP  | 16        | 45,7       |
| 3  | Tamat SMA  | 6         | 17,1       |
|    | Jumlah     | 35        | 100,0      |

Sumber: Data Primer 2020

Tabel 4 diatas menunjukkan bahwa dari 35 responden terdapat 37,1% responden memiliki latar belakang pendidikan tamatan SD, 45,7% responden memiliki latar belakang pendidikan tamatan SMP dan 17,1% responden memiliki latar belakang pendidikan tamatan SMA.

Contoh Interpretasi Data Numerik

Tabel 5 Rata-rata Masa Kerja Responden di Pabrik X Tahun 2020

| Variabel   | Rata-Rata | Standar Deviasi | Minimal   | Maksimal   |
|------------|-----------|-----------------|-----------|------------|
| Masa Kerja | 7,6 tahun | 2,4 tahun       | 3,5 tahun | 13,5 tahun |

Sumber: Data Primer 2020

Tabel 5 diatas menunjukkan bahwa rata-rata masa kerja responden adalah 7,6 tahun dengan standar deviasi 2,4 tahun. Masa Kerja minimum responden adalah 3,5 tahun dan masa kerja maksimum responden adalah 13,5 tahun.

### C. Rangkuman

Statistika adalah pengetahuan yang berkaitan dengan metode, teknik atau cara untuk mengumpulkan data, mengolah data, menyajikan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan atau menginterpretasikan data. Langkah-langkah dalam statistik dimulai dari pengumpulan data, pengolahan data, penyajian dan interpretasi data. Dalam bidang kesehatan, statistik digunakan untuk: Menentukan ada dan besarnya masalah kesehatan masyarakat; Mengukur peristiwa penting/Vital Event yang terjadi di masyarakat; Menentukan prioritas masalah dan memilih alternatif pemecahan masalah kesehatan secara efisien; Membuat perencanaan program kesehatan; Mengadakan evaluasi pelaksanaan program kesehatan; Dokumentasi untuk mengadakan perbandingan di masa mendatang; Mengadakan penelitian masalah kesehatan yang belum diketahui atau menguji kebenaran suatu masalah kesehatan; Memberikan penerangan tentang kesehatan kepada masyarakat/Publikasi ilmiah; Mengukur status kesehatan masyarakat dan mengetahui masalah kesehatan yang terdapat pada berbagai kelompok masyarakat; Membandingkan status kesehatan masyarakat di satu wilayah dengan wilayah yang lain dengan rentang waktu sekarang dan masa lampau.

### D. Tugas

1. Apa yang dimaksud dengan ilmu statistika?
2. Jelaskan kegunaan statistika dalam ilmu kesehatan masyarakat?
3. Apa manfaat dalam mempelajari statistika bagi mahasiswa?
4. Jelaskan tahapan statistika?
5. Jelaskan cara pengumpulan data?

### E. Daftar Pustaka

Sabri, L., & Hastono, S. P. (2018). *Statistik Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.  
Subagyo, P. (2003). *Statistik Deskriptif* (4th ed.). Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.  
Yuantari, C., & Handayani, S. (2017). *Buku Ajar Biostatistik Deskriptif dan Inferensial* (2nd ed.). Semarang: Badan Penerbit Universitas Dian Nuswantoro.

### F. Glosarium

*Applied science* : Ilmu terapan

*Datum* : Data

Mean : Nilai Rata-Rata

Median : Nilai Tengah

Modus : Nilai yang sering muncul

Variabel : Suatu sifat yang memiliki variasi nilai.

## G. Biodata Penulis

### 1. Identitas Diri



|   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | Nama Lengkap             | Sugiarto, SKM, M.K.M  |
| 2 | Jenis kelamin            | Laki-laki             |
| 3 | Program Studi            | Kesehatan Masyarakat  |
| 4 | NIDN                     | 1007058501            |
| 5 | Tempat dan Tanggal lahir | Pati, 07 Mei 1985     |
| 6 | Alamat e-mail            | Mas_sugik32@yahoo.com |
| 7 | Nomor HP                 | 085357980090          |

### 2. Riwayat Pendidikan

|                   |                    |                       |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
| Gelar Akademik    | S-1                | S-2                   |
| Nama Institusi    | STIKES HI          | Universitas Indonesia |
| Jurusan           | Perilaku Kesehatan | Biostatistik          |
| Tahun Masuk-Lulus | 2007-2011          | 2014-2016             |

# **BAB V**

## **KESEHATAN KERJA**

Ns. Muhamad Idris, S.Kep.,M.KKK

### **A. Tujuan Pembelajaran**

#### **1. Tujuan Umum**

Mampu memahami ilmu kesehatan kerja dan terampil dalam melakukan upaya mewujudkan kesehatan kerja

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu memahami Pengertian dan lingkup kesehatan kerja
- b. Mampu memahami Determinan kesehatan kerja
- c. Mampu memahami Kemampuan kerja
- d. Mampu memahami Faktor fisik dalam bekerja
- e. Mampu memahami Faktor manusia dalam bekerja
- f. Mampu memahami Ergonomi
- g. Mampu memahami Psikologi kerja
- h. Mampu memahami Kecelakaan kerja dan penanganannya

### **B. Materi**

#### **1. Pengertian dan lingkup kesehatan kerja**

Kesehatan diartikan sebagai derajat/tingkat keadaan fisik dan psikologi individu (*the degree of physiological and psychological well being of the individual*). Secara umum, pengertian dari kesehatan adalah upaya-upaya yang ditujukan untuk memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya dengan cara mencegah dan memberantas penyakit yang diidap oleh pekerja, mencegah kelelahan kerja, dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat. (Ismara, 2014)

Kesehatan kerja menurut *International Labour Organization* (ILO) tahun 1995 ialah penyelenggaraan dan pemeliharaan derajat setinggi-tingginya dari kesehatan fisik, mental dan sosial tenaga kerja di semua pekerjaan, pencegahan gangguan kesehatan tenaga kerja yang disebabkan kondisi kerjanya, perlindungan tenaga kerja terhadap resiko faktor-faktor yang mengganggu kesehatan, penempatan dan pemeliharaan tenaga kerja di lingkungan kerja sesuai kemampuan fisik dan psikologisnya. Potensi bahaya kesehatan yang biasa di tempat kerja berasal dari lingkungan kerja antara lain faktor kimia, faktor fisik, faktor biologi, faktor ergonomis dan faktor psikologi (Haworth & Hughes, 2012)

#### **Ruang Lingkup Kesehatan Kerja:**

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja.
  - 1) Sarana dan Prasarana.
  - 2) Tenaga (dokter pemeriksa kesehatan tenaga kerja, dokter Perusahaan dan paramedis Perusahaan).

- 3) Organisasi (pimpinan Unit Pelayanan Kesehatan Kerja, pengesahan penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja).
- b. Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja.
  - 1) Awal (sebelum tenaga kerja diterima untuk melakukan pekerjaan).
  - 2) Berkala (sekali dalam setahun atau lebih).
  - 3) Khusus (secara khusus terhadap tenaga kerja tertentu berdasarkan tingkat resiko yang diterima).
  - 4) Purna Bakti (dilakukan tiga bulan sebelum memasuki masa pensiun).
- c. Pelaksanan P3K (petugas, kotak P3K dan Isi Kotak P3K).
- d. Pelaksanaan Gizi Kerja.
  - 1) Kantin (50-200 tenaga kerja wajib menyediakan ruang makan, lebih dari 200 tenaga kerja wajib menyediakan kantin Perusahaan).
  - 2) Katering pengelola makanan bagi Tenaga Kerja.
  - 3) Pemeriksaan gizi dan makanan bagi Tenaga Kerja.
  - 4) Pengelola dan Petugas Katering.
- e. Pelaksanaan Pemeriksaan Syarat-Syarat Ergonomi.
  - 1) Prinsip Ergonomi:
    - a) Antropometri dan sikap tubuh dalam bekerja.
    - b) Efisiensi Kerja.
    - c) Organisasi Kerja dan Desain Tempat Kerja
    - d) Faktor Manusia dalam Ergonomi.
  - 2) Beban Kerja:
    - a) Mengangkat dan Mengangkut.
    - b) Kelelahan.
    - c) Pengendalian Lingkungan Kerja.
- f. Pelaksanaan Pelaporan (Pelayanan Kesehatan Kerja, Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja dan Penyakit Akibat Kerja)

## 2. Determinan Kesehatan Kerja

Untuk mencapai tujuan-tujuan kesehatan kerja diperlukan suatu prakondisi yang menguntungkan bagi masyarakat pekerja. Prakondisi ini lah yang disebut sebagai determinan kesehatan kerja, yang mencakup tiga faktor utama yakni:

- a. Beban kerja
 

Setiap pekerjaan apapun jenisnya apakah pekerjaan tersebut memerlukan kekuatan otot atau pemikiran, merupakan beban bagi yang melakukan. Kesehatan kerja berusaha mengurangi atau mengatur beban kerja pada karyawan dengan cara merencanakan atau mendesain suatu alat yang dapat mengurangi beban kerja. Misalnya alat untuk mengangkat barang berat diciptakan gerobak.
- b. Beban tambahan
 

Disamping beban kerja yang harus dipikul oleh pekerja, kadang-kadang memikul beban tambahan yang berupa kondisi atau lingkungan yang tidak menguntungkan bagi pelaksanaan pekerjaan. Agar beban tambahan ini tidak menjadi beban kerja atau setidaknya

mengurangi maka lingkungan kerja harus ditata secara sehat. Adapun beberapa contoh lingkungan kerja yang tidak sehat akan menjadi beban tambahan bagi pekerja, diantaranya adalah:

- 1) Kegaduhan dan bising dapat mengganggu konsentrasi, mengganggu daya ingat dan menyebabkan kelelahan psikologis.
- 2) Penerangan atau pencahayaan ruangan kerja yang tidak cukup dapat menyebabkan kelelahan mata
- 3) Binatang, khususnya serangga (nyamuk, kecoa dan lalat) disamping mengganggu konsentrasi kerja, juga merupakan pemindahan (vektor) dan penyebab penyakit.

c. Kemampuan kerja

kemampuan kerja merupakan suatu kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan.

### 3. Kemampuan kerja

Kemampuan seseorang dalam melakukan pekerjaan berbeda dengan seorang yang lain, meskipun pendidikan dan pengalamannya sama dan bekerja pada suatu pekerjaan yang sama. Perbedaan ini disebabkan karena kapasitas orang tersebut berbeda. Para pekerja yang mempunyai ketrampilan yang tinggi angka absenteisme karena sakit lebih rendah dari pada mereka yang ketrampilan rendah. Peningkatan kemampuan tenaga kerja ini akhirnya akan berdampak terhadap peningkatan produktivitas kerja.

### 4. Faktor fisik dalam bekerja

Terdapat sembilan kemampuan fisik dasar yang dilibatkan dalam melakukan tugas-tugas jasmani, yaitu: 1. kekuatan dinamis, 2. kekuatan tubuh, 3. kekuatan statis, 4. kekuatan, 5. keluwesan eksten, 6. keluwesan dinamis, 7. koordinasi tubuh, 8. keseimbangan, dan 9. Stamina.

Terdapat beberapa faktor bahaya fisik antara lain:

- a. Suara tinggi atau bising dapat menyebabkan ketulian
- b. Temperature atau suhu tinggi dapat menyebabkan Hyperpireksi, Miliaria, Heat Cramp, Heat Exhaustion, dan Heat Stroke
- c. Radiasi sinar elektromagnetik infra merah dapat menyebabkan katarak
- d. Ultraviolet dapat menyebabkan konjungtivitis
- e. Radio aktif/ alfa/ beta/ gama/ X dapat menyebabkan gangguan terhadap sel tubuh manusia
- f. Tekanan udara tinggi menyebabkan Coison Disease
- g. Getaran menyebabkan Reynaud's Desiase, gangguan metabolisme, Polineuritis

#### Pencegahan:

- a. Pengendalian cahaya di ruang laboratorium.
- b. Pengaturan ventilasi dan penyediaan air minum yang cukup memadai.
- c. Menurunkan getaran dengan bantalan anti vibrasi
- d. Pengaturan jadwal kerja yang sesuai.
- e. Pelindung mata untuk sinar laser Filter untuk mikroskop

## 5. Faktor manusia dalam bekerja

Faktor manusia merupakan salah satu dari faktor yang menyebabkan hambatan kesehatan kerja. Dua faktor penting dari aspek manusia dalam hubungan dengan kesehatan kerja adalah:

### a. Ergonomi

Merupakan peraturan tentang bagaimana melakukan kerja, termaksud menggunakan peralatan kerja.

### b. Psikologi kerja

Pekerjaan apapun akan menimbulkan reaksi psikologis bagi yang melakukan pekerjaan itu. Reaksi ini dapat bersifat positif dan reaksi negatif misalnya; seseorang pekerja yang bersikap bosan, acuh, dan tak bergairah dalam melakukan pekerjaannya.

## 6. Ergonomi

Ergonomi merupakan penggabungan dua kata dari bahasa Yunani yang diperkenalkan oleh Wojciech Jastrzebowski ilmuwan Polandia pada pertengahan abad 19, yaitu dari kata Ergos yang berarti kerja dan Nomos yang berarti hukum. Ergonomi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari hubungan antara pekerja dengan lingkungan kerjanya untuk penyesuaian yang optimal dinyatakan dalam efisiensi kerja, kesehatan dan kesejahteraan (Indah Rachmatiah, dkk, 2016)

Menurut Charpanis (1985) yang dikutip oleh Sanders mengatakan Ergonomi ialah suatu cabang ilmu yang sistematis untuk memanfaatkan informasi mengenai sifat, kemampuan, keterbatasan, dan karakteristik manusia lainnya untuk merancang alat, mesin, pekerjaan, sistem kerja, dan lingkungan sehingga orang dapat hidup dan bekerja pada sistem itu produktif, efektif, aman dan menyenangkan. Sanders dan Mc. Cormick (1987) dalam (Ismara, 2014) mendefinisikan ergonomi (*Human Factors*) dengan pendekatan 3 unsur, yaitu:

- a. Fokus ergonomi adalah interaksi manusia dengan produk, peralatan, fasilitas, prosedur, dan lingkungan kerja maupun tempat tinggal. Dalam perancangan dengan produk, peralatan, fasilitas, prosedur, dan lingkungan masalah kapabilitas, keterbatasan, dan kebutuhan manusia menjadi pertimbangan utama.
- b. Tujuan utama ergonomi ada dua. Pertama meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam bekerja, termasuk disini bagaimana penggunaan alat yang nyaman, mengurangi kesalahan, dan meningkatkan produktivitas. Kedua adalah mengembangkan keselamatan, mengurangi kelelahan dan stress, penggunaan yang menyenangkan, meningkatkan kepuasan kerja dan meningkatkan kualitas hidup.
- c. Pendekatan ergonomi ialah secara sistematis mengaplikasikan informasi yang relevan tentang kapasitas manusia, keterbatasan, karakteristik, tingka laku, motivasi untuk mendisain prosedur dan lingkungan yang mereka gunakan

## 7. Psikologi kerja

Bahaya psikososial kerja dapat didefinisikan sebagai aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja dan manajemen kerja serta segala aspek yang berhubungan dengan lingkungan sosial kerja yang berpotensi dapat menyebabkan gangguan pada psikologi dan fisik-fisiologi pekerja (Cox & Griffiths, 2002) dalam Research on Work Related Stress (2002). Bahaya psikososial dapat disimpulkan menjadi beberapa aspek berdasarkan kategori karakteristik kerja, organisasi dan lingkungan kerja dimana dapat menyebabkan bahaya (hazard). Hal ini dapat menunjukkan

bahwa karakteristik kerja dapat digunakan untuk menggambarkan bahaya kaitannya dengan hubungan kerja (context to work) atau isi dari pekerjaan (content to work). Kondisi yang tak pasti dari aspek kerja ini dapat menimbulkan stress dan berbahaya bagi kesehatan. Risiko yang ditimbulkan dengan adanya bahaya psikososial ini adalah stress kerja (Nabila, 2020)

Pengukuran dan pengendalian Faktor Psikologi harus dilakukan pada Tempat Kerja yang memiliki potensi bahaya Faktor Psikologi. Potensi bahaya Faktor Psikologi meliputi.:

- a. Ketidakjelasan/ketaksaan peran.
- b. Konflik peran.
- c. Beban kerja berlebih secara kualitatif.
- d. Beban kerja berlebih secara kuantitatif.
- e. Pengembangan karir.
- f. Tanggung jawab terhadap orang lain.
- g. Pengendalian faktor psikologi bisa dilakukan melalui manajemen stress dengan:
- h. Melakukan pemilihan, penempatan dan pendidikan pelatihan bagi Tenaga Kerja.
- i. Mengadakan program kebugaran bagi Tenaga Kerja.
- j. Mengadakan program konseling.
- k. Mengadakan komunikasi organisasional secara memadai.
- l. Memberikan kebebasan bagi Tenaga Kerja untuk memberikan masukan dalam proses pengambilan keputusan.

## **8. Kecelakaan kerja dan penanganannya**

Menurut Sumamur (1967) dalam Rejeki (2016), bahaya adalah sesuatu yang berpotensi menyebabkan cedera atau luka, sedangkan risiko adalah kemungkinan kecelakaan akan terjadi dan dapat mengakibatkan kerusakan.

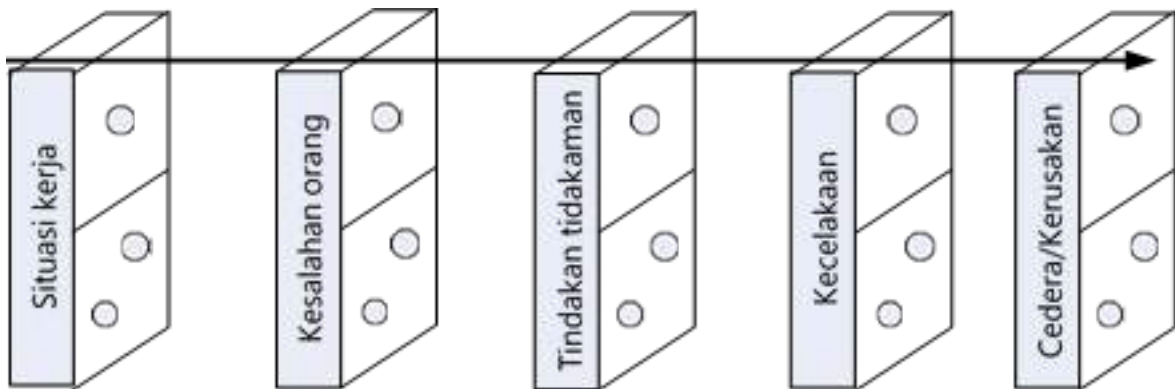
Kecelakaan merupakan sebuah kejadian tak terduga yang dapat menyebabkan cedera atau kerusakan. Kecelakaan dapat terjadi akibat kelalaian dari perusahaan, pekerja, maupun keduanya, dan akibat yang ditimbulkan dapat memunculkan trauma bagi kedua pihak. Bagi pekerja, cedera akibat kecelakaan dapat berpengaruh terhadap kehidupan pribadi, kehidupan keluarga, dan kualitas hidup pekerja tersebut. Bagi perusahaan, terjadi kerugian produksi akibat waktu yang terbuang pada saat melakukan penyelidikan atas kecelakaan tersebut serta biaya untuk melakukan proses hukum atas kecelakaan kerja. (Ridley, 2008)

Sumamur berpendapat bahwa kecelakaan tidak mungkin terjadi secara kebetulan sehingga pasti ada sebab dibalik setiap kecelakaan. Penting sekali agar suatu kecelakaan diteliti dan ditemukan penyebabnya sehingga dapat dilakukan usaha untuk mencegah terjadinya kecelakaan tersebut terulang kembali. Pencegahan kecelakaan bertujuan untuk mengurangi peluang terjadinya kecelakaan hingga mutlak minimum, mengurangi bahaya, serta risiko yang dihasilkan dalam suatu kegiatan pekerjaan. (Rejeki, 2016)

Kecelakaan dapat dibagi menjadi 2 jenis, kecelakaan langsung dan kecelakaan tidak langsung. Kecelakaan langsung dapat dibedakan menjadi kejadian kecelakaan sesungguhnya dan juga kejadian nyaris celaka/hampir celaka. Nyaris celaka (Nearmiss) adalah sebuah kejadian yang hampir menyebabkan terjadinya cedera atau kerusakan dan hanya memiliki selang perbedaan waktu yang sangat singkat. Nyaris celaka tidak mengakibatkan kerusakan, sedangkan kecelakaan pasti mengakibatkan kerusakan (Ridley, 2008).

Setiap kecelakaan bukan peristiwa tunggal, namun terjadi karena penyebab yang saling berkaitan yaitu kesalahan dari sisi perusahaan, sisi pekerja, atau keduanya. Akibat yang ditimbulkan yakni trauma bagi keduanya, bagi pekerja yaitu cedera yang dapat memengaruhi terhadap pribadi, keluarga, dan kualitas hidup, sedangkan bagi perusahaan berupa kerugian produksi, waktu yang terbuang untuk penyelidikan dan biaya untuk proses hukum. Tindakan pencegahan kecelakaan bertujuan untuk mengurangi peluang terjadinya kecelakaan hingga mutlak minimum.

Teori Domino Heinrich menyebutkan suatu kecelakaan bukanlah suatu peristiwa tunggal, melainkan merupakan hasil dari serangkaian penyebab yang saling berkaitan (Ridley, 2008). Gambar dibawah memberikan ilustrasi terhadap rangkaian penyebab kejadian yang mengawali kecelakaan sehingga menimbulkan cedera atau kerusakan.



Gambar: Teori Domino Heinrich

Jika satu domino jatuh maka domino tersebut akan menimpa domino-domino lainnya hingga pada akhirnya akan terjadi kecelakaan pada saat domino yang terakhir jatuh. Jika salah satu faktor penyebab kecelakaan dalam domino tersebut dapat dihilangkan maka tidak akan terjadi kecelakaan. Domino yang pertama adalah sistem kerja. Sistem kerja yang dikelola dengan baik seperti pengendalian manajemen dan standar kerja yang sesuai akan membuat domino tersebut terkendali dan tidak akan menimpa yang lainnya seperti kesalahan orang dan seterusnya. Oleh karena domino-domino tersebut tetap terjaga maka kecelakaan yang mengakibatkan cedera tidak akan terjadi.

Menurut Ridley (2008), contoh penyebab kecelakaan untuk masing-masing faktor tersebut adalah:

- a. Situasi kerja
  - 1) Pengendalian manajemen yang kurang.
  - 2) Standar kerja yang minim.
  - 3) Tidak memenuhi standar.
  - 4) Perlengkapan Alat Pelindung Diri (APD) yang tidak sesuai.
  - 5) Tempat kerja yang tidak mendukung keamanan seperti getaran, tekanan udara, ventilasi, penerangan dan kebisingan yang tidak aman.
  - 6) Peralatan/bahan baku yang tidak aman.
- b. Kesalahan orang
  - 1) Keterampilan dan pengetahuan minim.
  - 2) Masalah fisik atau mental.

- 3) Motivasi yang minim atau salah penempatan.
- 4) Perhatian yang kurang.
- c. Tindakan tidak aman
  - 1) Tidak mengikuti metode kerja yang telah disetujui.
  - 2) Mengambil jalan pintas.
  - 3) Tidak menggunakan perlengkapan keselamatan kerja selama bekerja.
  - 4) Bekerja dengan kecepatan berbahaya.
- d. Kecelakaan
  - 1) Kejadian yang tidak terduga.
  - 2) Akibat kontak dengan mesin atau listrik yang berbahaya.
  - 3) Terjatuh.
  - 4) Terhantam mesin atau material yang jatuh dan sebagainya.
- e. Cedera atau kerusakan
  - 1) Sakit dan penderitaan (pada pekerja).
  - 2) Kehilangan pendapatan (pada pekerja).
  - 3) Kehilangan kualitas hidup (pada pekerja).
  - 4) Pabrik (pada perusahaan).
  - 5) Pembayaran kompensasi (pada perusahaan).
  - 6) Kerugian produksi (pada perusahaan).
  - 7) Kemungkinan proses pengadilan (pada perusahaan).

### **Teknik-teknik pencegahan kecelakaan**

- a. Nyaris
  - 1) Membudayakan pelaporan kecelakaan yang nyaris terjadi.
  - 2) Menyelidikinya untuk mencegah kecelakaan serius.
  - 3) Menumbuhkan budaya tidak saling menyalahkan.
- b. Identifikasi Bahaya
  - 1) Melakukan inspeksi keselamatan kerja dan patroli.
  - 2) laporan dari operator.
  - 3) laporan dari jurnal-jurnal teknis.
- c. Pengeliminasian bahaya
  - 1) Adanya sarana-sarana teknis.
  - 2) Mengubah material.
  - 3) Mengubah proses.
  - 4) Mengubah pabrik baik dari segi tata letak mesin maupun kondisi kerja di pabrik.
- d. Pengurangan bahaya
  - 1) Memodifikasi perlengkapan sarana teknis.
  - 2) Alat Pelindung Diri (APD).
- e. Melakukan penilaian risiko
- f. Pengendalian risiko residual

- 1) Dengan sarana teknis-alarm, pemutusan aliran (trips).
- 2) Sistem kerja yang aman.
- 3) Pelatihan para pekerja.

### **C. Rangkuman**

1. Kesehatan Kerja merupakan penyelenggaraan dan pemeliharaan derajat setinggi-tingginya dari kesehatan fisik, mental dan sosial tenaga kerja di semua pekerjaan, pencegahan gangguan kesehatan tenaga kerja yang disebabkan kondisi kerjanya, perlindungan tenaga kerja terhadap resiko faktor-faktor yang mengganggu kesehatan, penempatan dan pemeliharaan tenaga kerja di lingkungan kerja sesuai kemampuan fisik dan psikologisnya.
2. Kesehatan kerja berusaha mengurangi atau mengatur beban kerja pada karyawan dengan cara merencanakan atau mendesain suatu alat yang dapat mengurangi beban kerja dengan melihat faktor kimia, faktor fisik, faktor biologi, faktor ergonomis dan faktor psikologi.
3. Bahaya psikososial kerja dapat didefinisikan sebagai aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja dan manajemen kerja serta segala aspek yang berhubungan dengan lingkungan sosial kerja yang berpotensi dapat menyebabkan gangguan pada psikologi dan fisik-fisiologi pekerja.
4. Ergonomic merupakan ilmu yang secara sistematis yang memanfaatkan informasi mengenai sifat, kemampuan, keterbatasan dan karakteristik manusia untuk mendesain alat, prosedur maupun lingkungan sehingga manusia dapat bekerja lebih aman, nyaman dan produktif..
5. Kecelakaan merupakan sebuah kejadian tak terduga yang dapat menyebabkan cedera atau kerusakan. Kecelakaan dapat terjadi akibat kelalaian dari perusahaan, pekerja, maupun keduanya, dan akibat yang ditimbulkan dapat memunculkan trauma bagi kedua pihak. Bagi pekerja, cedera akibat kecelakaan dapat berpengaruh terhadap kehidupan pribadi, kehidupan keluarga, dan kualitas hidup pekerja.

### **D. Tugas**

1. Jelaskan definisi kesehatan kerja?
2. Jelaskan Faktor faktor Bahaya dalam kesehatan Kerja?
3. Apa yang dimaksud dengan kecelakaan kerja?
4. Bagaimana teori domino dapat menjelaskan penyebab kecelakaan?
5. Jelaskan Penanganan kecelakaan kerja?

### **E. Daftar Pustaka**

- Haworth, N., & Hughes, S. (2012). The International Labour Organization. In Handbook of Institutional Approaches to International Business. <https://doi.org/10.4337/9781849807692.00014>
- Ismara, K. I. (2014). Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3). 62–74.
- Nabila, M. (2020). Pencegahan Paparan Hazard Psikososial di Tempat Kerja. OSF Preprints, 2002.
- Rejeki, S. (2016). Modul Kesehatan dan Keselamatan Kerja. BPPSDM Kementrian Kesehatan, 235(December), 1–6.
- Rejeki, Sri. (2015). Sanitasi Hygiene dan K3 (Kesehatan & Keselamatan Kerja). Bandung: Penerbit Rekayasa Sains.
- Ridley, John. (2008). Kesehatan dan Keselamatan Kerja Ikhtisar. Jakarta: Penerbit Erlangga.

## F. Glosarium

Kesehatan kerja adalah upaya-upaya yang ditujukan untuk memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya dengan cara mencegah dan memberantas penyakit yang diidap oleh pekerja, mencegah kelelahan kerja, dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat.

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus diselesaikan oleh seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Apabila seorang pekerja mampu menyelesaikan dan menyesuaikan diri terhadap sejumlah tugas yang diberikan, maka hal tersebut tidak menjadi suatu beban kerja.

Ergonomi adalah interaksi manusia dengan sistem, profesi, prinsip, data, dan metode dalam rangka merancang sistem tersebut agar sesuai dengan kebutuhan, keterbatasan, serta keterampilan manusia.

Nearmis adalah insiden yang tidak menimbulkan cedera, penyakit yang terdapat ditempat kerja, dan juga kematian

Bahaya (Hazard) adalah sumber yang sangat berpengaruh yang bisa menyebabkan terjadinya kerusakan seperti cedera, sakit, kerusakan pada lingkungan. Bahaya merupakan suatu karakteristik yang menjadi satu dan bisa juga disebut dengan melekatnya semua dan berkumpul pada suatu bahan, peralatan atau kondisi.

Alat Pelindung Diri (APD) atau Personal Protective Equipment (PPE) adalah kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja, sesuai dengan potensi bahaya dan resiko Kerja pada Pekerjaan tersebut

## G. Biodata Penulis



Nama : Ns. Muhamad Idris, S.Kep.,M.KKK  
Tempat / tgl lahir : Bekasi, 14 Agustus 1982  
NIDN : 0314088201  
Email : muhamadidris.fikes@uia.ac.id

### 1. Riwayat Pendidikan

- S1 Keperawatan FIKes UIA lulus tahun 2009.
- Profesi Ners FIKes UIA lulus tahun 2014.
- Magister FKM UI lulus tahun 2014

### 2. Riwayat Pekerjaan

- Dosen Tetap Akper As-Syafi'iyah Tahun 2004-2015
- Ka. Prodi S1 Keperawatan 2015-2016
- Wakil Dekan 1 FIKes UIA 2019 - 2023



## **BAB VI**

# **KESEHATAN REPRODUKSI DAN KEPENDUDUKAN**

Dr. dr. Novida Ariani, SpOG., M.Kes.

### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mampu memahami kesehatan maternal dan Angka Kematian Ibu (AKI)
2. Mampu memahami program Keluarga Berencana/KB dan kependudukan
3. Mampu memahami Infeksi Menular Seksual/IMS

### **B. Materi**

#### **1. Kematian Maternal**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kematian ibu sebagai kematian seorang wanita hamil karena komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan, atau kondisi yang diperburuk oleh kehamilan. Pada tahun 2017, angka kematian ibu dunia telah menurun 44% sejak tahun 1990, namun setiap hari 808 wanita meninggal karena kehamilan atau persalinan. Menurut laporan *United Nations Population Fund* (UNFPA) 2017, sekitar setiap 2 menit seorang wanita meninggal karena komplikasi akibat kelahiran anak atau kehamilan. Untuk setiap wanita yang meninggal, ada sekitar 20 hingga 30 wanita yang mengalami cedera, infeksi, atau komplikasi terkait kelahiran atau kehamilan lainnya [1].

WHO membagi penyebab kematian ibu menjadi dua kategori: kematian obstetrik langsung dan kematian obstetrik tidak langsung. Kematian obstetrik langsung adalah penyebab kematian akibat komplikasi kehamilan, kelahiran atau terminasi. Misalnya, ini dapat berkisar dari perdarahan hebat hingga persalinan macet. Kematian obstetrik tidak langsung disebabkan oleh kehamilan yang mengganggu atau memperburuk kondisi yang ada, seperti masalah jantung [1]. Berikut ilustrasi kematian maternal:



Gambar 1. Kematian maternal. Angka Kematian Maternal di dunia masih tinggi termasuk di Indonesia [1].

Karena perempuan telah memperoleh akses ke keluarga berencana dan penolong persalinan terampil dengan perawatan obstetrik darurat cadangan, rasio kematian ibu global telah turun dari 385 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 216 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Meskipun upaya telah dilakukan untuk mengurangi kematian ibu, ada banyak ruang untuk perbaikan [1].

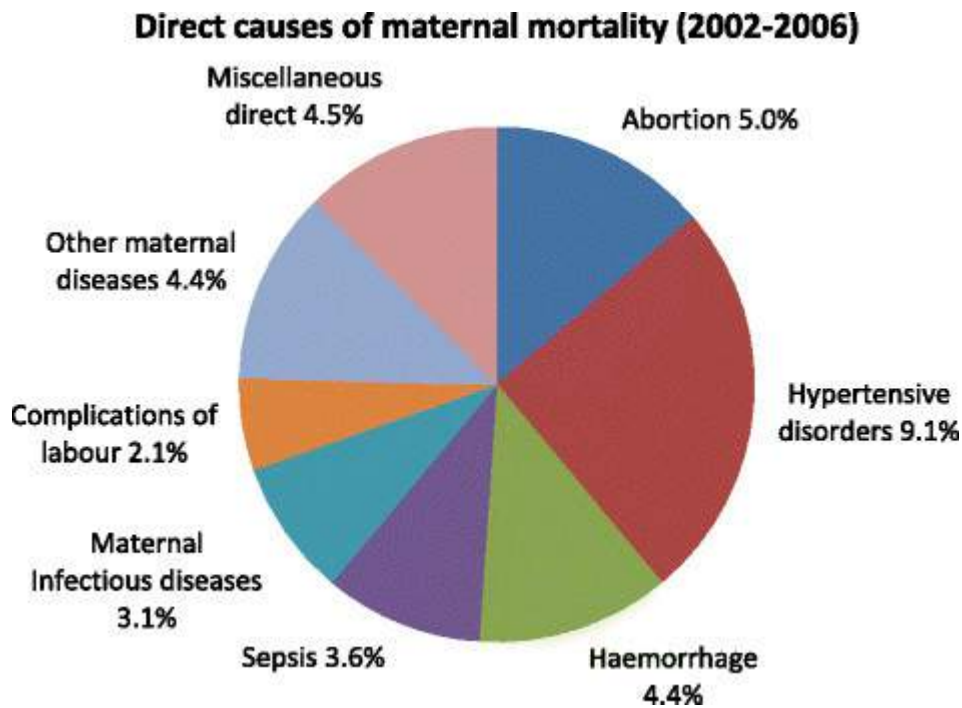
a. Angka Kematian Maternal/AKI di Indonesia

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan meningkatkan mutu serta kemudahan dalam pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Hal ini merupakan bagian dari upaya untuk meningkatkan kualitas hidup manusia dan kehidupan masyarakat. Peningkatan kualitas hidup manusia ini perlu dimulai sejak dini yaitu sejak manusia berada dalam kandungan. Pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan merupakan hal penting bagi ibu hamil maupun bayi yang dikandungnya. Upaya pelayanan tersebut merupakan salah satu upaya pencegahan terhadap kondisi buruk yang dapat terjadi pada seorang ibu hamil. Berbagai kondisi dapat terjadi pada seorang ibu hamil. Adapun kondisi paling buruk yang dapat terjadi selama kehamilan maupun proses persalinan adalah kematian pada ibu dan bayi [2].

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, karena untuk mencapai target AKI turun menjadi 183 per 100.000 KH tahun 2024 diperlukan paling tidak penurunan kematian ibu sebesar 5,5% per tahun. Penyebab kematian langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%), pendarahan obstetrik (27,03%), komplikasi non-obstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik lainnya (12,04%), infeksi yang berkaitan dengan kehamilan (6,06%), dan penyebab lain (4,81%). Penyebab kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian maternal dapat dicegah apabila cakupan pelayanan dibarengi dengan mutu pelayanan yang baik [3].

b. Penyebab Kematian Maternal

Pendarahan postpartum terjadi ketika ada pendarahan yang tidak terkontrol dari rahim, leher rahim atau dinding vagina setelah lahir. Hal ini bisa terjadi ketika rahim tidak berkontraksi dengan benar setelah lahir, ada sisa plasenta di dalam rahim, atau ada luka di leher rahim atau vagina sejak lahir [4]. Berikut adalah penyebab kematian maternal:



Gambar 2. Penyebab Kematian maternal. Kematian maternal bisa disebabkan perdarahan, hipertensi dan infeksi [4].

Gangguan hipertensi pada kehamilan terjadi ketika tubuh tidak mengatur tekanan darah dengan benar. Pada kehamilan, hal ini disebabkan oleh perubahan pada tingkat pembuluh darah, kemungkinan karena plasenta. Ini termasuk kondisi medis seperti hipertensi gestasional dan pre-eklampsia [4][5].

Infeksi postpartum adalah infeksi pada rahim atau bagian lain dari saluran reproduksi setelah resolusi kehamilan. Mereka biasanya bakteri dan menyebabkan demam, peningkatan rasa sakit, dan cairan berbau busuk [5].

Persalinan terhambat terjadi ketika bayi tidak bergerak dengan benar ke dalam panggul dan keluar dari tubuh selama persalinan. Penyebab paling umum dari persalinan macet adalah ketika kepala bayi terlalu besar atau miring sehingga tidak memungkinkan untuk melewati panggul dan jalan lahir [5].

Pembekuan darah dapat terjadi di berbagai pembuluh di tubuh, termasuk pembuluh di lengan, kaki, dan paru-paru. Mereka dapat menyebabkan masalah pada paru-paru, serta perjalanan ke jantung atau otak, yang menyebabkan komplikasi [5].

## 2. Keluarga Berencana/KB dan Kependudukan

Metode kontrasepsi yang paling efektif adalah sterilisasi dengan cara vasektomi pada pria dan ligasi tuba pada wanita, alat kontrasepsi (IUD), dan kontrasepsi implant. Ini diikuti oleh sejumlah metode berbasis hormon termasuk pil oral, patch, cincin vagina, dan suntikan. Metode yang kurang efektif termasuk penghalang fisik seperti kondom, diafragma dan spons KB dan metode kalender kesuburan. Metode yang paling tidak efektif adalah spermisida dan penarikan oleh pria sebelum ejakulasi. Sterilisasi, meskipun sangat efektif, biasanya tidak dapat dikembalikan, semua metode lain dapat dibalik, paling cepat setelah menghentikannya. Praktik seks yang aman, seperti penggunaan kondom pria atau wanita, juga dapat membantu mencegah infeksi menular seksual. Metode pengendalian kelahiran lainnya tidak melindungi

dari penyakit menular seksual. Kontrol kelahiran darurat dapat mencegah kehamilan jika dilakukan dalam waktu 72 hingga 120 jam setelah berhubungan seks tanpa kondom [6].[7]

Sekitar 222 juta wanita yang ingin menghindari kehamilan di negara berkembang tidak menggunakan metode kontrasepsi modern. Penggunaan alat kontrasepsi di negara berkembang telah menurunkan jumlah kematian selama atau sekitar waktu kehamilan sebesar 40% (sekitar 270.000 kematian dicegah pada tahun 2008) dan dapat mencegah 70% jika permintaan alat kontrasepsi terpenuhi. Dengan memperpanjang waktu antara kehamilan, pengendalian kelahiran dapat meningkatkan hasil persalinan wanita dewasa dan kelangsungan hidup anak-anak mereka. Di negara berkembang, pendapatan, aset, dan berat badan perempuan, serta pendidikan dan kesehatan anak-anak mereka, semuanya meningkat dengan akses yang lebih besar ke alat kontrasepsi. Pengendalian kelahiran meningkatkan pertumbuhan ekonomi karena lebih sedikit anak yang menjadi tanggungan, lebih banyak perempuan yang berpartisipasi dalam angkatan kerja [8][7].[6]

#### **a. Metode KB**

##### ***Hormonal***

Kontrasepsi hormonal tersedia dalam berbagai bentuk, termasuk pil oral, implan di bawah kulit, suntikan, patch, IUD, dan cincin vagina. Mereka saat ini hanya tersedia untuk wanita, meskipun kontrasepsi hormonal untuk pria telah dan sedang diuji secara klinis. Ada dua jenis pil KB, pil kontrasepsi oral kombinasi (yang mengandung estrogen dan progestin) dan pil progestogen saja (kadang disebut pil mini). Jika salah satunya diambil selama kehamilan, mereka tidak meningkatkan risiko keguguran atau menyebabkan cacat lahir. Kedua jenis pil KB mencegah pembuahan terutama dengan menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks. Mereka juga dapat mengubah lapisan rahim dan dengan demikian mengurangi implantasi. Efektivitasnya tergantung pada kepatuhan pengguna untuk meminum pil [8].[9]

Kontrasepsi hormonal kombinasi dikaitkan dengan sedikit peningkatan risiko pembekuan darah vena dan arteri. Pembekuan vena, rata-rata, meningkat dari 2,8 menjadi 9,8 per 10.000 wanita tahun. Karena risiko ini, mereka tidak direkomendasikan pada wanita di atas 35 tahun yang merokok [8][10]

Efek pada dorongan seksual bervariasi, dengan peningkatan atau penurunan pada beberapa tetapi tidak berpengaruh pada sebagian besar. Kontrasepsi oral kombinasi mengurangi risiko kanker ovarium dan kanker endometrium dan tidak mengubah risiko kanker payudara. Mereka sering mengurangi perdarahan menstruasi dan kram menstruasi yang menyakitkan. Dosis estrogen yang lebih rendah yang dilepaskan dari cincin vagina dapat mengurangi risiko nyeri payudara, mual, dan sakit kepala yang terkait dengan produk estrogen dosis tinggi [8][9].

##### ***Perangkat dalam rahim (IUD berbentuk T tembaga)***

*Intra Uterine Device* (IUD) saat ini adalah perangkat kecil, seringkali berbentuk 'T', mengandung tembaga atau levonorgestrel, yang dimasukkan ke dalam rahim. Mereka adalah salah satu bentuk kontrasepsi reversibel jangka panjang yang merupakan jenis kontrasepsi reversibel yang paling efektif. Tingkat kegagalan dengan AKDR tembaga adalah sekitar 0,8% sedangkan AKDR levonorgestrel memiliki tingkat kegagalan 0,2% pada tahun pertama penggunaan. Di antara jenis alat kontrasepsi, mereka, bersama dengan implan KB, menghasilkan kepuasan terbesar di antara pengguna. Pada tahun 2007, IUD adalah bentuk kontrasepsi

reversibel yang paling banyak digunakan, dengan lebih dari 180 juta pengguna di seluruh dunia [11].

IUD tidak mempengaruhi menyusui dan dapat dipasang segera setelah melahirkan. Mereka juga dapat digunakan segera setelah aborsi. Setelah dihapus, bahkan setelah penggunaan jangka panjang, kesuburan segera kembali normal. Sementara IUD tembaga dapat meningkatkan perdarahan menstruasi dan menyebabkan kram yang lebih menyakitkan, IUD hormonal dapat mengurangi perdarahan menstruasi atau menghentikan menstruasi sama sekali. Kram dapat diobati dengan obat penghilang rasa sakit seperti obat antiinflamasi nonsteroid. Komplikasi jarang perforasi rahim (kurang dari 0,7%) [11][12].[10]

### **Sterilisasi**

Sterilisasi bedah tersedia dalam bentuk ligasi tuba untuk wanita dan vasektomi untuk pria. Ligasi tuba menurunkan risiko kanker ovarium. Komplikasi jangka pendek dua puluh kali lebih kecil kemungkinannya dari vasektomi daripada ligasi tuba. Setelah vasektomi, mungkin ada pembengkakan dan nyeri pada skrotum yang biasanya sembuh dalam satu atau dua minggu. Nyeri skrotum kronis yang terkait dengan dampak negatif pada kualitas hidup terjadi setelah vasektomi pada sekitar 1-2% pria. Dengan ligasi tuba, komplikasi terjadi pada 1 sampai 2 persen prosedur dengan komplikasi serius biasanya karena anestesi. Tidak ada metode yang menawarkan perlindungan dari infeksi menular seksual [11].

### **3. Infeksi Menular Seksual/IMS (Sexual Transmitted Disease)**

Infeksi menular seksual (IMS), --sebelumnya dikenal sebagai penyakit menular seksual (PMS) atau penyakit kelamin-- adalah infeksi yang memiliki kemungkinan besar penularan antar manusia melalui aktivitas seksual. CDC menganalisis delapan IMS yang paling umum: klamidia, gonore, virus hepatitis B (HBV), virus herpes simpleks tipe 2 (HSV-2), human immunodeficiency virus (HIV), human papillomavirus (HPV), sifilis, dan trikomoniasis [13].

Ada lebih dari 600 juta kasus IMS di seluruh dunia dan lebih dari 20 juta kasus baru di Amerika Serikat. Angka sebesar itu membebani ekonomi lokal dan global. Sebuah penelitian yang dilakukan di Universitas Oxford pada tahun 2015 menyimpulkan bahwa meskipun memberi peserta obat antivirus (ART) dini, mereka masih menelan biaya sekitar \$256 miliar selama 2 dekade. Tes HIV yang dilakukan pada tingkat yang sederhana dapat mengurangi infeksi HIV sebesar 21%, retensi HIV sebesar 54%, dan tingkat kematian HIV sebesar 64%, dengan rasio efektivitas biaya sebesar \$45.300 per tahun kehidupan [14].

Ada penurunan besar IMS setelah populasi yang aktif secara seksual diedukasi tentang penularan, promosi kondom pada populasi yang rentan melalui kursus atau program pendidikan seks. Selain itu, perlu kebijakan yang mendorong skrining kesehatan seksual seperti tes HIV serta tes untuk IMS lainnya, dan kanker serviks. Terdapat perbedaan besar bahwa perempuan lulusan dari perguruan tinggi jauh lebih kecil kemungkinannya terkena IMS karena mereka memperoleh Pendidikan [13][14].

Beberapa konsekuensi dari IMS bakteri termasuk "penyakit radang panggul, nyeri panggul kronis, infertilitas tuba, komplikasi kehamilan, kematian janin dan neonates. Perempuan lebih rentan terhadap infeksi karena stigma sosial sehingga kebanyakan wanita dengan IMS tidak akan mencari perawatan medis, atau datang terlambat untuk perawatan, ketika komplikasi telah berkembang [15].

### C. Rangkuman

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi. Angka kematian ini bisa disebabkan oleh penyebab obstetri langsung maupun tidak langsung. Kausa angka kematian ibu tertinggi di Indonesia adalah karena perdarahan, Infeksi dan Preeklamsi-Eklamsi. Kausa ini sering terjadi meskipun penanganannya jelas, adalah karena keterlambatan. Oleh karena itu, maka berbagai program dilakukan oleh pemerintah bersama masyarakat untuk menurunkan AKI tersebut.

Salah satu pencegahan kematian ibu adalah melalui perencanaan kehamilan. Perencanaan ini sering disebut sebagai program Keluarga Berencana (KB). Program KB ini juga bermanfaat dalam pengendalian masalah kependudukan. Berbagai metode KB antara lain: Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), hormonal, steril dll.

Infeksi menular seksual merupakan penyakit yang ditularkan lewat hubungan seksual. Perempuan merupakan kelompok yang rentan menderita dari IMS ini. Hal ini karena perempuan dapat menularkan kepada anak-anaknya melalui persalinan. Selain itu, perempuan rentan mengalami gejala serius dan komplikasi karena stigma masyarakat dan terlambat mencari pengobatan medis.

### D. Tugas

Jawablah pertanyaan di bawah ini disertai dengan penjelasannya:

1. Berapa AKI (Angka Kematian Ibu) di kota/kabupaten kelahiran anda? Dan apa kausa teringginya?
2. Kontrasepsi apa yang paling baik diedukasikan kepada kelompok Pekerja Seks Komersil (PSK)? Dan apa alasannya?
3. Apa saja yang bisa anda edukasikan kepada remaja sekolah dalam mencegah HIV/AIDS?

### E. Daftar Pustaka

- [1] U. N. P. Fund., "Maternal health." 2017, [Online]. Available: <http://www.unfpa.org/maternal-health>.
- [2] I. N. M. Agustini, "Hubungan Antara Pengetahuan Ibu dan Dukungan Keluarga dengan Cakupan Layanan Antenatal di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I.," *J. Magister Kedokt. Keluarga*, 1(1), 67–79., 2013.
- [3] Kementerian Kesehatan RI. (2020)., "Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2025.," in *Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat*, J. D. J. K. Masyarakat, Ed. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2020.
- [4] A. M. Aukes *et al.*, "Causes and circumstances of maternal death: a secondary analysis of the Community-Level Interventions for Pre-eclampsia (CLIP) trials cohort," *Lancet Glob. Heal.*, vol. 9, no. 9, pp. e1242–e1251, Sep. 2021, doi: 10.1016/S2214-109X(21)00263-1.
- [5] CDC, "'Pregnancy Mortality Surveillance System - Pregnancy - Reproductive Health'. CDC." 2020, [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/PMSS.html>.
- [6] W. H. O. (WHO)., "'Family planning'. Health topics. World Health Organization (WHO).," 2016, [Online]. Available: [https://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](https://www.who.int/topics/family_planning/en/).
- [7] S. R. Carr B, Gates MF, Mitchell A, "'Giving women the power to plan their families'.," *Lancet*. 380 80–2., 2012.
- [8] WHO Department of Reproductive Health and Research, *Family planning: A global handbook for providers: Evidence-based guidance developed through worldwide*

collaboration (PDF) (Rev. and Updated ed.). Geneva: WHO and Center for Communication Programs. pp. 260–300. 2011.

- [9] R. H, "'Thrombotic risks of oral contraceptives'." *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 24 235–40., 2013.
- [10] D. O. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, "'Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis,'" *BMJ.* 347 f5298, doi: 10.1136/bmj.f5298.
- [11] Z. N. Black K, Lotke P, Buhling KJ, "'A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women,'" *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care.* 17 340–50., 2012, doi: 10.3109/13625187.2012.700744.
- [12] M. K. Mangone ER, Lebrun V, "Apps for the Prevention of Unintended Pregnancy: A Systematic Review and Content Analysis," *JMIR mHealth uHealth.* 4 e6., vol. 2016.
- [13] WHO, "'Sexually transmitted infections (STIs) Fact sheet." 2021, doi: 10.1016/S2666-5247(21)00171-3.
- [14] CDC, "How You Can Prevent Sexually Transmitted Diseases." 2021.
- [15] Office on Woman Health, "Sexually transmitted infections." 2017.

## F. Glosarium

|                  |                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infeksi          | : Masuknya mikroorganisme atau bakteri ke dalam tubuh manusia                                                                                                                                   |
| Komplikasi       | : Keadaan sakit yang lebih berat akibat dari penyakit awalnya                                                                                                                                   |
| Obstetri         | : atau kebidanan adalah cabang ilmu kedokteran yang berkaitan dengan perawatan medis dan bedah sebelum, selama, dan setelah seorang wanita melahirkan.                                          |
| Hipertensi       | : Tekanan darah manusia yang di atas normal, dimulai dari 140/90 mmhg                                                                                                                           |
| Persalinan macet | : Persalinan yang waktunya memanjang dari seharusnya, termasuk pembukaaan jalan lahir dan keluarnya janin dari dalam kandungan yang melebihi waktu semestinya, sehingga meyebabkan infeksi dll. |
| Spermisida       | : Bahan kimia yang dapat membunuh sperma atau benih laki-laki                                                                                                                                   |
| Patch            | : Obat atau bahan kimia yang bentuknya ditempelkan ke kulit seperti koyok                                                                                                                       |
| Ovulasi          | : keluarnya sel telur perempuan dari kandung telur                                                                                                                                              |

## G. Biodata Penulis



**Dr. dr. Novida Ariani, SpOG, MKes.** Lahir di Kota Malang, tahun 1978. Menyelesaikan Pendidikan Dokter Umum dari FK Universitas Brawijaya Malang tahun 2004. Menyelesaikan Magister Kesehatan Biomedis dari FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2006. Menyelesaikan Spesialis Kebidanan & Kandungan dari FK Universitas Brawijaya Malang tahun 2013. Menyelesaikan Program Doktor Biomedis dari FK Universitas Brawijaya tahun 2018. Menjadi Dosen Fakultas Kedokteran sejak tahun 2004 dan Praktisi Spesialis Kebidanan dan Kandungan sejak tahun 2013. Saat ini tercatat sebagai dosen Departmen Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Selain itu berkiprah sebagai pengurus Tim penurunan Kematian Ibu dan Bayi Kabupaten Pasuruan, Ketua Pusat Pelatihan Klinik Primer Kabupaten Pasuruan, serta berpraktek sebagai Spesialis Kebidanan dan Kandungan di Kabupaten Pasuruan.



# **BAB VII**

## **ADMINISTRASI KEBIJAKAN**

Hodiri Adi Putra, SKM., MMR

### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Setelah mengikuti mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan dalam hal administrasi pelayanan kesehatan
2. Mampu mengembangkan program pelayanan kesehatan
3. Mampu memecahkan masalah program pelayanan kesehatan

### **B. Materi**

#### **1. Pengertian organisasi**

Menurut Satrianegara (2014) Pengertian organisasi adalah suatu perkumpulan atau wadah bagi sekelompok orang yang bekerjasama dengan terstruktur untuk mencapai tujuan tertentu. Sedangkan menurut Tando (2013) Organisasi juga dapat diartikan sebagai sebuah kesatuan atau entity yang terdiri dari banyak orang, bisa berupa institusi, asosiasi atau lembaga, yang memiliki tujuan yang sama dan berhubungan dengan lingkungan luar.

#### **2. Jenis Organisasi**

Terdapat dua jenis organisasi, yaitu organisasi formal dan organisasi informal.

Organisasi formal disusun berdasarkan kebutuhan dalam mengatur tata hubungan dalam bentuk struktur yang ditetapkan.

Organisasi formal menurut Hick (1987) menggambarkan hubungan manajer dan karyawan dalam struktur hubungan organisasi yang jelas pada posisi masing-masing, melalui jaringan kewenangan bertindak, komunikasi dan pertanggungjawaban.

Ciri-ciri organisasi formal adalah:

- a. Struktur kegiatan diatur secara jelas
- b. Komunikasi organisasi ditata secara tertib
- c. Organisasi relatif permanen untuk tujuan yang luas dan berjangka panjang
- d. Organisasi tumbuh semakin besar karena peningkatan spesialisasi
- e. Terdapat pergantian personil, pengangkatan dan pemberhentian pegawai
- f. Memiliki acuan norma sebagai aturan yang dipegang teguh organisasi, termasuk penetapan pimpinan dan anggotanya
- g. Dibentuk secara rasional
- h. Setiap masalah dipecahkan secara formal
- i. Pelayanan ditetapkan secara hierarkis

Sedangkan organisasi informal merupakan ikatan kebersamaan yang dibentuk secara sukarela oleh para anggotanya guna memperoleh kepuasan berafiliasi. Berbeda dengan organisasi formal, organisasi informal tidak mengenal bentuk dan struktur organisasi yang jelas

dan tegas, karena proses pembentukannya terjadi karena faktor kebersamaan, persahabatan, persaudaraan, kesamaan hobi, persepsi atau kebutuhan yang relatif sama. Senioritas biasanya diterima secara sosiologis sebagai yang dituakan untuk memimpin organisasi informal, dan interaksi di dalamnya merupakan interaksi yang luwes dan spontanitas. Organisasi informal sering menjadi media yang efektif untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi formal, justru karena sifatnya yang luwes dan tidak kaku sehingga para anggota lebih bebas berekspresi dan mengaktualisasikan dirinya.

### **3. Perubahan Dalam Organisasi Kesehatan**

Setiap organisasi selalu membutuhkan suatu perubahan, perubahan tersebut sebagai reaksi terhadap perubahan dalam lingkungan organisasi tersebut. Perubahan organisasi mengacu kepada hal yang berkaitan dengan aktivitas pelaksanaan tugas di dalam suatu organisasi, sehingga menuju kepada suatu keadaan di dalam perusahaan tersebut yang dianggap lebih baik oleh pihak manajemen seiring dengan berjalannya waktu. Restrukturisasi organisasi adalah salah satu dari bentuk perubahan organisasi.

Soedarmono Soejitno (2002) mengemukakan bahwa terdapat lima hal penting yang perlu diantisipasi dalam melakukan perubahan suatu organisasi atau lembaga, yaitu:

- a. Masa depan akan sangat berbeda dengan masa kini
- b. Perlu adanya visi yang dapat memberikan pedoman bagi segala upaya di masa depan
- c. Perlu perubahan tata nilai yang akan dianut oleh organisasi di masa depan
- d. Perlu strategi yang konkret untuk mewujudkan perubahan
- e. Perlu bentuk dan struktur baru organisasi di masa depan

Perubahan dalam siklus perkembangan organisasi merupakan bentuk respon organisasi menghadapi berbagai macam tuntutan kebutuhan. Tuntutan itu sendiri timbul sebagai akibat pengaruh lingkungan (eksternal dan internal) organisasi yang selalu berubah yang “memaksa” organisasi harus dapat menyesuaikan diri dengan melakukan berbagai perubahan dalam “dirinya”. Dalam bidang kesehatan, perubahan organisasi dapat dilakukan melalui reformasi kebijakan, redesign dan inovasi. Perubahan organisasi kesehatan secara khusus lebih mengarah pada peningkatan kualitas pelayanan dengan memaksimalkan supply side (penyediaan) untuk memenuhi demand (permintaan) dari masyarakat.

Perubahan-perubahan yang terjadi tentunya bertujuan meningkatkan efisiensi dan produktivitas organisasi, meningkatkan kemampuan organisasi dalam menghadapi berbagai faktor yang menyebabkan perubahan organisasi sehingga organisasi mampu bertahan dan berkembang, mengadakan penyesuaian-penyesuaian seperlunya sehubungan dengan perubahan-perubahan tersebut, dan untuk mengendalikan suasana kerja sehingga anggota organisasi tidak terpengaruhi atas perubahan-perubahan yang sedang berlangsung.

Model intraorganizational yang dikembangkan oleh Kellog et al (2017) merupakan salah satu pendekatan baru yang digunakan untuk menjawab persoalan peningkatan kualitas layanan pada sebuah organisasi besar. Model tersebut memiliki beberapa tahapan seperti pengembangan proses intraorganizational (menetapkan prioritas, menilai keadaan saat ini, mengembangkan proses baru, dan mengukur serta memperbaiki) dan penyebaran inovasi (mengembangkan dukungan, menyebarkan informasi, memfasilitasi pelatihan peer-to-peer, memperkuat, dan belajar beradaptasi).

Keunggulan model tersebut adalah organisasi tetap memanfaatkan struktur organisasi yang sudah ada sebelumnya seperti saluran komunikasi yang baik, alur kerja umum, otoritas formal, dan kinerja yang ada. Secara khusus, model tersebut merinci bagaimana proses advokasi formal dapat dilakukan pada setiap lini kerja organisasi untuk memfasilitasi penyebaran inovasi baru. Dengan advokasi formal yang dilakukan pada setiap lini organisasi, manajer mampu mengetahui lebih awal hambatan yang mungkin timbul pada setiap langkah, dan memfasilitasi proses pengembangan intraorganizational dan penyebaran inovasi peningkatan kualitas.

#### **4. Organisasi Pelayanan Kesehatan**

Organisasi pelayanan kesehatan merupakan suatu sistem sosial yang sangat kompleks. Keberadaan organisasi pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh masyarakat karena aktivitas pokoknya melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pembangunan organisasi pelayanan kesehatan perlu dilakukan karena bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas sehingga derajat kesehatan dapat tercapai (Satrianegara, 2014).

Organisasi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang aktifitas pokoknya melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan yang ingin dicapai adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu atau berkualitas. Dari segi bentuk, sebenarnya organisasi pelayanan kesehatan hampir sama dengan organisasi pada umumnya, artinya ada unsur sekelompok orang yang bekerja sama, saling terkait, ada kewenangan, koordinasi, pengawasan, dan tujuan yang ingin dicapai. Tetapi dari segi substansi, akan terlihat perbedaan yang sangat jelas antara organisasi kesehatan dengan organisasi lainnya. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama yang menentukan maju mundurnya suatu bangsa dan menjadi salah satu tolak ukur dalam menentukan kesejahteraan masyarakat suatu negara.

Organisasi pelayanan kesehatan terdiri dari dua unsur pokok yang saling terkait yaitu organisasi penyedia pelayanan kesehatan (*provider*) dan organisasi pendukung dalam pelayanan kesehatan (*supporting*). Organisasi penyedia pelayanan kesehatan (*provider*) terdiri dari pelayanan kesehatan rawat inap, pelayanan rawat jalan, pelayanan promotif preventif kepada masyarakat, maupun balai-balai rehabilitasi medis. Sedangkan organisasi pendukung pelayanan kesehatan (*supporting*) terdiri dari kantor/dinas pembuat regulasi/kebijakan kesehatan, lembaga asuransi kesehatan, organisasi profesi, perusahaan obat-obatan dan alat kesehatan, serta lembaga pendidikan dan pelatihan kesehatan. Kedua jenis organisasi tersebut dalam pelaksanaannya sama-sama penting dan saling menunjang antara yang satu dengan yang lain.

Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai sifat yang unik yang membedakan dengan organisasi yang lain. Keunikan tersebut dapat menjadi kelebihan dan juga dapat menjadi kekurangan. Kelebihannya diantaranya adalah kontribusi organisasi pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan yang menyangkut hajat hidup orang banyak, dan perhatian Pemerintah untuk terus meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan, serta banyak terserapnya tenaga kerja di bidang kesehatan. Namun kekurangannya adalah dapat menimbulkan terjadinya kapitalisme pelayanan kesehatan (berorientasi bisnis) dan pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak.

Oleh karena itu sebagai solusinya perlu dibangkitkan suatu pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive and integrated health services*). Pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu adalah bahwa pelayanan kesehatan tersebut berhasil memadukan berbagai upaya kesehatan yang ada di masyarakat yakni pelayanan peningkatan

dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut juga hendaknya menerapkan pendekatan yang menyeluruh (*holistic approach*). Jadi tidak hanya memperhatikan keluhan penderita saja, tetapi juga berbagai latar belakang sosial ekonomi, sosial budaya, sosial psikologi, dan lain sebagainya. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila pendekatan yang dipergunakan memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Jenis-jenis organisasi kesehatan yang ada di Indonesia, beberapa diantaranya adalah:

- a. Organisasi kesehatan pemerintah pusat
- b. Organisasi kesehatan pemerintah daerah
- c. Rumah sakit, klinik dan puskesmas
- d. Unit pelaksana teknik
- e. Organisasi kesehatan swasta

Dalam penerapannya di dalam masyarakat, tentunya tujuan dari manajemen kesehatan tidak dapat disamakan dengan manajemen niaga (*business administration*) yang lebih banyak berorientasi pada upaya untuk mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Manajemen kesehatan lebih tepat digolongkan ke dalam administrasi umum/publik (*public administration*) oleh karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum.

Manajemen kesehatan harus dikembangkan di tiap-tiap organisasi kesehatan di Indonesia seperti Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan di daerah, Rumah Sakit dan Puskesmas serta jajarannya. Untuk memahami penerapan manajemen kesehatan di RS, Dinas Kesehatan dan Puskesmas perlu dilakukan kajian proses penyusunan rencana tahunan Kemenkes dan Dinas Kesehatan di daerah. Khusus untuk tingkat Puskesmas, penerapan manajemen dapat dipelajari melalui perencanaan yang disusun setiap lima tahunan (*micro planning*), serta pembagian dan uraian tugas staf Puskesmas sesuai dengan masing-masing tugas pokoknya.

## 5. Pengetian Administrasi

Administrasi sendiri pertama kali digunakan dalam bahasa Yunani, yakni *administrare* atau sebuah kegiatan untuk memberikan layanan dan bantuan. Dalam karyanya yang berjudul Pengantar Ilmu Administrasi terbitan tahun 2020, Alemina Henuk-Kacaribu mengatakan bahwa administrasi dapat diartikan sebagai suatu kegiatan, mulai dari pengaturan hingga pengurusan dari berbagai hal untuk mewujudkan tujuan bersama.

Administrasi sendiri pada dasarnya merupakan ilmu pengetahuan yang berkembang pada awal abad ke-19. Dengan semakin berkembangnya zaman dan ilmu pengetahuan, administrasi pun juga ikut berkembang hingga pada akhirnya banyak diaplikasikan untuk memenuhi kebutuhan di berbagai negara di dunia. Dalam penggunaannya, administrasi sangat dibutuhkan oleh sebuah perusahaan atau lembaga untuk dapat berdiri dan terus berkembang dengan membuat sumber daya serta pengelolaan yang baik.

Dalam sebuah perusahaan, setiap karyawan atau staf memiliki hak serta kewajiban yang berhubungan langsung terhadap pekerjaannya. Administrasi menjadi salah satu bagian dari pengelolaan perusahaan sehingga bisa menjadi optimal. Sekarang ini, pengertian administrasi menjadi salah satu istilah yang sudah sangat umum digunakan dalam dunia kerja. Administrasi

menjadi istilah yang identik dengan berbagai pekerjaan seperti, pendataan, pencatatan, penyuratan, dan masih banyak lagi.

Alasan tersebut yang membuat administrasi sangat diperlukan untuk perusahaan, lembaga, hingga instansi. Seseorang yang memiliki tanggung jawab untuk mengatur tentang administrasi biasa disebut dengan administrator atau staf administrasi. Dalam penerapannya di kehidupan sehari-hari, administrasi telah memberikan banyak sekali manfaat, misalnya seperti mengoptimalkan sistem kerja bahkan juga sangat efektif untuk meningkatkan kualitas pendidikan.

Adanya administrasi yang baik bisa menjadi salah satu cara untuk menciptakan sistem kerja yang baik dan lebih mudah, baik yang bersifat informal maupun nonformal. Selain itu, administrasi juga semakin mempermudah untuk pekerjaan terkait pengelolaan data-data. Administrasi telah terbukti mampu menciptakan sistem pengelolaan yang tepat dan lebih mudah.

## **6. Tujuan Administrasi**

Setelah mengetahui tentang pengertian administrasi, pada bagian ini kita akan membahas secara mendalam mengenai apa tujuan dari administrasi. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya bahwa administrasi dibutuhkan oleh setiap organisasi atau perusahaan. Administrasi sangat membantu sebuah perusahaan atau organisasi dalam melakukan perencanaan hingga pengembangan kegiatan dalam upaya mencapai tujuan tertentu.

Berikut ini adalah empat tujuan administrasi yang perlu diperhatikan, diantaranya yaitu:

### **a. Menyusun Program**

Tujuan administrasi yang pertama yakni menyusun program usaha. Dalam menyusun program usaha ini, setiap perusahaan atau organisasi selalu membutuhkan informasi atau data sebagai acuan.

Cara untuk mendapatkan informasi atau data biasanya didapatkan melalui sebuah kegiatan administrasi. Kegiatan administrasi terbukti lebih mudah untuk mendapatkan berbagai informasi atau data yang dibutuhkan. Maka dari itu, salah satu alasan sebuah proses administrasi harus diterapkan secara sistematis.

### **b. Evaluasi Kegiatan**

Tujuan administrasi yang kedua adalah evaluasi kegiatan organisasi. Setelah menyusun program usaha, sistem administrasi akan sangat mempermudah sebuah organisasi atau perusahaan untuk melakukan evaluasi kegiatan organisasi.

Salah satu bentuk evaluasi kegiatan yang dilakukan oleh perusahaan atau organisasi biasanya berdasarkan hasil informasi dan data yang telah ditemukan. Tentu saja evaluasi ini menjadikan organisasi atau perusahaan menjadi lebih memahami berbagai potensi dan kendala selama melaksanakan program.

### **c. Memantau Kegiatan Administrasi**

Tujuan administrasi yang ketiga adalah melakukan pemantauan kegiatan administrasi. Pemantauan menjadi penting dikarenakan sistem administrasi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan banyak hal.

Oleh karena itu, pelaksanaan kegiatan administrasi harus dilakukan secara sistematis dan teratur. Sistem administrasi yang berhasil diterapkan dengan baik pada akhirnya

akan membuat sebuah perusahaan atau organisasi menjadi lebih teratur. Misalnya, pemantauan terhadap suatu kegiatan terkait pertanyaan apa, bagaimana, dimana, kapan hingga mengapa

d. **Memastikan Keamanan bagi Kegiatan Usaha**

Tujuan administrasi yang keempat adalah memastikan keamanan bagi kegiatan usaha. Dalam sistem administrasi, keamanan menjadi salah satu hal dibutuhkan oleh setiap perusahaan atau organisasi pada saat melakukan aktivitas usaha.

Oleh karena itu, perusahaan atau organisasi perlu memiliki administrasi yang baik sehingga pemantauan terhadap segala aktivitas dapat dilakukan dengan optimal. Tidak hanya itu, proses administrasi akan membuat setiap aktivitas dan transaksi bisa tercatat secara rinci dan jelas

## **7. Ciri-Ciri Administrasi**

Setelah mengetahui tentang tujuan dan pengertian administrasi, berikut ini adalah ciri-ciri administrasi berdasarkan Dasar-Dasar Kewirausahaan (2019) karya Choms Gary Ganda Tua Sibarani, dkk. Ciri-ciri administrasi yaitu:

a. **Terdiri atas sekelompok orang**

Administrasi tidak dapat dilaksanakan oleh satu orang saja. Administrasi memerlukan sekelompok orang untuk saling bekerja sama. Maka dari itu, ciri-ciri administrasi yang paling utama adalah terdiri dari kumpulan orang yang memiliki tujuan sama.

b. **Menjalin kerjasama**

Kita tahu sendiri bahwa administrasi perlu dilaksanakan dengan bekerja sama dalam mewujudkan sebuah tujuan bersama. Oleh karena itu, kerja sama menjadi ciri yang wajib ada agar sistem administrasi dapat berjalan dengan optimal.

c. **Memiliki tujuan yang harus dicapai**

Salah satu alasan adanya administrasi adalah usaha untuk mencapai sebuah tujuan tertentu. Oleh karena itu, administrasi diperlukan untuk membuat sekelompok orang bekerja sama dan berusaha untuk menuju ke arah yang sama, yakni tujuan bersama.

d. **Adanya proses kegiatan usaha**

Sebuah sistem administrasi perlu memiliki proses kegiatan usaha tertentu. Proses kegiatan usaha menjadi ciri penting dari sebuah administrasi. Proses ini bisa dipahami sebagai suatu rangkaian kegiatan usaha untuk menciptakan kerja sama untuk mencapai tujuan bersama.

e. **Kegiatan bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan**

Ciri administrasi yang terakhir adalah kegiatan bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan. Tiga hal ini perlu dilaksanakan untuk membuat sebuah perusahaan atau organisasi dapat mencapai tujuannya.

## **8. Fungsi Administrasi**

Sebagai salah satu bagian terpenting bagi sebuah perusahaan atau organisasi, administrasi memiliki beberapa fungsi penting yang harus dilaksanakan, diantaranya yaitu:

a. *Planning*

Perencanaan merupakan salah satu kegiatan yang sangat memerlukan sebuah aktivitas administrasi. Aktivitas administrasi yang dimaksudkan yaitu seperti mengumpulkan data, mengolah data, menyusun perencanaan, dan lain sebagainya

b. *Organizing*

Administrasi sangat diperlukan oleh sebuah perusahaan atau organisasi agar dapat melakukan penyusunan untuk mencapai tujuan. Penyusunan yang perlu dilakukan yaitu seperti, upaya membangun setiap komunikasi dan hubungan antar anggota atau karyawan menjadi mudah untuk dipahami.

c. *Coordinating*

Dalam upaya mencapai suatu tujuan tertentu, sebuah perusahaan atau organisasi perlu melakukan pengaturan terhadap setiap bagiannya. Oleh karena itu, coordinating dilaksanakan agar kegiatan perusahaan bisa berjalan lancar dan baik, tanpa adanya bentrok, kekosongan aktivitas bahkan terjadi kekacauan. Adanya koordinasi yang baik menjadi tanda sebuah perusahaan atau organisasi berada di jalur yang tepat untuk mencapai tujuannya.

d. *Reporting*

*Reporting* atau laporan merupakan aktivitas administrasi untuk menyampaikan perkembangan, pergerakan hingga hasil kegiatan atau program yang dilaksanakan.

Laporan sendiri meliputi seluruh elemen dari perusahaan, baik itu karyawan maupun anggota kepada atasan secara tertulis. Laporan ini akan menjadi salah satu penilaian yang dilakukan terhadap kinerja karyawan berdasarkan posisi dan tugasnya.

e. *Budgeting*

Pembuatan anggaran sendiri menjadi salah satu hal yang penting dan wajib ada dalam sebuah perusahaan atau organisasi. Pembuatan anggaran diperlukan untuk selalu meningkatkan kinerja. Tidak hanya itu, anggaran juga bisa dimanfaatkan oleh perusahaan atau organisasi untuk meraih tujuannya di masa pengembangan. Beberapa kerjasama yang memerlukan anggaran yaitu, seperti, iklan dan lain sebagainya.

f. *Staffing*

*Staffing* atau penempatan posisi merupakan fungsi yang berhubungan dengan kualitas sumber daya manusia di sebuah perusahaan. Staffing sendiri biasanya meliputi perekrutan tenaga ahli, pengembangan dan kebutuhan perlengkapan.

g. *Directing*

Bimbingan sendiri adalah sebuah aktivitas interaksi yang dilakukan anggota organisasi atau perusahaan berupa bimbingan, perintah-perintah hingga saran. Bimbingan diperlukan agar kinerja dari anggota dan karyawan dapat berjalan dengan baik sehingga mampu mencapai tujuan yang ditentukan.

## 9. **Unsur Pokok Administrasi**

Jika diperhatikan batasan administrasi kesehatan sebagaimana dikemukakan diatas, segera terlihat bahwa dalam batasan tersebut dikemukakan setidaknya-tidaknya 5 unsur pokok yang peranannya amat penting dalam menentukan berhasil atau tidaknya pelaksanaan administrasi kesehatan. Kelima unsur pokok yang dimaksud ialah masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*target*), serta dampak (*impac*). (Azwar Azrul, 1983).

a. **Masukan**

Yang dimaksud dengan masukan (*input*), dalam administrasi adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Masukan ini dikenal pula dapat melaksanakan pekerjaan administrasi (*tools of administration*). Masukan dan/atau perangkat administrasi tersebut banyak macamnya.

### 1) Sumber

Yang dimaksud dengan sumber (*resources*) adalah segala sesuatu untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber ini secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yakni:

#### a) Sumber tenaga

Sumber tenaga (*Labour Resources*) dibedakan atas dua macam, yakni tenaga ahli (*skilled*) seperti Dokter, dokter gigi, Bidan, Perawat serta tenaga tidak ahli (*unskilled*), seperti pesuruh, penjaga malam dan pekerja kasar lainnya.

#### b) Sumber modal

Sumber modal (*Capital Resources*) banyak macamnya. Jika disederhanakan dapat dibedakan atas dua macam, yakni modal bergerak (*working capital*) seperti uang dan giro serta modal tidak bergerak (*fixed capital*) seperti bangunan, tanah, dan sarana kesehatan.

#### c) Sumber alamiah

Yang dimaksud dengan sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu yang terdapat di alam yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal. (Azwar Azrul, 1983).

### 2) Tata cara

Yang dimaksud tentang cara (*procedures*) adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki dan yang diterapkan. (Azwar Azrul, 1983).

### 3) Kesanggupan

Yang dimaksud dengan kesanggupan (*capity*) adalah keadaan fisik, mental dan biologis tenaga pelaksana. Secara umum bahwa kesanggupan tenaga pelaksana dari Negara yang telah maju lebih tinggi dari pada Negara yang lebih maju lebih tinggi dari pada tenaga pelaksana dari tenaga pelaksana dari Negara yang masih terbelakang.

Mudah dipahami karena memanglah keadaan kesehatan serta keadaan gizi masyarakat dinegara yang telah maju, jauh lebih baik dari pada Negara yang masih terbelakang. (Azwar Azrul, 1983).

#### b. Proses

Yang dimaksud dengan proses (*process*) dalam administrasi adalah langkah-langkah yang harus mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini dikenal dengan nama fungsi administrasi (*function of administration*). Pada umumnya proses dan ataupun fungsi administrasi ini merupakan tanggung jawab pimpinan. (Azwar Azrul, 1983).

#### c. Keluaran

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Untuk administrasi kesehatan, keluaran tersebut dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health service*). Pada saat ini pelayanan kesehatan tersebut banyak macamnya, secara umum dapat dibedakan atas 2 macam.

Pertama, pelayanan kedokteran (*medical sevices*). Kedua, pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). (Azwar Azrul, 1983).

#### d. Sasaran

Yang dimaksud dengan sasaran (*target group*) adalah kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang

dimaksudkan disini dibedakan atas 4 macam, yakni perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*) atau pun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect group target*). (Azwar Azrul, 1983).

e. Dampak

Yang dimaksud dengan dampak adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran, untuk administrasi kesehatan, dampak yang diharapkan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya akan dapat dicapai apabila kebutuhan dan tuntutan perseorangan, keluarga dan kelompok dan/atau masyarakat terhadap kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

## 10. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan merupakan suatu konsensus atau kesepakatan para pengambil keputusan dengan tujuan untuk menanggulangi suatu masalah atau untuk pencapaian suatu tujuan tertentu dengan nilai-nilai tertentu dan merupakan pedoman utama untuk bertindak. Hal ini sejalan dengan pengertian kebijakan menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang menegaskan bahwa kebijakan adalah pedoman untuk bertindak. Sebagai pedoman untuk bertindak suatu kebijakan boleh jadi merupakan suatu hal yang amat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, luas atau terperinci, bersifat kualitatif atau kuantitatif. Dalam hal ini kebijakan dapat dimaknai berupa suatu deklarasi mengenai suatu dasar pedoman bertindak, suatu arah tindakan tertentu, suatu program mengenai aktivitas-aktivitas tertentu atau suatu rencana (*United Nations*, 1975).

Sedangkan menurut Agustino & Leo. (2008) Serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Istilah ini dapat diterapkan pada pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu.

Kebijakan yang dimaksud dalam perkuliahan adalah Kebijakan Publik atau *public policy*. Kebijakan publik ini merupakan suatu keputusan yang dimaksud untuk mengatasi permasalahan tertentu, untuk melakukan kegiatan tertentu, atau untuk mencapai tujuan tertentu, yang dilakukan oleh lembaga pemerintah yang berwenang dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan negara dan pembangunan bangsa.

Menurut Ayuningtyas (2018), pengertian kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan. Kebijakan kesehatan dianggap penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu *spons* yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, termasuk usaha dagang bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia.

Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan sebagai berikut:

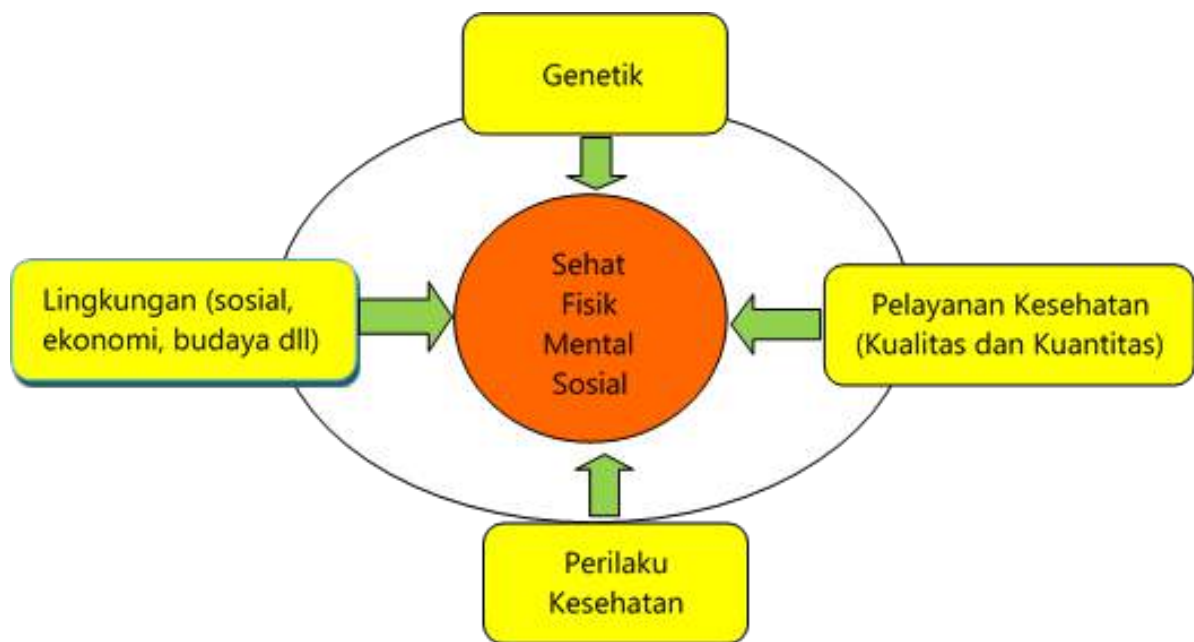
- a. Sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas.
- b. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi 'masyarakat - tenaga medis' menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik. Artinya masyarakat, atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar.
- c. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* (ketidakpastian). Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat. Siapa pun dia baik dari kalangan *berpunya* maupun miskin ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan.
- d. Karakteristik berikutnya adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya.

Gormley (1999) mengemukakan tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan. Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting.

## **11. Peranan Administrasi dan Kebijakan dalam Masalah Kesehatan**

Masalah masyarakat di Indonesia umumnya disebabkan karena rendahnya tingkat sosial ekonomi, yang mengakibatkan ketidak mampuan dan ketidak tahuan dalam berbagai hal, khususnya dalam memelihara diri mereka sendiri (*self-care*). Bila keadaan ini dibiarkan akan menyebabkan masalah yang meningkat terhadap individu, keluarga, maupun masyarakat. Dampak dari permasalahan ini adalah menurunnya kesejahteraan dan kesehatan keluarga serta masyarakat secara keseluruhan. Keadaan ini akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas keluarga dan masyarakat untuk menghasilkan sesuatu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, yang selanjutnya membuat kondisi sosial ekonomi keluarga dan masyarakat semakin rendah, demikian seterusnya berputar sebagai suatu siklus yang tidak berujung.

Dalam UU No 36 Tahun 2009 disebutkan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Agar keadaan tersebut tercapai, ada beberapa faktor yang mempengaruhinya. Blum (1983) menyebutkan bahwa ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika, sebagaimana digambarkan berikut ini:



Gambar 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan (HL. Blum, 1983)

Suatu kebijakan kesehatan semestinya memperhatikan faktor-faktor tersebut sehingga derajat kesehatan yang optimal sebagai dampak yang diharapkan dari kebijakan tersebut dapat dicapai.

Secara umum penerapan administrasi kesehatan memberi manfaat, yaitu:

- a. Pengelolaan sumber daya organisasi pelayanan kesehatan yang terbatas dapat dilakukan dengan baik, sehingga diperoleh ukuran yang efisiensi dan efektif.
  - 1) Efisiensi secara sederhana dapat dirumuskan: sumber daya yang terbatas digunakan seminimal mungkin, dengan tingkat pemanfaatan yang maksimal.
  - 2) Efektif adalah memaksimalkan tujuan dengan pencapaian yang juga dimaksimalkan.
- b. Pemenuhan kebutuhan dan tuntutan kesehatan secara tepat dan sesuai.
- c. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan baik.

Peranan utama setelah menguasai Administrasi dan Kebijakan Kesehatan adalah pemanfaatan Siklus Pemecahan Masalah (*Problem Solving Cycle*) pada setiap kasus atau program kesehatan yang dijalankan. Penguatan kompetensi administrasi, manajemen dan analisis kebijakan pada seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat merupakan kunci untuk mengorganisir pelayanan kesehatan, baik dari sisi masyarakat maupun petugas kesehatan itu sendiri. Seperti yang disebutkan Winslow pada 1920 bahwa segala upaya kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan secara komprehensif: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif harus dikelola secara terorganisir. Konsep pengorganisasian upaya kesehatan masyarakat menjadi dasar kedudukan administrasi kebijakan kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat

## 12. Proses Pembuatan Kebijakan

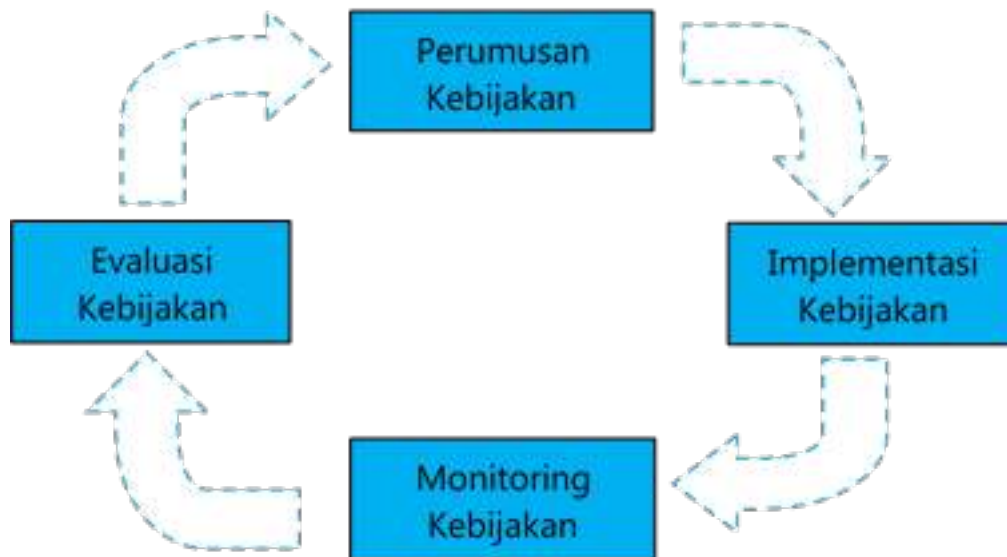
Proses pembuatan kebijakan melibatkan beberapa elemen seperti:

- a. Saluran komunikasi dalam penyampaian informasi mengenai isu-isu kebijakan, baik vertikal, horizontal maupun diagonal.
- b. Pusat keputusan dimana isu-isu itu diproses.

- c. Mekanisme kebijakan secara tipikal dalam hubungannya dengan isu kebijakan.
- d. Sifat temporal isu kebijakan.
- e. Kecenderungan kontinuitas dan dekontinuitas hasil kebijakan yang menjadi isu utama.

### 13. Implementasi Kebijakan

Pelaksanaan implementasi kebijakan dimulai dari perumusan kebijakan (anjuran kebijakan), kemudian implementasi kebijakan, monitoring kebijakan dan perbaikan kebijakan.



Gambar 2. Bagan Implementasi Kebijakan  
(Sandu & Supriyanto 2015)

### C. Rangkuman

Organisasi sebagai wadah atau sarana untuk melakukan kerja sama antara orang-orang dalam rangka untuk mencapai suatu tujuan yang telah disepakati bersama dengan mendayagunakan sumber daya yang dimiliki.

Administrasi termasuk dari elemen penting yang harus diimplementasikan dalam organisasi untuk mencapai harapan yang diinginkan bersama. Sebagai fungsi dari seorang administrator harus bisa dan mampu untuk membuat perencanaan (planning) yang baik, penyusunan staff (organisasi), pelaksanaan program (actuating) dan penilaian (evaluasi). Kebijakan menjadi aturan yang harus disepakati dan dijalankan oleh semua sumber daya manusia yang ada didalam suatu organisasi. Termasuk juga organisasi yang bergerak dalam bidang kesehatan tentunya harus ditaati bersama.

### D. Tugas

1. Ada beberapa pendekatan dalam administrasi kesehatan, salah satunya adalah pendekatan manajerial, menurut saudara apa hubungannya antara administrasi dengan manajemen, jelaskan !
2. Administrasi dalam organisasi pelayanan kesehatan harus ditata dan dikelola dengan baik dan benar guna memberikan dampak yang baik bagi jalannya roda organisasi. Menurut anda bentuk nyata pengadministrasian yang baik dan benar yang ada didalam organisasi

pelayanan kesehatan seperti apa ? berikan contoh real pengadministrasian yang baik yang anda temui diorganisasi pelayanan kesehatan!!!

3. Suatu kebijakan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah seperti BPJS, KIS dan sebagainya tentulah ada latar belakang dan justifikasinya, coba jelaskan secara umum:
  - a. Mengapa sebuah kebijakan kesehatan harus diambil ?
  - b. Apa manfaat sebuah kebijakan kesehatan dilakukan ?
  - c. Bagaimana pelaksanaan dari fungsi kebijakan kesehatan ?
  - d. Apa tujuan kebijakan kesehatan ?

## E. Daftar Pustaka

- Agustino, Leo. 2008. Dasar- dasar Kebijakan Publik. Alfabeta: Bandung
- Ayuningtyas, Dumilah. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip Dan Praktik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2018.
- Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. P.T. Grafiti Medika Pers, Jakarta, 1980
- Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone
- Henrik L. Blum, *Planning for Health: Generics for the Eighties* (Human Sciences Press, 1981)
- Hick, Herbert. G dan Gullet G. Roy. 1987. Organisasi Teori dan Tingkah laku, Jakarta: PT. Bina Aksara
- Kacaribu, Alemina henuk. 2020. *Pengantar Ilmu Administrasi*. Yogyakarta: ANDI
- Kellog et al (2017). An intraorganizational model for developing and spreading quality improvement innovations.
- Sandu S & Supriyanto. 2015. Kebijakan & manajemen Kesehatan. CV Andi Offset. Yogyakarta
- Satrianegara, M. Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika. Jakarta
- Sibarani, Choms Gary Ganda Tua Sibarani, dkk. 2019. *Dasar-Dasar Kewirausahaan*. Yayasan Kita Menulis
- Soedarmono Soejitno, Ali Alkatiri dan Emil Ibrahim. (2002). *Reformasi Perumah sakitan Indonesia*. Jakarta. Bagian Penyusunan Program dan Laporan Ditjen Pelayanan Medik Depkes RI
- Tando N M. 2013. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. In Media
- Wijono, Djoko, 1999. Manajemen Mutu pelayanan Kesehatan Teori, Strategi dan Aplikasi. Surabaya: Airlangga University Press.



# BAB VIII

## PENDIDIKAN DAN ILMU PERILAKU KESEHATAN

Khairunnisa, SKM., M.Kes., MM

### A. Tujuan Pembelajaran

#### 1. Kompetensi Dasar

Adapun Kompetensi Dasar dari Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, sebagai berikut:

- a. Mampu menjelaskan Konsep Pendidikan Kesehatan meliputi Prinsip dan Peranan Pendidikan Kesehatan, Definisi Pendidikan Kesehatan, Ruang Lingkup, Strategi dan Sasaran Pendidikan Kesehatan, Proses Pendidikan Kesehatan, Metode, Alat Bantu serta Media Pendidikan Kesehatan.
- b. Mampu menjelaskan mengenai Konsep Perilaku (meliputi Definisi, Bentuk dan Faktor Perilaku Kesehatan), Domain dan Teori Ilmu Perilaku Kesehatan

#### 2. Pokok Bahasan

Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan

#### 3. Sub Pokok Bahasan

Sub Pokok Bahasan dari Pendidikan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya materi Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan sebagai berikut:

- a. Konsep Pendidikan Kesehatan
- b. Konsep Perilaku, Domain dan Teori Ilmu Perilaku Kesehatan

### B. Materi

#### 1. Konsep Pendidikan Kesehatan

Berbicara kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Berdasarkan cerita Mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan bahwa ia telah dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu dengan baik.

Menurut Winslow (1920) bahwa Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah Ilmu dan Seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui "usaha-usaha Pengorganisasian masyarakat " untuk: Perbaikan sanitasi lingkungan, Pemberantasan penyakit-penyakit menular, Pendidikan untuk kebersihan perorangan, Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan serta Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Kesehatan masyarakat diketahui sebagai ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Maka dari itu atas batasan kedua di atas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat itu

meluas dari hanya berurusan sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan sampai dengan ilmu sosial, dan itulah cakupan ilmu kesehatan masyarakat. Untuk itu perlu adanya pendidikan kesehatan agar kesehatan masyarakat dapat lebih ditingkatkan dan dilaksanakan oleh masyarakat. Oleh karena itu pembahasan pada bab ini adalah mengenai “Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan”

a. Prinsip- Prinsip Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan penting untuk menunjang program kesehatan yang lain. Tetapi ini tidak sesuai dengan kenyataannya. Dalam program-program pelayanan kesehatan kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Meskipun sudah melibatkan namun kurang memberikan bobot. *Argument* tersebut menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan tidak cepat dan jelas memperlihatkan hasil. Pendidikan kesehatan itu tidak segera membawa manfaat bagi masyarakat, dan yang mudah dilihat atau diukur. Pendidikan adalah merupakan “*Behavioral Investment*” jangka panjang. Hasil *investment* pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan.

b. Peranan Pendidikan Kesehatan

Ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu kepada H.L.Blum. Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua. Pelayanan kesehatan, dan keturunan mempunyai andil kecil terhadap status kesehatan. Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatar belakangi atau dipengaruhi 3 faktor pokok yakni:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)
- 2) Faktor-faktor yang mendukung (*enabling factors*)
- 3) Faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong (*reinforcing factors*)

Dari pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dengan kata lain pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan.

c. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan didalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktek pendidikan. Konsep dasar pendidikan adalah proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup didalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar. Seseorang dapat dikatakan belajar apabila didalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan menjadi dapat mengerjakan sesuatu. Kegiatan belajar tersebut tentunya mempunyai ciri-ciri, sebagai berikut:

- 1) Belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan diri pada individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar, baik actual maupun potensial
- 2) Hasil belajar adalah bahwa perubahan tersebut di dapatkan karena kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relative lama
- 3) Perubahan itu terjadi karena usaha dan disadari bukan karena kebetulan

Pendidikan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) untuk mencapai kesehatannya secara optimal.

d. Proses Pendidikan Kesehatan

Pokok dari pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok, yakni:

1) Persoalan masukan (input)

Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2) Persoalan proses

Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain: subjek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator) metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari.

3) Keluaran (output)

Keluaran adalah merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar ini ke dalam 4 kelompok besar, yakni: Faktor materi (bahan mengajar), lingkungan, instrumental, dan subjek belajar. Faktor instrumental ini terdiri dari perangkat keras (*hardware*) seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga, dan perangkat lunak (*software*) seperti fasilitator belajar, metode belajar, organisasi dan sebagainya

e. Ruang Lingkup Dimensi Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi antara lain:

1) Dimensi sasaran pendidikan

Dari dimensi ini dapat di kelompokkan menjadi 3 yakni:

- a) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
- b) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
- c) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

2) Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of presentation*) dari Leavel and Clark, sebagai berikut:

a) Promosi kesehatan

Dalam tingkat ini pendidikan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan *hygiene* perorangan, dan sebagainya

b) Perlindungan khusus (*Specific Protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama dinegara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah

c) Diagnosis dini dan pengobatan segera

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat.

d) Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

e) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit, seringkali seseorang tidak mau melakukan latihan-latihan untuk Spemulihannya, untuk itu diperlukan pendidikan kesehatan

f. Strategi Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO (1984), strategi pendidikan kesehatan meliputi:

- 1) Advokasi (*advocacy*), tujuannya agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan.
- 2) Dukungan sosial (*social support*), tujuannya agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat.
- 3) Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*), tujuannya agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya

g. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan itu sendiri dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Sasaran primer (*Primary Target*) yaitu sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan/promosi kesehatan.
- 2) Sasaran sekunder (*Secondary Target*) Lebih ditujukan pada tokoh masyarakat dengan harapan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakatnya secara lebih luas.
- 3) Sasaran tersier (*Tertiary Target*) Sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah dengan tujuan keputusan yang diambil dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

h. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Adapun metode pendidikan kesehatan, sebagai berikut:

## 1) Kelompok Besar

Apabila peserta kegiatan itu lebih dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok besar. Metode-metode yang cocok untuk kelompok besar antara lain:

### a) Ceramah

Ceramah adalah sebuah pidato yang memiliki tujuan untuk menyampaikan serta menerangkan atau menyiarkan, setiap informasi akan disampaikan secara persuasif kepada para pendengar. Ceramah juga dianggap sebagai sebuah bentuk keterampilan lisan atau *public speaking*.

### b) Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

## 2) Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain:

### a) Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok ada pemimpin diskusi yang harus memberikan pancingan-pancingan berupa pertanyaan-pertanyaan atas kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup, pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

### b) Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (cara pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapa pun. baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari dan akhirnya terjadilah diskusi.

### c) Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang, 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit, tiap 2 pasang bergabung menjadi 1. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

### d) Kelompok Kecil-Kecil (*Buzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*buzz group*) kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama / tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

e) Memainkan Peranan (*Role Play*)

Dalam metode ini, beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat.

f) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini adalah merupakan gambaran antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain bebreran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai nama sumber.

3) Metode Pendidikan Massa (*Public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Beberapa contoh metode ini, antara lain: Ceramah umum (public speaking) Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab /konsultasi tentang kesehatan atau penyakit, Billboard yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh billboard "Ayo ke Posyandu".

i. Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan / pengajaran. Alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Secara garis besarnya, hanya ada 2 macam alat bantu pendidikan (alat peraga):

1) Alat Bantu Lihat (*Visual Aids*). Alat ini berguna didalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk:

a) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip, dan sebagainya.

b) Alat-alat yang tidak diproyeksikan, misalnya:

(1) Dua dimensi, gambar, peta, bagan, dan sebagainya.

(2) Tiga dimensi misal bola dunia, boneka, dan sebagainya.

2) Alat-Alat Bantu Dengar (*Audio Aids*) ialah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan / pengajaran. Misalnya piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.

3) Alat Bantu Lihat-Dengar, seperti televisi dan video cassette. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids* (AVA).

Disamping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi 2 macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

4) Alat peraga yang *complicated* (rumit), seperti film, film strip slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor

- 5) Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh, seperti bambu, karton, kaleng bekas, kertas koran, dan sebagainya. Beberapa contoh alat peraga yang sederhana yang dapat dipergunakan di berbagai tempat, misalnya: di rumah tangga seperti leaflet, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti buah-buahan, sayur-sayuran, dan sebagainya, di kantor-kantor dan sekolah-sekolah, seperti papan tulis, flipchart, poster, leaflet, buku cerita bergambar, kotak gambar gulung, boneka dan sebagainya dan di masyarakat umum, misalnya poster, spanduk, leaflet, fanel graph, boneka wayang, dan sebagainya.

j. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA). Disebut media pendidikan karena merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3, yakni:

1) Media cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain: Booklet, Leaflet, Flyer (selebaran), Flip chart (lembar balik), Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, Poster dan Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan

2) Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan, jenisnya berbeda-beda antara lain: Televisi, Radio, Video, Slide dan Film strip

3) Media papan (*Billboard*)

Media Papan (*Billboard*) yang dipasang di tempat-tempat/ kendaraan umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan.

## 2. Konsep Perilaku, Domain dan Teori Ilmu Perilaku Kesehatan

a. Pengertian Perilaku

Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat dan bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan) (Kholid, 2012).

Perilaku merupakan perbuatan atau tindakan dan perkataan seseorang yang sifatnya dapat di amati, di gambarkan dan dicatat oleh orang lain ataupun orang yang melakukannya. Maka dari itu, dari pengertian di atas dapat disimpulkan perilaku adalah suatu tindakan manusia yang bertujuan menghasilkan suatu kebiasaan yang diperbuat oleh manusia tersebut.

b. Bentuk Perilaku

Perilaku dapat diberi batasan sebagai suatu tanggapan individu terhadap rangsangan yang berasal dari dalam maupun luar diri individu tersebut. Secara garis besar bentuk perilaku ada dua macam yaitu:

- 1) Perilaku Pasif (*respons internal*), yaitu perilaku yang sifatnya masih tertutup, terjadi dalam diri individu dan tidak dapat diamati secara langsung. Perilaku ini sebatas sikap belum ada tindakan yang nyata.
  - 2) Perilaku Aktif (*respons eksternal*) yaitu perilaku yang sifatnya terbuka, perilaku aktif adalah perilaku yang diamati langsung, berupa tindakan nyata.
- c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku
- Perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:
- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap dan sebagainya.
  - 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersediaannya APD, pelatihan dan sebagainya.
  - 3) Faktor penguat (*reinforcement factor*), faktor-faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018).
- d. Domain Perilaku Kesehatan
- Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Respon atau reaksi organisme dapat berbentuk pasif (respons yang masih tertutup) dan aktif (respons terbuka, tindakan yang nyata atau practice/psychomotor). Menurut Notoatmodjo (2018), rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan.
- Perilaku manusia itu juga sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah / kawasan) terdiri dari
- 1) Ranah kognitif (*cognitive domain*)
  - 2) Ranah afektif (*affective domain*)
  - 3) Ranah psikomotor (*psychomotor domain*).
- Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:
- 1) Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).  
Proses mendapatkan Pengetahuan (*Knowledge*) harus melalui tahapan yaitu adanya *Awareness* (kesadaran), *Interest* (merasa tertarik), *Evaluation* (menimbang-nimbang), *Trial* dimana subjek mulai mencoba untuk melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus dan *Adoption* dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni:
    - a) Tahu (*Know*)
    - b) Memahami (*Comprehension*)
    - c) Aplikasi (*Application*)
    - d) Analisis (*Analysis*)

- e) Sintesis (*Synthesis*)
- f) Evaluasi (*Evaluation*)

Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui dapat diukur melalui sebaran wawancara atau angket yang menanyakan perihal materi/ informasi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

- 2) Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

- a) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

- a) Menerima (*Receiving*)
- b) Merespons (*Responding*)
- c) Menghargai (*Valuing*)
- d) Bertanggung Jawab (*Responsible*)

- 3) Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Menurut Ki Hajar Dewantoro, tokoh pendidikan nasional, ketiga domain perilaku ini disebut cipta (kognisi), rasa (emosi) dan karsa (konasi). Tokoh pendidikan ini mengajarkan bahwa tujuan pendidikan adalah membentuk dan atau meningkatkan kemampuan manusia yang mencakup cipta, rasa dan karsa tersebut. Ketiga kemampuan tersebut harus dikembangkan bersama-sama secara seimbang sehingga terbentuk manusia Indonesia seutuhnya (harmonis).

#### e. Teori Perilaku Kesehatan

Menurut Riyanto & Budiman (2013) perilaku sehat adalah perilaku yang didasarkan pada prinsip-prinsip kesehatan. Masih banyak teori-teori perilaku pada umumnya. Namun yang cukup penting di sini ialah teori timbulnya perilaku menurut Maslow, sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan pokok faali (*psychological needs*), kebutuhan dasar hidup manusia, yakni makan, minum, tidur, istirahat dan seksual.
- 2) Kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*), merasa jauh dari ancaman dan bahaya, termasuk bahaya ekonomi dan sosial.
- 3) Kebutuhan akan cinta dan kasih sayang dalam kehidupan sosial (*social needs atau the belonging and love*).
- 4) Kebutuhan untuk dihargai dan dihormati (*the esteem needs*).
- 5) Kebutuhan akan penampilan diri (*self actualization needs*).

### C. Rangkuman

Adapun rangkuman dari pembahasan di atas, sebagai berikut:

- 1) Peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Konsep pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu dan lain sebagainya.
- 2) Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Respon atau reaksi organisme dapat berbentuk pasif (respons yang masih tertutup) dan aktif (respons terbuka, tindakan yang nyata atau practice/psychomotor). Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah/kawasan) yaitu (a) Pengetahuan, (b) Sikap atau tanggapan, (c) Praktek. Sementara bentuk perilaku kesehatan terdiri dari Perilaku Pasif artinya mengetahui namun belum melaksanakan dan Perilaku Aktif yaitu mengetahui dan melaksanakannya serta dapat diobservasi

### D. Tugas

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar dan tepat dan berikan tanda silang (X) pada jawaban yang benar. Selamat Mengerjakan !!

1. Sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi, merupakan pengertian dari ....
  - a. Sehat menurut UU No. 22 thn 1992
  - b. Sehat menurut UU No. 23 thn 1992
  - c. Sehat menurut UU No. 23 thn 2000
  - d. Sehat menurut UU No. 22 thn 2000
  - e. Sehat menurut UU No. 23 thn 2007
2. Merubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat, tidak cukup untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat merupakan ....
  - a. Promosi kesehatan
  - b. Pendidikan kesehatan
  - c. Perilaku kesehatan
  - d. Determinan kesehatan
  - e. Kesehatan individu
3. Bentuk perilaku tertutup.....
  - a. Seorang pemuda mengetahui HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks
  - b. Ibu membawa bayinya ke posyandu untuk imunisasi
  - c. Perawat memberikan penyuluhan setiap hari
  - d. Anak mencuci tangan sebelum makan
  - e. Bumil mengikuti kunjungan ANC demi kesehatan janinnya

4. Membuang ludah tidak disembarang tempat, minum obat TBC secara teratur selama 6 bulan, termasuk perilaku.....
  - a. Perilaku masa depan
  - b. Perilaku ideal
  - c. Perilaku sekarang
  - d. Perilaku kesehatan
  - e. Perilaku pencegahan
5. Pengukuran perilaku kesehatan adalah.....
  - a. Pengetahuan, keterampilan dan perubahan
  - b. Pengetahuan, sikap dan tindakan
  - c. Kognitif, psikomotor dan afektif
  - d. Perubahan, kognitif dan tindakan
  - e. Sikap, tindakan dan perubahan
6. Penyebab perubahan perilaku
  - a. Perilaku stabil dan tidak ada persaingan
  - b. Pengaruh individu dan perilaku stabil
  - c. Pengaruh lingkungan
  - d. Rangsangan emosional dan pengaruh kelompok
  - e. Perbedaan antar individu
7. Teori perubahan perilaku yang didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kualitas rangsangan yang berkomunikasi.
  - a. Teori fungsi
  - b. Teori festinger
  - c. Teori stimulus
  - d. Teori komunikasi
  - e. Teori perubahan perilaku
8. Perilaku kesehatan menurut Becker(1979)....
  - a. Perilaku hidup sehat
  - b. Panutan
  - c. Perilaku terhadap makanan
  - d. Perilaku terhadap lingkungan
  - e. Perilaku terhadap sistem pelayanan
9. Terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedia fasilitas kesehatan seperti puskesmas termasuk dalam bentuk faktor perilaku....
  - a. *Predisposing*
  - b. *Behavior cause*
  - c. *Reinforcing*
  - d. *Resource*
  - e. *Enabling*

10. Proses dimana pasien mendapatkan pelayanan kesehatan berupa perawatan secara berkesinambungan baik dalam masa penyembuhan maupun dalam mempertahankan kesehatan.
  - a. Wawancara
  - b. Bimbingan
  - c. *Discharge planning*
  - d. Proses promkes pada individu
  - e. Tujuan promkes pada individu

## E. Daftar Pustaka

- Kholid, A. (2012). Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya. Perpustakaan Nasional: Katalog dalam Terbitan (KDT). Jakarta: Rajawali Pres
- Notoatmodjo, S. (2018). Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi (Revisi) Jakarta: Rineka Cipta.
- Riyanto, A., dan Budiman (2013). Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta: Akliia Suslia

## Peraturan Perundang-Undangan:

Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang diperbaharui dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

## F. Glosarium

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Advokasi</b>       | : Kegiatan oleh kelompok atau orang yang dilakukan untuk mempengaruhi atau mengubah keputusan di bidang tertentu.                                                                                                                                        |
| <b>Afektif</b>        | : Atau disebut " <i>Affective Domain</i> " adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan sikap, watak, perilaku, minat, emosi, dan nilai yang ada di dalam diri setiap individu.                                                                           |
| <b>Alat Peraga</b>    | : Suatu alat bantu yang digunakan pengajar untuk memberikan pengajaran kepada murid yang tujuannya agar siswa atau pelajar mampu mempelajari sesuatu bidang yang dipelajari, lebih cepat memahami dan mengerti, dan lebih efektif serta efisien.         |
| <b>Bermain Peran</b>  | : Disebut juga " <i>Role Play</i> " merupakan suatu metode bimbingan dan konseling kelompok yang dilakukan secara sadar dan diskusi tentang peran dalam kelompok.                                                                                        |
| <b>Bola Salju</b>     | : Disebut juga " <i>Snow Balling</i> " adalah suatu model pembelajaran yang dapat menggali potensi siswa dalam membuat dan menjawab pertanyaan melalui sebuah permainan imajinatif membentuk dan melempar bola salju yang terbuat dari kertas.           |
| <b>Cipta</b>          | : Disebut juga "Kognisi" adalah sebuah proses yang dilakukan oleh manusia untuk memperoleh pengetahuan dan memanipulasi pengetahuan itu melalui sebuah aktivitas seperti mengingat, menganalisis, memahami, menilai, menalar, membayangkan dan berbahasa |
| <b>Curah Pendapat</b> | : Disebut juga " <i>Brainstorming</i> " adalah suatu metode yang memanfaatkan teknik kreativitas dalam mencari penyelesaian dari suatu masalah tertentu dengan mengumpulkan gagasan secara spontan dari anggota kelompok                                 |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Disability Limitation</b> | : suatu tindakan atau upaya kesehatan yang dilakukan dalam taraf penyakit sudah nyata dan lanjut. <b>Disability Limitation</b> atau pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan berfikir dan bekerja yang diakibatkan masalah kesehatan dan penyakit.            |
| <b>Dukungan Sosial</b>       | : Bentuk perhatian, penghargaan, semangat, penerimaan maupun pertolongan dalam bentuk lainnya yang berasal dari orang yang memiliki hubungan sosial dekat, seperti orang tua, saudara, anak, sahabat, teman atau pun orang lain dengan tujuan membantu seseorang saat mengalami permasalahan. |
| <b>Faktor Pemungkin</b>      | : Disebut juga " <b>Enabling Factors</b> " yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan antara lain umur, status sosial ekonomi, pendidikan, prasarana dan sarana serta sumber daya.                                                                         |
| <b>Faktor Penguat</b>        | : Disebut juga " <b>Reinforcing Factors</b> ", merupakan faktor yang memperkuat (atau terkadang justru dapat melunak) untuk terjadinya perilaku tertentu tersebut. Sumber penguat, tentu saja, bergantung pada tujuan dan jenis program.                                                      |
| <b>Faktor Predisposisi</b>   | : Disebut juga " <b>Predisposing Factors</b> " merupakan faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dan tradisi.                                                                             |
| <b>Karsa</b>                 | : Disebut juga "Konasi" adalah salah satu fungsi hidup kejiwaan manusia, dapat diartikan sebagai aktivitas psikis yang mengandung usaha aktif dan berhubungan dengan pelaksanaan tujuan                                                                                                       |
| <b>Kesehatan Masyarakat</b>  | : Ilmu dan Seni guna mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui "Usaha-usaha Pengorganisasian masyarakat".                                                                                                                                                   |
| <b>Kognitif</b>              | : Disebut juga " <b>Cognitive Domain</b> " adalah proses aktivitas yang melibatkan beberapa jenis kegiatan yang berkaitan dengan mental seseorang.                                                                                                                                            |
| <b>Pendidikan Kesehatan</b>  | : Proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan individu. Kesempatan yang direncanakan untuk individu, kelompok atau masyarakat agar belajar tentang kesehatan dan melakukan perubahan secara suka rela dalam tingkah laku individu.                              |
| <b>Perilaku Kesehatan</b>    | : Suatu respons seseorang terhadap objek yang berkaitan dengan penyakit serta faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan seperti penggunaan pelayanan kesehatan, pola hidup, maupun lingkungan sekitar yang mempengaruhi sehingga perlu adanya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. |
| <b>Psikomotor</b>            | : Disebut juga <i>Psychomotor Domain</i> adalah salah satu ranah yang menilai keterampilan (skill) atau kemampuan melakukan sesuatu setelah seseorang menerima pembelajaran pada bidang tertentu                                                                                              |
| <b>Rasa (Emosi)</b>          | : Suatu keadaan dimana seseorang meluapkan pikiran dan perasaanya termasuk sikap maupun tingkah laku yang dikeluarkan dalam bentuk ekspresi tertentu.                                                                                                                                         |
| <b>Rehabilitasi</b>          | : Pemulihan posisi seseorang untuk menjadi orang yang berguna dan mengambil posisi dalam posisi masyarakat.                                                                                                                                                                                   |

## G. Biografi Penulis



**Khairunnisa** lahir di Banjarmasin, 24 September 1992, pernah kuliah di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat Tahun Lulus 2014, melanjutkan pendidikan kembali di S2 Magister Manajemen Tahun Lulus 2018 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Tahun Lulus 2020 di Pascasarjana Universitas Lambung Mangkurat. Pengalaman bekerja penulis di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Zalecha Martapura Tahun 2015 dan mulai tahun 2021 aktif sebagai Dosen Tetap di Stikes Husada Borneo Banjarbaru hingga sekarang.

# BAB IX

## GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

Entianopa, SKM., M.Kes.

### A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami Gizi Kesehatan Masyarakat

### B. Materi

#### 1. Ruang Lingkup Ilmu Gizi\

Ilmu gizi termasuk sebagai salah satu cabang ilmu yang relatif masih baru. Ilmu gizi baru diakui sebagai ilmu pengetahuan (sains) pada awal abad 20. Hal ini setelah penemuan bidang-bidang ilmu lain khususnya di bidang ilmu kimia dan ilmu fisiologi. Selain itu penemuan-penemuan baru seperti vitamin, protein dan zat gizi lainnya yang menjadi dasar ilmu gizi. Secara klasik kata gizi hanya dihubungkan dengan kesehatan tubuh, yaitu untuk menyediakan energi, membangun dan memelihara jaringan tubuh serta mengatur proses-proses kehidupan dalam tubuh. Tetapi sekarang kata gizi mempunyai pengertian yang lebih luas, di samping untuk kesehatan, gizi dikaitkan dengan potensi ekonomi seseorang karena gizi berkaitan dengan perkembangan otak, kemampuan belajar dan produktivitas kerja. Ruang lingkup ilmu gizi cukup luas. Ilmu gizi mencakup banyak disiplin ilmu, mulai dari ilmu bahan makanan seperti cara produksi pangan, perubahan pascapanen (penyediaan pangan, distribusi dan pengolahan pangan, konsumsi makanan serta cara pemanfaatan makanan oleh tubuh yang sehat dan sakit). Ilmu gizi juga berkaitan dengan ilmu agronomi, peternakan, ilmu pangan, mikrobiologi, biokimia, faal, biologi molekular dan kedokteran. Ilmu gizi termasuk sebagai salah satu cabang ilmu yang relatif masih baru. Ilmu gizi baru diakui sebagai ilmu pengetahuan (sains) pada awal abad 20. Hal ini setelah penemuan bidang-bidang ilmu lain khususnya di bidang ilmu kimia dan ilmu fisiologi. Selain itu penemuan-penemuan baru seperti vitamin, protein dan zat gizi lainnya yang menjadi dasar ilmu gizi

Kata gizi berasal dari bahasa Arab yaitu *ghidza* yang berarti makanan. Itulah mengapa gizi sangat identik dengan makanan. Di sisi lain juga berkaitan dengan tubuh. Karena makanan terkandung berbagai zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tetap sehat. Ilmu gizi sendiri memiliki banyak definisi. Ilmu gizi atau *Nutrition Science* adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan optimal. Ilmu gizi disebut juga sebagai ilmu pangan, zat-zat gizi dan senyawa lain yang terkandung di dalam bahan pangan. Reaksi, interaksi serta keseimbangan yang dihubungkan dengan kesehatan dan penyakit. Namun definisi ilmu gizi yang paling sederhana adalah ilmu yang menganalisis pengaruh pangan yang dikonsumsi terhadap kesehatan manusia. Jadi kesimpulannya adalah ilmu gizi berbicara tentang dua hal. Pertama berbicara tentang makanan dan kedua berbicara tentang tubuh dan kesehatan manusia. Hal inilah yang menyebabkan luasnya ruang lingkup ilmu gizi, diantaranya ilmu gizi manusia, ilmu gizi masyarakat, ilmu gizi klinik, dan juga ilmu pangan. Oleh karena itu, ilmu gizi sangat erat kaitannya dengan ilmu-ilmu agronomi, peternakan, ilmu pangan, mikrobiologi, biokimia, faal, biologi molekular dan kedokteran.

Berikut ini beberapa definisi yang terkait ilmu gizi yang wajib kita ketahui.

- a. Ilmu Gizi (*Nutrition Science*) adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan optimal/ tubuh.
- b. Zat Gizi (*Nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan.
- c. Gizi (*Nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.
- d. Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

Jika merujuk Komisi Pangan dan Gizi Amerika tahun 1995, Ruang lingkup Ilmu Gizi dibagi ke dalam empat kelompok. Atas dasar pemahaman tersebut, WHO menyatakan bahwa gizi adalah pilar utama dari kesehatan dan kesejahteraan sepanjang siklus kehidupan. Adapun empat kelompok Ilmu Gizi antara lain:

- a. Pertama, gizi seluler atau lingkungan in vitro, dengan ilmu-ilmu dasarnya kimia analitik, biokimia, abiologi sel, imunologi, biologi molekuler dan genetika molekuler.
- b. Kedua, gizi organ khusus, gizi manusia dan gizi hewan, meliputi ilmu- ilmu nutrisi hewan, klinik, genetika medis, dietetika, patologi, fisiologi dan kimia fisiologi.
- c. Ketiga, gizi masyarakat, meliputi ilmu-ilmu antropologi, demografi, ekologi, ekonomi, pendidikan, epidemiologi, kebijakan pangan, kebijakan kesehatan, politik dan sosiologi.
- d. Keempat, pangan meliputi pertanian, peternakan, pengelolaan lingkungan, teknologi pangan, pengolahan pangan, produksi, keamanan pangan.

## 2. Jenis Zat Gizi

Jenis Zat Gizi Makanan yang kita makan sehari-hari mengandung berbagai zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Zat gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses jaringan tubuh. Zat gizi tersebut bukan hanya diperoleh dari makanan saja, namun juga telah ada dalam tubuh meskipun jumlahnya hanya sebagian kecil saja. Berikut ini adalah jenis-jenis zat gizi:

### a. Karbohidrat

Karbohidrat disebut juga sebagai zat tepung atau zat gula yang tersusun dari unsur Karbon (C), Hidrogen (H), dan Oksigen (O). Di dalam tubuh, karbohidrat berperan dalam menghasilkan energi yang akan digunakan oleh tubuh melakukan berbagai macam aktifitas. Bahan makanan yang menjadi sumber karbohidrat umumnya berasal dari makanan pokok di antaranya biji-bijian (beras dan jagung), umbi-umbian (ubi jalar dan singkong) serta kacang-kacangan.

### b. Protein

Protein adalah sumber asam amino yang mengandung unsur Karbon (C), Hidrogen (H), Oksigen (O), Nitrogen (N), Sulfur (S), dan Fosfor (F). Berbeda dengan Karbohidrat, zat gizi ini berperan sebagai zat pembangun yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan jaringan tubuh. Bahan makanan yang mengandung protein dibedakan menjadi dua jenis

yaitu yang bersumber dari hewani dan nabati. Protein yang berasal dari hewani disebut juga protein hewani antara lain telur, susu, daging dan ikan. Sementara yang bersumber dari bahan nabati disebut juga sebagai protein nabati antara lain kacang kedelai dan hasil olahannya seperti tahu dan tempe, serta jenis kacang-kacangan.

c. Lemak

Lemak adalah senyawa yang tersusun dari Karbon (C), Hidrogen (H), dan Oksigen (O). Fungsi utama lemak adalah sebagai sumber tenaga, selain itu juga berfungsi sebagai pelarut vitamin, yaitu vitamin A, D, E dan K. Lemak dapat dibedakan menjadi empat jenis yaitu Kolesterol (bersumber dari daging dan susu), lemak jenuh (daging, kacang, produk susu dan minyak kelapa), lemak tak jenuh ganda (minyak sayur seperti pada minyak bunga matahari, jagung dan kedelai), dan lemak tak jenuh tunggal (minyak sayur seperti olive dan kacang tanah)

d. Vitamin

Vitamin adalah senyawa atau zat organik yang terdapat di dalam makanan dalam jumlah yang sangat sedikit. Zat organik ini dibutuhkan dalam jumlah yang sangat sedikit yang pada umumnya tidak dapat dibentuk di dalam tubuh sehingga harus disuplai dari makanan. Vitamin berfungsi penting dalam reaksi metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Vitamin dibedakan menjadi dua golongan yaitu vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K) dan vitamin larut air (vitamin B dan C). Sumber vitamin berasal dari semua jenis makanan. Misalnya sumber vitamin A adalah produk susu, ikan dan sayuran. Sumber vitamin B seperti gandum, daging dan susu. Vitamin C dari jeruk, tomat dan kentang. Vitamin D dari produk susu, ikan dan minyak ikan. Vitamin E dari minyak sayur dan biji-bijian. Sedangkan Vitamin K banyak berasal dari sayur-sayuran berdaun hijau dan margarine.

e. Mineral

Mineral adalah senyawa organik yang mempunyai peran penting di dalam tubuh dalam pemeliharaan fungsi tubuh. Selain itu, mineral juga berperan penting dalam berbagai tahap metabolisme, terutama sebagai kofaktor dalam aktivitas enzim-enzim. Mineral digolongkan menjadi dua macam yaitu mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro adalah mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg per hari. Sedangkan mineral mikro dibutuhkan kurang dari 100 mg per hari. Jenis-jenis mineral makro antara lain natrium, kalsium, magnesium, kalium, klorida, fosfor, dan sulfur. Sedangkan mineral mikro antara lain zat besi (Fe), seng (Zn), iodium (I), selenium (Se), mangan (Mn) dan Fluor (F).

f. Air

Air merupakan komponen yang sangat penting yang dibutuhkan oleh tubuh untuk proses metabolisme. Air berfungsi sebagai zat pelarut hasil pencernaan. Selain itu air juga berfungsi sebagai pengatur panas tubuh melalui proses respirasi. Tubuh manusia dewasa mengandung 70% air sehingga merupakan komponen terbesar di dalam struktur tubuh manusia. Air bersumber dari air alam yang telah tersedia dan dapat dimanfaatkan secara langsung, selain itu air juga banyak terdapat di hampir semua makanan. Buah dan sayuran adalah bahan makanan yang banyak mengandung air hingga 95%.

Konsep baru yang dikemukakan dewasa ini berkaitan dengan ruang lingkup ilmu gizi sebagai sains adalah sebagai berikut:

- a. Hubungan keturunan dengan gizi
- b. Hubungan gizi dengan perkembangan otak dan perilaku
- c. Hubungan gizi dengan kemampuan bekerja dan produktivitas kerja
- d. Hubungan gizi dan daya tahan tubuh
- e. Faktor-faktor gizi yang berperan dalam pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit degenerative (jantung, diabetes mellitus, hati dan kanker).

### 3. Pengukuran Status Gizi

Riskesdas 2018 menunjukkan adanya perbaikan status gizi pada balita di Indonesia. Proporsi status gizi sangat pendek dan pendek turun dari 37,2% (Riskesdas 2013) menjadi 30,8%. Demikian juga proporsi status gizi buruk dan gizi kurang turun dari 19,6% (Riskesdas 2013) menjadi 17,7%. Namun yang perlu menjadi perhatian adalah adanya tren peningkatan proporsi obesitas pada orang dewasa sejak tahun 2007 sebagai berikut 10,5% (Riskesdas 2007), 14,8% (Riskesdas 2013) dan 21,8%.

Status gizi adalah salah satu unsur penting dalam membentuk status kesehatan. Status gizi (nutritional status) adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh. Status gizi sangat dipengaruhi oleh asupan gizi. Pemanfaatan zat gizi dalam tubuh dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu primer dan sekunder. Faktor primer adalah keadaan yang mempengaruhi asupan gizi dikarenakan susunan makanan yang dikonsumsi tidak tepat, sedangkan faktor sekunder adalah zat gizi tidak mencukupi kebutuhan tubuh karena adanya gangguan pada pemanfaatan zat gizi dalam tubuh.

Metode Pemeriksaan Status Gizi Menilai status gizi dapat dilakukan melalui beberapa metode pengukuran, tergantung pada jenis kekurangan gizi. Hasil penilaian status gizi dapat menggambarkan berbagai tingkat kekurangan gizi, misalnya status gizi yang berhubungan dengan tingkat kesehatan, atau berhubungan dengan penyakit tertentu. Metode pemeriksaan status gizi yaitu:

- a. Riwayat subjek (riwayat pekerjaan, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dsb)
- b. Data asupan makanan
- c. Data antropometri
- d. Data biokimiawi
- e. Prosedur atau tes medis
- f. Pemeriksaan fisik

Menilai persediaan gizi tubuh dapat diukur melalui beberapa metode penilaian, seperti pada Tabel berikut

| Tingkat kekurangan gizi                                                   | Metode yang digunakan          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Asupan zat gizi tidak cukup.                                              | Survei konsumsi pangan         |
| Penurunan persediaan gizi dalam jaringan.                                 | Biokimia                       |
| Penurunan persediaan gizi dalam cairan tubuh.                             | Biokimia                       |
| Penurunan fungsi jaringan.                                                | Antropometri atau biokimia     |
| Berkurangnya aktivitas enzim yang dipengaruhi zat gizi, terutama protein. | Biokimia atau teknik molekuler |
| Perubahan fungsi                                                          | Kebiasaan atau physiological   |
| Gejala klinik                                                             | Klinik                         |
| Tanda-tanda anatomi                                                       | Klinik                         |

Sumber: Gibson, R. 2005. halaman 5.

Dari sekian banyak metode pemeriksaan, metode yang sering digunakan adalah metode antropometri. Antropometri berasal dari kata *anthropo* yang berarti manusia dan *metri* yaitu ukuran. Metode antropometri dapat diartikan sebagai mengukur fisik dan bagian tubuh manusia. Jadi antropometri adalah pengukuran tubuh atau bagian tubuh manusia. Dalam menilai status gizi dengan metode antropometri adalah menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode untuk menentukan status gizi. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri untuk mengukur status gizi adalah konsep dasar pertumbuhan.

Metode Biokimiawi Metode lain yang sering digunakan untuk menilai status gizi adalah metode biokimiawi. Data biokimia memberikan informasi tentang status energy protein-, vitamin dan mineral, keseimbangan cairan dan elektrolit, dan fungsi organ. Kebanyakan tes berdasarkan analisis sampel darah atau urin, yang mengandung protein, zat gizi, dan metabolit yang mencerminkan status gizi dan kesehatan. Menafsirkan nilai-nilai laboratorium dapat menjadi tantangan karena sejumlah faktor mempengaruhi hasil tes. Misalnya, nilai protein serum dapat dipengaruhi oleh ketidakseimbangan cairan, kehamilan, obat-obatan, dan olahraga. Begitu pula dengan kadar serum vitamin dan mineral sering merupakan indikator kekurangan nutrisi yang buruk.

Nilai-nilai dipengaruhi oleh beberapa variabel; oleh karena itu, berbagai tes umumnya diperlukan untuk mendiagnosis masalah gizi. Diambil bersama dengan penilaian lainnya. Namun, data, hasil tes laboratorium membantu menyajikan gambar yang lebih jelas daripada yang mungkin untuk mendapatkan sebaliknya. Faktor umur sangat penting dalam menentukan status gizi. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Pengukuran status gizi balita dapat dilakukan dengan indeks antropometri dan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT). Rumus perhitungan IMT sebagai berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Pengukuran status gizi pada anak menggunakan rumus *Z-score*. Secara umum, rumus perhitungan *Z-score* adalah

$$Z\text{-score} = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

#### 4. Kelompok rentan gizi

Kelompok rentan gizi adalah suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatannya atau rentan karena kekurangan gizi. Biasanya kelompok rentan gizi ini berhubungan dengan proses kehidupan manusia, oleh sebab itu kelompok ini terdiri dari kelompok umur tertentu dalam siklus kehidupan manusia. Kelompok-kelompok rentan gizi ini terdiri dari:

- a. Kelompok bayi: 0-1 tahun
- b. Kelompok dibawah 5 tahun (balita): 1-5 tahun
- c. Kelompok anak sekolah: 6-12 tahun
- d. Kelompok remaja: 13-20 tahun
- e. Kelompok ibu hamil dan menyusui.
- f. Kelompok usia lanjut

Kelompok tersebut berada pada suatu siklus pertumbuhan atau perkembangan memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Oleh sebab itu apabila kekurangan zat gizi maka akan terjadi gangguan kesehatan. Jadi diharapkan orang-orang yang masuk ke dalam kelompok rentan gizi tersebut agar lebih bisa menjaga asupan nutrisi dan pangan yang dikonsumsi nya, sehingga dapat meningkatkan kecerdasan, produktivitas kerja, dan kesehatan yang merupakan faktor terpenting dalam pengembangan kualitas Sumber Daya Manusia.

#### 5. Keluarga Sadar Gizi KADARZI

Keluarga Sadar Gizi KADARZI dapat di definisikan sebagai keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi tiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh tiap anggota keluarganya

Kadarzi merupakan suatu gerakan yang terkait dengan program kesehatan keluarga dan gizi KKG. Disebut Kadarzi, jika sikap dan perilaku keluarga dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi yang sebaik-baiknya yang tercermin dari pada konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bermutu gizi seimbang. Dalam keluarga sadar gizi sedikitnya ada seorang anggota keluarga yang dengan sadar bersedia melakukan perubahan kearah keluarga yang berperilaku baik dan benar. Bisa seorang ayah, ibu, anak atau siapapun yang terhimpun dalam keluarga itu Depkes RI, 2002. Terdapat lima indikator yang sudah disepakati, yaitu sebagai berikut:

- a. Keluarga biasa mengkonsumsi aneka ragam makanan
- b. Keluarga selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil
- c. Keluarga hanya menggunakan garam beryodium untuk memasak 11 12 makanannya
- d. Keluarga memberi dukungan pada ibu melahirkan untuk memberikan ASI eksklusif
- e. Minum suplemen gizi sesuai anjuran.

## **6. Pembinaan Keluarga Sadar Gizi Kadarzi**

Pendampingan keluarga sadar gizi adalah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga agar terwujud keluarga yang sadar gizi. Upaya meningkatkan kemampuan keluarga itu dilakukan dengan penyuluhan, demo, diskusi, dan pelatihan.

## **7. Tujuan Pembinaan Keluarga sadar Gizi Kadarzi**

Tujuan pembinaan keluarga sadar gizi Kadarzi adalah: 1 Menimbang balita ke posyandu secara berkala. 2 Mampu mengenali tanda-tanda sederhana keadaan kelainan gizi gizi kurang dan gizi lebih 3 Mampu menerapkan susunan hidangan yang baik dan benar, sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang PUGS. 4 Mampu mencegah dan mengatasi kejadian, atau mencari rujukan manakala terjadi kelainan gizi didalam keluarga. 5 Menghasilkan makanan melalui pekarangan

## **8. Indikator Keluarga Sadar Gizi**

Keluarga kadarzi akan diukur minimal dengan 5 (lima) indikator yang menggambarkan perilaku sadar gizi. Adapun kelima indikator tersebut terdiri dari:

- a. Menimbang berat badan secara teratur
- b. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)
- c. Makan beraneka ragam
- d. Menggunakan garam beryodium
- e. Minum suplemen gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

## **C. Tugas**

1. Parameter yang dapat digunakan sebagai indikator peningkatan kesejahteraan (perbaikan gizi, perawatan kesehatan dan keadaan sosial ekonomi), jika potensi genetik belum tercapai secara maksimal adalah....
  - a. berat badan
  - b. tinggi badan
  - c. tinggi lutut
  - d. panjang depa
2. Berbagai studi di antaranya pada Ras Kaukasid dan Malaysia juga membuktikan hubungan yang kuat antara.... dengan tinggi badan
  - a. berat badan
  - b. tinggi badan
  - c. tinggi lutut
  - d. demispan atau panjang depan

## **D. Daftar Pustaka**

1. Gibson Rosalind S. 2005. Principles of Nutritional Assessment. Second Edition: Oxford. Riskesdas 2018
2. Kementerian Kesehatan RI. 2011. Modul Pelatihan Pertumbuhan Anak. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta.

3. Lee Robert D and David C Nieman. 1996. Nutritional Assesment. Anthropometric, Biochemical, Clinical, Dietary. Second Edition. Mc Graw Hill. Boston, Massachu-setts.
4. World Health Organization. 2006. WHO Child Growth Standards. Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age Methods and Development. Department of Nutrition for Health and Develop-ment.

#### **E. Biodata Penulis**



**Entianopa** Lahir Di Kotolanang Kabupaten Kerinci, Jambi, 23 November 1986. Menemuh pendidikan Satrata 1 di STIKES Harapan ibu Jambi, pada program studi Kesehatan Masyarakat dan menyelesaikan Magister di Universitas Dionegoro fakultas Kesehatan Masyarakat program studi Keselamatan dan kesehatan kerja. Memulai Karir menjadi dosen sejak tahun 2016 sampai dengan sekarang di sekolah tinggi ilmu kesehatan harapan ibu jambi. Saat ini penulis juga aktif melakukan beberapa penelitian yang dilakukan secara mandiri dan maupun didanai oleh KEMENRISTEKDIKTI dan STIKES HI Jambi serta melakukan pengabdian masyarakat. Ini merupakan Book Chapter yang ke 2 bagi penulis.

# BAB X

## HIGIENE DAN SANITASI

Imam Agus Faizal, S.Tr.A.K., M.Imun.

### A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendefinisikan pengertian dari higiene dan sanitasi.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan dan menerapkan tentang prinsip higiene dan sanitasi pada makanan.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan tentang higiene perorangan.
4. Mahasiswa mampu menerangkan dan menjelaskan tentang pengawasan makanan dan minuman di industri.

### B. Materi

#### 1. Pendahuluan Higiene dan Sanitasi

##### a. Pengertian Higiene dan Sanitasi

Secara etimologi higiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *Hygiene* yang artinya ilmu untuk membentuk dan menjaga kesehatan. Dijelaskan didalam sejarah peradaban Yunani, *Hygiene* berasal dari nama seorang Dewi yang dipanggil dengan kata *Hygea* merupakan dewi pencegah penyakit atau wabah. Higiene adalah upaya kesehatan dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan subjeknya seperti mencuci tangan dengan air bersih dan sabun untuk melindungi kebersihan tangan, mencuci piring untuk kebersihan piring, membuang bagian makanan yang rusak untuk melindungi keutuhan makanan secara menyeluruh. Higiene diartikan sebagai usaha pencegahan suatu penyakit yang menitikberatkan pada usaha kesehatan meliputi pada perseorangan atau manusia serta lingkungan tempat orang tersebut berada.

Sedangkan, asal usul kata sanitasi berasal dari bahasa latin, artinya sehat. Di dalam sanitasi pada ilmu terapan diartikan penciptaan dan pemeliharaan kondisi-kondisi higienis dan sehat. Sanitasi adalah upaya kesehatan dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan lingkungan dari subyeknya. Misalnya menyediakan air yang bersih untuk keperluan mencuci tangan, menyediakan tempat sampah untuk mewadahi sampah agar tidak dibuang sembarangan.

##### b. Manfaat Higiene dan Sanitasi

Penerapan melakukan higiene dan sanitasi dapat memberikan dampak positif diantaranya:

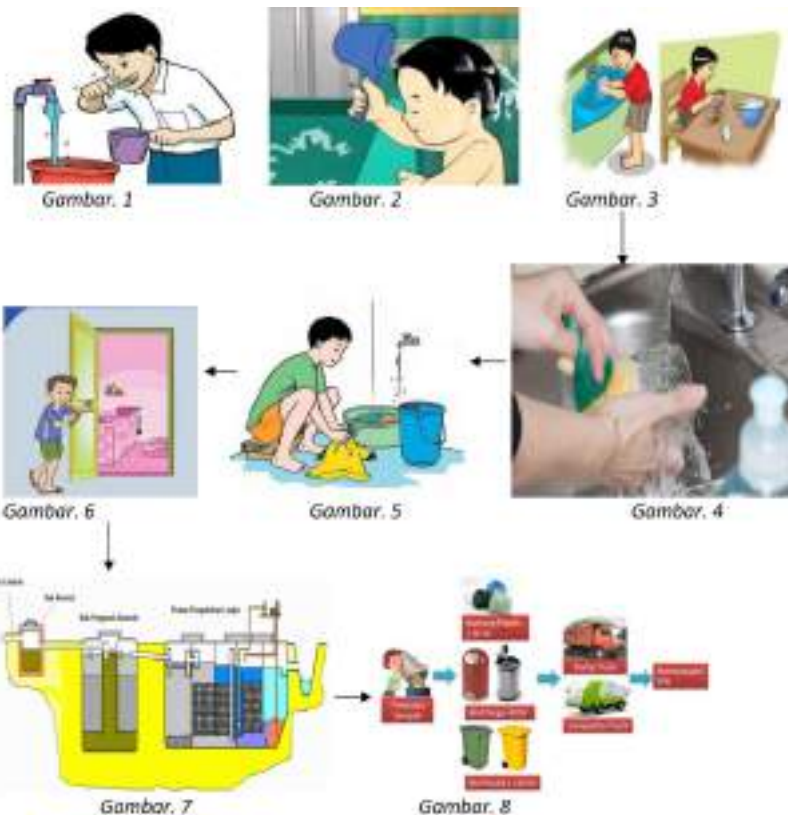
- 1) Mencegah penyakit menular.
- 2) Mencegah timbulnya bau tidak sedap.
- 3) Menghindari pencemaran.
- 4) Mengurangi jumlah (persentase sakit).
- 5) Lingkungan bebas dari berbagai macam bahan buangan / kotoran yang merupakan hasil sisa dari aktivitas manusia yang sudah tidak terpakai lagi dan dibuang pada tempat sesuai peruntukannya.

- 6) Lingkungan terhindari dari sumber pencemar, penyebab terjadinya penyakit dan bahan buangan yang dapat mengakibatkan celaka seperti benda tajam dan buangan bahan berbahaya.
- 7) Lingkungan yang memberi rasa aman dan nyaman bagi penghuninya.
- 8) Berkurangnya jumlah kesakitan dan kecelakaan yang berdampak pada kematian.
- 9) Lingkungan bersih dan sehat bagi semua.

c. Tujuan Higiene Dan Sanitasi

- 1) Mewujudkan lingkungan bersih dan sehat.
- 2) Memperbaiki, mempertahankan serta mengembalikan kondisi lingkungan siklus seperti semula.
- 3) Membiasakan manusia berperilaku hidup bersih dan sehat

Contoh perilaku hidup sehat dan bersih seperti gambar di bawah ini:



Keterangan gambar:

- a) Membersihkan diri menggunakan air bersih saat sikat gigi. (gambar.1).
- b) Membiasakan diri menggunakan air bersih saat mandi (gambar. 2).
- c) Membiasakan diri menggunakan air bersih saat mencuci tangan (gambar. 3).
- d) Membiasakan diri menggunakan air bersih saat mencuci peralatan rumah tangga (gambar. 4).
- e) Membiasakan diri menggunakan air bersih saat mencuci pakaian (gambar. 5).
- f) Membiasakan diri membersihkan jamban sebelum dan sesudah digunakan menggunakan air bersih (gambar. 6).

- g) Membiasakan diri membuang air limbah ke dalam bak penampungan sebelum dibuang ke badan air (Gambar. 7).
- h) Membiasakan diri membuang sampah pada tempat penampungan sesuai jenis sampah untuk selanjutnya ke tempat penampungan akhir sampah (gambar. 8).

## 2. Prinsip Higiene dan Sanitasi Makanan dan Minuman

Prinsip higiene sanitasi makanan dan minuman. dalam melakukan pengawasan makanan dan minuman merupakan yang penting dalam proses penularan penyakit yang terkontaminasi diantaranya:

### a. Pemilihan Bahan Makanan

Pengetahuan tentang higiene sanitasi makanan dan minuman. Ini penting bagi anda agar mampu mengawasi mutu dari bahan makanan dan minuman. Bahan makanan dibagi menjadi tiga golongan yaitu:

- 1) Bahan makanan mentah (segar) yaitu makanan yang perlu pengolahan sebelum disajikan.
- 2) Makanan terolah (pabrikan) yaitu makanan yang sudah langsung dapat dimakan tetapi digunakan untuk proses pengolahan lebih lanjut.
- 3) Makanan siap santap yaitu makan makanan yang langsung dapat dimakan tanpa pengolahan.

### b. Penyimpanan Bahan Makanan

Adapun cara penyimpanan makanan berdasarkan suhu yaitu

- 1) Penyimpanan sejuk (*cooling*) yaitu suhu penyimpanan 10°C –15°C untuk jenis minuman, buah dan sayuran.
- 2) Penyimpanan dingin (*chilling*) yaitu suhu penyimpanan 4°C-10°C untuk jenis makanan berprotein yang akan segera diolah kembali.
- 3) Penyimpanan dingin sekali (*freezing*), yaitu suhu penyimpanan 0°C-4°C untuk bahan berprotein yang mudah rusak untuk jangka waktu 24 jam.
- 4) Penyimpanan beku (*frozen*), yaitu suhu penyimpanan <0°C untuk bahan makanan protein yang mudah rusak untuk jangka waktu > 24 jam.

### c. Pengolahan Makanan

Pengolahan makanan adalah proses pengubahan bentuk dari bahan mentah menjadi makanan yang siap santap. Pengolahan makanan yang baik adalah yang mengikuti kaidah dari prinsip-prinsip higiene dan sanitasi. Berikut Anda akan mempelajari prinsip-prinsip persiapan tempat pengolahan, persiapan rancangan menu, peralatan masakan dan peralatan makan dan wadah penyimpanan makanan, sarana penyajian, rak penyimpanan, peralatan untuk pencucian, pelindung pencemaran, fasilitas sanitasi, pemilihan bahan sortir, peracikan bahan, persiapan bumbu, persiapan pengolahan prioritas dalam memasak. Tahap pengolahan makanan harus memperhatikan: persiapan tempat pengolahan, rancangan menu makanan, peralatan masak, peralatan makan dan minum, wadah penyimpanan makanan, sarana penyajian, rak penyimpanan, peralatan untuk pencucian, pelindung pencemaran, fasilitas sanitasi dan pemilihan bahan sortir.

### d. Penyimpanan Makanan Masak

Cara penyimpanan makanan masakan adalah:

- 1) Wadah
  - a) Setiap makanan masak mempunyai wadah masing masing yang terpisah.
  - b) Pemisahan didasarkan pada saat makanan mulai diolah dan jenis makanan.
  - c) Setiap wadah mempunyai tutup, tetapi berventilasi yang dapat mengeluarkan uap air.
  - d) Makanan berkuah dipisah antara lauk dengan saus atau kuahnya.
- 2) Suhu
  - a) Makanan kering disimpan pada suhu kamar 25°C-30°C.
  - b) Makanan basah harus segera disajikan pada suhu di atas 60°C.
  - c) Makanan basah yang masih lama disajikan disimpan pada suhu dibawah 10°C.

e. Pengangkutan Makanan

Pengangkutan makanan yang sehat akan sangat berperan di dalam mencegah terjadinya pencemaran makanan. Pencemaran pada makanan masak lebih tinggi risikonya daripada pencemaran pada bahan makanan. Oleh karena itu titik pengendalian lebih diutamakan pada makanan masak.

- 1) Pengangkutan Bahan Makanan.
  - a) Mengangkut makanan tidak bercampur dengan bahan berbahaya dan beracun (B3) seperti pupuk, obat hama atau bahan berbahaya lainnya.
  - b) Kendaraan pengangkut tidak dipergunakan untuk mengangkut bahan lain.
  - c) Kendaraan yang digunakan harus diperhatikan kebersihannya.
  - d) Hindari pemakaian kendaraan yang telah digunakan untuk mengangkut bahan kimia atau pestisida walaupun sudah dicuci.
  - e) Hindari perlakuan manusia yang menangani makanan selama pengangkutan seperti ditumpuk, diinjak, dibanting, diduduki atau bahkan menjadi alas tempat tidur. Contohnya sayuran dan buah-buahan yang diangkut dari pasar.
  - f) Gunakan kendaraan dengan kontruksi yang higienis.
  - g) Kalau memungkinkan gunakan kendaraan dengan alat pendingin.
- 2) Pengangkutan Makanan Siap Santap

Makanan siap santap mempunyai risiko tinggi terhadap terjadinya pencemaran pada makanan. Oleh karena itu pengangkutan harus memperhatikan hal hal sebagai berikut:

  - a) Setiap makanan mempunyai wadah masing masing.
  - b) Isi makanan jangan terlalu penuh untuk mencegah terjadinya kondensasi. Uap makanan yang mencair (*kondensat*) merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri sehingga dapat menyebabkan makanan cepat basi.
  - c) Wadah yang dipergunakan harus utuh, kuat dan ukurannya memadai dengan makanan yang ditempatkan dan terbuat dari bahan anti karat atau bocor.
  - d) Pengangkutan untuk waktu yang lama harus diatur suhunya agar tetap panas yaitu pada 60°C atau tetap dingin pada 4°C.
  - e) Wadah dalam perjalanan tidak boleh selalu dibuka dan tetap dalam keadaan tertutup sampai di tempat penyajian.

- 3) Kendaraan Pengangkut Makanan Disediakan Khusus dan Tidak Digunakan untuk Keperluan Mengangkut Bahan Lain.

f. Penyajian Makanan

- 1) Tempat penyajian

Penyajian oleh jasa boga berbeda dengan rumah makan. Di rumah makan tempat penyajian relatif berdekatan dengan dapur pengolahan, sedangkan pada jasa boga tempat penyajian bisa berkilo-kilo meter dari tempat pengolahan.

- 2) b. Prinsip Penyajian

- a) Prinsip wadah artinya setiap jenis makanan ditempatkan dalam wadah terpisah masing masing dan diusahakan tertutup terutama wadah yang berada tidak satu level dengan wadah makanan lainnya. bertujuan: makanan tidak terkontaminasi silang, bila satu tercemar yang lain dapat diamankan, dan memperpanjang masa saji makanan sesuai dengan tingkat kerawanan makanan.
- b) Prinsip kadar air artinya makanan yang mengandung kadar air tinggi (kuah, soto, saus) baru dicampur pada saat menjelang dihidangkan untuk mencegah makanan cepat rusak atau basi
- c) Prinsip *edible part* artinya setiap yang disajikan dalam penyajian adalah merupakan bahan makanan yang dapat dimakan. Hindari pemakaian bahan yang membahayakan kesehatan seperti stekker besi, tusuk gigi atau bunga plastik. Bahan bahan tersebut harus segera dibersihkan dengan tujuan untuk mencegah kecelakaan atau gangguan akibat salah makan.
- d) Prinsip pemisah artinya makanan harus dipisah menurut jenis makanan agar tidak saling mencampur aduk dan berakibat pada kontaminasi silang.
- e) Prinsip panas artinya makanan dalam kondisi panas harus disajikan dalam keadaan panas dengan tujuan untuk mencegah pertumbuhan bakteri dan meningkatkan selera.
- f) Prinsip bersih artinya setiap peralatan yang digunakan harus bersih dan baik.
- g) Prinsip *handling* artinya setiap penanganan makanan maupun alat makan tidak kontak langsung dengan anggota tubuh manusia terutama tangan dan bibir.

- 3) Kegiatan Pengawasan.

Kegiatan pengawasan di transportasi, pariwisata dan matra dapat mempergunakan formulir pengawasan. Komponen yang diawasi antara lain adalah:

- a) Penjamah makanan.
- b) Makanan jadi.
- c) Peralatan makan dan minum.

### 3. Pengawasan Higiene Perorangan (*Personal Hygiene*)

a. Pengertian

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang mempunyai arti perorangan dan *hygiene* berarti sehat atau bersih. Dengan demikian *personal hygiene* dapat diartikan sebagai suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang. Pemeliharaan *personal hygiene* berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang. Seseorang dikatakan memiliki *personal hygiene* baik apabila,

orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung, dan telinga, kaki dan kuku, dan kebersihan serta kerapian pakaiannya. Sebagai seorang sanitarian, Anda sendiri harus memulai pengawasan *hygiene* diri Anda sendiri. Selanjutnya, Anda juga dapat mengajak orang lain di tempat pengolahan makanan (TPM) juga menjaga higienenya.

b. Prinsip Higiene Perorangan

Prinsip higiene perorangan atau kebersihan diri dalam penerapannya adalah sebagai berikut:

1) Mengetahui sumber pencemaran

Tubuh manusia selain sebagai alat yang merupakan sumber cemaran bagi manusia lain dan lingkungannya termasuk kepada makanan dan minuman. Perlu mengetahui antara sumber cemaran berasal dari tubuh manusia seperti hidung, telinga, isi perut,, kulit dan mulut, sedangkan sumber cemaran lain seperti bisul, koreng dan ketombe.

Sumber cemaran perilaku juga berperan dalam pencemaran terhadap makanan yang dikelolanya dan menyebabkan kontaminasi. Perilaku yang dijumpai seperti kebiasaan belum mencuci tangan yang kotor, batuk, bersin atau percikan ludah sembarangan, menyisir rambut dekat makanan apalagi kalau berketombe, perhiasan yang dipakai terlalu lama menempel di kulit dan mencicipi makanan dengan cara mencilat tanpa alat bantu rentan Terkontaminasi.



Gambar Cara Cuci Tangan Rekomendasi WHO

2) Tindakan yang perlu dilakukan untuk mencegah Pencemaran

Ada beberapa Tindakan Yang Perlu dilakukan untuk mencegah Pencemaran diantaranya: tangan harus dijaga kebersihannya, Harus dijaga selalu kebersihan, kerapian dan keapikan penampilan dengan menjauhkan sifat perilaku buruk dan pakaian kerja dianjurkan dipakai hanya ditempat kerja dan tidak dipakai ditempat jalanan. Dianjurkan dibuat seragam untuk memudahkan pengawasan. Pakaian dari rumah akan sangat kotor pada saat dijalanan, sehingga bisa menjadi sumber pencemaran. Pekerja yang menempati asrama sendiri dapat menggunakan pakaian rumah asal pengawasan kesehatan di asrama juga terjamin. Penampilan pakaian selalu bersih, rapi dan apik

#### **4. Pengawasan Kualitas Makanan dan Minuman di Industri**

a. Pendahuluan

Makanan dan minuman yang sehat selalu dibutuhkan oleh setiap orang termasuk juga di perindustrian. Makanan adalah semua substansi yang dibutuhkan oleh tubuh tidak termasuk air, obat-obatan, dan substansi-substansi lain yang digunakan dalam pengobatan. Makanan merupakan salah satu bagian yang penting untuk kesehatan manusia mengingat setiap saat bisa saja terjadi penyakit-penyakit yang diakibatkan oleh makanan. Kasus penyakit melalui makanan (*food borne diseases*) dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain kebiasaan mengolah makanan secara tradisional, penyimpanan dan penyajian yang tidak bersih, serta pencucian dan penyimpanan alat-alat atau perlengkapan (Chandra, 2002). Penyakit bawaan makanan merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang paling banyak dan paling membebani yang pernah dijumpai di zaman modern ini. Penyakit tersebut menginfeksi banyak korban dalam kehidupan manusia dan menyebabkan sejumlah besar penderitaan khususnya kalangan bayi, lansia dan mereka yang kekebalan tubuhnya terganggu serta masih belum maksimal pada bayi dan kekebalan mulai menurun pada lansia. Tingkat keparahan dan konsekuensi dari penyakit bawaan makanan ini seringkali diremehkan oleh pihak yang berwenang (WHO, 2005).

Kasus penyakit bawaan makanan juga erat kaitannya dengan sanitasi makanan. Sanitasi makanan adalah upaya yang ditujukan untuk kebersihan dan keamanan makanan agar tidak menimbulkan bahaya keracunan dan penyakit pada manusia (Chandra, 2012). Prinsip higiene dan sanitasi makanan merupakan upaya untuk mengendalikan 4 (empat) faktor penyehatan makanan yang dapat atau mungkin dapat menimbulkan gangguan kesehatan atau keracunan makanan yaitu tempat atau bangunan, peralatan, orang dan makanan (Kemenkes RI, 2004). Agar menjamin keamanan suatu makanan maka diperlukan suatu sistem produksi pangan yang dapat diterapkan oleh suatu instansi pengelola makanan. Masyarakat sebagai konsumen akan sulit untuk dapat mengetahui apakah makanan yang mereka konsumsi sudah aman atau belum, karena tidak dapat melihat secara langsung proses pengolahannya (Mandiri T, 2015). Salah satu sistem jaminan keamanan pangan yang dapat diterapkan di industri pengelola makanan adalah dengan melihat enam prinsip sanitasi makanan dan selanjutnya dianalisis menggunakan sistem *Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)*. Kasus penyakit bawaan makanan juga erat kaitannya dengan sanitasi makanan. Sanitasi makanan adalah upaya yang ditujukan untuk kebersihan dan keamanan makanan agar tidak menimbulkan bahaya keracunan dan penyakit pada manusia (Chandra, 2012). Prinsip higiene dan sanitasi makanan merupakan upaya untuk mengendalikan 4 (empat) faktor penyehatan makanan yang dapat atau mungkin dapat

menimbulkan gangguan kesehatan atau keracunan makanan yaitu tempat atau bangunan, peralatan, orang dan makanan (Kemenkes. RI, 2004).

b. *Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP).*

*Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)* atau analisis bahaya dan titik kendali kritis merupakan suatu sistem manajemen yang digunakan untuk melindungi makanan dari bahaya biologi, kimia dan fisik. Sistem tersebut diterapkan sebagai upaya pencegahan terhadap bahaya yang diperkirakan dapat terjadi dan bukan merupakan reaksi dari munculnya bahaya. Jadi, sistem ini merupakan tindakan pencegahan sebelum bahaya muncul (BSN, 1998). HACCP pertama kali dikembangkan di Amerika pada tahun 1960-an oleh *Pillsbury Company* untuk *Aeronautics and Space Administration (NASA)*. Saat itu, akan dikembangkan suatu produk makanan bagi para astronot yang memberikan jaminan dengan tepat bahwa makanan yang akan dikonsumsi oleh astronot aman. Sistem pengujian keamanan pangan dengan pengambilan sampel dari setiap frekuensi produksi, tidak menjamin keamanan semua produk. NASA mengharapkan adanya sistem yang dapat menjamin keamanan semua produk pangan untuk konsumsi para astronot (Thaheer H., 2005).

HACCP merupakan suatu sistem yang menjamin bahwa semua potensi bahaya pada bahan pangan secara sistematis dikendalikan pada setiap tahap pengolahan. Sistem HACCP ini dapat diterapkan pada seluruh rantai pangan dari produk primer sampai pada konsumsi akhir dan penerapannya harus dipedomani dengan bukti bukti secara ilmiah terhadap risiko kesehatan manusia. Selain meningkatkan keamanan pangan, penerapan HACCP dapat memberikan ketentuan lain yang penting. Selanjutnya, penerapan sistem HACCP dapat membantu inspeksi oleh lembaga yang berwenang dan memajukan perdagangan internasional, melalui peningkatan kepercayaan keamanan pangan (Sumantri A., 2015). Prinsip pertama pada konsep HACCP adalah analisis bahaya yang berkaitan dengan semua aspek produk yang sedang diproduksi. Pemeriksaan atau analisis terhadap bahaya ini harus dilaksanakan, sebagai tahap utama untuk mengidentifikasi semua bahaya yang dapat terjadi bila produk pangan dikonsumsi. Analisis bahaya harus dilaksanakan menyeluruh dan realistis, dari bahan baku hingga ke tangan konsumen.

**C. Ringkasan**

- Hiegene dan sanitasi merupakan usaha pencegahan suatu penyakit yang menitikberatkan pada usaha kesehatan meliputi menciptakan dan pemeliharaan sehat pada perseorangan atau manusia serta lingkungan tempat orang tersebut tinggal.
- Manfaat penerapan hiegene dan sanitasi yaitu untuk diri sendiri, dan lingkungan sekitar agar lebih bersih dan sehat.
- Tujuan diterapkannya hiegene dan sanitasi dimulai dari kebiasaan hidup sehat seperti mencuci tangan, sikat gigi sampai membuang sampah pada tempat sampah.
- Prinsip hiegene dan sanitasi makanan minuman meliputi, pemilihan bahan makanan, penyimpanan, pengolahan, penyimpanan makanan masak, pengangkutan makanan, penyajian makanan dan dilakukan kegiatan pengawasan makanan.
- Higiene perorangan yaitu Tindakan memelihara kebersihan dan Kesehatan dirinya sendiri meliputi kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung, dan telinga, kaki dan kuku, dan kebersihan serta kerapian pakaiannya sehingga berdampak pada lingkungan sekitar.

- Pengawasan kualitas makanan dan minuman di industri merupakan bagian penting rantai Kesehatan manusia bertujuan tidak terjadi penularan penyakit melalui makanan (*food borne diseases*). Salah satu metode yang digunakan yaitu menggunakan sistem *Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)*.
- Prinsip utama *Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)* yaitu sistem manajemen yang digunakan untuk melindungi makanan dari bahaya biologi, kimia dan fisik. Sistem tersebut diterapkan sebagai upaya pencegahan terhadap bahaya yang diperkirakan dapat terjadi dan bukan merupakan reaksi dari munculnya bahaya.

#### D. Tugas

Tugas pada bab ini untuk memperdalam materi yaitu

1. Buatlah PPT tentang teori hiegene dan sanitasi menurut para ahli dan pakar.
2. Buatlah makalah tentang kegiatan anda sehari-hari yang berkaitan dengan prinsip hiegene dan sanitasi makanan dan minuman.
3. Buatlah PPT tentang prinsip hiegene dan sanitasi makanan dan minuman di rumah sakit.
4. Buatlah makalah tentang metode pengawasan makanan dan minuman pada bidang industri.

#### E. Daftar Pustaka

Chandra B. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta EGC; 2012.

Badan Standarisasi Nasional. *Sistem Analisa Bahaya dan Pengendalian Titik Kritis (HACCP) Serta Pedoman Penerapannya* (1998)

BPOM RI. *Pedoman Penyelenggaraan Bulan Keamanan Pangan Nasional*. Jakarta: BPOM RI; 2015.

Jamaludin Ramlan, Sumihardi. 2018. *Bahan Ajar Kesehatan Lingkungan: Sanitasi Industri dan K3*. PPSDMK Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI, 2010. *Kursus Hygiene Sanitasi Makanan Minuman*, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2009. *Pedoman Pengelolaan Hygiene Sanitasi Makanan di Rumah Tangga*.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1098 tahun 2003 tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran.

M. Ichsan Sujarno, Sri Muryani. 2018. *Bahan Ajar Kesehatan Lingkungan: Sanitasi Transportasi, Pariwisata dan Mitra*. PPSDMK Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Rauf R. *Sanitasi Pangan dan HACCP*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2013.

*World Health Organization. Penyakit Bawaan Makanan*: Jakarta EGC; 2005.

Yulianto, Wisnu Hadi, R. Jati Nur Cahyo. 2020. *Hyegene, Sanitasi dan K3*. Penerbit: Graha Ilmu. Yogyakarta.

#### F. Glosarium

Akomodasi : sesuatu yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan,

Bahan baku : bahan yang digunakan dalam membuat produk

*Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)*: sistem yang menjamin bahwa semua potensi bahaya pada bahan pangan secara sistematis dikendalikan pada setiap tahap pengolahan.

|                |                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Higiene        | : segala sesuatu yang berhubungan kebersihan dan kesehatan                                                                                                                                                                          |
| Mikroorganisme | : makhluk hidup yang sangat kecil dan hanya dapat dilihat dengan mikroskop.                                                                                                                                                         |
| Nabati         | : bahan pangan asal tumbuh-tumbuhan                                                                                                                                                                                                 |
| Patogen        | : agen biologis yang menyebabkan penyakit pada inangnya                                                                                                                                                                             |
| Penyakit       | : suatu keadaan abnormal dari tubuh atau pikiran yang menyebabkan ketidaknyamanan, disfungsi atau kesukaran terhadap orang yang dipengaruhi                                                                                         |
| Pencemaran     | : masuknya atau dimasukkannya makhluk hidup, zat energi, dan atau komponen lain ke dalam lingkungan                                                                                                                                 |
| Sanitasi       | : perilaku disengaja dalam pembudayaan hidup bersih dengan maksud mencegah manusia bersentuhan langsung dengan kotoran dan bahan buangan berbahaya lainnya dengan harapan usaha ini akan menjaga dan meningkatkan Kesehatan manusia |
| Sehat          | : suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan                                                                                                                |
| Terkontaminasi | : terkena kotoran; tercemar                                                                                                                                                                                                         |

## G. Biodata Penulis



Penulis kelahiran Pati, Jawa Tengah lahir tahun 1993. Menempuh studi pendidikan D4 Analis Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS) lulus tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 tahun 2016 mengambi program studi Imunologi di Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya dan lulus tahun 2018. Sekarang beliau sebagai dosen muda di STIKES Al Irsyad Al Islamiyyah Cilacap mengajar di Program Studi Sarjana Terapan (D4) Teknologi Laboratorium Medis (TLM). Sejak tahun 2019 sampai sekarang sudah menghasilkan penelitian sebanyak 5 kali, pengabdian sebanyak 2 kali, publikasi jurnal nasional sebanyak 12 artikel, dan Internasional 1 artikel terindeks scopus. Sekarang kesibukan beliau sebagai staff dosen mengajar rumpun ilmu Imunologi, Hematologi dan Mikrobiologi serta aktif terlibat di dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi dan sekarang menjabat sebagai Kepala program studi (Kaprod) Sarjana Terapan Teknologi Laboratorium Medis (D4 TLM) mulai sejak 2019 sampai sekarang dan menjabat Ketua Bidang SDM dan Pendidikan Dewan Pimpinan Cabang Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Medik Indonesia (DPC PATELKI) Cilacap (2021- sekarang) serta aktif di keanggotaan Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Teknologi Laboratorium Medik Indonesia (AIPTLMI).

# **BAB XI**

## **MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT**

Syamsul Rizal Sinulingga, MPH

### **A. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang konsep dasar manajemen dalam suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan.

### **B. Materi**

#### **1. Definisi Manajemen**

Manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang kearah tujuan-tujuan organisasional atau maksud-maksud yang nyata. Manajemen adalah suatu kegiatan, pelaksanaannya adalah "*managing*" (pengelolaan), sedangkan pelaksananya disebut dengan manager atau pengelola. Manajemen juga merupakan ilmu pengetahuan atau seni. Dikatakan sebagai seni adalah suatu pengetahuan bagaimana mencapai hasil yang diinginkan atau dengan kata lain seni merupakan kecakapan yang diperoleh dari pengalaman-pengalaman dan pelajaran serta kemampuan untuk menggunakan pengetahuan manajemen.

Massie dalam Azhar Arsyad mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses dimana suatu kelompok secara kerja sama mengarahkan tindakan atau kerjanya untuk mencapai tujuan bersama. Proses tersebut mencakup teknik-teknik yang digunakan oleh sebagian manajer untuk mengkoordinasikan kegiatan atau aktifitas orang-orang lain menuju tercapainya tujuan bersama; sebagian manajer sendiri jarang melakukan aktifitas-aktifitas dimaksud.

Manajemen pada umumnya dikaitkan dengan aktivitas-aktivitas perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, penempatan, pengarahan, pemotivasian, komunikasi, dan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh setiap organisasi dengan tujuan untuk mengorganisasikan berbagai sumber daya yang dimiliki oleh perusahaan sehingga akan dihasilkan suatu produk atau jasa secara efisien. Manajemen adalah sebuah proses yang dilakukan untuk mewujudkan tujuan organisasi melalui rangkaian kegiatan berupa perencanaan, organisasi, pengarahan dan pengendalian orang-orang dan sumberdaya organisasi lainnya. Pengertian Manajemen adalah usaha mengatur organisasi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan secara efektif dan efisien agar tujuan suatu organisasi dapat terwujud dengan baik, maka adanya manajemen menjadi sangat penting. Manajemen merupakan suatu proses sosial yang direncanakan untuk menjamin kerjasama, berpartisipasi, intervensi, dan keterlibatan orang lain dalam mencapai sasaran tertentu yang ditetapkan dengan efektif.

Manajemen merupakan suatu proses sosial yang berhubungan dengan keseluruhan usaha manusia dengan manusia lain serta sumber sumber lainnya dengan menggunakan metode yang efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang ditentukan sebelumnya. Manajemen merupakan suatu proses yang khas terdiri daripada tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian,

menggerakkan, dan pengawasan, yang dilaksanakan untuk mendeterminasi serta mencapai sasaran-sasaran yang ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber lain.

Definisi-definisi atas secara semantik bahasa terdapat perbedaan hal ini merupakan suatu konsekuensi ilmu sosial yang memiliki banyak paradigma, kerana para ahli mengamati fenomena masyarakat yang berada dalam rentang waktu yang berada pula. dari pendapat para ahli tentang definisi manajemen dapat dikasimpulkan bahwa manajemen merupakan usaha atau kegiatan mengatur sebuah organisasi/orang untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan cara yang efektif dan efisien.

## **2. Sejarah Perkembangan Manajemen**

Seperti diketahui ilmu manajemen berkembang terus hingga saat ini. Ilmu manajemen memberikan pemahaman kepada kita tentang pendekatan ataupun tata cara penting dalam rneneliti, menganalisis dan memecahkan masalah-masalah yang berkaitan dengan manajer. Oleh karena itu masalah ini berisikan uraian tentang perkembangan (evolusi), teori manajemen dari masa ke masa. Selain memberikan gambaran bagaimana aliran pikiran masa lalu diharapkan tulisan ini dapat memberikan sumbangan terhadap ruang lingkup dan perkembangan ilmu manajemen.

Pada awal mulanya ilmu manajemen timbul akibat terjadinya revolusi industri di Inggris pada abad 18. Para pemikir tersebut rnemberikan pematian temadap masalah-masalah manajemen yang timbul baik itu di kalangan usahawan, industri maupun masyarakat. Para pemikir itu yang terkenal antara lain, Robert Owen, Henry Fayol, Frederick W Taylor dan lainnya.

### **a. Robert Owen (1771 -1858)**

Robert Owen adalah orang yang menentang praktek-praktek memperkerjakan anak-anak usia 5 atau 6 tahun dan standar kerja 13 jam per hari. Tersentuh dengan kondisi kerja yang amat menyedihkan itu, beliau mengajukan adanya perbaikan temadap kondisi kerja ini. Pada tahun-tahun awal revolusi industri, ketika para pekerja dianggap instrumen yang tidak berdaya, Owen melihat rneningkatkan kondisi kerja di pabrik, rnenaikkan usia minimum kerja bagi anak-anak, mengurangi jam kerja karyawan, menyediakan makanan bagi karyawan pabrik, mendirikan toko-toko untuk menjual keperluan hidup karyawan dengan harga yang layak, dan berusaha memperbaiki lingkungan hidup tempat karyawan tinggal, dengan membangun rumah-rumah dan membuat jalan, sehingga lingkungan hidup dan pabrik rnenjadi menarik. Sebab itu, beliau disebut "Bapak Personal Manajemen Modern". Selain itu, Owen lebih banyak memperhatikan pekerja, karena menurutnya, investasi yang penting bagi manajer adalah sumber daya manusia. Selain mengenai perbaikan kondisi kerja, beliau juga rnembuat prosedur untuk meningkatkan produktivitas, seperti prosedur penilaian kerja dan bersaing juga secara terbuka.

### **b. Charles Babbage (1792 -1871)**

Charles Babbage adalah seorang guru besar matematika yang tertarik pada usaha penilaian efisiensi pada operasional suatu pabrik, dengan menerapkan prinsip-prinsip ilmiah agar terwujud peningkatan produktivitas dan penurunan biaya. Beliau pertama kali mengusulkan adanya pembagian kerja berdasarkan spesialisasi pekerjaan yang sesuai dengan keterampilan tertentu, sehingga pekerjaan dibuat rutin dan lebih mudah dapat dikendalikan dengan alat kalkulator.

c. Frederick W. Taylor (1856 -1915)

Frederick W. Taylor dikenal dengan manajemen ilmiahnya dalam upaya meningkatkan produktivitas. Gerakannya yang terkenal adalah gerakan efisiensi kerja. Taylor membuat prinsip-prinsip yang menjadi intinya manajemen ilmiah yang terkenal dengan rencana pengupahan yang menghasilkan turunnya biaya dan meningkatkan produktivitas, mutu, pendapatan pekerjaan dan semangat kerja karyawan. Adapun filsafat Taylor memiliki 4 prinsip yang ditetapkan yaitu: 1) Pengembangan manajemen ilmiah secara benar; 2) Pekerjaan diseleksi secara ilmiah dengan menempatkan pekerjaan yang cocok untuk satu pekerjaan; 3) Adanya pendidikan dan pengembangan ilmiah dari para pekerja; 4) Kerjasama yang baik antara manajemen dengan pekerja.

d. Henry L. Gantt (1861 -1919)

Sumbangan Henry L. Gantt yang terkenal adalah sistem bonus harian dan bonus ekstra untuk para mandor. Beliau juga memperkenalkan sistem "*Charting*" yang terkenal dengan "*Gantt Chart*". Ia menekankan pentingnya mengembangkan minat hubungan timbal balik antara manajemen dan para karyawan, yaitu kerja sama yang harmonis. Henry beranggapan bahwa unsur manusia sangat penting sehingga menggarisbawahi pentingnya mengajarkan, mengembangkan pengertian tentang sistem pada pihak karyawan dan manajemen, serta perlunya penghargaan dalam segala masalah manajemen.

Metodenya yang terkenal adalah metode grafis dalam menggambarkan rencana-rencana dan memungkinkan adanya pengendalian manajemen yang lebih baik. Dengan menekankan pentingnya waktu maupun biaya dalam merencanakan dan mengendalikan pekerjaan. Hal ini yang menghasilkan terciptanya "*Gantt Chart*" yang terkenal tersebut.

e. The Gilbreths (Frank B. Gilbreth: 1868 -1924 dan Lillian Gilbreth: 1878 -1972)

Suami istri ini selain mempelajari masalah gerak dan kelelahan, juga tertarik dengan usaha membantu pekerja menampilkan potensinya secara penuh sebagai makhluk manusia. Setiap langkah yang dapat menghasilkan gerak dapat mengurangi kelelahan. Mereka juga terkenal dengan tiga peran dari setiap pekerja yaitu sebagai pelaku, pelajar dan pelatihan yang senantiasa mencari kesempatan baru, atau terkenal dengan konsep "*three position plan of promotion*". Banyak manfaat dan jasa yang diberikan oleh manajemen ilmiah, namun satu hal penting dilupakan oleh manajemen ini, yaitu kebutuhan sosial manusia dalam berkelompok, karena terlalu mengutamakan keuntungan dan kebutuhan ekonomis dan fisik perusahaan dan pekerjaan. Aliran ini melupakan kepuasan pekerjaan pekerja sebagai manusia biasa.

f. Henry Fayol (1841 -1925)

Henry Fayol mengarang buku "*General and Industrial management*". Pada tahun 1916, dengan sebutan teori manajemen klasik yang sangat memperhatikan produktivitas pabrik dan pekerja, disamping memperhatikan manajemen bagi satu organisasi yang kompleks, sehingga beliau menampilkan satu metode ajaran manajemen yang lebih utuh dalam bentuk cetak biru. Fayol berkeyakinan keberhasilan para manajer tidak hanya ditentukan oleh mutu pribadinya, tetapi karena adanya penggunaan metode manajemen yang tepat. Sumbangan terbesar dari Fayol berupa pandangannya tentang manajemen yang bukanlah semata kecerdasan pribadi, tetapi lebih merupakan satu keterampilan yang dapat diajarkan dari dipahami prinsip-prinsip pokok dan teori umumnya yang telah dirumuskan.

### 3. Fungsi Manajemen

#### a. *Planning*

*Planning* (perencanaan) adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi sampai dengan menetapkan alternatif kegiatan untuk pencapaiannya. Perencanaan adalah pemilihan dan menghubungkan fakta menggunakan asumsi-asumsi tentang masa depan dalam membuat visualisasi dan perumusan kegiatan yang diusulkan dan memang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan *planning* mencakup kegiatan pengambilan keputusan kerana termasuk pilihan alternatif keputusan. Diperlukan kemampuan untuk mengadakan visualisasi dan melihat ke depan guna merumuskan suatu pola dari himpunan tindakan untuk masa mendatang. Sebagai salah satu fungsi manajemen, perencanaan menempati fungsi pertama dan utama di antara fungsi manajemen lainnya. Perencanaan dapat diibaratkan sebagai inti manajemen, kerana perencanaan membantu untuk mengurangi ketidak pastian waktu yang akan datang. Perencanaan adalah proses dasar di mana manajer memutuskan tujuan dan cara mencapainya.

Perbedaan pelaksanaan adalah hasil tipe dan tingkat perencanaan yang berbeda pula. Perencanaan merupakan hal yang esensial, karena dalam kenyataan perencanaan memegang peranan yang lebih penting di bandingkan dengan fungsi manajemen yang lainnya. Fungsi-fungsi pengorganisasian, penggerakan, pengawasan sebenarnya hanya melaksanakan keputusan-keputusan perencanaan.

#### b. *Organizing*

*Organizing* (pengorganisasian) adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Istilah pengorganisasian berasal dari perkataan *organism* yang merupakan sebuah entitas dengan bagian bagian yang terintegasi demikian rupa hingga hubungan mereka satu sama lain dipengaruhi oleh hubungan mereka terhadap keseluruhan pengorganisasian adalah tindakan mengusahakan hubungan-hubungan melakukan efektif antara orang-orang, hingga mereka dapat bekerja sama secara efisien dan demikian memperoleh kepuasan pribadi dalam hal melaksanakan tugas-tugas tertentu dalam kondisi lingkungan tertentu guna mencapai tujuan atau sasaran tertentu.

Menurut Heidjarachman Ranupandojo pengorganisasian adalah kegiatan untuk mencapai tujuan yang dilakukan oleh sekelompok orang dilakukan dengan membagi tugas tanggung jawab dan wewenang diantara mereka, ditentukan siapa yang menjadi pemimpin, serta saling berintegrasi secara aktif. Pengorganisasian merupakan kegiatan dasar dari Manajemen yang dilaksanakan untuk mengatur seluruh sumber-sumber yang dibutuhkan termasuk unsur manusia sehingga pekerjaan dapat diselesaikan dengan sukses.

#### c. *Actuating*

*Actuating* (*directing, commanding, motivating, staffing, coordinating*) atau fungsi penggerakan pelaksanaan adalah proses bimbingan kepada staff agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugas pokoknya sesuai dengan ketrampilan yang telah dimiliki, dan dukungan sumber daya yang tersedia.

*Actuating* merupakan salah satu fungsi manajemen yang berfungsi untuk merealisasikan hasil perencanaan dan pengorganisasian. *Actuating* adalah upaya untuk menggerakkan atau mengarahkan tenaga kerja serta nggak mendayagunakan fasilitas yang ada yang dimaksud dimaksud untuk melaksanakan pekerjaan secara bersama.

*Actuating* merupakan usaha untuk menggerakkan anggota-anggota kelompok demikian rupa sehingga mereka baru ke inginan dan berusaha untuk mencapai sasaran-sasaran perusahaan yang bersangkutan dan sasaran-sasaran anggota-anggota perusahaan tersebut oleh karena para anggota ingin mencapai sasaran-sasaran tersebut.

Dalam pelaksanaannya mencakup kegiatan yang dilakukan seorang manajer untuk mengawasi dan melanjutkan kegiatan yang ditetapkan oleh unsur perencanaan dan pengorganisasian agar tujuan tercapai arah efektif dan efisien. Menggerakkan (*actuating*) menurut Terry dalam Sagala berarti merangsang anggota-anggota kelompok melaksanakan tugas-tugas secara antusias dan kemauan yang baik. *Actuating* adalah kemampuan membujuk orang-orang

Pemimpin yang efektif cenderung mempunyai hubungan dengan bawahan yang sifatnya mendukung (*suportif*) dan meningkatkan rasa percaya diri kelompok dengan dalam membuat keputusan. Keefektifan kepemimpinan menunjukkan pencapaian tugas pada rata-rata kemajuan, keputusan kerja, moral kerja, dan kontribusi wujud kerja arahan (*direction*) berarti manajer mengembangkan hampir semua tanggung jawab untuk lembaga. Arahan para supervisor tingkat bawah lebih banyak diperlukan sebagai spesialis-spesialis fungsional daripada manajer yang otonom dalam mengambil keputusan.

d. *Controlling*

*Controlling (monitoring)* atau pengawasan dan pengendalian adalah proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi jika terjadi penyimpangan

Pengendalian dibutuhkan untuk menjamin agar semua kepengurusan rencana dan pelaksanaan kegiatan tercapai tujuan dengan hasil yang baik dan efisien. Pengendalian juga dilakukan untuk menjadi tolak ukur dalam mengambil keputusan untuk dilakukan perbaikan. Pengawasan berarti mendeterminasi apa yang telah dilaksanakan maksudnya mengevaluasi prestasi kerja dan apabila perlu menerapkan Tindakan-tindakan korektif sehingga hasil pekerjaan sesuai dengan rencana-rencana yang telah disusun.

Menjaga keselamatan dan kesuksesan institusi merupakan tugas utama manajer, baik organisasi keluarga maupun organisasi secara universal, bagaimana manajer bisa mengontrol orang lain sementara dirinya masih belum terkontrol.

#### 4. Implementasi Manajemen

Implementasi merupakan penyediaan sarana untuk melaksanakan sesuatu yang menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu tersebut dilakukan untuk menimbulkan dampak atau akibat itu dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan dan kebijakan yang dibuat oleh lembaga-lembaga pemerintah dalam kehidupan kenegaraan. Implementasi sebagai suatu proses tindakan Administrasi dan Politik. Pandangan ini sejalan dengan pendapat Peter S. Cleaves dalam bukunya Solichin Abdul Wahab, yang secara tegas menyebutkan bahwa: Implementasi itu mencakup "*a process of moving toward a policy objective by means of administrative and political steps*".

Secara garis besar, beliau mengatakan bahwa fungsi implementasi itu ialah untuk membentuk suatu hubungan yang memungkinkan tujuan-tujuan ataupun sasaran-sasaran kebijakan publik diwujudkan sebagai *outcome* hasil akhir kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah. Sebab itu fungsi implementasi mencakup pula penciptaan apa yang dalam ilmu kebijakan public disebut

*"policy delivery system"* (sistem penyampaian/penerusan kebijakan publik) yang biasanya terdiri dari cara-cara atau saran-sarana tertentu yang dirancang atau didesain secara khusus serta diarahkan menuju tercapainya tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang dikehendaki. Sedangkan Van Meter dan Van Horn, dalam bukunya Leo Agustino, mendefinisikan implementasi sebagai: "tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan".

Pandangan Van Meter dan Van Horn bahwa implementasi merupakan tindakan oleh individu, pejabat, kelompok badan pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam suatu keputusan tertentu. Badan badan tersebut melaksanakan pekerjaan-pekerjaan pemerintah yang membawa dampak pada warganegaranya. Namun dalam praktiknya badan-badan pemerintah sering menghadapi pekerjaan-pekerjaan di bawah mandat dari undang-undang, sehingga membuat mereka menjadi tidak jelas untuk memutuskan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang seharusnya tidak dilakukan. Secara sederhana implementasi bisa diartikan pelaksanaan atau penerapan.

Pengertian-pengertian di atas memperlihatkan bahwa kata implementasi bermuara pada aktivitas, adanya aksi, tindakan, atau mekanisme suatu sistem. Ungkapan mekanisme mengandung arti bahwa implementasi bukan sekadar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan.

## **5. Aplikasi Manajemen Kesehatan Masyarakat**

Dalam bidang kesehatan masyarakat, manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan." Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Banyak pengertian sehat disampaikan para ahli, WHO, maupun menurut undang-undang, antara lain disebutkan bahwa sehat adalah suatu keadaan yang optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan saja.

Sesuai dengan tujuan sistem kesehatan tersebut, administrasi (manajemen) kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga (*business administration*) yang lebih banyak berorientasi pada upaya untuk mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Administrasi kesehatan lebih tepat digolongkan ke dalam administrasi umum/publik (*public administration*) oleh karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum. Manajemen kesehatan harus dikembangkan di tiap-tiap organisasi kesehatan di Indonesia.

## **6. Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Sehat menurut UU 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sehat secara mental (kesehatan jiwa) adalah satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Sehat secara sosial adalah perikehidupan seseorang dalam masyarakat, yang diartikan bahwa seseorang mempunyai cukup kemampuan

untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri dan kehidupan keluarga sehingga memungkinkan untuk bekerja, beristirahat dan menikmati liburan.

Berdasarkan dua pengertian kesehatan tersebut, dapat disarikan bahwa kesehatan ada empat dimensi, yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi yang saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang, kelompok, atau masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan dari segi fisik saja. Misalnya: seseorang kelihatan sehat dari segi fisiknya, akan tetapi ia tidak mampu mengendalikan emosinya ketika sedih maupun senang dengan mengekspresikan ke dalam bentuk perilaku berteriak atau menangis keras-keras, atau tertawa terbahak-bahak yang membuatnya sulit untuk bisa kembali ke kondisi normal, maka orang tersebut tidak sehat.

Berikut ini beberapa definisi kesehatan masyarakat menurut profesor Winslow dan Ikatan Dokter Amerika, AMA (1948): Ilmu kesehatan masyarakat (*public health*) menurut profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat).

### C. Rangkuman

Manajemen merupakan suatu proses sosial yang berhubungan dengan keseluruhan usaha manusia dengan manusia lain serta sumber sumber lainnya dengan menggunakan metode yang efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang ditentukan sebelumnya. Manajemen merupakan suatu proses yang khas terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, Pengorganisasian, menggerakkan, dan pengawasan, yang dilaksanakan untuk mendeterminasi serta mencapai sasaran-sasaran yang ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber lain.

Seperti diketahui ilmu manajemen berkembang terus hingga saat ini. Ilmu manajemen memberikan pemahaman kepada kita tentang pendekatan ataupun tata cara penting dalam rneneliti, menganalisis dan memecahkan masalah-masalah yang berkaitan dengan manajer. Awal sekali ilmu manajemen timbul akibat terjadinya revolusi industri di Inggris pada abad 18. Para pemikir tersebut rnenemberikan pematian temadap masalah-masalah manajemen yang timbul baik itu di kalangan usahawan, industri maupun masyarakat. Para pemikir itu yang terkenal antara lain, Robert Owen, Henry Fayol, Frederick W Taylor dan lainnya.

Fungsi manajemen meliputi *Planning* (perencanaan), *Organizing* (pengorganisasian), *Actuating* (*directing, commanding, motivating, staffing, coordinating*), *Controlling* (monitoring) atau pengawasan dan pengendalian (wasdal).

Dalam bidang kesehatan masyarakat, manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan.” Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Banyak pengertian sehat disampaikan para ahli, WHO, maupun menurut undang-undang, antara lain disebutkan bahwa sehat adalah suatu keadaan yang optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan saja.

Kesehatan didefinisikan ada empat dimensi, yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi yang saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang, kelompok, atau masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan dari segi fisik saja. Misalnya seseorang kelihatan sehat dari segi fisiknya, akan tetapi ia tidak mampu mengendalikan emosinya ketika sedih maupun senang dengan mengekspresikan ke dalam bentuk perilaku berteriak atau menangis keras-keras, atau tertawa terbahak-bahak yang membuatnya sulit untuk bisa kembali ke kondisi normal, maka orang tersebut tidak sehat.

#### **D. Tugas**

1. Sebutkan salah satu pengertian manajemen !
2. Sebutkan dan jelaskan fungsi manajemen menurut George Terry !
3. Sebutkan ruang lingkup manajemen kesehatan !
4. Sebutkan dan sumber kegiatan sektor kesehatan !
5. Sebutkan dan jelaskan 3 aspek pengorganisasian masyarakat !

#### **E. Daftar Pustaka**

Azhar, Arsyad, *Pokok-Pokok Manajemen*, (Yogyakarta: Pustaka Belajar 1996).  
Dirgantoro, Crown, *Manajemen Strategik*, Jakarta: PT Grasindo, 2001  
George R. Terry dan Leslie W. Rue, *Dasar-Dasar Manajemen*, terj. G.A Ticoalu. (Cet. VII; Jakarta: Bumi Aksara. 2000).  
Hanafi, Mamduh M, *Manajemen*, Yogyakarta: Unit Penerbit, 2003.  
Kotler, Philip, Susanto, A.B., *Manajemen Pemasaran di Indonesia*, Jakarta: Salemba Empat, 2000.  
Pearce dan Robinson, *Manajemen Strategik: Formulasi, Implementasi, dan Pengendalian*, Jakarta: Binarupa Aksara, 1997.

#### **F. Glosarium**

**Evolusi** : Evolusi adalah perubahan secara perlahan-lahan dan bertahap yang berlangsung dalam waktu sangat lama  
**Filsafat** : Ilmu pengetahuan meliputi kebenaran yang terkandung didalamnya ilmu-ilmu metafisika, logika, retorika, etika, ekonomi, politik, dan estetika.  
**Gat chart** : *Gant chart* adalah penggambaran grafis dari jadwal proyek  
**Profit oriented** : Tujuan sebuah kegiatan ekonomi untuk mencetak laba yang sebesar-besarnya

## G. Biodata Penulis



**Syamsul Rizal Sinulingga** adalah seorang tenaga pengajar tetap di salah satu perguruan tinggi kesehatan. Penulis dilahirkan di Teluk Kuantan, pada tanggal 12 Desember 1983, anak sulung dari empat bersaudara. Mengenyam pendidikan awal sekolah dasar di SDN 045 Marsawa lulus pada tahun 1997 dan dilanjutkan pada sekolah menengah pertama SMPN 2 Sentajo lulus pada tahun 1998, bertempat di lokasi yang sama yaitu daerah Transmigrasi Sentajo.

Baru kemudian menempuh pendidikan sekolah menengah atas di SMUN 1 Teluk Kuantan lulus pada tahun 2001.

Lepas pendidikan dasar menengah, penulis mengawali pendidikan tinggi Diploma III pada Akademi Analis Farmasi dan Makanan (AKAFARMA) Yayasan Abdurrah Pekbaru lulus pada tahun 2004. Sempat terjeda selama satu tahun, kemudian penulis melanjutkan pendidikan alih jenjang Strata-1 di Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dan lulus pada tahun 2008. Pada tahun yang sama juga mendaftarkan diri dan menempuh pendidikan pada program studi magister ilmu kesehatan masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan lulus pada tahun 2010.

Pengalaman kerja sebagai tenaga pengajar pernah dirasakan oleh penulis yakni dengan menjadi dosen di STIKes Ford de Kock Bukittinggi (saat ini berubah bentuk menjadi Universitas Fort de Kock) pada tahun 2010 dan pada tahun yang sama juga pernah menjadi dosen tetap di STIKes Prima Nusantara Bukittinggi (berubah menjadi Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi) selama dua tahun hingga tahun 2012. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap pada Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang yang memulai karirnya sejak tahun 2013 hingga sekarang.



## **BAB XII**

# **PILAR-PILAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

Nina Rahmadiliyani, S.Kep., MPH

### **A. Tujuan pembelajaran**

Mahasiswa mampu memahami konsep ilmu kesehatan masyarakat

### **B. Materi**

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup :

#### **1. Ilmu biologi**

Biologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang makhluk hidup, termasuk hewan, tumbuhan, dan mikroba. Biologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu "bios" yang berarti kehidupan dan "logos" yang berarti ilmu sehingga biologi dapat diartikan sebagai ilmu tentang kehidupan dan organisme hidup. Dilansir dari Norwegian University of Science and Technology, aspek biologi berkisar dari studi tentang mekanisme molekuler dalam sel hingga klasifikasi dan perilaku organisme. Cabang ilmu biologi sangat luas. Bahkan, ilmu biologi dapat berinteraksi dengan ilmu-ilmu sosial, seperti biogeografi, psikologi evolusioner, dan sebagainya. Berikut adalah beberapa cabang ilmu biologi yang penting untuk diketahui:

- a. Agronomi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai tanaman budidaya Baca juga: Super Langka, Ahli Biologi Temukan Burung Berkelamin Ganda
- b. Anatomi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai struktur tubuh makhluk hidup
- c. Andrologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai reproduksi pria
- d. Astrobiologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai asal-usul, evolusi, penyebaran, dan masa depan kehidupan di alam semesta
- e. Bakteriologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai kehidupan bakteri
- f. Bioinformatika, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai pemanfaatan teknologi informasi untuk mempelajari data biologi
- g. Biologi kelautan, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai laut
- h. Biologi molekuler, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai penyusun tubuh makhluk hidup tingkat molekuler
- i. Bioteknologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai penerapan biologi untuk menghasilkan suatu produk
- j. Biogeografi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai penyebaran spesies di Bumi
- k. Biofisika, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai proses biologi melalui metode fisika

- l. Biokimia, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai reaksi kimia dalam makhluk hidup
- m. Botani, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai tumbuhan
- n. Ekologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai hubungan timbal balik antara lingkungan dan makhluk hidup
- o. Epidemiologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai penyebaran penyakit
- p. Fisiologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai fungsi kerja tubuh
- q. Imunologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai sistem kekebalan tubuh
- r. Mikrobiologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai mikroorganisme
- s. Ornitologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai burung
- t. Patologi, merupakan cabang ilmu biologi yang mengkaji mengenai penyakit dan pengaruhnya

## 2. Ilmu kedokteran

Kedokteran adalah suatu ilmu, dan seni yang mempelajari tentang penyakit, dan cara-cara penyembuhannya. Ilmu kedokteran adalah cabang ilmu kesehatan yang mempelajari tentang cara mempertahankan kesehatan manusia, dan mengembalikan manusia pada keadaan sehat dengan memberikan pengobatan pada penyakit, dan cedera. Ilmu ini meliputi pengetahuan tentang sistem tubuh manusia, dan penyakit serta pengobatannya, dan penerapan dari pengetahuan tersebut.

Ilmu kedokteran atau pengobatan berbagai penyakit yang ada sekarang, tidak muncul begitu saja. Ilmu ini telah dicari, dipelajari serta dikembangkan sejak ribuan tahun lalu. Pada awalnya, sebagian besar kebudayaan dalam masyarakat awal menggunakan tumbuh-tumbuhan herbal, dan hewan untuk tindakan pengobatan

## 3. Ilmu kimia

Ilmu kimia adalah ilmu yang mempelajari tentang susunan, struktur, sifat, dari skala atom hingga molekul dan perubahan energi yang menyertai suatu perubahan materi atau zat. Sifat kimia adalah sifat yang dapat ditunjukkan dengan melalui perubahan kimia sedangkan sifat fisis merupakan sifat yang dapat diamati tanpa mengubah susunan zatnya.

## 4. Fisika

Fisika merupakan salah satu mata pelajaran jurusan mesin yang terbilang sulit dipahami dan sangat membosankan. Namun pelajaran fisika juga bisa menjadi keahlian kita ketika kita bisa belajar dengan sungguh-sungguh. **Pengertian fisika** yaitu berasal dari kata "*physic*" yang artinya yaitu alam. Jadi ilmu fisika yaitu sebuah ilmu pengetahuan dimana didalamnya mempelajari tentang sifat dan fenomena alam atau gejala alam dan seluruh interaksi yang terjadi didalamnya. Untuk mempelajari fenomena atau gejala alam, fisika menggunakan proses dimulai dari pengamatan, pengukuran, analisis dan menarik kesimpulan. Sehingga prosesnya lama dan berbuntut panjang, namun hasilnya bisa dipastikan akurat karena fisika termasuk ilmu eksak yang kebenarannya terbukti

## 5. Ilmu Lingkungan

Ilmu Lingkungan merupakan salah satu ilmu yang mengintegrasikan berbagai ilmu yang mempelajari jasad hidup (termasuk manusia) dengan lingkungannya, antara lain dari

aspek sosial, ekonomi, kesehatan, pertanian, sehingga ilmu ini dapat dikatakan sebagai suatu poros, tempat berbagai asas dan konsep berbagai ilmu yang saling terkait satu sama lain untuk mengatasi masalah hubungan antara jasad hidup dengan lingkungannya.

#### 6. Sosiologi

Sosiologi berasal dari kata Latin *socius* yang berarti “kawan” dan kata Yunani *logos* yang berarti “kata” atau “berbicara”, jadi sosiologi adalah “berbicara mengenai masyarakat”. Sosiologi adalah ilmu empirik yang mempelajari gejala masyarakat atau social action, untuk dapat merasakan pola pikiran dan tindakan berupa aturan atau hukum yang terjadi di dalamnya

#### 7. Antropologi

Menurut ilmu antropologi “kebudayaan” adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar. Hal tersebut berarti bahwa hampir semua tindakan manusia itu adalah “kebudayaan” karena hanya sedikit kegiatan manusia yang tanpa belajar, hal itu disebut tindakan naluri, refleksi, dan sebagainya. Kemampuan manusia dapat mengembangkan konsep-konsep yang ada dalam kebudayaan. Sebagai contoh dahulu makan dengan tangan sekarang semakin maju dan orang bisa membuat alat yaitu sendok sehingga dapat mengubah kehidupan seseorang menjadi lebih konsumtif dan bersih.

#### 8. Psikologi

Secara etimologi, konsep psikologi berasal dari bahasa Yunani kuno *‘psychē’* yang berarti jiwa dan *‘logia’* adalah ilmu. Sehingga psikologi adalah ilmu yang mempelajari tentang jiwa. Sedangkan, secara terminologis, psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang perilaku manusia dalam hubungannya dengan lingkungannya. Psikologi adalah disiplin ilmu yang mengkaji perilaku manusia dan proses mental manusia, serta mempelajari pengaruh kondisi mental organisme dan lingkungan eksternal individu.

#### 9. Ilmu pendidikan

Ilmu Pendidikan adalah dua kata yang dipadukan, yakni Ilmu dan Pendidikan yang masing-masing memiliki arti dan makna tersendiri. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia terbitan Balai Pustaka disebutkan, bahwa Ilmu adalah Pengetahuan tentang sesuatu bidang yang disusun secara sistem menurut metode tertentu, yang dapat digunakan untuk menerangkan gejala tertentu di bidang (pengetahuan) itu.

#### 10. Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama antara lain:

- a. Epidemiologi adalah cabang ilmu biologi yang mempelajari dan menganalisis tentang penyebaran, pola, dan penentu kondisi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu.
- b. Biostatistik/Statistik Kesehatan adalah data atau informasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Statistik kesehatan sangat bermanfaat untuk kepentingan administrasi seperti merencanakan program pelayanan kesehatan, menentukan alternative penyelesaian masalah kesehatan, dan melakukan analisis tentang berbagai penyakit selama periode waktu tertentu
- c. Kesehatan Lingkungan adalah suatu ilmu dan seni dalam mencapai keseimbangan antara lingkungan dan manusia, ilmu dan juga seni dalam pengelolaan lingkungan sehingga dapat tercapai kondisi yang bersih, sehat, nyaman dan aman serta terhindar dari gangguan berbagai macam penyakit. Ilmu Kesehatan Lingkungan mempelajari dinamika hubungan interaktif antara kelompok penduduk dengan berbagai macam perubahan komponen lingkungan hidup yang menimbulkan ancaman/berpotensi mengganggu kesehatan masyarakat umum.
- d. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku adalah suatu bentuk kegiatan dengan menyampaikan materi tentang kesehatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku sasaran. Ilmu perilaku tersebut meliputi psikologi, sosiologi dan antropologi.
- e. Administrasi Kesehatan Masyarakat adalah suatu ilmu dan seni dibidang ketatausahaan yang menyediakan informasi tentang kesehatan masyarakat.
- f. Gizi Masyarakat adalah kesehatan masyarakat yang mengacu pada cabang populasi terfokus kesehatan masyarakat yang memantau diet, status gizi dan kesehatan, dan program pangan dan gizi, dan memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan publik kesehatan prinsip-prinsip untuk kegiatan yang mengarah pada promosi kesehatan dan mencegah melalui pengembangan kebijakan dan perubahan lingkungan.
- g. Kesehatan Kerja adalah kondisi yang merujuk pada kondisi fisik, mental dan stabilitas emosi secara umum. Individu yang sehat adalah individu yang bebas dari penyakit, cedera, serta masalah mental emosi yang mengganggu aktivitas. Adapun unsur kesehatan yang erat berkaitan dengan lingkungan kerja dan pekerja, yang secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi efisiensi dan produktifitas

### **C. Rangkuman**

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup : Ilmu biologi (Agronomi, Anatomi, Andrologi, Astrobiologi, Bakteriologi, Bioinformatika, Biologi kelautan, Biologi molekuler, Bioteknologi, Biogeografi, Biofisika, Biokimia, Botani, Ekologi, Epidemiologi, Fisiologi, Mikrobiologi, Ornitologi, dan Patologi), Ilmu kedokteran, Ilmu kimia, Fisika, Ilmu Lingkungan, Sosiologi, Antropologi, Psikologi, Ilmu pendidikan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi, Biostatistik/Statistik Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Administrasi Kesehatan Masyarakat, Gizi Masyarakat dan Kesehatan Kerja)

### **D. Tugas**

1. Sebutkan dan jelaskan yang dimaksud dengan ilmu biologi?
2. Apa Apa yang dimaksud dengan Biologi molekuler?
3. Apa yang dimaksud dengan Bioteknologi?

4. Apa yang dimaksud dengan epideomiologi?
5. Jelaskan pengertian dari ilmu lingkungan?
6. Jelaskan yang dimaksud dengan pendidikan dan ilmu perilaku?
7. Apa perbedaan dari biostatistik dengan statistik kesehatan?
8. Apa yang dimaksud dengan admistrasi kesehatan masyarakat?
9. Apa yang dimaksud dengan antropologi?
10. Sebutkan dan jelas yang dimaksud dengan kesehatan kerja?

#### E. Daftar Pustaka

- Capra, F. 2004. *Jaring-jaring Kehidupan: Visi Baru Epistemologi dan Kehidupan*. Yogyakarta: Fajar Pustaka Baru.
- Musahir, 2013. *Panduan Pengajaran Kurikulum Berbasis Kompetensi Mata Pelajaran Biologi*, Jakarta: CV. Irfan Putra
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Rahmawati, 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Manager
- Salmah Sjarifah, 2018. *Pengantar ilmu Kesehatan masyarakat edisi revisi*. Jakarta: CV. Trans Info Media

#### F. Biodata Penulis



**Nina Rahmadiliyani** adalah seorang tenaga pengajar tetap di Perguruan Tinggi swasta di Banjarbaru. Penulis dilahirkan di Dili, 12 November 1982, merupakan anak sulung dari tiga bersaudara. Penulis menempuh pendidikan SD-SMA di Kota Dili Timor-timor dan melanjutkan pendidikan D3 Keperawatan di Akper Muhammadiyah Klaten lulus tahun 2004 dan melanjutkan S1 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta lulus tahun 2006. Tahun 2007 penulis melanjutkan pendidikan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan minat Kebijakan manajemen pelayanan kesehatan (KMPK) IKM dan lulus tahun 2009, penulis juga menempuh pendidikan D3 kebidanan di Duta Gama Klaten dan lulus tahun 2009, semasa menjadi pengajar, penulis menumpuh pendidikan di D3 Perekam medis dan Informasi Kesehatan di STIKes Husada Borneo dan lulus tahun 2020. Pengalaman kerja sebagai Surveyor di PMPK UGM tahun 2008, Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap pada Program Studi D3 Perekam dan Informasi Kesehatan Husada Borneo yang memulai karirnya sejak tahun 2009 hingga sekarang



## **BAB XIII**

# **SISTEM DAN SUB SISTEM KESEHATAN NASIONAL**

Sukardin, S.Kep., Ners., MNS

### **A. Tujuan pembelajaran**

1. Mampu menjelaskan pengertian, asas dan sub-sistem kesehatan nasional Indonesia
2. Menjelaskan sub-sistem kesehatan nasional Indonesia
3. Menjelaskan situasi sistem kesehatan nasional Indonesia terkini

### **B. Penjelasan materi dengan ilustrasi dan contoh**

1. Mampu menjelaskan pengertian, asas, dan sub-sistem kesehatan nasional Indonesia.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

Dalam penyelenggaraannya harus mengacu pada dasar-dasar atau asas-asas sebagai berikut.

- a. Perikemanusiaan : Adalah tidak membedakan golongan agama dan bangsa, pengelola dan pelaksanaan SKN harus berbudi luhur dan memegang teguh etika profesi dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
  - b. Keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.
  - c. Manfaat sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara Indonesia.
  - d. Perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
  - e. Keadilan dan pemerataan kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.
  - f. Penghormatan hak asasi manusia tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan , jenis kelamin, dan status sosial ekonomi serta umur.
  - g. Sinergisme dan kemitraan yang dinamis antar pelaku, antar subsistem SKN serta subsistem lain di luar SKN. Sehingga sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Demikian juga dengan pemerintah dan masyarakat termasuk sektor swasta.
2. Komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*); Diperlukan untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka, rasional, profesional serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

3. Legalitas. Yaitu didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan dukungan regulasi yang responsif serta memperhatikan kaidah dasar bioetika.
4. Antisipatif dan proaktif. Pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang didasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain.
5. Gender dan non diskriminatif. Yaitu kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia.
6. Kearifan lokal. Yaitu memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan.

### **C. Menjelaskan sub-sistem kesehatan nasional Indonesia**

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, maka pengelolaan kesehatan dilaksanakan melalui subsistem kesehatan yang terbagi ke dalam beberapa bagian. Adapun sub-sistem dalam sistem kesehatan nasional (SKN, 2012) yaitu:

- Sub system Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Subsistem Manajemen Kesehatan
- Subsistem Pembiayaan Kesehatan
- Subsistem Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan
- Subsistem Peraturan Manajemen, Informasi, dan Kesehatan
- Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

#### **1. Sub system Sumber Daya Manusia Kesehatan**

##### **Pengertian**

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

##### **Tujuan**

Tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

##### **Unsur Utama**

- Perencanaan tenaga kesehatan: upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan
- Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan: upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah, dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan
- Pendayagunaan tenaga kesehatan: upaya pemerataan, pemanfaatan, pembinaan, dan pengawasan tenaga kesehatan.

## **Prinsip**

- Pengadaan tenaga kesehatan: jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di dalam dan luar negeri
- Pendayagunaan tenaga kesehatan memperhatikan asas pemerataan pelayanan kesehatan serta kesejahteraan dan keadilan bagi tenaga kesehatan
- Pembinaan tenaga kesehatan diarahkan pada penguasaan ilmu dan teknologi serta pembentukan moral dan akhlak sesuai dengan ajaran agama dan etika profesi yang diselenggarakan secara berkelanjutan
- Pengembangan karir dilaksanakan secara objektif, transparan, berdasarkan prestasi kerja, dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan secara nasional

## **Bentuk Pokok**

1. Perencanaan tenaga Kesehatan
  - Kebutuhan baik jenis, jumlah maupun kualifikasi tenaga kesehatan dirumuskan dan ditetapkan oleh pemerintah pusat berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi
  - Majelis Tenaga Kesehatan adalah badan otonom yg dibentuk oleh Kementerian Kesehatan di pusat serta oleh Gubernur di provinsi dengan susunan keanggotaan diwakili berbagai pihak terkait, termasuk wakil konsumen dan tokoh masyarakat
2. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan
  - Standar pendidikan vokasi, sarjana dan profesi tk. Pertama ditetapkan oleh Asosiasi Institusi Pendidikan tenaga kesehatan yang bersangkutan dan diselenggarakan oleh institusi pendidikan tenaga kesehatan yang telah diakreditasi oleh asosiasi yang bersangkutan.
  - Standar pendidikan profesi tk. lanjutan ditetapkan oleh kolegium profesi yang bersangkutan dan diselenggarakan oleh institusi pendidikan dan institusi pelayanan kesehatan yg telah diakreditasi oleh kolegium yang bersangkutan
  - Standar pelatihan tenaga kesehatan ditetapkan oleh org profesi yang bersangkutan.
3. Pendayagunaan tenaga kesehatan
  - Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dilakukan dengan sistem kontrak kerja, yang diselenggarakan atas dasar kesepakatan secara suka rela antara kedua belah pihak
  - Penempatan PNS sesuai dengan kebutuhan, diselenggarakan dalam rangka mengisi formasi pegawai pusat dan pegawai daerah, serta formasi tenaga kesehatan strategis yaitu pegawai pusat yg dipekerjakan daerah
  - Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik swasta di dalam negeri, diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan milik swasta yang bersangkutan melalui koordinasi dengan pemerintah
  - Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di luar negeri, diselenggarakan oleh suatu lembaga yang dibentuk khusus dengan tugas mengkoordinasikan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri

- Pendayagunaan tenaga kesehatan WNI lulusan luar negeri, didahului dengan program adaptasi yang diselenggarakan oleh lembaga pendidikan yang telah diakreditasi oleh organisasi profesi yang bersangkutan
- Pendayagunaan tenaga kesehatan asing dilakukan setelah tenaga kesehatan asing tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh organisasi profesi yang bersangkutan
- Pembinaan dan pengawasan praktik profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi.
- Sertifikasi dilakukan oleh institusi pendidikan, Registrasi dilakukan oleh komite registrasi tenaga kesehatan, Uji kompetensi dilakukan oleh masing-masing organisasi profesi, dan Pemberian lisensi dilakukan oleh pemerintah.
- Dalam pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan diberlakukan peraturan perundang-undangan, hukum tidak tertulis, etika profesi
- Pendayagunaan tenaga masyarakat di bidang kesehatan dilakukan secara serasi dan terpadu oleh pemerintah dan masyarakat. Pemberian kewenangan dalam teknis kesehatan kepada tenaga masyarakat dilakukan sesuai keperluan dan kompetensinya.

## **2. Subsistem Manajemen Kesehatan**

Tujuan dari subsistem ini adalah untuk mengimplementasikan kebijakan kesehatan berbasis bukti untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat untuk menjalankan fungsi administrasi yang efektif, efisien, dan akuntabel serta didukung oleh undang-undang kesehatan dan sistem informasi kesehatan.

Subsistem ini terdiri dari:

- a. Kebijakan kesehatan;
- b. Administrasi kesehatan;
- c. Hukum kesehatan;
- d. Informasi kesehatan; dan
- e. Sumber daya manajemen kesehatan.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan yang efektif dan efisien, Diperlukan manajemen kesehatan yang baik. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi integrasi, sinkronisasi dan harmonisasi berbagai subsistem skn agar efektif efisien dan transparan. Manajemen yang baik sangat tergantung kepada informasi kesehatan yang akurat dan tersedia tepat waktu.

## **3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan**

### **Pengertian**

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **Tujuan**

Tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin

terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yg setinggi-tingginya.

### **Unsur – Unsur Utama**

- Subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni pengendalian dana, alokasi dana, dan pembelanjaan.
- Penggalan dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan
- Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun, baik yg bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta
- Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukannya dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib atau sukarela.

### **Prinsip**

- Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya guna, adil, dan berkelanjutan yg didukung oleh transparansi dan akuntabilitas
- Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin
- Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yg terorganisir, adil, berhasil guna dan berdaya guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan baik berdasarkan prinsip solidaritas sosial yg wajib maupun sukarela, yg dilaksanakan secara bertahap
- Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal : dana sehat) atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misalnya : dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.

### **Penggalan dana**

- Pengendalian dana untuk UKM  
Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman, serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat, misalnya dalam bentuk dana sehat, atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan.
- Penggalan dana UKP  
Sumber dana untuk UKP berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.

### **Pengalokasian dana**

- Alokasi dana dari pemerintah

Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya

- Alokasi dana dari masyarakat

Alokasi dana yang berasal dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atau sukarela.

## **4. Subsistem Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan**

### **Pengertian**

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya yg menjamin ketersediaan, pemerataan, serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yg diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

### **Tujuan**

Tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang aman, bermutu dan bermanfaat, serta terjangkau oleh masyarakat untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

### **Unsur-unsur Utama**

- a. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
- b. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan
- c. Jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan

Ketiga unsur di atas saling bersinergi dan ditunjang dengan teknologi, tenaga pengelola serta penatalaksanaan.

### **Prinsip Obat dan Perbekalan Kesehatan**

- a. Merupakan kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sosial
- b. Sebagai barang publik harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya
- c. Tidak dipromosikan secara berlebihan dan menyesatkan
- d. Penyediaan diselenggarakan melalui optimalisasi industri nasional
- e. Pengadaan dan pelayanan obat di RS disesuaikan dengan standar formularium obat Rumah Sakit, sedangkan di sarana kesehatan lain mengacu kepada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).
- f. Pelayanan diselenggarakan secara rasional dengan memperhatikan aspek mutu, manfaat, harga, kemudahan diakses, serta keamanan bagi masyarakat dan lingkungan
- g. Pengembangan dan peningkatan obat tradisional

- h. Pengamanan diselenggarakan mulai dari tahap produksi, distribusi, dan pemanfaatan yang mencakup mutu, manfaat, keamanan dan keterjangkauan
- i. Kebijakan obat nasional ditetapkan oleh pemerintah bersama pihak terkait lainnya.

### **Bentuk Pokok**

- a. Jaminan Ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
  - 1) Perencanaan kebutuhan secara nasional diselenggarakan oleh pemerintah bersama pihak terkait
  - 2) Perencanaan obat merujuk pada DOEN yang ditetapkan oleh pemerintah bekerjasama dengan organisasi profesi dan pihak terkait lainnya
  - 3) Penyediaan diutamakan melalui optimalisasi industri nasional
  - 4) Penyediaan yang dibutuhkan oleh pembangunan kesehatan secara ekonomis belum diminati swasta menjadi tanggungjawab pemerintah
  - 5) Pengadaan dan produksi bahan baku obat difasilitasi oleh pemerintah
  - 6) Pengadaan dan pelayanan obat di RS didasarkan pada formularium yg ditetapkan oleh KFT RS.
- b. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan
  - 1) Pendistribusian obat diselenggarakan melalui Perdangangan Besar Farmasi (PBF)
  - 2) Pelayanan obat dengan resep dokter kepada masyarakat diselenggarakan melalui apotek, sedangkan obat bebas melalui apotek, toko obat, dan tempat-tempat layak lainnya dengan memperhatikan fungsi sosial
  - 3) Dalam keadaan tertentu, dimana tidak terdapat pelayanan apotek, dokter dapat memberikan pelayanan obat secara langsung kepada masyarakat
  - 4) Pelayanan obat di apotek harus diikuti dengan penyuluhan yang penyelenggaraannya menjadi tanggungjawab apoteker
  - 5) Pendistribusian, pelayanan, pemanfaatan perbekalan kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial.

### **Jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan**

- a. Pengawasan mutu produk obat dan perbekalan kesehatan dalam peredaran dilakukan oleh industri yang bersangkutan, pemerintah, organisasi profesi dan masyarakat
- b. Pengawasan distribusi, pengawasan promosi, pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan dan pengamatan efek samping obat dilakukan oleh pemerintah, kalangan pengusaha, organisasi profesi dan masyarakat
- c. Pengendalian harga dilakukan oleh pemerintah bersama pihak terkait
- d. Pengawasan produksi, distribusi, dan penggunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lainnya dilakukan oleh pemerintah secara lintas sektoral, organisasi profesi dan masyarakat
- e. Pengawasan produksi, distribusi dan pemanfaatan obat tradisional dilakukan oleh pemerintah secara lintas sektoral, organisasi profesi dan masyarakat

## 5. Subsistem Peraturan Manajemen, Informasi dan Kesehatan

### Pengertian

Adalah tatanan yg menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan IPTEK, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

### Tujuan

Terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, didukung oleh sistem informasi, IPTEK dan hukum kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

### Unsur-unsur Utama

Terdiri dari empat unsur utama, yakni administrasi kesehatan, informasi kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi dan hukum kesehatan:

- a. Administasi kesehatan adalah kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan
- b. Informasi kesehatan adalah hasil pengumpulan dan pengolahan data yang merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan
- c. IPTEK adalah hasil penelitian dan pengembangan yang merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan
- d. Hukum kesehatan adalah peraturan perundang-undangan kesehatan yang dipakai sebagai acuan bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

### Prinsip

- a. Administrasi Kesehatan
  - 1) Diselenggarakan dengan berpedoman pada asas dan kebijakan desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan dalam satu NKRI
  - 2) Diselenggarakan dengan dukungan kejelasan hubungan administrasi dengan berbagai sektor pembangunan lain serta antar unit kesehatan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan
  - 3) Diselenggarakan melalui kesatuan koordinasi yang jelas dengan berbagai sektor pembangunan lain serta antar unit antar kesehatan dalam satu jenjang administrasi pemerintahan
  - 4) Diselenggarakan dengan mengupayakan kejelasan pembagian kewenangan, tugas dan tanggung jawab antar unit kesehatan dalam satu jenjang yang sama dan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan.
- b. Informasi Kesehatan
  - 1) Mencakup seluruh data yang terkait dengan kesehatan baik yg berasal dari sektor kesehatan ataupun dari berbagai sektor pembangunan lain

- 2) Mendukung proses pengambilan keputusan di berbagai jenjang administrasi kesehatan
  - 3) Disediakan sesuai dengan kebutuhan informasi untuk pengambilan keputusan
  - 4) Informasi kesehatan yang disediakan harus akurat dan disajikan secara cepat dan tepat waktu dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi
  - 5) Pengelolaan informasi kesehatan harus dapat memadukan pengumpulan data melalui cara-cara rutin (pencatatan dan pelaporan) dan cara-cara non rutin (survei, dll)
  - 6) Akses terhadap informasi kesehatan harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan dan kedokteran.
- c. IPTEK Kesehatan
- Pengembangan dan pemanfaatan IPTEK kesehatan adalah untuk kepentingan masyarakat yang sebesar-besarnya dan tidak boleh bertentangan dengan etika, moral, dan nilai agama.
- d. Hukum Kesehatan
- 1) Pengembangan hukum kesehatan diarahkan untuk terwujudnya sistem hukum kesehatan yang mencakup pengembangan substansi hukum, pengembangan kultur dan budaya hukum, serta pengembangan aparatur hukum kesehatan
  - 2) Tujuan pengembangan untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum dan manfaat hukum
  - 3) Pengembangan dan penerapan hukum kesehatan harus menjunjung tinggi etika, moral dan nilai agama.

### **Bentuk Pokok**

- a. Administrasi Kesehatan
- 1) Penanggungjawab administrasi kesehatan menurut jenjang administrasi pemerintahan adalah sebagai berikut: Pusat: Depkes, Provinsi: Dinkes Provinsi, Kab/Kota: Dinkes Kab/Kota.
  - 2) Departemen kesehatan berhubungan secara teknis fungsional dengan Dinas kesehatan Provinsi dan Dinkes Kab/Kota dan sebaliknya
  - 3) Fungsi Depkes: mengembangkan kebijakan nasional dalam bidang kesehatan, pembinaan, dan bantuan teknis serta pengendalian pelaksanaan pembangunan kesehatan
  - 4) Dinkes Provinsi melaksanakan kewenangan desentralisasi dan tugas dekonsentrasi bidang kesehatan dengan fungsi perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta pembinaan dan bantuan teknis terhadap Dinkes Kab/Kota.
  - 5) Dinkes Kab/Kota melaksanakan kewenangan desentralisasi di bidang kesehatan, dengan fungsi perumusan kebijakan teknis kesehatan, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta pembinaan terhadap UPTD kesehatan
  - 6) Perencanaan nasional diselenggarakan dengan menetapkan kebijakan dan program pembangunan kesehatan nasional yang menjadi acuan perencanaan daerah

- 7) Pelaksanaan dan pengendalian pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman dan standar nasional
  - 8) Perencanaan serta pelaksanaan dan pengendalian pembangunan kesehatan di daerah didasarkan atas kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan
  - 9) Pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman, standar, dan indikator nasional
  - 10) Dinkes Kab/Kota wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Depkes dan Dinkes Provinsi
  - 11) Dinkes Provinsi wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Depkes
  - 12) Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan dengan prinsip desentralisasi dan otonomi daerah, pemerintah pusat melakukan asistensi, advokasi, dan fasilitasi
  - 13) Dalam keadaan tertentu untuk kepentingan nasional, misalnya penanggulangan wabah dan bencana, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban program pembangunan kesehatan diselenggarakan langsung oleh pemerintah pusat.
- b. Informasi Kesehatan
- 1) Sistem informasi kesehatan nasional dikembangkan dengan memadukan sistem informasi kesehatan daerah dan sistem informasi lain yg terkait
  - 2) Sumber data sistem informasi kesehatan adalah dari sarana kesehatan melalui pencatatan dan pelaporan yang teratur dan berjenjang serta dari masyarakat yang diperoleh dari survei, survailans, dan sensus
  - 3) Data pokok sistem informasi kesehatan mencakup derajat kesehatan, upaya kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, serta manajemen kesehatan
  - 4) Pengolahan dan analisis data serta pengemasan informasi diselenggarakan secara berjenjang, terpadu, multidisipliner, dan komprehensif
  - 5) Penyajian data dan informasi dilakukan secara multimedia guna diketahui masyarakat luas untuk pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
- c. IPTEK Kesehatan
- 1) Dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yg diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta dan pemerintah
  - 2) Pemanfaatan IPTEK kesehatan didahului oleh penapisan yg diselenggarakan oleh lembaga khusus yg berwenang
  - 3) Untuk kepentingan nasional dan global, dibentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan
  - 4) Penyebarluasan dalam rangka pemanfaatan hasil-hasil penelitian dan pengembangan kesehatan dilakukan melalui pembentukan jaringan informasi dan dokumentasi IPTEK kesehatan.

d. Hukum Kesehatan

- 1) Dikembangkan secara nasional dan dipakai sbg acuan dalam mengembangkan peraturan perundangundangan kesehatan daerah.
- 2) Ruang lingkup hukum kesehatan mencakup penyusunan peraturan perundang-undangan, pelayanan advokasi hukum, dan peningkatan kesadaran hukum di kalangan masyarakat.
- 3) Penyelenggaraan hukum kesehatan didukung oleh pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan, serta pengembangan satuan unit di organisasi hukum kesehatan di Depkes.

## 6. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

### Pengertian

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perorangan, kelompok, dan masyarakat umum di bidang kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yg setinggi-tingginya.

### Tujuan

Terselenggaranya upaya pelayanan, advokasi, dan pengawasan sosial oleh perorangan, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan.

### Unsur-unsur Utama

Terdiri dari tiga unsur utama, yakni pemberdayaan perorangan, pemberdayaan kelompok, dan pemberdayaan masyarakat umum.

- a. Pemberdayaan perorangan adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan perorangan dalam membuat keputusan untuk memelihara kesehatan. Target minimal yang diharapkan adalah untuk diri sendiri yakni mempraktikkan PHBS yang diteladani oleh keluarga dan masyarakat sekitar. Target maksimal adalah berperan aktif sebagai kader kesehatan dalam menggerakkan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Pemberdayaan kelompok adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan kelompok-kelompok di masyarakat, termasuk swasta sehingga di satu pihak dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi kelompok dan di dipihak lain dapat berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan yg dilakukan dapat berupa program pengabdian (*to serve*), memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan (*to advocate*), atau melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan (*to watch*).
- c. Pemberdayaan masyarakat umum adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan masyarakat, termasuk swasta sedemikian rupa sehingga di satu pihak dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan di pihak lain dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa program pengabdian, memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan, atau melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan.

## **Prinsip**

Sistem kesehatan nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan keluarga, dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai target pembangunan kesehatan, melainkan juga Sebagai penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting agar masyarakat termasuk swasta dapat dan mampu berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

Prinsip sub system pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, masyarakat, sesuai dengan sosial budaya, kebutuhan, dan potensi setempat
- b. Dilakukan dengan meningkatkan akses untuk memperoleh informasi dan kesempatan untuk mengemukakan pendapat, keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pelaksanaan pembangunan kesehatan
- c. Dilakukan melalui pendekatan edukatif untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan serta kepedulian dan peran aktif dalam berbagai upaya kesehatan
- d. Dilakukan dengan menerapkan prinsip kemitraan yg didasari semangat kebersamaan dan gotong royong serta terorganisasikan dalam berbagai kelompok/kelembagaan masyarakat
- e. Pemerintah bersikap terbuka, bertanggungjawab, dan bertanggung gugat dan tanggap terhadap aspirasi masyarakat, serta berperan sebagai pendorong, pendamping, fasilitator, dan pemberi bantuan (asistensi) dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yg berbasis masyarakat.

## **Bentuk Pokok**

- a. Pemberdayaan perorangan
  - 1) Dilakukan atas prakarsa perorangan/kelompok yang ada di masyarakat termasuk swasta dan pemerintah
  - 2) Ditujukan kepada tokoh masyarakat, adat, agama, politik, swasta dan populer
  - 3) Dilakukan melalui pembentukan pribadi-pribadi dengan PHBS serta pembentukan kader-kader kesehatan
- b. Pemberdayaan kelompok
  - 1) Dilakukan atas prakarsa perorangan/kelompok yg ada di masyarakat
  - 2) Terutama ditujukan kepada kelompok/kelembagaan yang ada di masyarakat (RT/RW, kel/banjar/nagari, dll)
  - 3) Dilakukan melalui pembentukan kelompok peduli kesehatan dan atau peningkatan kepedulian kelompok/lembaga masyarakat terhadap kesehatan
- c. Pemberdayaan masyarakat umum
  - 1) Dilakukan atas prakarsa perorangan/kelompok yang ada di masyarakat termasuk swasta
  - 2) Ditujukan kepada seluruh masyarakat dalam suatu wilayah
  - 3) Dilakukan melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli kesehatan (Badan Penyantun Puskesmas, Konsil/Komite Kesehatan Kab/Kota, dll).

#### **D. Menjelaskan situasi sistem kesehatan Nasional Indonesia terkini**

Sistem Kesehatan di Indonesia untuk sekarang sudah menuju ke arah yang lebih baik, meskipun masih banyak terdapat banyak macam kendala. Hal ini dapat dilihat dari terdapatnya peningkatan status kesehatan masyarakat. Akan tetapi, meskipun terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat, namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain, sehingga SKN masih perlu terus dilakukan evaluasi dan perbaikan.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang telah menghadapi beberapa perubahan dan tantangan strategis yang mendasar. Tujuan bangsa Indonesia tertuang dalam pembukaan UUD 1945 yang diselenggarakan melalui pembangunan nasional termasuk pembangunan kesehatan. Dalam mendukung terlaksananya pembangunan kesehatan memerlukan dukungan dari Sistem Kesehatan Nasional yang kuat. SKN dijadikan sebuah acuan dalam pendekatan pelayanan kesehatan primer. Hal ini merupakan sebuah pendekatan yang tepat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diformulasikan sebagai visi Indonesia Sehat (Adisasmito Wiku, 2009).

SKN Indonesia memiliki 3 landasan meliputi landasan idiil yaitu Pancasila, landasan konstitusional yaitu UUD Negara RI khususnya pasal 28 dan 34, dan landasan operasional yaitu UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

1. Peningkatan status kesehatan (goodness of health)
2. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan (responsiveness)
3. Peningkatan keadilan dalam pembiayaan kesehatan (fairness of health financing).

*Universal Coverage* (cakupan semesta) merupakan suatu sistem kesehatan yang bertujuan untuk masyarakat dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat, antara lain pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Siswanto, 2010). Salah satu dampak positif dari jaminan kesehatan semesta berupa peningkatan utilisasi pelayanan, namun diduga mengakibatkan moral hazard dan penurunan motivasi di sisi para penyedia layanan. Masalah utama yang ditemui biasanya adalah sustainability dari sistem berobat gratis karena kurang diperhitungkannya kebutuhan anggaran dan lemahnya mekanisme pengendalian biaya. Kebijakan berobat gratis bahkan dianggap hanya suatu kebijakan yang bersifat politis untuk memenuhi 'janji pemilu' yang justru merugikan sistem kesehatan (Dewi, Shita, 2013). Tujuan perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai dapat membantu memobilisasikan sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikan dengan rasional serta dapat digunakan secara efektif dan efisien. Pembiayaan kesehatan mempunyai kebijakan dengan mengutamakan pemerataan serta berfokus pada masyarakat yang tidak mampu (*equitable and pro poor health policy*) yang dapat membantu mencapai akses kesehatan yang universal (Setyawan Budi, 2018). Sistem kesehatan di Indonesia didukung dengan pembiayaan pemerintah yang bersumber dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Anggaran dari pemerintah pusat disalurkan melalui DAU, DAK, DAK non fisik, serta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sedangkan anggaran dari pemerintahan daerah dalam bentuk dukungan program pusat maupun untuk pembiayaan program inovasi daerah sendiri. Pengelola sistem pembiayaan di Indonesia yakni kementerian kesehatan sebagai regulator, monitor dan mengevaluasi pelaksanaan sistem kesehatan. Sedangkan badan pengumpul dan penyalur premi melalui kapitasi dan INA CBG'S adalah BPJS (Dewi Shita, 2017).

## **E. Rangkuman**

SKN dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman, dan arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan. SKN merupakan sistem terbuka yg berinteraksi dg berbagai sistem nasional lainnya dalam suatu suprasistem, bersifat dinamis, dan selalu mengikuti perkembangan. Oleh karena itu tidak tertutup terhadap penyesuaian dan penyempurnaan. Keberhasilan pelaksanaan SKN sangat bergantung pada semangat, dedikasi, ketekunan, kerja keras, kemampuan, dan ketulusan para penyelenggara, serta sangat bergantung pula pada petunjuk, rahmat, dan perlindungan Tuhan YME. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia sudah mampu memberikan peningkatan status kesehatan masyarakat Indonesia dari tahun ke tahun. Namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain.

## **F. Tugas**

1. Jelaskan pengertian, asas Sistem Kesehatan Nasional Indonesia
2. Jelaskan secara singkat sub-sistem kesehatan nasional Indonesia
3. Jelaskan situasi system kesehatan Nasional Indonesia terkini

## **G. Daftar Pustaka**

- Adisasmito Wiku. 2009. Sistem Kesehatan Edisi Kedua. Raja Grafindo Persada.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Dewi, Shita. 2013. Sistem Pembiayaan dan Kebijakan Pengendalian Biaya. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia UGM, Vol. 02, No. 2.
- Gotama Indra, Perdede Donald. 2010. Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu–Isu Jaminan Kesehatan). Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2019. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018 Diakses dari: [www.pusdatin.kemke.go.id/resource/download/pusdatin/profil-kesehatan/Data-daninformasi\\_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf](http://www.pusdatin.kemke.go.id/resource/download/pusdatin/profil-kesehatan/Data-daninformasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf)
- Murti Bhisma. 2011. Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Universitas Sebelas Maret.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72. Sistem Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI. 2012

## H. Profil Penulis



**Sukardin**, Penulis merupakan staf pengajar pada program studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mataram (2009 – sekarang), menyelesaikan Pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 1 Sape (2000-2003), Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) (2003-2009), pendidikan *Magister of Nursing Science* (M.N.S) peminatan *Family and Community Health Nursing* di Kasetsart University Thailand (2012-2014).

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan keluarga dan komunitas. Penulis berupaya untuk meningkatkan karir sebagai dosen professional dengan terus melakukan tridharma perguruan tinggi yaitu melakukan pengajaran, penelitian dan pengabdian masysrakat sesuai dengan bidang kepakaran. Beberapa penelitian yang dilakukan oleh penulis telah didanai oleh internal perguruan tinggi, Kemenristek DIKTI maupun pihak swasta. Penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Terlibat dalam berbagai penulisan karya ilmiah yang telah dipublikasikan dalam jurnal nasional dan internasional.

Email Penulis: [kardinsakti@yahoo.co.id](mailto:kardinsakti@yahoo.co.id)

Buku ajar ini disusun sebagai pelengkap materi mata kuliah ilmu kesehatan masyarakat. Penulisan buku ajar ini bisa dijadikan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa di berbagai universitas yang ada di seluruh Indonesia. Penulis berusaha menyajikan konsep-konsep dasar ilmu kesehatan masyarakat serta beberapa teori dan praktek mengenai IKM. Disamping uraian teoritis juga diberikan contoh-contoh aplikasinya di Indonesia. Uraian dalam buku ajar ini tidak hanya terbatas pada pengertian sempit IKM melainkan diperluas dengan pembahasan tentang konsep ilmu kesehatan masyarakat, konsep sehat-sakit, konsep pencegahan penyakit, pilar keilmuan dari kesehatan masyarakat, konsep dari biostatistik dalam ilmu kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, kesehatan reproduksi dan kependudukan, kesehatan lingkungan, administrasi kebijakan kesehatan, pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan, gizi kesehatan masyarakat, higiene sanitasi, sistem dan sub sistem kesehatan nasional, manajemen kesehatan masyarakat.



✉ [zahirpublishing@gmail.com](mailto:zahirpublishing@gmail.com)  
● [www.zahirpublishing.com](http://www.zahirpublishing.com)

