

Penerbit

TOHAR MEDIA



ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

**Fhirawati Hamdayani Fausiyah Annisa
Kasmianti Yudit Patiku Sudirman Efendi
Hadzmawaty Hamzah Nining Ade Ningsih**

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis

Fhirawati, Hamdayani, Fausiyah Annisa, Kasmiasi,
Yudit Patiku, Sudirman Efendi, Hadzmawaty Hamzah,
Nining Ade Ningsih

EDITOR

Fhirawati, Hamdayani, Kasmiasi

Penerbit

TOHAR MEDIA

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penulis:

Fhirawati, Hamdayani, Fausiyah Annisa, Kasmiati, Yudit Patiku, Sudirman Efendi, Hadzmawaty Hamzah, Nining Ade Ningsih

ISBN : 978-623-5603-43-8

Editor :

Fhirawati, Hamdayani, Kasmiati

Desain Sampul dan Tata Letak

Ai Siti Khairunisa

Penerbit

CV. Tohar Media

Anggota IKAPI No. 022/SSL/2019

Redaksi :

JL. Rappocini Raya Lr 11 No 13 Makassar

JL. Hamzah dg. Tompo. Perumahan Nayla Regency Blok D No.25 Gowa

Telp. 0852-9999-3635/0852-4353-7215

Email : toharmedia@yahoo.com

Website : <https://toharmedia.co.id>

Cetakan Pertama April 2022

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik termasuk memfotocopy, merekam atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Undang-undang Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (Tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp. 5.000.000.000,00 (Lima Miliar Rupiah)**
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat 1, dipidana paling lama **5 (lima tahun)** dan/atau denda paling banyak **Rp. 500.000.000,00 (Lima Ratus Juta Rupiah)**

KATA PENGANTAR

Tiada kata lain yang patut kami ucapkan selain rasa syukur atas berkat Rahmat dan Karunia Tuhan Yang Maha Esa, buku yang berjudul “Ilmu Kesehatan Masyarakat” telah selesai disusun dan berhasil diterbitkan, semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih keilmuan dan penambah wawasan bagi siapa saja yang memiliki minat terhadap pembahasan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Ilmu Kesehatan masyarakat sangat erat dengan kehidupan sehari-hari melingkupi ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan. Perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Kesehatan Masyarakat bukan hanya berbicara atau berteori tentang penyakit dan penyebarannya (epidemiologi), tentang gizi makanan, tentang kesehatan lingkungan, tentang ilmu perilaku dan pendidikan, tetapi juga bagaimana aplikasi atau penerapan teori-teori tersebut dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan masyarakat dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Tim penulis menyadari bahwa pembahasan dalam buku ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, sebagaimana pepatah menyebutkan “tiada gading yang tidak retak” dan sejatinya kesempurnaan hanyalah milik Tuhan semata. Oleh karena itu, kami dengan senang hati menerima berbagai kritik dan saran dari para pembaca, karena hal ini tentunya sangat diperlukan sebagai bagian dari upaya kami untuk terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan karya-karya selanjutnya di masa yang akan datang. Tim penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan berkontribusi dalam keseluruhan rangkaian proses pembuatan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi

semua pihak yang terlibat dalam perkembangan ilmu pengetahuan di Indonesia.

.

Makassar, April 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Depan _i

Halaman Penerbit _ii

Kata Pengantar _iii

Daftar Isi _v

Bab 1. Perilaku dan Promosi Kesehatan _1

1.1. Pendahuluan _1

1.2. Konsep Promosi Kesehatan _2

1.3. Strategi Promosi Kesehatan _10

1.4. Aplikasi Promosi Kesehatan _15

1.5. Teknologi Pendidikan Kesehatan _19

1.6. Penutup _22

Bab 2. Eidemologi _25

2.1. Pendahuluan _25

2.2. Peran Epidemologi _28

2.3. Segitiga Epdemologi _32

2.4. Penutup _33

Bab 3. Kesehatan Reproduksi _35

3.1. Pendahuluan _35

3.2. Pengertian Kesehatan Reproduksi _35

3.3. Kesehatan Reproduksi Pria dan Wanita
yang Perlu di Waspadai _38

3.4. Penutup _43

Bab 4. Administrasi dan Manajemen Kesehatan	_45
4.1. Pendahuluan	_45
4.2. Batasan Administrasi dan Manajemen Kesehatan	_47
4.3. Unsur-unsur Pokok dalam Administrasi Kesehatan	_52
4.4. Fungsi-Fungsi Administrasi/Manajemen	_54
4.5. Pendekatan Praktis Memahami Manajemen Kesehatan	_55
4.6. Penutup	_58
Bab 5. Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan	_59
5.1. Pendahuluan	_59
5.2. Program Kesehatan	_61
5.3. Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan	_65
5.4. Perbandingan Sistem Kesehatan Negara Berkembang dan Negara Maju	_74
5.5. Penutup	_78
Bab 6. Peran Keperawatan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan	_79
6.1. Pendahuluan	_79
6.2. Konsep Sistem Layanan Kesehatan	_80
6.3. Indikator Sistem Pelayanan Kesehatan	_84
6.4. Komponen Pelayanan Kesehatan	_86
6.5. Tingkatan Pelayanan Kesehatan	_89
6.6. Keberadaan Keperawatan dalam Pelayanan	

Kesehatan	_89
6.7. Keperawatan Sebagai Profesi	_92
6.8. Sistem Pelayanan Praktek Profesi Keperawatan	_93
6.9 Ruang Lingkup Keperawatan dalam Pelayanan Kesehatan	_97
6.10. Tanggung Jawab dan Peran Profesional Keperawatan	_100
6.11. Pendekatan Sistem dalam Proses Keperawatan	_101
Bab 7. Surveilans Epidemiologi	_105
7.1. Pendahuluan	_105
7.2. Definisi dan Tujuan Surveilans	_106
7.3. Atribute Surveilans	_108
7.4. Komponen Sistem Surveilans	_113
7.5. Penutup	_116
Bab 8. Gizi Manusia	_117
8.1. Pengertian Zat Gizi	_117
8.2. Kebutuhan Gizi	_118
8.3. Faktor yang Mempengaruhi Gizi	_125
8.4. Penilaian Gizi	_126
8.5. Dampak Asupan Gizi	_127
8.6. Penutup	_129
Daftar Pustaka	_130

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penulis

Fhirawati, Hamdayani, Fausiyah Annisa, Kasmiati,
Yudit Patiku, Sudirman Efendi, Hadzmawaty Hamzah,
Nining Ade Ningsih

Editor

Fhirawati, Hamdayani, Kasmiati

Perilaku dan Promosi Kesehatan

Fhirawati
Universitas Patria Artha

1.1 Pendahuluan

Sebelum diberi nama promosi kesehatan terlebih dahulu dikenal dengan istilah pendidikan kesehatan yang mulai dikembangkan di tahun 1960-an, dan telah mengalami perubahan nama di tahun 1975-an yang dikenal menjadi "Penyuluhan Kesehatan". Istilah itu kembali mengalami perubahan di tahun 1995 yang dikenal dengan nama Promosi Kesehatan. Perubahan itu terjadi seiring dengan adanya konsep paradigma sehat, yang merupakan arah baru dari pembangunan kesehatan di Indonesia (Amin Subargus, 2011). Pada saat ini pemerintah telah banyak membuat kebijakan kesehatan akan tetapi hasilnya belum efektif sehingga belum dapat dimanfaatkan secara maksimal dan dapat dilihat di mana fasilitas kesehatan belum digunakan secara maksimal dan kesadaran masyarakat terkait pola hidup sehat tampak masih rendah. Terwujudnya kesehatan masyarakat sebenarnya bukan hanya menjadi tanggung jawab departemen kesehatan akan tetapi perlu adanya keterlibatan dari berbagai komponen seperti pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat maupun

swasta. Sehingga tingkat keberhasilan dari suatu program itu ditunjukkan dari perkembangan masyarakat yang terkait dengan pertimbangan-pertimbangan kesehatan. Sehingga perlunya menggali kembali terkait pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan (Maulana, 2012).

Promosi kesehatan adalah salah satu upaya yang memiliki sifat *promotive, preventif*, kuratif dan rehabilitatif yang berada dalam satu rangkaian kesehatan yang komprehensif. Perkembangan ilmu dan teknologi terutama bidang kesehatan sangat perlu dilakukan upaya-upaya peningkatan pengetahuan tentang kesehatan sehingga derajat kesehatan yang baik dapat tercapai (Kholid, 2014).

1.2 Konsep Promosi Kesehatan

1.2.1. Pengertian Promosi Kesehatan

Istilah promosi selalu diidentikan dengan penjualan dan periklanan, akan tetapi dalam dunia kesehatan, kata promosi merupakan usaha memperbaiki kesehatan dengan meningkatkan dan menempatkan kesehatan lebih tinggi. Menurut WHO, promosi kesehatan merupakan suatu cara yang memungkinkan seseorang dapat meningkatkan kesehatannya. Dalam hal ini promosi kesehatan berarti membangun kebijakan publik dan menciptakan lingkungan yang mendukung, mengembangkan keterampilan dan berfokus pada pelayanan kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit berfokus dalam menjaga orang sehat untuk meningkatkan derajat kesehatannya yang melibatkan dan memberdayakan individu dan masyarakat untuk selalu berperilaku sehat sehingga dapat meminimalisir terjadinya risiko pengembangan penyakit kronis. Promosi kesehatan merupakan upaya dalam meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, sehingga masyarakat dapat secara mandiri menolong diri

sendiri, dan mengembangkan kegiatan yang berasal dari masyarakat yang sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Berdasarkan program, pendidikan dan perilakunya tujuan dari promosi kesehatan dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu:

1. Tujuan program (jangka panjang) terdiri dari refleksi mengenai pernyataan terkait segala hal yang ingin dicapai dalam periode waktu tertentu yang berkaitan dengan status kesehatan.
2. Tujuan pendidikan (jangka menengah) merupakan pembelajaran yang harus dilakukan agar mencapai perilaku yang diinginkan dalam mengatasi masalah kesehatan.
3. Tujuan perilaku (jangka pendek) merupakan perilaku yang harus dicapai untuk mengatasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap dan tindakan. (Kholid, 2014)

Sebuah promosi kesehatan dilakukan dengan menjalin kemitraan, partisipasi dan perlindungan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan individu dan masyarakat untuk bertindak secara kolektif dalam mengambil keputusan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencapai perubahan yang positif. Promosi kesehatan merupakan upaya promotif (peningkatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), rehabilitatif (pemulihan) sebagai rangkaian dalam upaya kesehatan yang komprehensif. Promosi kesehatan sebagai upaya memberdayakan masyarakat dengan tujuan untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan dan lingkungannya. Memberdayakan dalam artian sebuah upaya untuk membangun kemandirian yang bertujuan untuk menimbulkan kesadaran dan kemampuan dalam mendukung upaya-upaya promosi

kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dengan demikian promosi kesehatan merupakan upaya yang mendukung masyarakat dalam merubah perilaku yang beresiko tinggi menjadi perilaku yang paling tidak beresiko rendah. Program dari promosi kesehatan itu tidak dirancang di belakang meja akan tetapi dibuat berdasarkan realitas yang terjadi dalam dalam kehidupan masyarakat sehari-hari (Kholid, 2014).

1.2.2. Visi Misi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan memiliki visi dan misi yang bertujuan untuk mendukung suksesnya program dari promosi kesehatan tersebut. Visi dari promosi kesehatan tersebut membahas tentang pembangunan kesehatan Indonesia yang diatur dalam UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992. Di mana isi dari visi tersebut adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental dan sosial sehingga masyarakat dapat produktif secara ekonomi maupun sosial. Adapun visi lain promosi kesehatan adalah menerapkan pendidikan kesehatan pada program-program kesehatan, seperti pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya. Adapun misi dari promosi kesehatan adalah advokasi, mediasi dan kemampuan. Advokasi merupakan sebuah program yang direncanakan bagi para penentu kebijakan agar dapat mempengaruhi para pembuat keputusan untuk memberi dukungan terhadap program kesehatan yang ditawarkan melalui sebuah keputusan, mediasi atau penghubung merupakan kerjasama dalam mengembangkan sebuah program kesehatan melalui kemitraan dan kemampuan (enable) yaitu memberikan keterampilan kepada masyarakat sehingga dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri. (Notoatmodjo, 2012).

1.2.3. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran dari promosi kesehatan terdiri dari:

1. Individu, di mana individu diharapkan mampu mendapatkan informasi tentang kesehatan dari berbagai sumber, memiliki pengetahuan dan keinginan untuk memelihara kesehatannya, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat serta ikut serta dalam kegiatan-kegiatan sosial yang berkaitan dengan kesehatan.
2. Masyarakat, diharapkan mengembangkan potensi dalam upaya meningkatkan kesehatan serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat.
3. Pemerintah diharapkan mampu mendukung dan peduli terhadap upaya-upaya kesehatan, mengembangkan perilaku dan lingkungan yang sehat serta membuat kebijakan yang berpengaruh dalam bidang kesehatan.
4. Petugas / pelaksana program, diharapkan mampu merancang komponen promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan serta mampu untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan dapat memberi kepuasan kepada masyarakat (Maulana, 2012)

Agar lebih spesifik sasaran dalam promosi kesehatan terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Sasaran primer yaitu sekelompok masyarakat yang akan dirubah perilakunya misalnya mengubah perilaku hidup tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat. Akan tetapi dalam pelaksanaan promosi kesehatan, sasaran primer tersebut dikelompokkan menjadi kelompok kepala keluarga, ibu hamil, bayi, anak, remaja, pekerja serta masyarakat dll.

2. Sasaran sekunder merupakan upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada tokoh masyarakat setempat baik pemuka informal seperti pemuka adat dan pemuka agama, maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan, pejabat pemerintahan, serta organisasi kemasyarakatan yang diharapkan mampu turut serta dalam upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pasien, individu sehat dan keluarga. Di mana perilaku mereka akan dijadikan acuan bagi masyarakatnya. Oleh karena itu tokoh masyarakat tersebut dijadikan sebagai sasaran sekunder karena dianggap mampu dalam menyampaikan pesan-pesan bagi masyarakatnya dan dapat menjadi contoh bagi masyarakat setempat.
3. Sasaran tersier ditujukan kepada para pembuat kebijakan berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, bidang lainnya yang dapat memfasilitasi sumber daya karena seperti yang kita ketahui bahwa masyarakat memerlukan *enabling* untuk mewujudkan perilaku sehat yaitu sarana dan prasarana yang mendukung terwujudnya perilaku tersebut. Namun, terkadang masyarakat tidak mampu mewujudkan sendiri sarana dan prasarana tersebut sehingga diperlukan dukungan dari pembuat keputusan (Kholid, 2014).

1.2.4. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Secara sederhana ruang lingkup promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan yang berorientasi pada perubahan perilaku, pemasaran sosial yang berorientasi pada pengenalan produk dengan cara kampanye, pendidikan kesehatan atau penyuluhan yang berorientasi pada penyebaran informasi, upaya promotif yang berorientasi pada upaya pemeliharaan serta peningkatan kesehatan serta upaya advokasi yang dapat

berpengaruh terhadap pihak lain untuk mengembangkan kebijakan dalam upaya peningkatan kesehatan.

Ruang lingkup promosi kesehatan terdiri dari:

1. Pengembangan kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan
2. Pengembangan kemitraan yang mendukung suasana
3. Memperkuat kegiatan masyarakat
4. Peningkatan keterampilan
5. Fokus terhadap pelayanan kesehatan yang memberdayakan kesehatan (Kholid, 2014).

Adapun tiga dimensi dalam pendidikan kesehatan diantaranya:

1. Dimensi sasaran terdiri dari pendidikan kesehatan individu, pendidikan kesehatan kelompok serta pendidikan kesehatan masyarakat.
2. Dimensi tempat pelaksanaan terdiri dari pendidikan kesehatan rumah sakit, pendidikan kesehatan di sekolah serta pendidikan kesehatan di masyarakat.
3. Dimensi tempat pelayanan kesehatan terdiri dari *health promotion, specific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation* dan *rehabilitation*. (Ali, 2010).

1.2.5. Model Promosi Kesehatan

Kesehatan sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di mana model dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana faktor-faktor tersebut mempengaruhi kesehatan.

Model promosi kesehatan tersebut di antaranya:

1. *Health Belief Model (HBM)*, adalah model kognitif yang digunakan untuk menjelaskan kegagalan partisipasi masyarakat dalam kegiatan pencegahan dan deteksi

penyakit. Menurut *Health Belief Model*, seseorang melakukan tindakan pencegahan dipengaruhi oleh penilaian kesehatan yang di pengaruhi oleh :

- a. *Perceived threat of injury or illness* (ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka). Berkaitan dengan bagaimana cara seseorang berfikir tentang penyakit yang betul-betul mengancam dirinya. Sehingga, apabila ancaman tersebut dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat.

Penilaian ancaman berdasarkan hal-hal berikut:

- 1) *Perceived vulnerability*
 - 2) *Perceived severity*
- b. *Benefits and costs* (keuntungan dan kerugian). Berkaitan dengan cara mempertimbangkan dan memutuskan antara melakukan tindakan pencegahan atau tidak, berkaitan keuntungan dan kerugian.
 - c. *Salient position* merupakan petunjuk dalam berperilaku yang digunakan dalam memulai perilaku. (Maulana, 2012)

Terdapat 6 komponen dari HBM yang berfungsi sebagai model pencegahan dan preventif, antara lain:

- a. *Perceived Susceptibility* (kerentanan yang dirasakan).
- b. *Perceived Severity* (bahaya/kesakitan yang dirasakan).
- c. *Perceived Benefits* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil).
- d. *Perceived Barriers* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil).
- e. *Cues to Action* (isyarat untuk melakukan tindakan).

f. *Self Efficacy*.

2. *Theory of Reasoned Action (TRA)*, merupakan teori kognitif (pengetahuan) yang lebih menguntungkan dibandingkan dengan teori *Health Belief Model (HBM)*. *Theory of Reasoned Action (TRA)* ini digunakan berbagai berbagai perilaku manusia yang berkaitan dengan sosio-pikologis, dan digunakan dalam menentukan berbagai faktor yang ada kaitannya dengan perilaku kesehatan.

Theory of Reasoned Action (TRA) adalah model yang digunakan dalam meramalkan perilaku preventif dan digunakan dalam berbagai jenis perilaku sehat misalnya merokok, alkohol, perilaku makan dan pengaturan makan, pencegahan AIDS dll (Maulana, 2012).

3. *Transteoritikal Model (TTM)*, merupakan teori yang merubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat, dan yang sehat menjadi lebih sehat lagi. Terbagi menjadi 5 tahap yaitu:
 - 1) *Pre-contemplation* di mana Individu tidak mengetahui terkait adanya masalah dan tidak memikirkan adanya perubahan.
 - 2) *Contemplation*. Di mana Individu berfikir tentang perubahan di masa yang akan datang dengan cara memberi dukungan dan motivasi.
 - 3) *Decission/ determination*. Membutuhkan bantuan dalam mengembangkan rencana tindakan.
 - 4) *Action*. Memberikan umpan balik dalam implementasi dari rencana dan tindakan spesifik.
 - 5) *Maintenance*. Seseorang mampu memperlihatkan tindakan yang maksimal dan mampu mengulangi tindakan yang direkomendasikan secara berkala.

4. *Precede dan Proceed Model*. Model ini adalah salah satu bentuk dari operasionalisasi kegiatan promosi kesehatan dan dikembangkan untuk mendiagnosis terkait pendidikan yang dimulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembangan program. Precede atau yang dikenal dengan *Predisposing, Reinforcing, and Enable Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Ini Terdapat tujuh tahap dalam perumusan diagnosis dalam model Precede, yaitu: diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku dan lingkungan, diagnosis pendidikan. Petugas kesehatan dalam hal ini perawat dapat mengembangkan pernyataan diagnosa yang menggambarkan pendidikan yang menjadi kebutuhan klien sedangkan *Proceed* atau yang dikenal dengan *Policy, Regulatory, and Organizational Construct for Educational and Enviromental Development* ini diperuntukkan dalam merencanakan, mengimplementasi, dan mengevaluasi dalam program pendidikan kesehatan. (Maulana, 2012). Fokus dari model ini yaitu untuk mempengaruhi individu, kelompok dan masyarakat agar berperilaku sehat, memiliki pengetahuan dan evaluasi.

1.3 Strategi Promosi Kesehatan

1.3.1 Definisi Strategi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah salah satu upaya kesehatan yang orientasinya pada perubahan perilaku melalui penyampaian informasi kesehatan yang berguna untuk meningkatkan derajat hidup sehat dan menumbuhkan kesadaran individu dan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Penerapan promosi kesehatan ini melalui pendidikan kesehatan dan penyuluhan kesehatan. Dalam pelaksanaannya dilakukan dalam bentuk kerjasama lintas program ataupun lintas sektor yang berperan serta dalam pemberdayaan masyarakat yang optimal. (Kholid, 2014). Strategi promosi kesehatan dilakukan dalam mewujudkan

visi dan misi kesehatan yang efisien dengan pendekatan yang strategis.

1.3.2 Strategi Promosi Kesehatan Menurut Ottawa Charter

Piagam Ottawa telah merumuskan makna dari kegiatan promosi kesehatan yang dipandang sebagai strategi promosi kesehatan. Strategi tersebut adalah

1. **Build health public policy** (mengembangkan kebijakan publik berwawasan sehat)

Program promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada pelayanan kesehatan saja akan tetapi juga berfokus pada tingkat pengambilan keputusan dari berbagai sektor agar mereka sadar akan tanggung jawab dari sebuah keputusan kesehatan yang telah diambil. Kebijakan promosi kesehatan dilakukan dengan identifikasi hambatan yang diambil dari kebijakan publik di luar sektor kesehatan dan bagaimana cara dalam mengatasi hambatan tersebut. Kebijakan kesehatan di mana keputusan seorang pemimpin harus berorientasi pada kesehatan.

2. *Supportive environment* (menciptakan lingkungan yang mendukung).

Masyarakat kita kompleks, saling berhubungan dan saling mempengaruhi, kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan tujuan lain. Manusia dan lingkungan sangat berkaitan dan tidak dapat dipisahkan sehingga ini merupakan sebuah dasar pendekatan sosio-ekologis dalam kesehatan. Sebuah prinsip dasar dunia, negara, wilayah dan masyarakat dipandang sebagai suatu kebutuhan yang saling menolong sesama masyarakat dalam melindungi kelestarian lingkungan. Konservasi sumber daya alam dikawasan dunia harus ditekankan sebagai tanggung jawab global.

3. *Strengthening community action* (gerakan masyarakat).

Program promosi kesehatan dilakukan melalui gerakan masyarakat yang konkrit dalam mengatur prioritas dalam membuat keputusan serta penerapan dari strategi kesehatan yang dilakukan dengan tujuan kesehatan yang lebih baik, di mana inti dari strategi tersebut adalah pemberdayaan komunitas/masyarakat serta kepemilikan dan kontrol mereka terhadap nasib dan keinginannya. Pengembangan masyarakat menekankan pada pengembangan potensi diri dan sumber daya manusia serta materi yang digunakan dalam meningkatkan kemandirian dan dukungan sosial. Sehingga memerlukan akses penuh akan informasi, kesempatan belajar serta penggalan sumber dana. Gerakan masyarakat dituntut partisipasi masyarakat yang menunjang kesehatan.

4. *Develop personal skills* (pengembangan keterampilan perseorangan).

Promosi kesehatan menuntut pengembangan personal dan sosial dalam penyediaan informasi serta pengembangan keterampilan diri. Sehingga masyarakat dapat menggunakan kendali dalam menentukan pilihan yang berguna bagi kesehatannya. Sangat penting untuk mengenal kondisi seseorang dalam menganalisis kapan dan mengapa masalah terjadi sehingga dengan segera dapat dilakukan pencegahan risiko terjadinya penyakit dan tetap dalam kondisi sehat. Memungkinkan masyarakat untuk belajar dan menyiapkan diri mereka pada saat menghadapi masalah penyakit serta kecelakaan. Hal ini juga harus difasilitasi dalam tatanan sekolah, tatanan rumah tangga, tatanan masyarakat dan tatanan tempat kerja.

5. *Reorient health services* (reorientasi sistem pelayanan kesehatan).

Tanggung jawab promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan terdiri dari tingkat individu, kelompok, masyarakat, institusi pelayanan kesehatan, petugas kesehatan serta pemerintah di mana mereka harus bekerja sama dalam usaha pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan status kesehatan yang optimal dan memungkinkan pihak-pihak tersebut dapat bekerja sama dalam pencapaian kesehatan secara menyeluruh. Pelayanan kesehatan harus mampu bergerak dengan cepat ke arah pengembangan program promosi kesehatan dan fokus pelayanan kesehatan juga harus mampu mengembangkan riset-riset kesehatan serta perubahan yang terjadi. Orientasi tersebut harus mampu merangsang perubahan perilaku, sikap serta organisasi pelayanan kesehatan yang fokus terhadap kebutuhan individu. (Notoatmodjo, 2012)

6. *Moving into the future* (bergerak ke masa depan)

Promosi kesehatan harus mampu melihat ke depan bahwa kesehatan diciptakan agar dapat saling menjaga satu sama lain melalui kemampuan dalam membuat keputusan dan melakukan kontrol terhadap kondisi kesehatan seseorang. Merawat, kebersamaan serta lingkungan merupakan isu-isu yang berguna dalam pengembangan strategi promosi kesehatan. Oleh karena itu, semua yang terlibat harus mampu menjadikan setiap fase dalam kegiatan promosi kesehatan ini sebagai acuan. (Kholid, 2014)

1.3.3 Strategi Promosi Kesehatan Menurut WHO

Strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal yaitu:

1. *Advocacy*

Advokasi merupakan upaya mendukung dan memberikan bantuan kepada orang lain melalui pembuatan keputusan serta penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun non kesehatan yang berkaitan dengan orang lain atau masyarakat. Advokasi kesehatan merupakan upaya yang dilakukan oleh orang-orang yang bergelut dalam bidang kesehatan terutama promosi kesehatan, di mana advokasi ini berada pada level pembuat kebijakan yang dapat lebih menaruh perhatian pada kesehatan. Dapat membuat peraturan yang memihak kepada kesehatan sehingga dari peraturan tersebut dapat mempengaruhi perilaku sehat tercipta dimasyarakat. Tujuan dari advokasi tersebut adalah untuk menciptakan terjadinya perubahan dalam kebijakan, program serta memperkuat dasar dukungan sebanyak mungkin.

2. *Social support*

Dukungan sosial atau kemitraan merupakan suatu kerja sama yang bersifat formal antara individu, komunitas atau organisasi dalam mencapai tujuan tertentu. Strategi dukungan sosial ini adalah untuk mencari dukungan melalui tokoh masyarakat. tujuannya agar para tokoh dapat menjadi jembatan antar sektor kesehatan sebagai pelaksana dan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Contoh dari kegiatan dukungan sosial ini seperti pelatihan, seminar, lokakarya dan sebagainya

3. *Empowerment*

Pemberdayaan masyarakat merupakan strategi promosi kesehatan yang langsung ditujukan kepada masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Program pendampingan masyarakat lebih efektif dilakukan dikarenakan keterlibatan masyarakat mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan sampai dengan evaluasi sehingga program ini dapat dilakukan secara maksimal. Dan ini merupakan inti dari pemberdayaan masyarakat. (Kholid, 2014)

1.4 Aplikasi Promosi Kesehatan

1.4.1 Aplikasi Promosi Kesehatan di Rumah Tangga / Keluarga

Keluarga maupun rumah tangga merupakan unit terkecil di dalam masyarakat, sehingga untuk mewujudkan perilaku sehat yang optimal dapat dimulai dari masing-masing keluarga karena dari keluargalah mulai terbentuk perilaku masyarakat (Ali, 2010). Terdapat beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam promosi kesehatan di rumah tangga yaitu:

- 1 Penyuluhan dengan kelompok terbatas
- 2 Penyuluhan perorangan
- 3 Pemutaran menggunakan film atau video
- 4 Penyuluhan dengan menggunakan metode demonstrasi
- 5 Melalui pemasangan poster
- 6 Melalui pembagian leaflet
- 7 Melakukan kunjungan rumah
- 8 Melakukan lomba kebersihan antar RT/RW/Desa
- 9 Mengadakan pelatihan kader kesehatan.

1.4.2 Aplikasi Promosi Kesehatan di Masyarakat

Program promosi kesehatan tidak hanya berfokus kepada penyadaran masyarakat akan tetapi harus juga disertai upaya dalam memfasilitasi adanya perubahan perilaku sehingga tujuan dari promosi kesehatan dapat tercapai lebih optimal, karena promosi kesehatan merupakan program yang dirancang untuk membawa perilaku dalam masyarakat maupun di komunitas serta lingkungannya. Terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku masyarakat, yaitu:

1. Adanya fasilitas yang dapat mendukung terjadinya perubahan perilaku pada masyarakat, sehingga masyarakat dapat lebih mudah menerima jika terdapat perilaku hidup baru.
2. Adanya pengertian dari masyarakat untuk dapat menerima perilaku baru yang dirasa masuk akal bagi masyarakat.
3. Adanya persetujuan dari para tokoh panutan, sehingga lebih mudah dalam melakukan perubahan dan dapat mempraktikkan perilaku yang dianjurkan.
4. Adanya kesanggupan dalam mengadakan perubahan secara fisik.

1.4.3 Aplikasi Promosi Kesehatan di Sekolah

Setelah keluarga, sekolah menjadi tempat perpanjangan tangan pendidikan bagi keluarga. Di sekolah terdapat guru yang menjadi panutan bagi murid-muridnya sehingga lingkungan sekolah sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat bagi muridnya sehingga perilaku guru harus dikondisikan melalui pelatihan kesehatan, seminar dan sebagainya.

Promosi kesehatan di sekolah adalah sebuah usaha yang mendukung terjadinya suatu komunitas yang dapat berpengaruh dalam terjadinya perubahan perilaku yang dapat

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di sekolah melalui tiga kegiatan atau lebih dikenal dengan istilah Trias Uks, yaitu:

1. Menciptakan lingkungan yang sehat di sekolah
2. Meningkatkan pelayanan dan pemeliharaan di sekolah
3. Pengembangan upaya pendidikan di sekolah.

Terdapat 6 (enam) ciri utama sekolah dalam mempromosikan kesehatan menurut WHO, yaitu:

1. Membentuk kerjasama dari berbagai pihak dalam masalah-masalah kesehatan di sekolah seperti, peserta didik, orang tua, tokoh masyarakat serta komunitas di masyarakat
2. Mendukung dalam menciptakan lingkungan yang aman dan sehat
3. Memfasilitasi dalam pemberian pendidikan kesehatan di sekolah
4. Memfasilitasi dalam pemberian pelayanan di sekolah
5. Menerapkan kebijakan serta upaya dalam mempromosikan dan meningkatkan derajat kesehatan di sekolah

1.4.4 Aplikasi Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Tempat kerja merupakan tempat di mana orang-orang berkumpul untuk mencari nafkah melalui hasil kerjanya, sehingga lingkungan kerja yang sehat akan mempengaruhi kesehatan para pekerja dan begitupun sebaliknya lingkungan kerja yang kurang sehat dapat menurunkan derajat kesehatan sehingga pekerja menjadi kurang produktif. Oleh karena itu perlu adanya pengembangan unit pendidikan kesehatan ditempat kerja. Promosi kesehatan di tempat kerja merupakan sebuah program promosi kesehatan yang dilaksanakan di tempat kerja yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat yang ada di tempat kerja dalam mengenali masalah-masalah

kesehatannya dan mampu dalam mengatasi serta memelihara kesehatannya sendiri dan menciptakan tempat kerja yang sehat. Terdapat 8 (delapan) langkah dalam mengembangkan promosi kesehatan di tempat kerja, yaitu

1. Mencari dukungan manajemen yang dapat berpengaruh terhadap pengembangan promosi kesehatan di tempat kerja.
2. Melakukan koordinasi demi kelancaran jalannya sebuah pelaksanaan oleh para pengambil keputusan yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan di tempat kerja
3. Penjajakan kebutuhan yang bertujuan untuk mengidentifikasi segala masalah yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan dan menjadikannya sebuah program yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat serta dapat meningkatkan derajat kesehatan para pekerja,
4. Memprioritaskan kebutuhan yang mempengaruhi kesehatan
5. Merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan dan mengembangkan rencana tersebut menjadi perencanaan jangka panjang dan pendek.
6. Pelaksanaan kegiatan harus diawasi dan difasilitasi dengan peralatan yang dibutuhkan serta aktif dalam membantu lancarnya kegiatan.
7. Melakukan monitoring dan evaluasi untuk dalam mengetahui tentang seberapa baiknya program tersebut terlaksana sehingga dapat diketahui seberapa suksesnya kegiatan itu dilakukan dan upaya perbaikannya
8. Melakukan revisi dan perbaikan program setelah kegiatan dilakukan sehingga dapat dipertimbangkan jika terdapat kekurangan selama program dilaksanakan serta adanya upaya perbaikan program (Kholid, 2014).

1.5 Teknologi Pendidikan Kesehatan

1.5.1. Pengertian

Teknologi pendidikan kesehatan merupakan cara serta teknik yang terencana yang dilakukan berdasarkan prinsip yang diberlakukan pada pendidikan kesehatan berdasarkan dengan azas komunikasi (Subargus, 2011).

Menurut *National Centre for Programmed Learning United Kingdom* teknologi pendidikan adalah diterapkannya pengetahuan tentang kondisi belajar dalam meningkatkan kualitas mengajar dan latihan. Di mana teknologi pendidikan merupakan penerapan teknik testing empiris dalam meningkatkan suasana belajar. (Ali, 2010).

1.5.2. Unsur Utama Teknologi Pendidikan

Terdapat tiga tahap dalam pengembangan pendidikan kesehatan menurut Lewis Elton tahun 1977, yaitu:

1. Tahap komunikasi massa

Komunikasi massa merupakan tahap pertama dalam pengembangan teknologi pendidikan. Adanya keinginan untuk menggunakan *hardware* (perangkat keras) yang dapat menjangkau lebih banyak peserta didik tanpa harus menambah jumlah pendidik sehingga dapat mencapai skala ekonomis. Misalnya penggunaan TV untuk memberikan informasi, di mana penggunaan TV dapat diikuti oleh banyak orang sehingga menjangkau banyak khalayak dalam melakukan pendidikan kesehatan.

2. Tahap belajar individual

Tahap belajar individual didasarkan pada teori psikologis perilaku yang dipelopori BF Skinner pada tahun 1950-an dimana pengembangannya didasarkan pada paket belajar individu yang kemudian didukung dengan rencana dan

produksi sistem belajar individu yang lengkap. Dalam teori ini bertujuan untuk mempengaruhi klien agar memberi respon terhadap pertanyaan/materi dan memberi umpan balik/ koreksi terhadap rangsangan tersebut. Cara ini dikenal dengan *successive reinforcement* atau teknik penguatan.

Akan tetapi pada tahap belajar individual ini memiliki keterbatasan yaitu peserta tidak dapat mengembangkan diskusi serta keterampilan interpersonalnya.

3. Tahap belajar kelompok

Tahap belajar kelompok dikembangkan dalam psikologi kebudayaan. Teori tersebut di kembangkan oleh Carl Rogers pada tahun 1960-an. Teori tersebut mendukung seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain bila berada dalam situasi kelompok kecil.

Keuntungan belajar kelompok, yaitu:

- a. Tahap belajar kelompok ini sangat efektif digunakan bila kita menginginkan analisis sintesis serta evaluasi dalam tujuan instruksionalnya.
- b. Sangat berguna dalam pemecahan masalah serta berfikir kreatif.
- c. Berguna dalam mengembangkan keterampilan komunikasi.
- d. Berguna dalam memupuk keterampilan komunikasi.
- e. Sangat berguna dalam menciptakan kerjasama kelompok serta kepercayaan diri. (Ali, 2010).

1.5.3. Teknik dalam Pendidikan Kesehatan

1. Diskusi kelompok kecil

Ciri-ciri dalam metode ini, yaitu:

- a. Adanya interaksi serta rangsangan diantar peserta didik
 - b. Mendorong peserta untuk berperan aktif dalam memberikan pendapat, ide dan fakta
 - c. Melatih peserta agar dapat berfikir secara kelompok dan merasakan adanya kedudukan yang sama
 - d. Menciptakan situasi di mana tumbuh kepemimpinan
 - e. Mendorong peserta untuk lebih berfikir luas dan menerima pengertian diantara sesamanya
 - f. Meningkatkan kemampuan untuk menjadi pendengar yang baik serta memberikan argumentasi
 - g. Memupuk rasa tanggung jawab kepemimpinan yang dapat dirasakan oleh pesertanya
2. Ceramah

Ceramah merupakan cara menerangkan suatu pesan secara lisan yang disertai tanya jawab dan diskusi oleh para peserta dan menggunakan beberapa alat peraga yang mendukung pesan tersebut.

Ciri-cirinya, yaitu:

- a. Terdapat kelompok pendengar
 - b. Terdapat pesan yang disampaikan
 - c. Terdapat kesempatan bertanya
 - d. Terdapat alat peraga yang digunakan dalam membantu penyampaian pesan
3. Dialogue

Dialogue merupakan penyampaian informasi melalui sebuah diskusi yang dilakukan oleh dia orang memiliki

pengetahuan yang cukup dan mampu berkomunikasi di depan pendengarnya.

4. Diskusi panel

Sebuah penyampaian pesan yang dilakukan oleh beberapa orang (3 sampai 6 orang) di bawah arahan moderator, bentuk diskusinya berupa penyajian singkat dengan pembicaraan.

5. *Brain storming*

Bertujuan merangsang dan mengumpulkan pendapat sebanyak-banyaknya untuk memecahkan masalah serta menghindari timbulnya kritik

6. Johari window

Konsep tersebut memberikan kesempatan untuk mengolah informasi berdasarkan azas keterbukaan.

7. Latihan kepemimpinan

8. *Team work exercise*

9. Mencari konsensus

10. Klinik desas-desus

11. Ilustrasi tentang persepsi

12. Trio pendengar

13. Interaksi status

14. Latihan menggalakkan kekuatan

15. Inventarisasi gaya belajar. (Amin Subargus, 2011)

1.6 Penutup

Istilah promosi selalu diidentikkan dengan penjualan dan periklanan. Akan tetapi dalam dunia kesehatan, kata promosi merupakan usaha memperbaiki kesehatan dengan meningkatkan dan menempatkan kesehatan lebih tinggi.

Menurut WHO, promosi kesehatan merupakan suatu cara yang memungkinkan seseorang dapat meningkatkan kesehatannya. Dalam hal ini promosi kesehatan berarti membangun kebijakan publik dan menciptakan lingkungan yang mendukung, mengembangkan keterampilan dan berfokus pada pelayanan kesehatan. Sebuah promosi kesehatan dilakukan dengan menjalin kemitraan, partisipasi dan perlindungan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan individu dan masyarakat untuk bertindak secara kolektif dalam mengambil keputusan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencapai perubahan yang positif. Promosi kesehatan merupakan upaya promotif (peningkatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), rehabilitatif (pemulihan) sebagai rangkaian dalam upaya kesehatan yang komprehensif.

Program promosi kesehatan tidak hanya berfokus kepada penyadaran masyarakat akan tetapi harus juga disertai upaya dalam memfasilitasi adanya perubahan perilaku sehingga tujuan dari promosi kesehatan dapat tercapai lebih optimal, karena promosi kesehatan merupakan program yang dirancang untuk membawa perilaku dalam masyarakat maupun di komunitas serta lingkungannya

Epidemiologi

Hamdayani
Universitas Patria Artha

2.1 Pendahuluan

Sejarah ilmu epidemiologi berdasarkan bahasa Yunani *Epi* yang memiliki arti “tentang” sedangkan *demos* yang berarti “penduduk” dan *logia* berarti “ilmu”. Sehingga ilmu yang mempelajari kejadian atau kasus yang dialami penduduk dapat diartikan sebagai epidemiologi (Fahrina, 2018). Definisi epidemiologi dalam buku “*foundations of Epidemiology* (1994) karya David E L , merupakan ilmu yang mempelajari tentang sifat, penyebab, pengendalian, dan faktor yang memengaruhi frekuensi dan distribusi penyakit, kecacatan dan kematian dalam populasi manusia. Sehingga pemberian ciri pada distribusi status kesehatan, penyakit, atau masalah kesehatan masyarakat lainnya berdasarkan usia, jenis kelamin, ras, geografi, agama, pendidikan, pekerjaan, perilaku, dan sebagainya merupakan bagian dari ilmu epidemiologi . Apabila dihubungkan dengan faktor penyebabnya dan berdasarkan cirinya maka epidemiologi sebagai ilmu yang menjelaskan tentang masalah dan distribusi masalah atau penyakit yang berhubungan dengan kesehatan (Andi Asri, Ali Imran, 2020).

Pelaksanaan tindakan dengan pengendalian kesehatan masyarakat, program preventif, intervensi klinis serta pelayanan kesehatan terhadap penyakit pada masyarakat dengan menggunakan ilmu epidemiologi yang dapat berguna untuk dilakukannya pengkajian dan penjelasan terhadap beberapa dampak yang terjadi.

a. Tujuan ilmu epidemiologi

Mengidentifikasi hubungan sebab dan akibat faktor risiko atau faktor determinan sehingga memerlukan kajian epidemiologi untuk menghasilkan informasi dan rekomendasi program-program yang bermanfaat (Amirah and Ahmaruddin, 2020). Terdapat tiga tujuan dalam kajian ilmu epidemiologi, yaitu:

1. Menguraikan penyebab penyakit

Kajian tentang penyebab penyakit. Menjelaskan penyebab satu penyakit atau sekelompok penyakit. Melalui ilmu epidemiologi dapat menganalisis data medis dengan manajemen informasi yang digunakan yang telah didapatkan pada setiap bidang dalam situasi bencana dampak ketidakberdayaan atau kematian.

2. Menetapkan data

Mampu menganalisis beberapa data yang didapatkan dari data epidemiologi dan adanya kesesuaian hasil hipotesis dengan berbagai ilmu pengetahuan, ilmu perilaku serta teknik aplikasi dalam bidang medis

3. Melakukan penanggulangan

Dengan adanya penanggulangan serta upaya pengawasan memberikan dasar pada populasi yang berisiko untuk selanjutnya dapat melakukan evaluasi

terhadap rencana tindakan pada program kegiatan dalam proses penanggulangan.

4. Model penyakit

Pada perkembangan ilmu epidemiologi berdasarkan sejarahnya sebagai suatu model kajian yang berdasarkan epidemik atau wabah yang dipergunakan untuk menetapkan penanggulangan penyakit sesuai dengan kegiatan program intervensi kesehatan. Penggunaan ilmu epidemiologi untuk menetapkan model penyakit, yaitu:

- a. Endemi : Terjadinya suatu penyakit dengan tingkat kejadian yang sama dan menetap pada suatu kelompok atau populasi pada satu wilayah tertentu.
- b. Hiper endemi : Membuktikan munculnya penyakit menular dengan tingkat kejadian yang tinggi dan melebihi angka prevalensi normal dalam populasi. Selain itu penyakit yang menyebar merata pada semua usia dan kelompok.
- c. Holo endemi : Menunjukkan suatu kejadian penyakit pada populasi anak di awal kehidupannya dan mengalami penurunan kejadian seiring bertambahnya usia pada anak tersebut dan kejadian penyakit ini lebih sering di alami oleh anak-anak dibanding orang dewasa.
- d. Epidemik : Munculnya suatu kejadian penyakit yang berasal dari satu sumber tunggal dalam satu kelompok, populasi masyarakat atau wilayah yang melebihi tingkat kebiasaan yang diperkirakan. Epidemik menimbulkan adanya kasus baru melebihi prevalensi suatu penyakit. Kejadian luar biasa akut biasanya juga disebut sebagai epidemik.

- e. Keberadaan ilmu epidemiologi membuktikan kegunaannya dalam membantu pencegahan, penanggulangan dan pengawasan pada bidang kesehatan masyarakat. Berikut beberapa uraian kegunaan epidemiologi:
1. Ilmu yang mempelajari tentang awal mula munculnya suatu penyakit, keberadaan penyakit serta melakukan uji analisis tentang kejadian penyakit pada populasi tertentu yang akan terjadi.
 2. Dipergunakan sebagai data rujukan dalam melakukan intervensi proses pelayanan pada bidang kesehatan masyarakat.
 3. Sebagai sumber informasi dalam proses pelayanan bidang kesehatan.
 4. Sebagai sumber kajian untuk menganalisis faktor risiko suatu penyakit serta menganalisis pengaruh yang akan dialami oleh populasi atau kelompok masyarakat tertentu.
 5. Sebagai alat ukur dalam menentukan tingkat prevalensi dan insiden suatu kejadian penyakit pada waktu tertentu dan kejadian penyakit baru di masyarakat.
 6. Sebagai sumber informasi dalam menentukan intervensi, antisipasi dan destruksi kausa penyakit pada masyarakat.

2.2 Peran Epidemiologi

Epidemiologi merupakan akar dari ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat dan merupakan ilmu seni yang dapat digunakan sebagai landasan untuk melakukan preventif suatu kejadian penyakit di masyarakat, untuk meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat melalui kegiatan-kegiatan yang terprogram baik di pemerintah maupun swasta dalam meningkatkan pengetahuan individu, kelompok, komunitas dan populasi pada masyarakat selain itu tujuan dari ilmu kesehatan masyarakat sebagai sumber informasi dalam melakukan intervensi, penanggulangan serta pengawasan terhadap suatu kejadian atau masalah kesehatan yang dialami oleh masyarakat, peran epidemiologi sangat membantu bagi tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan dan implementasi pelayanan kesehatan merujuk pada hasil-hasil riset atau penelitian epidemiologi. Epidemiologi merupakan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat yang mengukur tingkat prevalensi tingkat insiden, frekuensi, distribusi determinan terjadinya masalah kesehatan di masyarakat. Epidemiologi juga dimanfaatkan pada setiap tahap intervensi dan proses pemantauan serta evaluasi dalam menentukan kausa suatu penyakit di masyarakat. Dalam (Amirah and Ahmaruddin, 2020) Epidemiologi modern dimulai sejak investigasi outbreak kolera yang dilakukan John Snow di Inggris. Pada tahun 1854 adanya kejadian kolera yang berat berada tidak jauh dari Broad Street, kawasan Soho, distrik London, Inggris. Dokter John Snow melakukan investigasi outbreak, dan mengemukakan hipotesis bahwa air yang terkontaminasi, bukan udara kotor menurut "teori miasma" yang pada masa itu diyakini benar, merupakan penyebab menyebarnya kolera. Menurut metodologi sekarang, rancangan yang digunakan John Snow dalam studinya diklasifikasikan sebagai cohort study. Dalam buku "Modern Epidemiology", rancangan itu dapat juga disebut "eksperimen alami" ("natural experiment"). Berdasarkan sejarah kesehatan masyarakat, John Snow dikenal sebagai pakar epidemiologi dengan meneliti penyebaran atau penularan penyakit colera serta penanganannya memutus mata rantai penyebarannya melalui metode dan pemetaan secara.

Seiring berkembangnya zaman metode kerja dari epidemiologi juga berkembang berdasarkan kausa yang semakin luas dengan beberapa faktor kausa yang dilibatkan pada berbagai tingkatan yang dilaksanakan sesuai dengan tahapan kehidupan. Pada 1996, Susser dan Susser dalam (Prof. Bhisma Murti, dr, MPH, MSc, 2000), mengemukakan paradigma “eco-epidemiology”. Konsep eko-epidemiologi dengan mengintegrasikan kajian teoritis berdasarkan berbagai faktor kausa dari berbagai aspek kehidupan individu, keluarga, komunitas dan masyarakat yang di pengaruhinya dengan adanya pendekatan eko-epidemiologi menysasar pada berbagai tingkatan kehidupan yang pemahamannya berdasarkan hubungan, dependensi dan keterlibatan sesuai dengan tahapan-tahapan proses kehidupan dengan berdasarkan riwayat kausa untuk menentukan faktor frekuensi, distribusi determinan masalah kesehatan dengan penggunaan metode analisis yang canggih dalam menentukan penyebaran dan kausa serta prevalensi munculnya masalah kesehatan. Berbagai cabang epidemiologi meliputi epidemiologi sosial, epidemiologi sepanjang hayat, epidemiologi faktor risiko, dan epidemiologi molekuler merupakan perpaduan dari ruang lingkup epidemiologi.

Berdasarkan distribusi dan terminan epidemiologi sosial dapat mengkaji faktor yang mempengaruhi kesehatan yang diakibatkan oleh kondisi sosial ekonomi dalam suatu masyarakat. (Andi Asri, Ali Imran, 2020). Epidemiologi perilaku, dengan melakukan uji riset tentang faktor kausa perilaku dan gaya hidup individu, kelompok, komunitas populasi pada suatu masyarakat untuk melihat efek jangka pendek dan jangka panjang pada tahap kehidupannya. Cabang ilmu yang mengkaji tentang adanya faktor resiko lingkungan dan genetik yang ditinjau dari tingkat molekul dan biokimia terhadap etiologi, distribusi dan pengendalian penyakit dengan memanfaatkan teknik molekul dan biokimia pada individu, keluarga, komunitas

dan populasi di masyarakat selain itu dapat di manfaatkan untuk mengidentifikasi tingkatan molekul dan biokimia terhadap kausa penyakit, manusia dan lingkungan.

Epidemiologi sepanjang hayat di artikan sebagai *“the study of long term effects on later health or disease risk of physical or social exposures during gestation, childhood, adolescence, young adulthood and later adult life”* Kuh dan Ben-Shlomo, 1997 dalam (Amirah and Ahmaruddin, 2020). Merupakan ilmu yang mempelajari perkembangan manusia mulai dari dalam kandungan sampai usia dewasa, faktor risiko kesehatan dan penyakit yang akan terjadi. Ilmu yang mempelajari korelasi berbagai faktor besar dan kecil pada nutrisi sebagai penanggulangan, pengembangan tindakan terhadap defisit nutrisi yang dapat berisiko pada terjadinya penyakit dengan melakukan kontribusi tindakan sistem perencanaan nutrisi yang baik bagi populasi di masyarakat. (Herawati, 2017). Adanya suatu keadaan di mana pada umumnya semua orang dapat terpenuhinya gizi berupa tercukupinya sumber makanan yang bergizi dan sehat untuk kelangsungan hidupnya. Epidemiologi lingkungan merupakan ilmu yang menguraikan tentang berbagai tindakan proteksi terhadap hambatan berupa pemberian intervensi atau upaya dalam penanganan yang efektif yang ditimbulkan lingkungan yang merugikan ditinjau dari faktor internal dan eksternalnya. (Saepudin, 2020). Adanya kolaborasi pada berbagai cabang dan kajian ilmu epidemiologi memberikan gambaran nyata dari hasil analisis berupa riset terhadap kausa pada berbagai aspek yang memberikan efek perubahan terhadap biologi, sosial, ekonomi, lingkungan pada populasi di sepanjang kehidupan. Untuk terciptanya pembangunan yang berkesinambungan ilmu epidemiologi memiliki peran penting dalam memberikan sumbangsih besar terhadap rencana kebijakan pemerintah dalam meningkatkan kesehatan masyarakat berdasarkan kajian riset ilmiah dari berbagai cabang ilmu epidemiologi.

2.3 Segitiga Epidemiologi

Epidemiologic triangle atau segitiga epidemiologi biasa digunakan untuk menganalisis terjadinya penyakit infeksi. Segitiga ini terdiri dari *agent*, *host*, dan *environment*. Pada kondisi normal, ketiga komponen tersebut berimbang perubahan pada satu atau lebih komponen dapat menaikkan atau menurunkan risiko terjadinya penyakit infeksi. Misalnya apabila kemampuan agen menginfeksi meningkat, atau kekebalan tubuh manusia rendah, atau sanitasi lingkungan buruk, maka risiko terjadinya penyakit infeksi akan meningkat.



Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi, (Dr. Suparyanto, 2010)

Segitiga epidemiologi oleh *John G* dan *La Richt* (1950) dalam (Darmawan, 2016) yang mengemukakan bahwa muncul atau tidaknya penyakit pada individu, kelompok, komunitas, dan populasi di masyarakat di sebabkan oleh tiga faktor pencetus (*host*, *agent*, dan *environment*), yakni :

- a. Adanya ketidakseimbangan antara faktor pencetus (*agent*, *host*, dan *environment*) menyebabkan timbulnya penyakit pada manusia.

- b. Kondisi stabilnya individu, kelompok, komunitas dan populasi dimasyarakat berdasarkan imunitas komponen masyarakat itu sendiri terhadap bibit penyakit.
- c. Situasi adanya keterkaitan *environment* yang menjadi tempat atau reservoir *agent* dan *host* saling berhubungan yang dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu, kelompok, komunitas dan populasi di masyarakat

Bibit penyakit atau *agent* adalah merupakan elemen yang kemunculannya dapat mempengaruhi kesehatan pada individu, kelompok, komunitas, dan populasi pada manusia di masyarakat. Penjamu atau *host* adalah segala faktor yang terdapat pada manusia itu sendiri yang berpengaruh terhadap proses penyakit yang dialaminya. Environment merupakan tempat hidup *agent* berdasarkan karakteristik yang dimiliki *host*. (Rajab, 2009)

2.4 Penutup

Berdasarkan konsep dan kajian ilmu epidemiologi yang berbagai cabangnya mampu berkontribusi pada kemajuan pembangunan dalam menunjang rencana program kerja pemerintah dari segala aspek yang berkaitan dengan derajat kesehatan masyarakat. Serta sebagai langkah awal pemerintah dalam melakukan kebijakan-kebijakan berdasarkan dengan berbagai bukti ilmiah yang didapatkan dari kajian cabang ilmu epidemiologi, namun di sisi lain untuk efektifitasnya dalam pembuatan kebijakan tersebut, perlu adanya komunikasi yang baik, antara berbagai disiplin ilmu, berbagai sektor, pimpinan yang membuat kebijakan, para perencana, pakar kesehatan masyarakat, praktisi, peneliti, dan akademisi. Epidemiologi dalam bidang kesehatan, mempunyai peranan yang cukup besar karena hasilnya dapat digunakan untuk melakukan analisis perjalanan penyakit di masyarakat serta berbagai perubahan-perubahan

dampak dari intervensi lingkungan atau manusia, dapat menguraikan pola-pola penyakit pada individu, keluarga, kelompok, komunitas dan populasi di masyarakat, selain itu epidemiologi merupakan salah satu kunci untuk mengetahui faktor risiko dan distribusi gangguan atau masalah kesehatan pada suatu masyarakat. Dalam melakukan analisis tanpa keilmuan epidemiologi tidak mungkin dapat memberikan rekomendasi, karena dengan epidemiologi kita dapat mengetahui keberadaan penyakit di masyarakat berdasarkan kajian riset epidemiologi dan berdasarkan fenomena yang ada di masyarakat dengan hasil uji analisis dan observasi terhadap suatu masalah yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat.

Kesehatan Reproduksi

Fausiyah Annisa
Universitas Patria Artha

3.1. Pendahuluan

Salah satu tujuan utama MDGs adalah untuk mempromosikan tentang kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan, mengurangi angka kematian ibu (AKI) dan mengatasi HIV/AIDS, malaria dan penyakit yang berbahaya bagi kesehatan reproduksi. Untuk mencapai hal tersebut, kesehatan reproduksi harus ditingkatkan. Kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan Dasar No. 32 Tahun 1992 meliputi kesehatan fisik (emosional) dan sosial serta bebas dari penyakit cacat. Kesehatan reproduksi memiliki tiga komponen: kemampuan keberhasilan dan keselamatan. Dengan komponen tersebut berarti artinya dapat berproduksi, dan keberhasilan berarti dapat memiliki anak-anak yang sehat serta tumbuh dan berkembang, selanjutnya keamanan adalah berarti semua proses reproduksi termasuk seks kehamilan persalinan kontrasepsi dan abortus merupakan bukan kegiatan yang berbahaya.

3.2. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan sesuatu hal yang meliputi kesehatan mental, fisik serta sejahtera dalam sosial yang secara lengkap pada semua hal yang berkaitan dengan sistem dan fungsi dalam proses reproduksi yang bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan. Isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi merupakan suatu isu yang sensitif seperti halnya hak reproduksi kesehatan seksual Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk penyakit HIV / AIDS Kebutuhan Khusus Remaja Pengembangan secara merata Penyediaan Perawatan untuk Masyarakat Kurang Mampu dan Terbatas (WHO). Ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut Marmi adalah pertumbuhan dan perkembangan seksual, berikut penjelasannya:

a. Perempuan

Terdapat ciri-ciri seksual pada remaja putri yaitu munculnya menstruasi yang pertama kali biasa disebut dengan (*menarche*). Ciri-ciri hubungan seksual sekunder seperti pelebaran pinggul, perkembangan rahim dan vagina, pembesaran payudara, dan pertumbuhan rambut di daerah vagina dan ketiak. Reproduksi wanita berperan dalam pembuahan sel telur, yang menerima sperma, memberi makan embrio yang sedang berkembang (janin), melahirkan, dan membuat susu untuk bayi. Telur diproduksi di ovarium yang merupakan organ elips di daerah inguinal yang juga menghasilkan hormon seksual. Dalam masa pubertas, hormon mengembangkan banyak folikel setiap bulan. seringkali dalam proses disebut ovulasi hanya satu folikel yang matang untuk melepaskan sel telur dari dinding ovarium. Sel Telur yang matang dapat masuk ke salah satu saluran tubapalopi, yang dibuahi oleh sperma masuk ke dalam rahim dan tumbuh menjadi fetus. Setelah itu

endometrium mempersiapkan kehamilan dengan menebal setiap bulan. Lapisan ini akan menjadi darah haid jika tidak terjadi pembuahan atau sperma yang masuk ke dalam rahim. Rahim adalah organ tempat janin berkembang dan menerima nutrisi dan oksigen. Di dasar rahim adalah serviks, yang mengembang selama kehamilan untuk mempersiapkan jalan lahir. Vagina adalah tabung berotot yang memanjang dari rahim ke luar tubuh. Ini adalah tempat sperma yang berejakulasi selama hubungan seksual dan juga merupakan bagian dari jalan lahir. Dalam kehidupan hormon estrogen dan progesteron merangsang pembesaran payudara dan kelenjar susu. Organ reproduksi eksternal atau labia adalah lipatan kulit di kedua sisi organ reproduksi wanita eksternal. Di depan labia adalah klitoris organ kecil yang sensitif. Mons pubis adalah jaringan di atas klitoris.

b. Laki-laki

Tanda-tanda gender utama pria adalah mimpi basah hari. Ciri-ciri seksual sekunder seperti tumbuh jakun penis pertumbuhan testis ereksi dan ejakulasi suara keras dada tubuh berotot tumbuh kumis cambang rambut kemaluan dan rambut di sekitar ketiak. Tugas utama sistem reproduksi pria adalah produksi sel sperma. Sperma diproduksi di testis, sepasang kelenjar reproduksi pria yang terletak di skrotum. Ini adalah kantung tertutup kulit yang menggantung dari selangkangan. Di setiap testis, bagian berongga tubulus seminiferous adalah tempat sel sperma diproduksi. Testis juga mengeluarkan androgen testosteron, yang merangsang perkembangan struktur reproduksi dan karakteristik seksual sekunder selama masa pubertas. Sel sperma di hasilkan kemudian berpindah ke tabung yang disebut epididimis, yang disimpan setelah sperma matang. Selama pengeluaran (ekskresi air mani dari penis saat orgasme sperma masuk dari epididimis melalui vas deferens, ke uretra. Uretra juga adalah

tempat urin keluar dari tubuh. Sekresi kelenjar tersebut bercampur dengan sperma sebelum ejakulasi akan membentuk semen atau biasanya di sebut dengan air mani. Proses terjadinya kehamilan dengan pertemuan antara sel telur dan sperma inilah di sebut dengan konsepsi yang akan terbentuk menjadi zygot. Proses konsepsi bekerja sbb:

1. *Sel telur* yang di dikeluarkan memiliki nutrisi. Pada *sel telur* terdapat juga kandungan di dalamnya yang biasa di sebut vitelus
2. *Sel Telur* masuk menembus ampularis tuba. Ketika sel sperma masuk melalui leher rahim sel telur siap untuk pembuahan, sehingga inti sel telur dan sperma bertemu dan membentuk yang namanya zygot.
3. Proses implantasi, yaitu zygot membelah diri bersama dengan hasil konsepsi masuk ke dalam uterus, kemudian di bagian dalam Rahim konsepsi berimplantasi. Selanjutnya nidasi bersama dengan sel blastula membentuk plasenta. *Zygot* terus berkembang membentuk janin.

3.3. Kesehatan Reproduksi Pria dan Wanita yang Perlu di Waspadai

Masalah yang terjadi pada Kesehatan reproduksi laki laki maupun perempuan. Beragam penyebabnya baik karena faktor genetik stunting maupun infeksi yang menimbulkan penyakit pada reproduksi. Pada kesehatan reproduksi masalah yang biasanya terjadi yaitu kemampuan seseorang memiliki keturunan. Dalam hal ini masalah pada seksual yang dapat mengganggu persalinan dan menimbulkan risiko terhadap kesehatan. Untuk selanjutnya kita dapat mempelajari masalah kesehatan reproduksi.

3.3.1. Ada Berbagai Hal yang Biasa Terjadi Pada Kesehatan Reproduksi Wanita. Berikut adalah jenis-jenisnya:

a. Disfungsi seksual

Disfungsi seksual bisa menjadi masalah tidak hanya bagi pria tetapi juga bagi wanita. Beberapa disfungsi seksual yang biasa wanita alami seperti kurangnya keinginan untuk berhubungan seksual, hubungan seksual yang menyakitkan, dan hubungan seksual yang tidak memadai. Dari hal tersebut ini biasanya terjadi karena ada masalah pada kesehatan fisik dan mentalnya.

b. Endometriosis

Endometriosis merupakan keadaan jaringan yg akan melapisi bagian dalam dinding rahim yang tumbuh di luar rahim. Misalnya ovarium, bagian belakang rahim, dan dinding perut. Kondisi ini menyebabkan nyeri saat menstruasi sehingga dapat mempengaruhi kemampuan hamil dan melahirkan.

c. Kanker

Kanker merupakan suatu masalah kesehatan reproduksi yang paling berbahaya dan di takuti di kalangan masyarakat. Penyakit ini tumbuh di bagian reproduksi dan mempunyai beberapa bentuk. Kanker yang umum biasa terjadi di sistem reproduksi wanita adalah kanker serviks. Selain itu ada juga beberapa seperti kanker ovarium, kanker uterus, serta kanker yang biasa terjadi di bagian alat genitalia.

d. Sindrom ovarium polikistik (PCOS)

PCOS merupakan masalah reproduksi yang disebabkan oleh tidak seimbangnya hormon androgen yang berlebihan sehingga mempengaruhi kemampuan wanita untuk

berovulasi. Dalam hal ini biasanya dilihat dari pertumbuhan kista ovarium, nyeri perut, dan infertilitas.

e. Gangguan menstruasi

Gangguan menstruasi juga berpengaruh pada kehamilan, menopause dini dan insufisiensi ovarium primer. Menopaus dini, biasa terjadi pada wanita di bawah usia 40 tahun. Jika menopaus terlalu cepat maka siklus menstruasi juga akan berhenti. Haid juga bisa terjadi pada POI, namun bisa juga tidak teratur dan berlangsung lama.

f. Fibroid rahim

Bertumbuhnya sel otot dan jaringan di dalam rahim yang biasa di sebut dengan tumor kandungan. Tumor ini merupakan tumor jinak dan kadang seseorang tidak mengalami gejala. Namun, fibroid rahim biasanya mempengaruhi kesuburan dan akan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan yang sangat berbahaya seperti keguguran dan kelahiran prematur.

3.3.2. Jenis-Jenis Masalah pada Kesehatan Reproduksi pada

Pria

Tidak berbeda dengan seorang wanita, pria juga mempunyai beberapa masalah dalam reproduksi antara lain:

a. Masalah kesuburan

Adapun masalah kesuburan yang biasa terjadi pada pria yaitu sperma yang sedikit atau diluar dari kondisi normal ini disebabkan oleh gangguan hormon, serta testis dan gangguan autoimun yang menyerang sel sperma dan biasanya juga dari efek samping obat hingga adanya gangguan dan masalah kromosom ataupun gen dalam keluarga

b. Disfungsi seksual

Disfungsi seksual yang biasa terjadi pada pria: gangguan ereksi pada pria, pengeluaran sperma yang cepat, pengeluaran sperma yang tertunda hingga, libido menurun.

c. Kanker

Terdapat macam macam kanker pada masalah reproduksi pria. jenisnya merupakan kanker prostat dan kanker testis. dengan usia semakin bertambah, risiko pria mengalami kanker prostat sangat tinggi. Selain itu, jika ada riwayat pada keluarga dapat meningkatkan resiko kanker prostat & kanker testis.

d. Gangguan prostat

Penyakit ini merupakan salah satu masalah pada kesehatan reproduksi pria, terutama pria lanjut usia. Banyak masalah yang biasanya mempengaruhi prostat termasuk hiperplasia prostat jinak, infeksi prostat, dan kanker prostat.

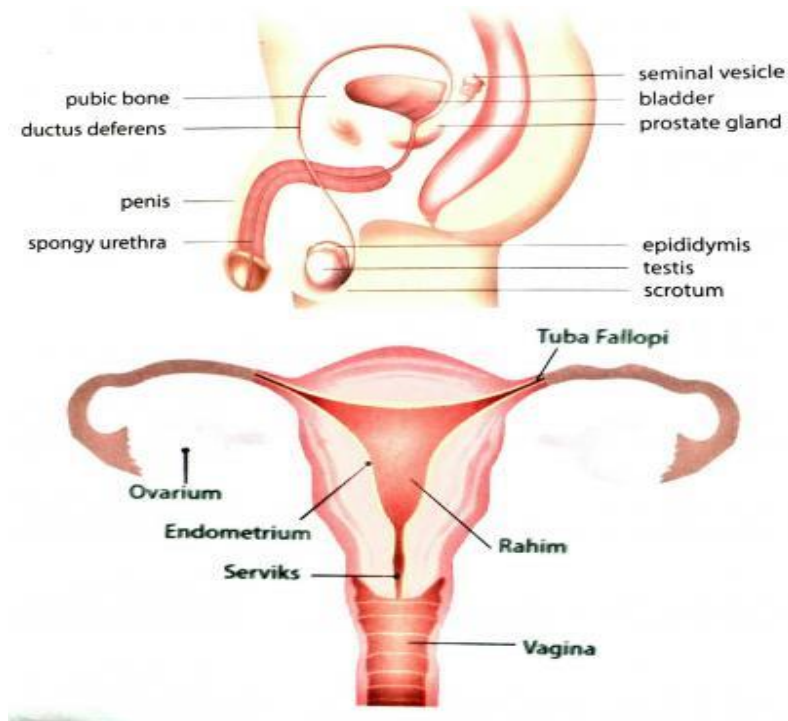
e. Gangguan testis

Ada beberapa jenis masalah reproduksi pria yang ada kaitannya dengan testis:

- Kriptorkismus. Merupakan masalah reproduksi bawaan yang ditemukan seperti testis tidak turun ke skrotum. Dalam hal ini perlu dilakukan pengobatan sebelum anak berusia satu tahun. Jika tidak segera dilakukan pengobatan maka dapat merusak testis, yang bisa menyebabkan Infertil, dan meningkatkan risiko terkena kanker testis.
- Varikokel merupakan kondisi pembuluh darah vena di bagian testis melebar.

- Hidrokel, dengan penumpukan air di bagian testis, sehingga berbahaya pada Kesehatan pria.

Gangguan secara spesifik kesehatan reproduksi bagi Pria dan Wanita yang dapat terjadi dalam hal ini penyakit tertentu, seperti HIV/AIDS atau PMS. Jika kondisi kondisi tersebut tidak diperhatikan dan segera dilakukan pengobatan maka dapat mengalami disfungsi pada organ reproduksi. Sehingga dapat menyebabkan masalah pada kehamilan dan berkurangnya kesempatan memiliki anak. Mengatasi hal tersebut kita memerlukan penanganan yang disesuaikan dengan jenis masalah yang di alami.



Gambar 3.1. Reproduksi Pria dan Wanita (Yanti, 2020)

3.4 Penutup

Kesehatan reproduksi merupakan bagian yang sangat penting bagi wanita, begitu pula kehidupan masyarakat khususnya wanita. Wanita sangat sensitif terhadap sistem reproduksi dan dapat menyebabkan masalah kesehatan reproduksi. Masalah reproduksi dapat disebabkan setelah pubertas atau perilaku seksual berbahaya: aborsi, hubungan seksual pranikah, kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual, penyalahgunaan zat, pola makan yang buruk yang menyebabkan anemia dan gangguan menstruasi Kehidupan, kanker serviks, kanker payudara, penyakit menular. Secara seksual.

Administrasi dan Manajemen Kesehatan

Nining Ade Ningsih
STIK Tamalatea makassar

4.1 Pendahuluan

Administrasi dan manajemen dipandang berdasarkan cakupan studinya, terdapat 3 (tiga) pandangan yang saling berbeda. Ketiga pandangan tersebut adalah: pandangan pertama menyatakan bahwa administrasi lebih tinggi daripada manajemen; hal ini berdasarkan bahwa administrasi adalah seni manajemen, sedangkan manajemen hanya berfokus pada pengelolaan yang berhubungan dengan sumber saja sehingga dengan demikian merupakan bagian dari pekerjaan administrasi saja. Pendapat kedua menyatakan bahwa administrasi lebih rendah daripada manajemen; hal ini disebutkan karena administrasi hanya sebatas menjalankan kebijakan yang telah ditetapkan, dan yang menetapkan kebijakan tersebut adalah manajemen. Dan pendapat ketiga menyatakan bahwa administrasi sama dengan manajemen, sehingga keduanya dapat digunakan dengan bergantian pada jenis kegiatan yang serupa.

Sejalan dengan hal tersebut, beberapa pakar mengemukakan bahwa terdapat perbedaan pengertian antara administrasi dan manajemen, diantaranya Samuel Levey, Paul Loomba, Herman

Finer. Namun sebagian pakar lainnya menyatakan bahwa pengertian administrasi sama dengan pengertian manajemen. Pendapat yang menyatakan kedua istilah tersebut sama, bahwa antara administrasi dan manajemen mempunyai kesamaan berdasarkan karakteristik dan prinsipnya. Berdasarkan hal tersebut maka persepsi administrasi sama dengan persepsi manajemen, dengan demikian maka hal yang sifatnya aktivitas organisasi terutama pada sektor publik sebaiknya menerapkan prinsip-prinsip manajemen. Ada beberapa ahli yang berusaha menerjemahkan nilai dan prinsip manajemen untuk mengembangkan teori dan praktik pada administrasi publik, salah satunya adalah Owen E. Hughes (1998) dalam sebuah karyanya dengan judul *Public Management and Administration*. (Mustofa Amirul dkk, 2020).

Pembelajaran tentang ilmu administrasi dan manajemen bermaksud agar para penyelenggara administrasi maupun manajemen dapat melakukan pengaturan pada wadah/ organisasinya dan memberikan pelayanan prima kepada publik dengan penerapan prinsip organisasi dan menjalankan manajemen dengan baik dan benar. Melalui pengaturan sistem administrasi yang baik maka administrasi dalam melaksanakan tugasnya dapat lebih efektif dan efisien. Sebab jika manajemen baik maka fungsi manajemenpun dapat bekerja dengan profesional. Hubungan antara manajemen dan administrasi dapat dipaparkan sebagai berikut. Kegiatan administrasi merupakan prosedur pelaksanaan kerja yang sejalan dengan tujuan yang telah ditetapkan pada suatu organisasi. Secara sederhana, dapat dikatakan bahwa “kerja” ini dapat terselenggara/ terlaksana jika dalam organisasi terdapat orang-orang/ sekelompok orang yang menyelenggarakannya. Sedangkan permasalahan-permasalahan sekelompok orang yang menyelenggarakan “kerja” tersebut dalam rangka pencapaian tujuan tertentu, yang kemudian menjadi permasalahan

manajemen. Substansi dari arti manajemen adalah upaya-upaya oleh beberapa orang yang melakukan kerjasama dalam pencapaian tujuan yang ditetapkan. Berdasarkan hal tersebut maka jelas terdapat hubungan yang sedemikian rupa antara administrasi dan manajemen. Atau dapat disimpulkan bahwa istilah administrasi digunakan untuk penyelenggaraan kerja sedangkan istilah manajemen digunakan untuk sekelompok orang yang menyelenggarakan kerja tersebut. (Trigunarjo Sri Indra, 2018).

4.2 Batasan Administrasi dan Manajemen Kesehatan

Berdasarkan istilah dalam bahasa Belanda, kata “administrasi” disebut *administratie* yang berarti kegiatan-kegiatan yang mencakup surat menyurat, tulis menulis, kegiatan mengetik, arsip, dan pekerjaan-pekerjaan yang berkaitan dengan kegiatan tata usaha. Bahasa latin administrasi adalah *Ad ministrare* (*Ad*=pada, *ministrare*=melayani) yang artinya memberikan pelayanan kepada. Berdasarkan hal tersebut maka secara sederhana administrasi mengandung arti “pelayanan kegiatan tata usaha kantor”. Misalnya pelayanan surat menyurat, tulis menulis, dan lainnya (Admosudirdjo Slamet Prajudi, 1986) dalam (Hasibuan Rapotan, 2020).

Berdasarkan defenisi yang dikemukakan sebelumnya, maka administrasi dalam arti sempit adalah kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan urusan ketatausahaan misalnya kegiatan mencatat, persuratan, pengarsipan, dan lainnya yang berkaitan dengan penyediaan data dan informasi serta memudahkan untuk mendapatkan kembali informasi yang dibutuhkan. Sedangkan dalam arti luas administrasi dapat didefenisikan sebagai kegiatan bekerjasama oleh sekelompok/beberapa orang untuk melakukan pengelolaan sumber daya yang dimiliki termasuk didalamnya mengelola tata ruang dan penataan informasi/ dokumen dalam suatu organisasi dalam rangka

pencapaian tujuan tertentu suatu organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Administrasi adalah suatu tindakan kooperatif yang berbentuk upaya kerja sama antar satu orang dengan lainnya dalam suatu organisasi yang dilaksanakan dengan rasional, efisien, dan efektif dalam pencapaian tujuan yang telah ditentukan. (Mustofa Amirul dkk, 2020). Beberapa ahli menyebutkan batasan dan pengertian administrasi sebagai berikut: (Hasibuan Rapotan, 2020).

1. Administrasi merupakan serangkaian aktivitas penyelenggaraan terhadap upaya kerjasama pada sekelompok orang untuk pencapaian tujuan. (The Ling Gie)
2. Administrasi merupakan suatu proses kerjasama yang dilakukan dua orang atau lebih berdasarkan pada rasionalitas tertentu demi pencapaian tujuan bersama. (Sondang P. Siagian)
3. Administrasi merupakan pedoman, petunjuk, pengawasan, kepemimpinan, berdasarkan upaya sekelompok orang dalam pencapaian tujuan bersama. (William H. Newman)
4. George R. Terry menyebutkan pengertian administrasi merupakan usaha pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dengan menggunakan orang lain.
5. Robert D. Calkins menyebutkan administrasi merupakan gabungan antara pengambil keputusan dengan pelaksanaan berdasarkan keputusan yang diambil dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

Membahas tentang administrasi seringkali dikaitkan dengan manajemen. Dalam bahasa Inggris manajemen adalah *management*, kata kerjanya *to manage* yang artinya mengurus. Penggunaan kata manajemen dalam pengertian yang khusus biasa digunakan untuk pimpinan dan kepemimpinan, yang bermakna pihak-pihak yang melaksanakan kegiatan memimpin,

dikenal dengan “manajer” (Oxford, 2005). Berdasarkan berbagai literatur maka manajemen dapat diartikan dan didefinisikan dari 3 (tiga) pengertian sebagai berikut: (Louis A, 2009) Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan.

1. Manajemen adalah proses
2. Manajemen adalah kolektivitas manusia
3. Manajemen adalah ilmu dan seni.

Beberapa ahli mengemukakan batasan manajemen sebagai berikut: (Rusmitasari Heni, 2020)

1. George R. Terry menyebutkan manajemen adalah suatu proses yang khas dan terdiri dari tindakan-tindakan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber yang lain. *“Management is distinct process consisting of planing, organizing, actuating and controlling performed to determine and accomplish stated objectives by the use of human being and other resources”.*
2. Richard L. Daft menyebutkan manajemen merupakan upaya mencapai tujuan organisasi melalui upaya-upaya yang efektif dan efisien dengan proses-proses: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya organisasi. *“Management is the attainment of organizational goals in an effective and efficient manner through planning organizing leading and controlling organizational resources”.*
3. Malayu Hasibuan menyebutkan pengertian manajemen merupakan suatu ilmu dan seni dalam mengatur proses-proses pemanfaatan sumber daya yang dimiliki secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan hubungan administrasi dan manajemen. Beberapa pendapat terkait hubungan antara administrasi dan manajemen sebagai berikut: (Mustofa Amirul, 2020)

1. Administrasi mempunyai makna yang sama dengan manajemen
 - a. Memberikan pandangan yang sama terkait makna administrasi dan manajemen. Pengertian yang terdapat dalam batasan administrasi juga berlaku dalam batasan manajemen. (W.H. Newman)
 - b. Manajemen dan administrasi merupakan dua kata dengan makna yang sama dan saling terkait antara keduanya. (M.E. Dimock).

“Administration or management is a planned approach to the solving of all kinds of problems in almost every individual or group activity both public or private”.

Kemudian Dimock membatasi “administrasi atau manajemen sebagai suatu pendekatan yang terencana dalam pemecahan permasalahan-permasalahan yang banyak dialami oleh individu maupun kelompok dalam organisasi (baik negara maupun swasta).

2. Administrasi mempunyai makna yang berbeda dengan manajemen

D. E. Mc. Farland, memberikan pendapatnya bahwa terdapat perbedaan makna antara administrasi dan manajemen. Penjelasan yakni administrasi difokuskan pada proses menentukan kebijakan dan tujuan pokok, sedangkan manajemen difokuskan pada proses melaksanakan kegiatan yang bermaksud untuk pencapaian tujuan berdasarkan kepada kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

“administration refers to the determination of major aims and policies, where as management refers to the carrying out of operation designed to accomplish the aims and effective policies”

3. Manajemen dan administrasi berdasarkan sudut pandang perbedaan dan persamaan

Dalam hal ini, Panglaykim dan Tanzil (1986) memberikan pandangan bahwa jika manajemen fokus pada penetapan kebijakan, maka administrasi bertindak sebagai pelaksana kebijakan tersebut. pemahaman ini sejalan dengan konsep yang dikemukakan oleh Waldo terkait dikotomi antara politik dengan administrasi, politik yang menentukan kebijakan sedangkan administrasi yang melaksanakan (implementasinya).

Untuk pembahasan selanjutnya maka pada bagian ini tidak membedakan antara kedua istilah tersebut, administrasi dan manajemen. Serupa dengan manajemen atau administrasi, kesehatan juga memiliki banyak pengertian, diantaranya: (Azwar Azrul, 2007)

1. Sehat merupakan suatu kondisi dan kualitas dari organ tubuh yang berfungsi secara wajar dengan segala faktor keturunan dan lingkungan yang dimilikinya. (WHO, 1957)
2. Sehat merupakan suatu keadaan sejahtera yang dilihat dari badan, jiwa, dan sosial, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. (UU Kesehatan No. 23 tahun 1992)

Kesehatan adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai keadaan sehat tersebut.

Berdasarkan uraian pengertian administrasi dan kesehatan diatas, sangat jelas pengertian administrasi kesehatan adalah penerapan administrasi dalam upaya kesehatan untuk menciptakan keadaan sehat. Administrasi kesehatan adalah

suatu proses yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian, serta penilaian terhadap sumber, tata cara, serta kesanggupan yang tersedia demi memenuhi kebutuhan dan tuntutan terhadap kesehatan, perawatan kedokteran, dan lingkungan yang sehat melalui penyediaan dan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang ditujukan kepada perseorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat. (Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat, 1974)

4.3 Unsur-Unsur Pokok dalam Administrasi Kesehatan

Ada beberapa unsur pokok dalam administrasi kesehatan diantaranya sebagai berikut: (Hasibuan Rapotan, 2020)

1. Masukan (*input*), merupakan hal-hal yang diperlukan dalam melakukan pekerjaan administrasi. Hal tersebut dikenal pula sebagai perangkat administrasi (*tools of administration*). Perangkat administrasi terdiri dari beberapa macam, diantaranya: (Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat dalam Azwar Azrul, 2007)
 - a. Sumber (*resources*), segala sesuatu yang dapat digunakan dalam menghasilkan barang dan jasa. Secara umum, *resources* dapat dibagi menjadi 3 yaitu:
 - 1) Sumber Tenaga (*Labour Resources*) terdiri dari tenaga ahli (*skilled*) seperti: dokter, dokter gigi, perawat, bidan; dan tenaga tidak ahli (*unskilled*) seperti: penjaga malam, pesuruh, pekerja kasar dan lainnya.
 - 2) Sumber Modal (*Capital Resources*) mempunyai banyak macam. Secara sederhana dapat terbagi kedalam modal bergerak (*working capital*) seperti uang, dan modal tidak bergerak (*fixed capital*) seperti bangunan, sarana kesehatan.

- 3) Sumber Alamiah (*Natural Resources*) yaitu segala sesuatu yang ada di alam tetapi tidak termasuk dalam sumber tenaga dan sumber modal.
- b. Tata Cara (*Procedures*), merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki serta diterapkan.
- c. Kesanggupan (*Capacity*), merupakan keadaan fisik, mental, dan biologis tenaga pelaksana.

Pembagian lainnya biasa disingkat dengan 4 M, yang terdiri dari: manusia (*man*); uang (*money*); material dan metode (*material and method*). Dikenal juga dengan 6 M yang terdiri dari: manusia (*man*); uang (*money*); material (*material*); metode (*method*); pasar (*market*); dan mesin (*machinery*) Intinya bahwa unsur-unsur masukan (*input*) tersebut harus dapat menjawab pertanyaan 5W dan 1 H (*Who, What, When, Why, Where, dan How*)

2. Proses (*process*), yaitu tahapan-tahapan yang harus dilaksanakan demi pencapaian tujuan yang telah ditentukan. Dalam ilmu administrasi, proses ini dikenal dengan fungsi-fungsi administrasi (*functions of administration*) yang pada dasarnya menjadi tanggung jawab pimpinan.
3. Keluaran (*output*), yaitu sesuatu yang dihasilkan dari pelaksanaan pekerjaan administrasi. Pada administrasi kesehatan yang dihasilkan adalah Pelayanan Kesehatan (*Health Services*) yang secara umum terdiri dari pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.
4. Sasaran (*target group*), merupakan tujuan dari *output* yang dihasilkan atau kepada siapa keluaran yang dihasilkan, misalnya dalam administrasi kesehatan adalah kepada siapa upaya kesehatan ditujukan. Sasaran pada pelaksanaan kebijakan publik dapat dibedakan untuk perseorangan,

keluarga, kelompok, dan masyarakat, baik sasaran yang bersifat langsung (*direct target group*) maupun sasaran tidak langsung (*indirect target group*).

5. Dampak (*impact*) merupakan akibat yang ditimbulkan dari *output*. Dampak yang diharapkan pada administrasi kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

4.4 Fungsi-Fungsi Administrasi/Manajemen

Fungsi manajemen berdasarkan pendapat beberapa ahli adalah: (Rusmitasari Heni, 2020)

No.	Beberapa Ahli	Fungsi Administrasi/ Manajemen
1.	Henry Fayol	<i>Planning</i> <i>Organizing</i> <i>Commanding</i> <i>Coordinating</i> <i>Controlling</i>
2.	Louis A.A	<i>Leading</i> <i>Planning</i> <i>Organizing</i> <i>Controlling</i>
3.	MC. Namara	<i>Planning</i> <i>Programming</i> <i>Budgeting</i> <i>System</i>
4.	G.R. Terry	<i>Planning</i> <i>Organizing</i> <i>Actuating</i> <i>Controlling</i>
5.	S.P. Siagian	<i>Planning</i> <i>Organizing</i> <i>Motivating</i> <i>Controlling</i> <i>Evaluating</i>

Fungsi-fungsi manajemen yang penting diantaranya:

1. Perencanaan, merupakan proses memahami dan menganalisis suatu sistem yang dianut, penyusunan perumusan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, menguraikan segala kemampuan yang dimiliki, memperkirakan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisis efektivitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnyanya dari kemungkinan yang dipilih, serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut. (Levey dan Loomba)
2. Pengorganisasian, merupakan proses mengatur personil-personil yang dimiliki untuk membantu pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dengan pengalokasian fungsi dan tanggung jawabnya masing-masing.
3. Pelaksanaan, dalam melaksanakan suatu rencana sangat diperlukan penguasaan berbagai pengetahuan dan keterampilan oleh seorang administrator diantaranya motivasi, komunikasi, kepemimpinan, pengarahan, pengetahuan, serta keterampilan.
4. Penilaian, merupakan suatu proses penentuan nilai atau jumlah keberhasilan dalam melaksanakan suatu program demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

4.5. Pendekatan Praktis Memahami Manajemen Kesehatan

Dalam mengkaji fungsi dan unsur manajemen kesehatan dapat dipahami dengan menggunakan lima pendekatan, antara lain: (Maulana, 2004) (**Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan**).

1. Manajemen dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi (*Management by objective*)

Management by objective pada penerapan di bidang kesehatan misalnya organisasi puskesmas. Salah satu tugas pokok Kepala Puskesmas yaitu mengatur pekerjaan semua pegawai yang ada pada puskesmas tersebut untuk membantunya. Sebagai seorang pemimpin, Kepala Puskesmas seharusnya memahami visi dan misi puskesmas dan mampu merangkul serta memberdayakan seluruh pegawai puskesmas untuk mengambil bagian dalam menyusun rencana strategis puskesmas yang diterjemahkan dari visi misi tersebut, serta menjalankan rencana operasional yang sesuai dengan visi misi puskesmas.

2. Manajemen merupakan kerjasama demi pencapaian tujuan bersama (*Management is how to work with others*)

Penerapan manajemen merupakan kerjasama demi pencapaian tujuan bersama di bidang kesehatan dapat terlihat dari contoh berikut: Bidan puskesmas dapat memberikan pertolongan persalinan kepada ibu-ibu hamil yang ada di wilayah kerjanya apabila ibu hamil tersebut memilih pelayanan kesehatan kepadanya. Bidan puskesmas tersebut memiliki tenaga yang membantu bidan untuk menjaga ibu-ibu di wilayah kerjanya selama proses perawatan setelah persalinan. Dalam melaksanakan program KIA, bidan dan tenaga yang membantu bidan tersebut merupakan sumber daya manusia yang mempunyai peran penting dalam pengembangan tugas Bidan Puskesmas dan secara lebih luas memiliki makna penting dalam pelaksanaan manajemen puskesmas. (Darma, 2009)

3. Manajemen didasarkan pada aspek perilaku manusia

Manusia merupakan sumber daya yang penting dalam manajemen dan selalu responsif ketika membangun hubungan dengan pihak lain. Manajemen dapat dipahami dengan perilaku organisasi tersebut. Dan perilaku organisasi dapat ditentukan melalui usaha-usaha kepemimpinan yang dilakukan dan dapat menumbuhkan motivasi karyawannya. Bidang kesehatan mempunyai perilaku organisasi dengan ciri khasnya tersendiri yang membedakan dengan organisasi lainnya. Misalnya seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat yang menjadi Kepala Puskesmas, maka dia harus mempunyai kemampuan dalam memberikan motivasi untuk peningkatan kinerja dokter, kinerja bidan, kinerja perawat, dan kinerja tenaga kesehatan lainnya walaupun berasal dari perbedaan latar belakang pendidikan. (Darma, 2009)

4. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai suatu proses yang dapat dipahami dengan fungsi-fungsi manajemen yang terdiri dari proses perencanaan, pengorganisasian, implementasi, pengawasan, dan evaluasi. Penerapannya dalam bidang kesehatan, misalnya seorang Kepala Puskesmas harus memiliki kemampuan dalam melaksanakan proses-proses mulai dari perencanaan sampai evaluasi (fungsi-fungsi manajemen) tersebut dan diterapkan dalam program-program puskesmas terkait kesehatan masyarakat. (Darma, 2009)

5. Manajemen sebagai ilmu terapan

Artinya bahwa manajemen harus mempunyai kepedulian dengan fungsi sosialnya di masyarakat. Sebagai contoh misalnya seorang Kepala Puskesmas harus mempunyai wawasan yang baik dan secara terus menerus melakukan pengembangan diri dengan berbagai ilmu yang dapat

membantu dalam pelaksanaan tugas-tugasnya. Seorang pimpinan pada organisasi kesehatan harus mempunyai kemampuan yang memadai misalnya kemampuan memahami persediaan pembiayaan, kebijakan terkait anggaran dari pemerintah, melakukan pengawasan terhadap biaya kesehatan sebagai upaya memelihara kesehatan masyarakat di wilayah kerja puskesmas tersebut. (Darma, 2009).

4.6. Penutup

Administrasi atau manajemen pada bidang kesehatan sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan program-program kesehatan sehingga terlaksana dengan efektif dan efisien. Pada dasarnya administrasi merupakan upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka pencapaian tujuan tertentu. Pada pelaksanaan administrasi kesehatan, para penyedia maupun tenaga kesehatan memerlukan persiapan, baik secara teori maupun praktek.

Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan

Kasmiati

Poltekkes Kemenkes Maluku

5.1. Pendahuluan

Indonesia adalah Negara yang besar yang kaya akan sumber daya alam dan sumber daya manusia kedua hal ini penting di kelolah dengan baik untuk menjadi Negara yang maju. Untuk mencapai hal tersebut penting untuk menetapkan kebijakan dan sistem dalam pelaksanaan pemerintahan. Peran pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, kesejahteraan masyarakat dapat dilihat dari peningkatan kualitas kesehatan dari masyarakat itu sendiri. Kebijakan kesehatan dan sistem kesehatan memiliki hubungan yang signifikan terhadap peningkatan kualitas sumberdaya manusia. Peningkatan kesehatan dan status gizi yang baik akan memungkinkan manusia agar optimal dalam peningkatan produktivitasnya dalam segala hal yang akan berefek pada peningkatan kualitas kerja dan pendapatan sehingga masyarakat dapat sejahtera.

Kebijakan dan sistem kesehatan sangatlah penting dan dapat dilihat buktinya seperti sekarang ini yang memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan produktivitas pelayanan kesehatan dan peningkatan produktivitas generasi muda. Sistem

kesehatan di selenggarakan berdasarkan sistem kesehatan nasional (SKN) yang memiliki tujuan menciptakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya yang terlihat dengan adanya perubahan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Kesehatan merupakan hak setiap orang sesuai dengan yang tercantum dalam Undang-Undang yang ada pada pasal 28H ayat (1) “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Sehingga untuk mewujudkan amanat dari Undang-Undang perlunya kerjasama dari semua pihak mulai dari pemerintah pusat hingga pemerintah daerah yang saling bergotong-royong, bersatu padu dan bersinergi dalam melaksanakan kebijakan kesehatan dan membuat sistem kesehatan yang optimal dalam penerapan langsung dilapangan.

Sistem kesehatan merupakan transfer dari kebijakan kesehatan sehingga penting tindakan aksi sesuai dengan masalah yang ada di masyarakat yang ingin di pecahkan. Permasalahan kesehatan yang multi aspek jelaslah mempengaruhi kebijakan kesehatan dan sistem kesehatan yang di tetapkan di Indonesia . Masalah-masalah kesehatan yang masih menjadi target utama dalam pembangunan kesehatan seperti peningkatan usia harapan hidup (*Life Expectancy*), penurunan angka kematian ibu (*maternal mortality Rate*), angka kematian bayi (*infan mortality rate*) dan penurunan kejadian penyakit menular dan tidak menular. Masalah kesehatan ini juga berkaitan dengan status ekonomi, pendidikan, dan penataan lingkungan, yang tidak saja bertumpu pada infrastruktur kesehatan dan tenaga medis saja. Kebijakan kesehatan dan sistem kesehatan yang dibuat untuk memberikan layanan yang optimal terutama dalam hal pencegahan dan pengobatan, prinsip pelayanan kesehatan mengedepankan pelayanan promotif dan preventif di mana promosi dan pencegahan lebih baik dari pada pengobatan (Hardisman, 2014).

5.2. Program Kesehatan

5.2.1. *Sustainable Development Goals (SDGs)*

a. Pengertian

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan acuan dan kerangka pembangunan yang menghasilkan dokumen yang berasal dari perundingan Negara-negara di dunia yang merupakan keberlanjutan dari MDGs (*Millenium Development Goals*) yang dimulai pada tahun 2000-2015 sedangkan *Sustainable Development Goals (SDGs)* yang sekarang merupakan tantangan utama dalam pembanguan di seluruh dunia. Ada 3 pilar penting yang menjadi indikator yaitu pertama *Human Development* seperti pendidikan, kesehatan, kedua *Social Economic Development* seperti ketersediaan sarana dan prasarana, ekonomi, ketiga *Environmental Development* seperti sumberdaya alam yang tersedia dan kualitas lingkungan yang baik (Alisjahbana *et al.*, 2018).

b. Tujuan *Sustainable Development Goals (SDGs)*

Berdasarkan tujuan bertumpu pada 5 pondasi manusia, planet, kesejahteraan perdamaian dan kemitraan maka disusunlah 17 tujuan dapat dilihat di bawah ini:



Gambar 5.1 *Sustainable Development* (Kementerian Kesehatan RI., 2020)

- 1) Kemiskinan terhapuskan di seluruh dunia Goals 5,9
- 2) Kelaparan terhapuskan mewujudkan ketahanan pangan, nutrisi semakin membaik , pengembangan pertanian yang berkelanjutan.
- 3) Kesejahteraan terkait kesehatan di segala umur yang menjamin kehidupan sehat.
- 4) Terjaminnya kualitas pendidikan dan pemerataan serta meningkatnya kesempatan belajar seumur hidup.
- 5) Tercapainya kesetaraan gender dalam hal terwujudnya kesejahteraan perempuan
- 6) Tersedianya air bersih serta sanitasi berkelanjutan.
- 7) Terjaminnya akses terhadap sumber energi yang terjangkau, terpercaya, modern dan berkelanjutan.
- 8) Ekonomi yang tumbuh dengan baik di mana setiap orang mendapatkan pekerjaan yang layak.
- 9) Terbangunnya infrastruktur yang memadai sehingga mendorong industri yang inklusif inovasi serta berkelanjutan.
- 10) Kesenjangan dan ketidaksetaraan berkurang atau terhapuskan di antara negara-negara di dunia.
- 11) Terbangunnya komunitas seperti membangun kota-kota dan pemukiman yang aman

berketahanan, inklusif, berkualitas dan berkelanjutan.

- 12) Terjaminnya keberlangsungan konsumsi dan pola produksi.
- 13) Mampu memerangi perubahan iklim serta dampaknya dengan cepat.
- 14) Terjaganya development keberlangsungan laut dan kehidupan sumber daya laut Goals 6, 10
- 15) Terlindunginya kehidupan darat seperti mempertahankan, memberdayakan dan melindungi keberlangsungan pemakaian ekosistem darat serta menghentikan kerugian keanekaragaman hayati.
- 16) Terbentuknya peradilan yang kuat dan kedamaian, terciptanya institusi yang efektif, akuntabel, dan inklusif.
- 17) Terciptanya kemitraan yang kuat untuk mencapai tujuan global dan berkelanjutan. (Bappenas, 2017)

5.2.2. Arah Kebijakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024

Penetapan kebijakan rencana pembagunan jangkah menengah (RPJMN) 2020-2024 Kementerian kesehatan di landaskan dari visi misi pemerintah tahun 2020-2024 sedangkan penetapan pelaksanaan program pemerintah tidak lepas dari tujuan dunia *Sustainable Development Goals* (SDGs). Sehingga melahirkan kebijakan RPJMN Kesehatan 2020-2024 yaitu meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan semesta terutama penguatan

pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, di dukung inovasi dan pemanfaatan teknologi (Kementerian Kesehatan RI., 2020).

Sehingga melahirkan strategi RPJMN 2020-2024 yang berfokus pada 5 hal dapat dilihat pada gambar 5.2 dan indikator sasaran pokok RPJMN Teknokratik Bidang Kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.1.



Gambar 5.2. Strategi RPJMN 2020-2021 (Kementerian Kesehatan RI., 2020)

Tabel 5.1. Indikator Sasaran Pokok RPJMN Teknokratik Bidang Kesehatan 2020-2024

No	Indikator	Basline	Target 2024
1	Angka kematian ibu (per 100.000 KH)	305 (SUPAS 2015)	183
2	Angka kematian bayi (per 1000 KH)	24 (SDKI 2017)	16
3	Prevalensi pemakaian kontrasepsi cara moderen (Mcpr)	57,2 (SDKI 2017)	63,4
4	Unmet Need KB (%)	10,60% (SDKI 2017)	7,4%
5	ASFR 15-19 Tahun	36 (SDKI 2017)	18
6	Prevalensi stunting pada balita (%)	30,8% (RKD 2018)	19% (14%)
7	Prevalensi wasting pada balita (%)	10,2% (RKD 2018)	7%
8	Insidensi HIV (per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	0,24 (Kemenkes 2018)	0,18

9	Insidensi TB (per 100.000 penduduk)	319 (global TB report 2018)	190
10	Eliminasi /malaria (kab/kota)	285 (kemenkes 2018)	405
11	Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	9,1% (RKD 2018)	8,7%
12	Prevalensi obesitas pada penduduk umur >=18 tahun	21,8% (RKD 2018)	21,8%
13	Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan	57,9% (RKD 2018)	90%
14	Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama FKTP	40 % (Kemkes 2018)	100%
15	Persentasi Rumah sakit terakreditasi	63 % (kemkes 2018)	100%
16	Persentase puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar	23 % (kemkes 2018)	83%
17	Presentase puskesmas tanpa dokter	15% (kemkes 2018)	0%
18	Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	86 % (kemkes 2018)	96%
19	Persentase obat memenuhi syarat	80,9% (BPOM 2018)	92,3%
20	Persentase makanan memenuhi syarat	71% (BPOM 2018)	90%

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI., 2020)

5.3.Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan

5.3.1. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas menjadi garis besar dan dasar rancangan dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan dan cara bertindak (tentang cara pemerintahan, organisasi dan sebagainya). Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan untuk setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Presiden RI, 2014). Kebijakan kesehatan bertujuan untuk merancang program dari tingkat pusat ke tingkat lokal agar dapat terjadi perubahan terhadap masalah atau dereminan kejadian kesehatan yang terjadi di masyarakat. Kebijakan kesehatan adalah suatu cara atau tindakan yang memberikan

pengaruh terhadap peringkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan terkait juga dengan manajer dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan terhadap pengguna pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik yang pengambilan setiap keputusannya berdasarkan dari keadaan masyarakat yang pemerintah sebagai pengambil keputusan dalam penetapan kebijakan kesehatan mempertimbangkan seluruh aspek yg ada di masyarakat termasuk aspek politik di mana pemerintah sebagai pembuat produk dan pelayanan kesehatan dilakukan oleh swasta melalui kerja sama. Keberpihakan kebijakan kesehatan sangatlah penting dalam masyarakat dan institusi dalam mencapai sasaran dan mempersiapkan rekomendasi yang baik dalam penetapan keputusan yang penting. Realisasi kebijakan kesehatan tidak hanya berdasar pada satu hal seperti bentuk dokumen tapi juga diterapkan di dalam konstitusi, peraturan-peraturan, Undang-Undang termasuk juga dasar dari partai politik dan kebijakan yang di ambil dalam sebuah partai politik.

Kebijakan kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang akuntabel pada pemeliharaan kesehatan masyarakat, pola pencegahan yang diutamakan dan pengobatan masalah yang di akibatkan dari suatu penyakit dan memberikan perlindungan pada masyarakat yang rentan (Massie, 2012; Bappenas, 2017). Pakar kebijakan seperti Freank.J dan Gilson membagi komponen kebijakan ke dalam 4 komponen kebijakan:

1. Kebijakan yang berhubungan dengan konten yang berhubungan seperti teknis dan institusi. Untuk aspek teknis seperti penyakit demam berdarah, disentri dan promosi, untuk aspek institusi seperti publik organisasi dan swasta.
2. Kebijakan yang berhubungan dengan proses merupakan suatu agenda yang sistematis yang di dahului dengan proses

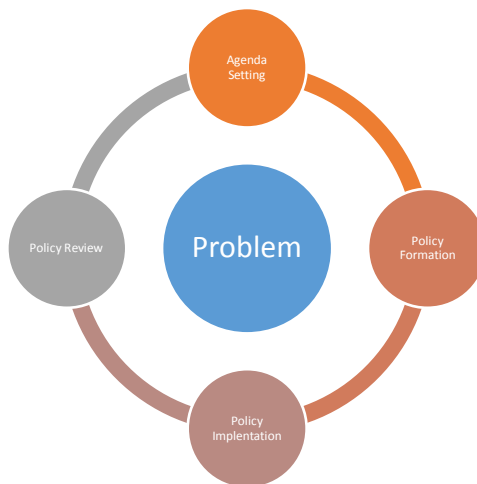
rancangan dilanjutkan dengan implementasi. Dalam menganalisis kebijakan bisa digunakan 4 model seperti:

- a. Model perspektif merupakan proses memformulasikan kebijakan dari asumsi yang masuk akal dan sesuai dengan informasi fakta yang akurat
 - b. Model prioritas pilihan merupakan proses pembentukan kebijakan secara bernegosiasi atau bermusyawarah dengan kelompok dan mengambil tindakan penetapan kebijakan dengan proses pelan.
 - c. Model rational merupakan penentuan kebijakan dengan mereview secara keseluruhan dan melakukan diskusi atau perundingan dengan kelompok untuk memilih prioritas kebijakan yang akan di ambil.
 - d. Model *punctuated equilibria* merupakan pengambilan kebijakan yang fokus pada isu pokok yang lagi marak sehingga ditetapkan suatu kebijakan berdasarkan isu tersebut.
3. Kebijakan yang berhubungan dengan konteks merupakan hal yang berkaitan dengan politik, kultur yang ada di masyarakat, ekonomi, sosial, yang berpengaruh terhadap penetapan kebijakan. Ada beberapa hal lagi yang berkaitan dengan pengambilan penetapan kebijakan seperti peran pemerintah pusat yang mendominasi. Perubahan birokrasi, dan dunia internasional. Kebijakan yang di ambil berdasarkan *setting* lingkungan yang di buat dan di terapkan atau di implementasikan.
4. Kebijakan yang berhubungan dengan aktor merupakan orang yang menjadi pengambil keputusan yang menduduki pusat, provinsi bahkan kabupaten kota, dengan peran sebagai aktor ini merupakan pusat dari kerangka kebijakan yang di tetapkan. Peran pusat ke daerah saling berhubungan dan bisa

dikatakan adalah sebuah jaringan atau mitra. Aktor-aktor ini lah yang mengambil keputusan yang tidak lepas dari proses diskusi politik dan debat program dalam penetapan keputusan kebijakan. Kebijakan yang di ambil merupakan *power* yang berkaitan dengan proses. Kebijakan dikatakan baik jika efektif dalam pelaksanaan proses dengan maksimal dan mencapai tujuan yang ditetapkan dan kebijakan dikatakan efisien jika dilaksanakan atau penerapan program atau kebijakan dengan biaya yang rendah. (Hardisman, 2014)

5.3.2. Proses Pembuatan Kebijakan esehatan

Kesehatan merupakan faktor yang penting dalam suatu Negara. Semakin tinggi derajat kesehatan yang ada pada suatu Negara maka akan semakin produktif Negara itu. Karena sektor kesehatan adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari ekonomi, contoh kesehatan di bidang ekonomi yaitu inovasi dan investasi kesehatan dalam hal teknologi dan yang paling penting bahwa kebijakan kesehatan berkaitan dengan hidup dan mati manusia.



Gambar 5.3. Siklus Kebijakan (Dunn,1981)

Pelaksanaan kebijakan kesehatan yang ditetapkan melalui proses *setting* atau desain sampai di *review* atau evaluasinya dapat dirangkaikan dalam suatu siklus .

1. Penetapan agenda (agenda setting) ini di tetapkan berdasarkan urgensi atau permasalahan utama yang ada di suatu masyarakat. Masalah atau isu kesehatan yang ada di masyarakat di pengaruhi oleh:
 - a. Permasalahan yang di rasakan di masyarakat yang persoalan serta dampaknya sudah sangat di rasakan.
 - b. Isu-isu yang terus berkembang dan mengerucut menjadi satu masalah
 - c. Hasil dari sebuah analisis proses pembelajaran yang melahirkan suatu kondisi sehingga penting membuat suatu kebijakan
2. Penetapan *formation* kebijakan erat kaitannya dengan implementasi penerapan di lapangan. Pengambilan keputusan dan penetapan kebijakan merupakan kewenangan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) dengan tetap melibatkan pihak lain untuk persiapannya. Penting setiap kebijakan yang di putuskan agar dapat memiliki indikator keberhasilan dan sistem pengukuran (*metric system*) karena dengan memiliki 2 hal ini maka jelas semua pihak memiliki dasar dalam memantau target yang ingin di capai begitupun dalam pelaksanaannya
3. Implementasi sangat berkaitan dengan proses sebelum, penyiapan pelaksanaan sampai implementasi dari suatu kebijakan telah di laksanakan penting di ingat bahwa dalam implementasi perlu konsisten dalam mencapai tujuan kebijakan yang telah di buat
4. Review atau proses evaluasi adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan proses kebijakan tersebut,

dengan kegiatan ini maka sebuah kebijakan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan dalam sebuah program dapat dilihat keberhasilannya dan dilakukan umpan balik (*feed back*) agar program perbaikan kebijakan terus dilakukan atau kita mengevaluasi apakah program ini atau kegiatan ini berhasil atau kebijakan tersebut perlu di akhiri. Dalam hal ini fungsi pengawasan dan kontrol sangat penting di mana fungsi eksternal dan internal harus berfungsi dan mengambil perannya masing-masing. Dengan melaksanakan *desain-planning-implenting-monitoring-evaluation-feed back*, yang penting diterapkan dalam kebijakan (Massie, 2012).

5.3.3.Sistem Kesehatan

Dalam meningkatkan status kesehatan maka pentingnya pengaturan dan peran sistem kesehatan itu sendiri. Fungsi dari sistem kesehatan adalah menetapkan standar pencapaian kesehatan dengan efisiensi dan efektif misalnya sumber daya manusia dan memastikan harapan setiap masyarakat terpenuhi serta pembiayaan pelayanan dapat adil. Sistem kesehatan adalah semua kegiatan yang kompleks yang diterapkan pada sebuah sistem sosial yang memiliki tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan baik masyarakat maupun individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian sistem kesehatan seperti pertama kerangka kontekstual meliputi ekonomi, sejarah, budaya dan sosial, kedua sistem kesehatan institusi, kemampuan untuk melihat peluang dan kelangsungan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan memiliki cakupan kesehatan yang luas sehingga sistem kesehatan yang diterapkan harus mampu menyentuh seluruh sektor kesehatan. Sehingga semua program yang dilaksanakan mampu di analisis dengan baik untuk memaksimalkan sistem kesehatan yang diterapkan.

5.3.4. Tujuan dan Fungsi Sistem Kesehatan

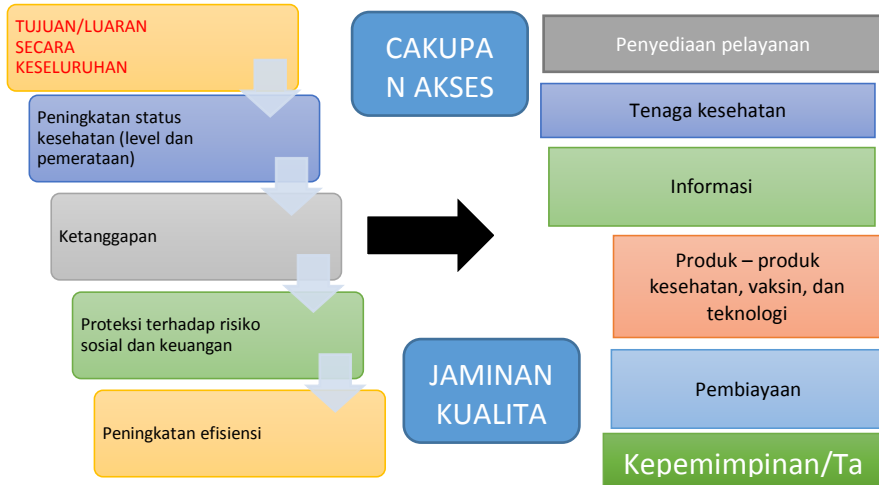
Sistem kesehatan harus memiliki tujuan yang terukur dan jelas untuk menilai ketepatan dari sistem pelayanan kesehatan yang di terapkan. Sistem kesehatan memiliki tiga tujuan utama yaitu :

- a. Meningkatkan status kesehatan baik masyarakat maupun individu
- b. Biaya kesehatan untuk perlindungan terhadap resiko
- c. Kepuasan publik dalam pelayanan kesehatan.

Sasaran kerja dari sebuah sistem tertuang dalam tujuan yang dalam pelaksanaannya berkaitan dengan proses dan berbagai komponen yang terkait di dalamnya. WHO mengungkapkan konsep dari sistem itu berkaitan dengan masukan, proses dan luaran, dalam hal ini proses berkaitan dengan penciptaan sumber daya, SDM, peralatan dan manajemen farmasi. Sedangkan untuk komponennya berkaitan dengan siapa yang termasuk dalam melakukan kepemimpinan, penataan atau tata kelola dan pembiayaan. Sistem kesehatan memiliki kriteria hasil dari kinerja seperti memiliki kualitas, adil, efisiensi, pemerataan, akses dan berkelanjutan. Dengan penerapan yang tepat pada sistem indikator dari tujuan akan meningkat sehingga dapat diartikan bahwa sistem kesehatan merupakan alat untuk mencapai tujuan dari kesehatan itu sendiri yang berkaitan dengan *healty security, universal healty, resilience* dan *coverage*. Terdapat berbagai indikator dalam pencapaian tujuan sistem kesehatan yang menurut WHO ditungkan dalam bentuk kerangka di mana hal itu meliputi empat hal yaitu

- (1) Status kesehatan berkaitan dengan level dan pemerataan
- (2) Proteksi risiko social dan keuangan
- (3) Ketanggapan
- (4) Efisiensi yang terus meningkat.

Yang terurai dalam bentuk blok-blok sistem yang meliputi kepemimpinan/tata kelola, penyediaan pelayanan, informasi, tenaga kesehatan, pembiayaan, produk kesehatan, vaksin dan teknologi dapat dilihat pada gambar 5.4.



Gambar 5.4. Kerangka Sistem Kesehatan (Trisnantoro, 2019)

Untuk mencapai tujuan-tujuan ini tidak mudah karena banyak di pengaruhi oleh sistem seperti sistem sosial, hukum, pangan dan gizi, sistem politik, ekonomi perdagangan. Sehingga sangatlah kompleksitas dalam penerapan sistem kesehatan. Penerapan sistem kesehatan dalam blok-blok yang pertama pelayanan kesehatan yang dinilai dari bagaimana memberikan pelayanan kesehatan yang baik terkait dengan pemberian pelayanan yang efektif, bermutu, yang memenuhi keinginan masyarakat secara umum maupun pribadi tidak memboroskan sumberdaya, aman, ada saat dibutuhkan serta memanfaatkan sumberdaya seminimalis mungkin. Yang termasuk pemberi layanan seperti pemerintah dalam lingkup organisasi, swasta baik masyarakat maupun individu. Pelayanan kesehatan yang berkeadilan jika tersedia dengan standar yang maksimal, menyentuh seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali. Kedua tenaga kesehatan

atau sumber daya manusia ini dikatakan baik jika berjumlah cukup, kompeten sesuai dengan profesinya, penyebaran tenaga kesehatan merata di setiap instansi, produktif dan tanggap terhadap masalah/*responsive*. Kinerja pun harus di perhitungkan dalam segala hal misalnya staf yang *responsive*, efisien, adil dan profesional dalam menjalankan aktivitas sehingga tujuan dapat tercapai namun untuk SDM ini sendiri membutuhkan keterlibatan dari semua pihak seperti organisasi profesi, aspek budaya hingga perguruan tinggi. Yang ketiga informasi berkaitan dengan sistem informasi yang dibangun dengan baik dapat dilihat dengan ciri menjamin produksi yang sesuai dengan arah yang telah di tetapkan sehingga analisis, penyerapan informasi serta penyebaran dapat terlaksana dengan tepat waktu yang memberikan efek pada penetapan keputusan yang tepat. Ini meliputi banyak hal seperti determinan informasi teknologi informatika yang terus berkembang yang berjalan secara dinamis namun cukup kompleks, determinan status kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan yang pelaksanaan kinerjanya harus sesuai. Keempat produk teknologi, fungsi sistem kesehatan di pastikan mampu menjamin akses yang adil dan merata untuk berbagi produk seperti peralatan medis, vaksin, obat, dan lain-lain. Penggunaan produk teknologi yang bermutu, berguna, terbukti, tidak boros serta aman yang dalam artian bahwa menekankan pada proses pengaplikasian dan penilaian teknologi kesehatan. Kelima pembiayaan dalam hal ini sistem pembiayaan yang optimal dan baik jika bisa mengambil dana yang cukup untuk kesehatan, mampu menjamin kebutuhan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, menciptakan proteksi dari bencana terkait dengan keuangan dan miskin akibat dari sakit. Bagian ini sering memberikan perubahan yang memicu adanya perubahan pada sistem kesehatan. Keenam kepemimpinan/tata kelola proses dalam menjalankan tata kelola atau pelaksanaan kepemimpinan

sangatlah mempengaruhi pengambilan keputusan dan strategi kebijakan yang akan di bentuk dan di jalankan sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan regulasi yang tepat, efektif dalam pengawasan. Rancangan yang akuntabilitas serta perhatian dan dalam pelaksanaannya harus transparan dan adil. WHO mengatakan model kerangka sistem ini mengacu dari berbagai komponen yang fungsinya berbeda-beda tapi untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan harus saling berkesinambungan dan berhubungan yang jika salah satu ada yang tidak terlaksana dengan baik maka tujuan sistem kesehatan jauh dari ketercapaian atau harapan. (Trisnantoro, 2019)

5.4. Perbandingan Sistem Kesehatan Negara Berkembang dan Negara Maju

Prinsip pelayanan kesehatan yaitu mengutamakan promotif dan preventif. Sistem kesehatan nasional (SKN) mampu memberikan warna baru dan perubahan yang mendasar terhadap pembangunan kesehatan khususnya di Indonesia yang termasuk Negara yang berkembang, namun belum terlalu optimal dalam penyelesaian berbagai penyakit menular maupun tidak menular dengan angka kematian dan kesakitan yang masih tinggi sehingga masih jauh dari target nasional serta jauh tertinggal dari Negara yang telah maju. Berikut pada Tabel 5.2 akan di tampilkan perbedaan mendasar terkait dengan sistem kesehatan Negara berkembang dan Negara maju.

Tabel 5.2. Sistem Kesehatan Negara Berkembang dan Negara Maju.

No	Nama Negara	Sistem Kesehatan	Kelebihan
Negara Berkembang			
1	Indonesia	1. Pemerintah lebih dominan dari pada swasta.	1. Pembiayaan di kelola oleh BPJS (Badan Pengelola Jaminan

		<p>2. 2014 baru mulai berlaku jaminan kesehatan semesta.</p> <p>3. SDM Dokter sedikit dari pada Negara thailand</p>	<p>Kesehatan) dengan sistem gotong-royong untuk sesama.</p> <p>2. Jumlah bidan 20:100.000 orang lebih banyak dibandingkan Negara thailand</p>
2	Malaysia	<p>1. Pemerintah dan swasta namun sektor swasta lebih dominan</p> <p>2. Menerapkan jaminan kesehatan semesta sejak 1990-an</p> <p>3. Sistem pembiayaan kesehatan yang ada di Malaysia terdiri dari kesehatan privat dan kesehatan publik</p>	<p>1. Meraih penghargaan di <i>International Medical Travel Journal (IMTJ)</i> terkait <i>Medical Travel Destination of The Year 2015</i> yaitu menjadikan pelayanan kesehatan sebagai daya tarik wisatawan dengan layanan rumah sakit yang optimal dan terus di tingkatkan</p>
3	Thailand	<p>3 skema, yaitu cakupan semesta (<i>Universal Health Coverage</i>) 75%, asuransi kesehatan untuk PNS (<i>Civil Servant Medical Benefit Scheme</i>) 5%, asuransi kesehatan untuk pegawai swasta Social (Health</p>	<p>1. SDM yang berkualitas</p> <p>2. Memiliki "<i>Bumrungrad International Hospital</i>" yaitu Rumah Sakit Internasional di Bangkok merupakan pilihan tujuan wisata kesehatan. Di mana RS (rumah sakit) Menerapkan tema bernuansa moderan</p>

		<i>Insurance for formal private sector) 20%),</i>	tidak ada bau obat yang menyengat dan fasilitas pelayanan sama dengan hotel bintang 5.
	Negara Maju		
4	Jepang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan kesehatan yang di terapkan jepang mulai tahun 19 27 meliputi seluruh warga Negara di tahun 1961. 2. Pembayaran lansia digratiskan 3. 10% Pembayaran umur \geq 75 tahun jika memiliki pekerjaan 4. 20% umur 70-75 jika memiliki pendapatan sebanyak <i>income</i> naik 30% . 5. 30% untuk anak yang belum sekolah. 6. Jaminan kesehatan tidak menerapkan sistem rujukan. 7. Pelaksana pemerintah dan swasta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM (sumber daya manusia) jepang berkualitas baik dan di dukung peralatan teknologi yang canggih. 2. Tingkat harapan hidup yang tinggi yaitu 82,8 tahun negara kedua dengan anggak harapan hidup yang tinggi.
5	Australia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerapan sistem kesehatan dan pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM yang baik dan sistem kesehatan yang canggih dan

		<p>kesehatan sangat tinggi USD 3.484 perkapita di bandingkan dengan Indonesia USD 100 per kapita.</p> <p>2. Pelayanan pembiayaan kesehatan dikelola pemerintah hanya beberapa yang di kelolah swasta</p>	<p>kompleks. Memiliki satunya rumah sakit <i>Healthscope</i> di mana pelayanan sub akut hingga pelayanan kompleks.</p> <p>2. Menduduki peringkat kedua teratas dari lima negara diukur oleh OECD.</p> <p>3. Lain halnya Indonesia ada perbedaan kelas premi namun di Australia tidak ada perbedaan kelas premi.</p>
6	Amerika serikat	<p>1. Sistem asuransi yang di gunakan secara komersial.</p> <p>2. Sistem kesehatan berorientasi pada pasar sehingga pembiayaan pelayanan kesehatan lebih mahal dan sulit di jangkau masyarakat kelas bawah, yang mana 1/3 ditanggung oleh pasien (<i>out of pocket</i>).</p> <p>3. Sistem pelayanan kesehatan yang sangat mahal di seluruh dunia.</p>	<p>1. SDM berkualitas</p> <p>2. Teknologi canggih</p> <p>3. <i>Avordable Care Act</i> (PPACC) penerapan undang –undang baru untuk penurunan biaya kesehatan.</p>

		Pelayanan kesehatan sebahagian kecil di kelola oleh swasta	
--	--	--	--

Sumber : (Putri, 2019; Trisnantoro, 2019)

Perubahan secara cepat terkait dengan kesehatan tidaklah mudah karena menyangkut berbagai aspek atau komponen jadi untuk mencapai tujuan pembangunan di perlukan kerja sama terutama pada aspek pembiayaan dan manajerial. (Putri, 2019; Trisnantoro, 2019)

5.5 Penutup

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional Indonesia diperlukan kebijakan dan sistem kesehatan yang dirancang dengan baik yang tanggap terhadap masalah-masalah yang ada di lapangan. Maka dalam mewujudkan tujuan yang di inginkan semua komponen seperti pimpinan, SDM dan teknologi harus terus di kembangkan (Hardisman, 2014).

Peran Keperawatan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Sudirman Efendi

Universitas Megarezky Makassar

6.1. Pendahuluan

Sektor pelayanan kesehatan merupakan bagian vital dalam peningkatan derajat kesehatan manusia. Melalui rangkaian proses sistem inilah indikator pembangunan kesehatan dapat terealisasi secara efektif, efisien dan tepat sasaran. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan mengacu pada berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan diantaranya perawat, dokter, atau tim kesehatan lain yang saling menunjang. Fungsi sistem akan memberikan kontribusi terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan merupakan bagian penting dalam memberikan layanan kesehatan di masyarakat. Keperawatan merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang keberadaannya dirasakan sangat penting dalam sistem layanan kesehatan. Profesi perawat merupakan tenaga kesehatan yang ikut serta dalam mewujudkan tercapainya kesejahteraan fisik, materi, mental serta spiritual untuk seluruh makhluk insan dan berpedoman pada sumber kebutuhan pelayanan keperawatan masyarakat (Mori agustina perangin-angin, 2021). Keberadaan profesi perawat dalam sistem layanan kesehatan diharapkan dapat berkontribusi dalam

memberikan layanan secara berkualitas dan profesional sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan.

6.2. Konsep Sistem Layanan Kesehatan

6.2.1. Teori Sistem

Sistem bersumber dari bahasa latin dan bahasa Yunani (*sustema*) yaitu suatu kesatuan yang terdiri dari elemen yang dikoneksikan secara bersama untuk memudahkan aliran informasi, energi untuk mencapai suatu *goal* (Abram, Posumah and Palar, 2017). Kata sistem tentu tidaklah asing ditelinga kita, istilah ini seringkali digunakan untuk menunjuk segala hal yang saling berkorelasi satu sama lain menjadi satu kesatuan yang utuh dan saling melengkapi. Sistem adalah satu kesatuan secara konseptual atau fisik yang terdiri dari bagian-bagian dalam keadaan saling tergantung satu sama lainnya (Onainor, 2019). Beberapa ahli berpendapat tentang sistem dengan beragam definisi namun memiliki perspektif yang sama seperti beberapa pendapat dari berbagai ahli berikut:

a. James Havery.

Menurutnya sistem adalah *procedural* yang logis dan rasional untuk mendesain sebuah rangkaian komponen yang berkorelasi satu dengan yang lainnya yang bermaksud untuk berfungsi sebagai suatu kesatuan dalam usaha mencapai tujuan yang di tetapkan

b. John MC. Manama

Menurutnya sistem ialah struktur konseptual yang di dalamnya terdiri dari fungsi yang saling berhubungan dan bekerja sebagai suatu kesatuan organik dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan secara efektif dan efisien.

c. Churchman

Serangkaian bagian-bagian yang dihubungkan untuk melaksanakan seperangkat tujuan.

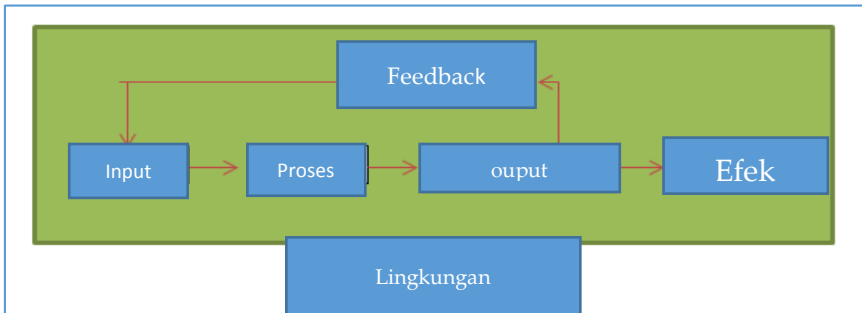
d. J.C. Hingins.

Menurutnya sistem adalah seperangkat bagian-bagian yang saling terkoneksi.

e. Edgar F Huse dan James L. Bowdict

Sistem adalah sebuah rangkaian bagian-bagian yang berkaitan dan saling bergantung satu sama lainnya.

Secara umum sebuah sistem terbentuk dari rangkaian subsistem yang saling berkorelasi serta saling mempengaruhi dan terdiri dari input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan yang kesemuanya itu dapat saling berhubungan dan saling yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.1. Alur Sub Sistem (Mardiyah, 2018)

Keterangan:

Input

Adalah suatu komponen dalam subsistem yang memberikan input atau masukan agar sistem dapat berfungsi, semisal sistem pelayanan kesehatan, maka yang jadi masukan dapat berupa

potensi masyarakat, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, dan hal lainnya.

Proses

Pada bagian ini, proses adalah komponen yang berfungsi mengolah suatu input atau masukan yang menjadikan hasil yang ditargetkan dari sistem dapat terealisasi, contoh dalam sistem pelayanan kesehatan yaitu adanya berbagai aktivitas dalam pelayanan kesehatan tertentu

Output

Sering disebut dengan istilah hasil yang dapat diperoleh dari sebuah proses yang telah terprogram, dalam sistem pelayanan kesehatan itu sendiri hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang prima, efektif dan efisien serta terjangkau oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan.

Efek

Efek atau disebut juga sebagai akibat yang dihasilkan dari sebuah hasil sistem itu sendiri, yang relatif dominan lama waktunya baru bisa terealisasi, seperti pada sistem pelayanan kesehatan, maka dampaknya akan menjadikan masyarakat sehat serta menekan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit atau hal lainnya.

Umpan balik

Feed back dari sebuah sistem akan berkorelasi satu dengan yang lainnya, dapat dijadikan sebagai evaluasi terhadap sebuah sistem. Pada sistem pelayanan kesehatan, umpan balik dapat berupa kualitas tenaga kesehatan dan tingkat kepuasan pasien.

Lingkungan

Pada aspek lingkungan dapat di maknai sebagai keadaan yang ada di luar dari sistem akan tetapi dapat mempengaruhi sistem

secara signifikan. Seperti dalam sistem kesehatan, lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan geografis, atau situasi kondisi sosial yang ada di masyarakat seperti institusi dari luar pelayanan kesehatan yang ada disekitar.

6.2.2. Sistem dalam Pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan adalah sebuah jaringan penyedia pelayanan di bidang kesehatan dan juga pengguna layanan kesehatan tersebut di tiap wilayah masing-masing (WHO, 1996). Optimalisasi pembangunan kesehatan pada prinsipnya bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup secara sehat bagi setiap penduduk dengan harapan masyarakat dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Undang-Undang No.23, 1992). WHO mendefinisikan sehat sebagai suatu kondisi sejahtera yang dinilai dari segi fisik, mental maupun sosial serta tidak hanya terbebasnya seseorang dari suatu penyakit atau kecacatan fisik. Sistem kesehatan mengkomodir semua organisasi, orang, dan berbagai kegiatan yang memiliki tujuan dalam mempromosikan dan merawat kesehatan. Pelayanan kesehatan yang baik akan memberikan keamanan bagi masyarakat serta dapat menekan pemborosan sumber daya. Keberadaan sistem kesehatan tersebut begitu kompleks dan interaksi antar komponen sistem (sub sistem) dapat bersifat *predictable* dan *unpredictable* (Mounier-Jack et al., 2014).

Pelayanan kesehatan merupakan aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat abstrak, terjadi akibat adanya interaksi antara konsumen dengan pelayan kesehatan atau hal lain yang disediakan instansi pemberi pelayanan yang bertujuan untuk memecahkan persoalan konsumen (Irmawati, 2017). Dalam tatanan sistem layanan kesehatan mencakup pelayanan medis (dokter), pelayanan keperawatan, dan juga pelayanan kesehatan masyarakat. Tenaga medis atau dokter dan nurse atau perawat

merupakan dua profesi kesehatan yang memiliki tupoksi yang berbeda dan saling ketergantungan dalam menjalankan tupoksinya. Profesi tersebut sebagai bagian subsistem dari pelayanan kesehatan yang memiliki tujuan yang sama dalam menjalankan sistem pelayanan kesehatan. Pada masa sekarang ini pelayanan kesehatan profesional dapat diselenggarakan oleh pihak pemerintah maupun pihak swasta.

6.3. Indikator Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang prima adalah harapan semua masyarakat, akan tetapi faktanya masih banyak di dapatkan persoalan-persoalan krusial pada sistem layanan kesehatan yang berdampak terhadap ketidakpuasan klien atau pasien saat mendapatkan layanan kesehatan. Beberapa hal klasik yang dapat berpengaruh dalam pelayanan kesehatan yaitu:

1. Faktor pergeseran nilai masyarakat dan konsumen

Dengan mudahnya pemanfaatan dunia maya maka sumber informasi seputar kesehatan dapat di akses dengan sangat mudah. Hal ini berdampak pada peningkatan pengetahuan dan kesadaran konsumen terhadap pola perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit dan upaya pengobatan. Pengetahuan yang baik terkait masalah kesehatan akan meningkatkan kesadaran masyarakat yang lebih besar dan berdampak pada gaya hidup terhadap kesehatan. Dengan begitu tentu kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang baik akan menjadi meningkat.

2. Faktor Ilmu pengetahuan dan teknologi baru.

Di era digital seperti sekarang ini, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tidak hanya berdampak pada penggunaan alat elektronik rumah tangga, namun di sektor kesehatanpun dapat dimanfaatkan serta meningkatkan pelayanan kesehatan. Hal itu, karena IPTEK akan

menghasilkan peralatan kedokteran yang lebih canggih dan memadai. Di sisi lain pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi juga berdampak pada beberapa hal seperti dibutuhkannya Nakes yang kompeten, memiliki pengetahuan dan dapat menggunakan peralatan terkini.

3. Faktor Isu legal dan etik

Persoalan legalitas dan etik dalam menjalankan fungsi layanan kesehatan sering sekali berbenturan dengan kebutuhan layanan kesehatan bagi pasien. Di zaman modern ini para pengguna layanan kesehatan semakin sadar akan hak mereka untuk mendapatkan layanan medis dan keperawatan. Tidak sedikit persoalan etik dan hukum sering muncul manakala pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan baik dokter maupun perawat tidak sesuai dengan ekspektasi mereka. Jika hal tersebut terjadi, maka tentulah persoalan atau dilema hukum dan etik akan semakin meningkat insidennya.

4. Faktor Ekonomi

Banyaknya fasilitas kesehatan swasta membuat sebagian masyarakat memilih untuk berobat di sana, oleh karena kualitas pelayanan perawatan biasanya lebih baik jika dibandingkan instansi milik pemerintah. Semakin tinggi kualitas dari pelayanan kesehatan maka akan berbanding lurus dengan biaya yang akan dikeluarkan. Orang-orang yang dengan kemampuan terbatas tentulah tidak mudah untuk memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pada fasilitas kesehatan swasta. Terlebih penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan akan menurun jika tidak adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mempunyai pekerjaan atau pengangguran.

5. Politik

Politik dalam hal ini dihubungkan dengan produk kebijakan-kebijakan pemerintah pada bidang pelayanan kesehatan biasanya dikaitkan dengan biaya kesehatan.

6.4. Komponen Pelayanan Kesehatan

Lembaga pelayanan kesehatan secara garis besar mencakup komponen :

1. Layanan Rawat Jalan

Sistem pelayanan kesehatan yang memberikan rangkaian pelayanan diagnosis & intervensi kuratif (pengobatan) terhadap penyakit atau masalah kesehatan tertentu yang dapat di akses melalui layanan klinik dan praktek spesialis hingga subspesialis.

2. Institusi

Fasilitas yang cukup memadai dan memberikan berbagai jenis layanan kesehatan secara meluas di layanan rumah sakit tertentu .

3. *Community Based Agency.*

Lembaga yang memberikan layanan kesehatan dengan dilakukan terhadap klien atau keluarga sebagaimana pelaksanaan proses perawatan keluarga di lingkup komunitas tertentu (*Home care*).

4. Hospice.

Sebuah lembaga yang memberikan layanan kesehatan yang berfokus pada klien dengan keadaan sakit terminal (perawatan akhir).

Secara teori pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi syarat berikut :

1. Tersedia pelayanan kesehatan yang mudah di dapatkan secara berkesinambungan
2. Dapat diterima oleh masyarakat luas dan tidak bertentangan dengan budaya atau keyakinan serta kepercayaan suatu masyarakat tertentu.
3. Pelayanan kesehatan mudah didapatkan baik di kota maupun di pedesaan
4. Terjangkau dan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Berkualitas dan sesuai dengan kode etik serta *standard* yang telah ditetapkan.

6.5. Tingkatan Pelayanan Kesehatan

Level jenis layanan kesehatan tiap Negara cukup beragam, strata ini dapat di kelompokkan menjadi tiga macam yakni (Azwar, 1988):

1. Primary Heath Care

Yakni Jenis pelayanan kesehatan rawat jalan yang bisa didapatkan di puskesmas ataupun praktek klinik pengobatan

2. Secondary health care

Pelayanan kesehatan rawat inap di mana dalam penyelenggaraannya dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis .

3. Tertiary health services

Jenis layanan ini lebih kompleks dan diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis. Pelayanan ini merupakan rujukan utama seperti rumah sakit dengan tipe A atau tipe B.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan terdapat stratifikasi pelayanan kesehatan yang akan diberikan yaitu:

a. *Health Promotion*

Tingkatan awal dalam memberikan pelayanan kesehatan yang diberikan melalui intervensi promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut seperti edukasi *personal hygiene* dan sanitasi lingkungan.

b. *Specific Protection*

Merupakan bentuk pelayanan kesehatan pada tindakan perlindungan khusus bagi masyarakat dari bahaya penyakit-penyakit tertentu, seperti imunisasi dan perlindungan keselamatan kerja.

c. *Early Diagnosis And Prompt Treatment*

Yakni tindakan diagnosis dini dan pengobatan segera jika ada indikasi penyakit atau kondisi tertentu yang membutuhkan tindakan segera. Di mulai saat timbulnya gejala penyakit, maka dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Seperti survey penyaringan kasus tertentu.

d. *Disability limitation*

Dilakukan untuk pencegahan pada masyarakat agar tidak berlanjut atau mengalami kecacatan. Bentuk kegiatan ini meliputi perawatan untuk menghentikan penyakit tertentu atau komplikasi penyakit lainnya

e. *Rehabilitation*

Merupakan tingkat pelayanan yang diberikan pada pasien yang telah sembuh dan menjalani rehabilitasi.

6.6. Keberadaan Keperawatan dalam Pelayanan Kesehatan

6.6.1. Falsafah dan Paradigma Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan seseorang atau komunitas tertentu terhadap nilai-nilai yang dijadikan pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan digunakan sebagai pandangan hidup. Falsafah merupakan penciri utama pada sebuah komunitas baik komunitas berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat profesional terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik klien sebagai individu/perorangan, keluarga, komunitas maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan atau acuan semua perawat, termasuk mahasiswa calon perawat. Sebagai seorang perawat wajib untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien. Paradigma keperawatan itu sendiri ialah cara pandang umum yang diyakini oleh komunitas profesi keperawatan dengan menghubungkan antara teori yang selanjutnya membentuk sebuah kerangka, kemudian mengatur keterkaitan antar teori yang ada guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan yang merupakan bagian kerangka kerja keperawatan.

Paradigma keperawatan dibangun oleh komponen yang mencakup:

1. Manusia

Disebut sebagai klien/pasien yang menerima asuhan keperawatan baik secara perorangan, keluarga, komunitas hingga masyarakat luas.

2. Lingkungan

Terdiri keadaan dari dalam maupun luar yang mempengaruhi klien, dalam hal ini mencakup keadaan lingkungan fisik yang ada di sekitar klien atau pasien.

3. Kesehatan

Dikaitkan dengan status derajat kesehatan dan kesejahteraan klien.

4. Keperawatan

Keperawatan dikaitkan dengan simbol, karakteristik dan setiap aktivitas dari perawat yang melaksanakan asuhan terhadap klien.

6.6.2. Definisi keperawatan

Dalam peraturan Perundang-undangan di sebutkan bahwa pelayanan keperawatan ialah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dengan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan itu sendiri, yang di indikasikan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang sehat ataupun sakit. Dan juga di jelaskan bahwa seorang perawat ialah orang yang mempunyai kemampuan dan kewenangan secara legal untuk melakukan intervensi keperawatan yang di dasarkan pada ilmu yang diperoleh diperguruan tinggi (Undang-Undang No.23, 1992). Lebih lanjut juga disebutkan dalam Undang-Undang No. 38 tentang keperawatan, perawat ialah seseorang yang telah lulus dari pendidikan tinggi keperawatan baik yang diselenggarakan di dalam negeri maupun yang berasal dari luar negeri dan telah diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang- undangan yang berlaku. Seseorang yang berprofesi sebagai Perawat dituntut untuk merawat, memelihara ataupun memberi bantuan dengan memberikan perlindungan kepada klien atau pasien karena dalam kondisi sakit, luka ataupun

proses penuaan (Mardiyah, 2018). Perkembangan keperawatan di Indonesia saat ini sangat pesat, hal ini disebabkan:

1. Perkembangan ilmu IPTEK yang begitu cepat sehingga layanan akses informasi sangatlah mudah diperoleh oleh masyarakat sesuai yang dibutuhkan .
2. Perkembangan era globalisasi dunia kesehatan menuntut semua Negara untuk menyesuaikan dengan perkembangan keperawatan di Negara yang telah berkembang, termasuk keperawatan di Indonesia yang wajib mengembangkan ilmu keperawatan berdasarkan *evidence best practice*.

Beberapa faktor yang menjadi problem kesehatan yang ada di Indonesia saat ini antara lain:

1. Adanya ledakan jumlah penduduk yang pesat dan berbanding lurus dengan meningkatnya usia angka harapan hidup mengakibatkan semakin banyaknya usia lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Adanya persoalan ekonomi yang berkepanjangan menyebabkan siklus perekonomian menjadi terhambat sehingga semakin meninggalkan banyak persoalan di masyarakat seperti kemiskinan, pengangguran dan pelayanan kesehatan semakin tidak terjangkau
3. Adanya perubahan pola penyakit yang sebelumnya di dominasi oleh penyakit infeksi, dan saat ini lebih di dominasi oleh penyakit degeneratif sehingga memerlukan perawatan yang kompleks.
4. Keberadaan posisi demografi yang kebanyakan di isi pulau-pulau dengan medan yang sulit untuk di jangkau, mengakibatkan persoalan distribusi sumber daya manusia tidak merata. Persoalan di atas membutuhkan penambahan tenaga agar mampu memberikan pelayanan kesehatan utama

kepada individu, keluarga maupun masyarakat secara efektif dan terjangkau.

6.7.Keperawatan sebagai Profesi

Sosok Florence Nightingale sering diberi julukan sebagai “Ibu keperawatan dunia”. Sebab dimasanyalah dunia keperawatan mulai mendapat perhatian , dihargai serta dianggap sebagai profesi yang sangat dibutuhkan, penuh dengan perhatian (*caring*) ,mulia dan penuh pengabdian (Budiono, 2016). Profesi membutuhkan skill tertentu, pemahaman, komunikatif dan persiapan yang cukup kompleks. Perawat telah diakui sebagai profesi karena memuat kriteria umum profesi, yang menurut “Schein & Kommers” (1972) menyebutkan kriteria profesi memuat beberapa hal yaitu:

- a. Adanya sebuah tubuh pengetahuan atau *Body of Knowledge* yang terus dikembangkan secara sistematis.
- b. Tindakan pelayanannya spesifik dan punya penciri dalam intervensi
- c. Pendidikan terstandar sesuai kurikulum
- d. Terdapat kontrol terhadap praktik sesuai standar
- e. Ada tanggung jawab & tanggung gugat yang wajib diperhatikan oleh anggota atas praktik yang dilakukan.

Keperawatan sebagai profesi, merupakan bagian dari masyarakat yang akan terus berubah sejalan dengan kebutuhan masyarakat yang terus berkembang. Keperawatan memenuhi syarat sebagai profesi yang sah dan dilindungi oleh beberapa Undang-undang khususnya Undang-Undang Nomor 38. Tentang Keperawatan.

6.8. Sistem Pelayanan Praktek Profesi Keperawatan

6.8.1.Keperawatan dalam Sistem Layanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu wadah untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat . Pelayanan kesehatan di kategorikan sebagai suatu sistem oleh karena memiliki berbagai komponen yang saling ketergantungan serta adanya proses dinamika yang saling melengkapi satu dengan lainnya agar mencapai tujuan bersama. Termasuk di dalamnya profesi perawat yang memiliki sebuah peran yang signifikan dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan . Hal itu di karenakan pelayanan keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian tak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan dengan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan secara komprehensif, yang di tujuan baik perorangan, keluarga ataupun masyarakat. Pelayanan keperawatan dapat mencakup karena adanya permasalahan fisik dan mental, kekurangan pengetahuan ataupun kurangnya minat dan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Peran perawat dalam sistem pelayanan kesehatan dianggap signifikan karena memiliki beberapa fungsi sekaligus, termasuk kolaborasi dengan tenaga dan sarana-sarana kesehatan lainnya. Asuhan keperawatan merupakan praktik layanan keperawatan yang dilaksanakan secara langsung atau tidak langsung kepada sistem klien di sarana atau unit layanan kesehatan dengan menerapkan pendekatan ilmiah berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan yang berlaku. Bentuk pelayanan keperawatan profesional terdiri dari tiga komponen “Haris health” (2018) :

a. Struktur Pemberian Asuhan Keperawatan

Pemberian layanan kesehatan dalam skema pelayanan praktik keperawatan dilakukan berdasarkan hasil pengkajian antara perawat dan pasien, setelah itu menetapkan kriteria hasil sesuai dengan hasil pengkajian perawat dan pasien. Asuhan keperawatan pada layanan rawat inap maupun rawat jalan berdasarkan kondisi pasien.

b. Manajemen Informasi Pasien dan Sistem Pendukung Keputusan

Pemanfaatan teknologi dapat diterapkan dalam Sistem informasi kesehatan seperti pencatatan aktivitas pemberian layanan kesehatan berbasis elektronik yang meliputi standard praktik yang berkualitas dan menyusun rencana keperawatan berdasarkan hasil riset terbaru yang berpusat pada pasien itu sendiri.

c. Manajemen Mutu dan hasil Keperawatan

Standar kualitas asuhan keperawatan dan manajemen hasil disusun berdasarkan pelaksanaan pelayanan keperawatan yang efektif serta efisien.

6.8.2 Praktik Layanan Keperawatan

Keperawatan merupakan sub sistem dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan diberikan selama 24 jam untuk melayani kebutuhan pasien secara bergantian antar sejawat. Tak heran jika Pelayanan keperawatan sering kali dijadikan sebagai tolok ukur kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit di mata masyarakat. Oleh sebab itu, profesionalisme perawat dalam memberikan dan mengatur kegiatan asuhan keperawatan wajib terpenuhi. Terdapat tiga tingkatan perawatan kesehatan yaitu:

1. Layanan Perawatan Primer

Jenis Perawatan ini melibatkan klien secara langsung dan merupakan kontak awal dengan pemberi petugas kesehatan, baik dokter ataupun perawat. Intervensi berfokus pada deteksi dini dan juga perawatan rutin dan dapat diakses dengan mudah oleh klien

2. Layanan Perawatan Sekunder

Mencakup pemberian pelayanan medis khusus oleh dokter spesialis. Pada tahapan ini, klien mengalami tanda dan gejala yang dikenali yang masih bersifat diagnosa sehingga memerlukan tindakan diagnosa lebih lanjut.

3. Layanan Perawatan Tersier

Tingkatan ini memerlukan spesialisasi dan teknik yang tinggi untuk menentukan diagnosa dan mengobati masalah kesehatan yang jarang terjadi

Keperawatan adalah profesi yang memiliki bidang ilmu yang mengelola kesejahteraan manusia yakni dengan memberikan pelayanan kepada orang perseorangan dalam rentan sehat sakit sehingga dapat menjalankan kehidupan sehari-hari. Keperawatan telah menyatu ke dalam setiap aspek kehidupan, baik psikologi, sosial, lingkungan, dan fisiologis masyarakat (Cherry and R. Jacob, 2014). Praktik keperawatan adalah tindakan profesional dengan menggunakan pengetahuan teoritis yang utuh dan relevan dengan berbagai disiplin ilmu untuk :

1. Memberikan layanan asuhan keperawatan baik perorangan, keluarga, komunitas dan masyarakat dalam mengatasi permasalahan kesehatan .
2. Memberikan intervensi langsung melalui pendidikan kesehatan, nasehat ataupun konseling, dalam mengatasi

masalah kesehatan khususnya pemenuhan kebutuhan dasar manusia sebagai upaya memandirikan sistem klien.

3. Memberikan pelayanan keperawatan profesional di sarana kesehatan.
4. Memberikan pengobatan dan tindakan medik terbatas, pelayanan KB, imunisasi serta pertolongan pertama sesuai kompetensi.

Perawat berperan sebagai pengelola, pendidik dan peneliti dapat dilaksanakan secara mandiri atau berkolaborasi. Praktek keperawatan dilakukan melalui pendekatan asuhan keperawatan, perawat memiliki tanggung jawab yang tidak hanya didasarkan pada pengalaman klinis akan tetapi juga pada hasil riset keperawatan (Legita, 2012). Semua pasien tidak dibedakan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan terbaik, sehingga perawat di tuntut untuk profesional dalam melayani serta meningkatkan kompetensinya secara berkelanjutan. Layanan keperawatan yang baik diberikan berdasarkan keputusan klinis yang tepat, sehingga wajib membuat keputusan klinis yang tepat dengan sumber daya yang memadai. Pelayanan keperawatan diberikan dalam berbagai tempat pelayanan kesehatan, berikut unit-unit pelayanan kesehatan dan keperawatan:

1. Unit Rawat Jalan yang diperuntukkan bagi klien tanpa harus menginap di rumah sakit.
2. Unit Klinik yang melibatkan lintas profesi yang menggabungkan ilmu keperawatan dan kedokteran.
3. Unit Rawat Inap, di mana klien masuk dan dirawat inap di dalam suatu fasilitas kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan, pengobatan atau rehabilitasi.

6.9. Ruang Lingkup Keperawatan dalam Pelayanan Kesehatan

Standar praktik mandiri dan kolaborasi mengikuti langkah sebagai berikut:

- a. Memberikan intervensi sesuai ruang lingkup autonomy
- b. Memberikan pelayanan sesuai dengan indikasi atau permintaan spesifik pasien dari perawat yang melayani.
- c. Memberikan pasien arahan yang spesifik dengan menyesuaikan kondisi serta kebutuhan perawatannya.

Adapun standar-standar yang menjadi acuan praktek otonom :

- a. Memberikan penjelasan secara detail terkait otonomi baik dalam upaya kuratif, preventif ataupun meringankan suatu penyakit.
- b. Bertanggung jawab dan menerapkan komunikasi terapeutik serta berkolaborasi dengan klien, tim perawatan kesehatan termasuk mengubah suatu rencana intervensi jika dianggap tidak sesuai dengan kondisi pasien.
- c. Berpedoman pada panduan dalam melaksanakan peran dan tanggung jawab perawat terhadap organisasi profesi dalam lingkup praktik otonom.

Di bawah ini adalah contoh tindakan-tindakan dalam ruang lingkup praktek otonom:

- a. Mendiagnosis dan mengobati luka diabetes dengan tetap berkolaborasi bersama pihak medis sebagai tanggung jawab sesuai SOP.
- b. Melakukan pemberian imunisasi .
- c. Memberikan edukasi terkait perawatannya pada pasien diabetes .

- d. Penanganan syok anafilaksis seperti pada pasien pasca diberikan imunisasi dengan menggunakan epinefrin sesuai SOP.
- e. Melakukan pemindaian kandung kemih pada klien dengan retensi urin, mengkonfirmasi diagnosis dan mengatasinya dengan kateterisasi.

Beberapa praktik keperawatan otonom yang terdaftar seperti tindakan pemeriksaan fisik pada kasus abrasi kornea untuk pasien yang mengalami gangguan penglihatan, mengontrol pemasangan kontrasepsi yang dijalani pasien serta memberikan edukasi mengenai kontrasepsi sesuai manajemen kontrasepsi dan penanganan otitis media akut pada pasien pediatrik dengan menggunakan antibiotik sesuai SOP yang telah ditentukan. Praktik keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang berdasarkan pada kode etik dan tindakan yang profesional. Praktik profesional keperawatan memiliki ciri-ciri :

- a. Independen dalam ranah praktik keperawatan
- b. Tanggung jawab dan tanggung gugat atas praktik keperawatan
- c. Mandiri dalam pengambilan keputusan (keperawatan)
- d. Kolaborasi interdisiplin profesi lain
- e. Perlindungan atau pembelaan kepada kepentingan kesehatan pasien

Beberapa kewenangan perawat dalam menjalankan praktek keperawatan profesional mencakup:

- a. Asuhan keperawatan pediatric pada penyakit anak
- b. Asuhan keperawatan maternitas pada Ibu hamil
- c. Asuhan keperawatan medikal bedah (KMB) dilingkup layanan perawatan rawat inap maupun rawat jalan

- d. Asuhan keperawatan jiwa yang mengalami berbagai masalah kesehatan jiwa pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)
- e. Asuhan keperawatan keluarga ditujukan pada keluarga yang mengalami permasalahan pola penyesuaian kehidupan keluarga.
- f. Asuhan keperawatan komunitas ditujukan di wilayah tertentu yang mengalami permasalahan seperti pandemi atau permasalahan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat.
- g. Asuhan keperawatan gerontik ditujukan pada klien yang berusia 60 tahun ke atas dengan persoalan penuaan secara fisik ataupun permasalahan psikososial .

Selain itu, kewenangan praktek keperawatan profesional lainnya mencakup:

1. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan secara sistematis dan terukur terhadap status bio, psiko, sosio, kultural dan spiritual klien
2. Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan fenomena dan keluhan utama.
3. Menyusun rencana intervensi keperawatan secara terstruktur
4. Melaksanakan intervensi keperawatan secara profesional
5. Evaluasi pada tindakan keperawatan yang telah di lakukan secara keseluruhan.
6. Pendokumentasian hasil tindakan keperawatan harus dilakukan sesuai fakta yang dilakukan.
7. Memberikan kegiatan konseling kesehatan secara profesional sesuai indikasi.
8. Melaksanakan tindakan medis sebagai pendelegasian sesuai kompetensinya

9. Melakukan tindakan di luar kewenangan dalam kondisi darurat yang mengancam nyawa sesuai ketentuan di sarana kesehatan.
10. Perawat berwenang melaksanakan tindakan kesehatan di luar kewenangannya pada kondisi di mana tidak ada tenaga medis yang kompeten.

6.10. Tanggung Jawab dan Peran Profesional Keperawatan

Dalam menjalankan peran sebagai seorang perawat, maka menjadi sebuah tuntutan untuk senantiasa mengupgrade kompetensinya melalui proses pembelajaran berkelanjutan. Profesi perawat terus berupaya memelihara mutu pelayanan keperawatan yang berkualitas disertai kejujuran, profesional dalam menerapkan ilmu keperawatan serta keterampilan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Keputusan tindakan didasarkan pada informasi yang kuat, valid dengan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi perawat dalam melakukan konsultasi, menerima maupun memberikan delegasi kepada sejawat ataupun tenaga kesehatan lainnya. Selain itu, tanggungjawab perawat untuk menjunjung citra profesi keperawatan melalui pengabdian terhadap organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan selalu menunjukkan perilaku profesional. Peran Profesional keperawatan mencakup:

1. Memupuk sikap dan kemampuan profesional keperawatan

Seorang Perawat diharapkan berwawasan luas, mempunyai pengetahuan ilmiah dan menguasai keterampilan profesional keperawatan. Kemampuan berpikir kritis seorang perawat dalam mengambil keputusan dan tindakan yang dilakukan, adalah salah satu faktor utama tercapainya kepuasan kerja (Jones dan Beck, 1996)

2. Meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan

Melalui pendidikan keperawatan akan menghasilkan perawat yang bersikap profesional mencakup intelektual, interpersonal, dan teknikal serta mampu mempertanggungjawabkan secara legal segala keputusan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar dan kode etik profesi serta dapat menjadi contoh peran bagi perawat lainnya.

3. Meningkatkan kehidupan keprofesian melalui organisasi profesi.

Pendidikan tinggi di bidang keperawatan akan menghadirkan perkembangan kehidupan organisasi keperawatan yang lebih profesional. Dengan pendidikan profesional, perawat akan lebih memahami dan menghayati peran, tanggung jawab, serta haknya sebagai anggota organisasi profesi.

6.11. Pendekatan Sistem dalam Proses Keperawatan

Pendekatan sistem dalam pelaksanaan asuhan keperawatan mencakup pasien, perawat dan komponen proses keperawatan yang saling berkorelasi dan terintegrasi secara berkesinambungan dalam mencapai output asuhan keperawatan yang telah ditentukan. Pada proses keperawatan meliputi pengkajian masalah pasien hingga evaluasi dari rangkaian proses keperawatan. Beberapa pendekatan yang sering digunakan dalam sistem layanan proses keperawatan di bawah ini:

1. Strategi Pendekatan Pemecahan Problem

Pada pendekatan pemecahan masalah ini di artikan bahwa setiap masalah yang muncul selama proses perawatan yang dihadapi pasien dapat di atasi melalui intervensi sesuai tahapan proses keperawatan. Sebagai contoh seorang pasien

dengan masalah peningkatan suhu tubuh dapat dibantu oleh perawat melalui tindakan kompres dingin di dahi, atau pada pasien dengan sesak napas maka bisa dibantu dengan pemberian oksigen sesuai indikasi.

2. Strategi Pendekatan Perilaku

Suatu pendekatan yang di gunakan dengan memperhatikan aspek perilaku manusia, karena pada umumnya penyakit dan masalah keperawatan pasien lebih banyak bersumber dari perilaku pasien itu sendiri. Tujuan pendekatan perilaku ini diharapkan dapat merubah perilaku pasien ke arah perilaku sehat. Perilaku yang dimaksud seperti merokok, kurang merawat kebersihan diri, sanitasi lingkungan, kebutuhan gizi atau pekerjaan-pekerjaan yang mengancam kesehatan dan tidak memakai pelindung diri

3. Sasaran

Sasaran mencakup individu, keluarga, dan masyarakat yang mempunyai masalah keperawatan karena ketidakmampuannya dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari baik kebutuhan fisik, mental, sosial dan spiritual.

Beberapa komponen yang terlibat berkaitan dengan proses penyembuhan pasien dalam pelaksanaan proses keperawatan diantaranya adalah:

1. Klien atau pasien, baik individu, keluarga dan masyarakat yang menjadi objek sasaran pelayanan keperawatan
2. *Provider*, yakni perawat yang terlibat dalam sistem layanan keperawatan.
3. Kolaborasi lintas profesi seperti dokter, analis, gizi dan profesi lainnya yang bekerja secara tim untuk penyembuhan pasien.

Adapun jalur yang paling umum untuk mengakses masuk ke dalam sistem pelayanan keperawatan yakni:

1. Via rujukan lintas profesi anggota tim kesehatan

Rujukan dari anggota tim sering dilakukan karena seseorang mengalami masalah kesehatan akut dan butuh pertolongan segera seperti nyeri dada hebat atau muntah-muntah yang berisiko menyebabkan dehidrasi.

2. Adanya kebutuhan kesehatan karena kondisi tertentu.

Keinginan untuk mendapatkan kebutuhan tertentu seperti klien yang menderita patah tulang pasca kecelakaan sehingga butuh rujukan ke ruang gawat darurat rumah sakit.

3. Sumber pembiayaan

Sumber pembiayaan kesehatan mencakup asuransi kesehatan mandiri atau ditanggung sendiri.

4. Via rujukan dari pimpinan atau swadaya masyarakat

Rujukan yang dilakukan biasanya atas pertimbangan sarana dan prasarana rumah sakit atau klinik tertentu yang tidak memadai sehingga butuh rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.

Surveilans Epidemiologi

Hadzmawaty Hamzah
Universitas Patria Artha

7.1. Pendahuluan

Surveilans bidang kesehatan dikenal sebagai kegiatan yang dilakukan untuk mengawasi kesehatan, baik perorangan maupun komunitas. Sebagai contoh pada bidang kesehatan kerja, surveilans kesehatan kerja bertujuan untuk memantau kesehatan para pekerja secara sistematis dan terus menerus di tempat kerja. Salah satu contoh pelaksanaan surveilans di Indonesia dapat dilihat saat diadakannya pemantauan kesehatan Ibadah Haji. Contoh lain adalah pelayanan surveilans untuk para calon Jemaah haji di mana pemantauan dilakukan untuk mengetahui kelayakan dan kesehatan menu katering. Kegiatan ini sangat penting karena berkaitan dengan keamanan makanan bagi para jemaah haji dan menghindari adanya jemaah haji jatuh sakit yang disebabkan karena penyediaan makanan yang tidak sehat (Zulfianto et al.2017).

Sementara itu, surveilans juga memberikan dukungan dalam penyelenggaraan pemberantasan dan penanggulangan penyakit agar berjalan dengan efektif dan efisien, karena salah satu fungsi

surveilans yaitu menyediakan data dan informasi berkaitan dengan orang, tempat dan waktu (epidemiologi) serta mendeskripsikan kondisi kejadian tertentu dalam suatu waktu untuk menjadi bahan penentuan langkah penanggulangan penyakit. Dengan memahami konsep dasar surveilans epidemiologi, maka petugas kesehatan akan dengan mudah menjalankan fungsi-fungsi surveilans dan mencapai tujuan pelaksanaan surveilans epidemiologi (Priatna, et al, 2018).

7.2. Definisi dan Tujuan Surveilans

Surveilans kesehatan merupakan kegiatan pengamatan secara sistematis dan berkesinambungan terhadap data dan informasi kejadian penyakit tertentu atau permasalahan kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien (Priatna, et al, 2018). Sementara itu, WHO menyatakan surveilans adalah suatu kegiatan sistematis yang berkelanjutan yang meliputi kegiatan pengumpulan, pengolahan dan interpretasi data untuk selanjutnya menjadi pedoman dalam penyusunan rencana, implementasi dan evaluasi kebijakan kesehatan masyarakat (Susanto, 2017). Pada dasarnya, surveilans kesehatan masyarakat maupun surveilans epidemiologi merupakan kegiatan yang sama, sebab menggunakan metode yang sama dan tujuan epidemiologinya untuk menanggulangi permasalahan kesehatan masyarakat. Kegiatan surveilans juga memungkinkan pengambil kebijakan menentukan langkah prioritas dalam proses penanggulangan permasalahan kesehatan masyarakat. Surveilans kesehatan masyarakat adalah instrumen penting dalam tindakan preventif mengantisipasi terjadinya outbreak penyakit dan mengembangkan respons cepat ketika terjadi KLB atau wabah. **(DCP2, dalam Bhisma Murti).**

Data hasil pelaksanaan kegiatan surveilans memiliki tujuan yaitu (Susanto, 2017):

- a. Untuk mengetahui gambaran status kesehatan suatu populasi masyarakat
- b. Sebagai pedoman dalam menyusun kebijakan penanggulangan yang akan diterapkan dalam suatu populasi tertentu, baik mengenai pola perilaku maupun tindakan preventif suatu penyakit.
- c. Untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kesehatan
- d. Sebagai bahan penelitian lebih lanjut
- e. Memudahkan pelaksanaan identifikasi masalah kesehatan di masyarakat

Surveilans epidemiologi juga dapat diaplikasikan di rumah sakit maupun di puskesmas dalam hal pelaksanaan surveilans epidemiologi infeksi nosokomial, perencanaan program tertentu di rumah sakit dan puskesmas. Secara khusus tujuan pelaksanaan kegiatan surveilans adalah (**Abdurrahman, 2020**):

- a. Menentukan populasi yang mempunyai beresiko untuk terserang penyakit berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan faktor lainnya.
- b. Menentukan jenis agent/penyebab penyakit.
- c. Menentukan reservoir infeksi.
- d. Mendeteksi keadaan yang dapat menyebabkan berlangsungnya transmisi penyakit.
- e. Mencatat kejadian penyakit keseluruhan.
- f. Memastikan karakteristik wabah tersebut (sumber, cara penularan, distribusi dan lainnya).

7.3. Attribute Surveilans

Struktur sistem surveilans di Indonesia pada umumnya bersumber dari laporan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah seperti puskesmas, rumah sakit dan laboratorium kesehatan di mana hasil laporan tersebut dapat digunakan di semua tingkatan pemerintah yaitu kabupaten/kota, provinsi dan pusat yang masing-masing memiliki unit surveilans secara struktural maupun fungsional. Sistem surveilans memiliki karakteristik atau atribut surveilans. Kombinasi atribut surveilans ini menjadi kekuatan dan kelemahan dari sistem surveilans, sehingga harus terdapat keseimbangan di antara atribut sistem surveilans tersebut. Adapun *attribute* surveilans itu meliputi (Priatna Et Al, 2018):

a. Kesederhanaan (*Simplicity*)

Kesederhanaan dari suatu sistem surveilans mencakup kesederhanaan dalam hal struktur dan kemudahan pengopersiannya. Sistem surveilans sebaiknya dirancang sesederhana mungkin, namun masih dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Kesederhanaan juga berhubungan dengan ketepatan waktu yang mempengaruhi jumlah sumber daya/sumber dana yang akan digunakan untuk pelaksanaan sistem tersebut. Sistem surveilans yang sederhana dapat dilihat pada unit kecil tertentu yang merumuskan definisi operasional suatu kasus dengan variabel tertentu, unit tersebut juga yang menemukan, melakukan penginputan dan melakukan pengolahan datanya untuk selanjutnya dimanfaatkan untuk kepentingan unit itu sendiri.

b. Fleksibilitas (*Flexibility*)

Suatu sistem surveilans yang fleksibel dapat menyesuaikan diri dengan perubahan informasi yang dibutuhkan atau situasi pelaksanaan tanpa disertai peningkatan yang berarti

akan kebutuhan biaya, tenaga dan waktu. Sistem yang fleksibel dapat menerima perubahan definisi kasus, dan variasi-variasi dari sumber pelaporan. Pada umumnya, makin sederhana suatu sistem, makin fleksibel untuk diterapkan pada penyakit/masalah kesehatan lain serta komponen yang harus diubah akan lebih sedikit. Fleksibilitas juga dimaksudkan kemudahan sistem surveilans yang ada untuk menghadapi munculnya penyakit baru, misalnya ketika terjadi ancaman pandemi influenza ganas, ancaman loncatan tipe virus influenza A H5N1, maka sistem deteksi dini dapat direalisasikan dengan menumpang pada sistem pemantauan wilayah setempat kasus potensi KLB yang masih aktif.

c. Akseptabilitas (*Acceptability*)

Akseptabilitas menggambarkan kemauan seseorang atau organisasi untuk berpartisipasi dalam melaksanakan sistem surveilans. Akseptabilitas merupakan atribut yang sangat subjektif yang mencakup kemauan pribadi dari orang-orang yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan sistem surveilans untuk menyediakan data yang akurat, konsisten, lengkap dan tepat waktu. Sistem surveilans yang baik jika dapat diterima oleh semua pihak terkait dengan penyelenggaraan sistem surveilans, baik unit kerja maupun oleh orang-orang yang bertugas dalam penyelenggaraan sistem surveilans, baik unit sumber data, unit surveilans, dan program terkait.

d. Sensitivitas (*Sensitivity*)

Sensitivitas dari suatu sistem surveilans dapat dilihat pada dua tingkatan. Pertama, pada tingkatan pengumpulan data, proporsi kasus dari suatu penyakit/masalah kesehatan yang dideteksi oleh sistem surveilans. Kedua, sistem dapat dinilai akan kemampuannya untuk mendeteksi KLB. Secara praktis

dapat dijelaskan, penekanan utama dalam menilai sensitivitas dengan asumsi kasus-kasus yang dilaporkan sebagian besar diklasifikasikan dengan benar adalah mengestimasi proporsi dari jumlah kasus di masyarakat yang dapat dideteksi oleh sistem surveilans. Sistem surveilans dengan sensitifitas tidak terlalu tinggi masih berguna untuk memantau *trend* selama sensitivitasnya konstan. Sistem surveilans sensitif yaitu sistem tersebut dapat mendeteksi kasus tertentu/permasalahan kesehatan.

e. Nilai Prediktif Positif (*Predictive Value Positive*)

Nilai Prediktif Positif (NPP) adalah proporsi dari populasi yang diidentifikasi sebagai kasus oleh suatu sistem surveilans dan kenyataannya memang kasus. Penghitungan NPP memerlukan catatan (arsip) dari intervensi-intervensi yang telah dilakukan berdasarkan informasi yang diperoleh dari sistem surveilans. Penghitungan NPP pada tingkat penemuan kasus dapat dilakukan apabila ada catatan mengenai jumlah pelacakan kasus yang telah dilakukan dan proporsi dari orang-orang yang benar-benar mengalami suatu peristiwa kesehatan/menderita penyakit yang diamati oleh sistem surveilans. Nilai Prediktif Positif sangat penting, karena NPP yang rendah berarti kasus yang telah dilacak yang sebenarnya bukan merupakan kasus dan telah terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi KLB. NPP menggambarkan sensitivitas dan spesifisitas dari definisi kasus dan prevalensi dari suatu keadaan yang terjadi dalam masyarakat. NPP akan meningkat seiring dengan meningkatnya spesifisitas dan prevalens. Komunikasi yang baik antara orang-orang yang melaporkan kasus dan instansi yang menerima laporan akan meningkatkan NPP.

Tabel 7.1. Perhitungan *Predictive Value Positive*, Sensitifitas dan spesifisitas

		Status Penyakit		Total
		+	-	
Hasil Test	+	A	B	A + B
	-	C	D	C + D
		A + C	B + D	A+B+C+D

Sumber: Modul Pelatihan Surveilans Epidemiologi ,2018)

Keterangan:

A = Jumlah individu skrining tes positif dan benar sakit (*true positive*)

B = Jumlah individu skrining tes positif tetapi sebenarnya tidak sakit (*false positive*)

C = Jumlah individu skrining tes negatif tapi sebenarnya sakit (*false negative*)

D = Jumlah individu skrining tes negatif dan benar tidak sakit (*true negative*)

$$\text{Predictive Value Positive} = A / (A+B)$$

$$\text{Sensitifitas} = A / (A+C)$$

$$\text{Spesifisitas} = D / (B+D)$$

f. Kerepresentatifan (*Representativeness*)

Suatu sistem surveilans yang representatif akan menggambarkan secara akurat kejadian dari suatu peristiwa kesehatan dalam periode waktu tertentu dan distribusi peristiwa tersebut dalam masyarakat menurut tempat dan orang. Kerepresentatifan dinilai dengan membandingkan karakteristik dari kejadian-kejadian yang dilaporkan dengan semua kejadian yang ada. Meskipun informasi kejadian yang sebenarnya dalam masyarakat tidak diketahui, namun dapat

ditentukan melalui studi khusus. Kualitas data merupakan bagian yang penting dari kerepresentatifan. Kualitas data ini dipengaruhi oleh kejelasan dari formulir surveilans, kualitas pelatihan, supervisi terhadap petugas surveilans dan ketelitian dalam penatalaksanaan data. Pengkajian hal-hal tersebut akan memberikan ukuran tak langsung dari kualitas data. Perhitungan presentase formulir surveilans atau kuesioner yang tidak diisi atau diisi dengan “tak diketahui” merupakan ukuran langsung. Penilaian dari realibilitas dan validitas dari jawaban/data memerlukan studi khusus. Representatif tidak diartikan adalah jumlah kasus yang sama, namun diartikan sebagai jumlah kasus yang dapat mewakili suatu populasi tertentu. Representatif kejadian suatu kasus kesehatan tertentu sangat dipengaruhi oleh hasil analisis kejadian-kejadian kesehatan berdasarkan karakteristik menurut waktu, orang dan tempat.

g. Ketepatan Waktu (*Timeliness*)

Ketepatan waktu menggambarkan kecepatan atau kelambatan di antara langkah-langkah dalam suatu sistem surveilans. Interval waktu biasanya dinyatakan sebagai besarnya waktu antara timbulnya masalah suatu peristiwa kesehatan yang tak diinginkan dengan laporan peristiwa kesehatan tersebut ke instansi yang berwenang. Aspek lain dari ketepatan waktu adalah waktu yang diperlukan untuk mengidentifikasi trend KLB, atau hasil dari tindakan penanggulangan. Ketepatan waktu dalam sistem surveilans harus dinilai dalam arti adanya informasi mengenai upaya penanggulangan/pencegahan penyakit, baik dalam hal tindakan penanggulangan yang segera dilakukan maupun rencana jangka panjang dari upaya pencegahan.

h. Kualitas (*Quality*)

Quality mencerminkan kelengkapan dan validitas data yang digunakan untuk surveilans. Salah satu ukuran sederhana adalah persentase nilai yang tidak diketahui atau kosong untuk variabel tertentu dalam data yang digunakan untuk surveilans. Misalnya pada surveilans campak dan rubela (CBMS) untuk data variabel umur kualitasnya baru 70%, artinya ada data umur kasus yang terisi di format laporan surveilans CBMS hanya 70%, ada 30 kasus campak/rubella yang tidak terisi data umurnya.

i. Stabilitas (*Stability*)

Stabilitas sistem surveilans mengacu pada keandalan metode untuk memperoleh dan mengelola data surveilans dan ketersediaan data tersebut. Karakteristik ini biasanya terkait dengan keandalan sistem komputer yang mendukung surveilans tetapi mungkin juga mencerminkan ketersediaan sumber daya dan personel untuk melakukan surveilans.

7.4. Komponen Sistem Surveilans

Untuk menyelenggarakan kegiatan surveilans epidemiologi diperlukan 6 komponen utama surveilans epidemiologi, yaitu (Abdurahman 2020):

- a. Adanya tujuan yang jelas dan terukur, terutama hubungannya dengan upaya intervensi program atau penelitian. Ada konsep surveilans epidemiologi untuk mencapai tujuan.
- b. Terdiri dari tahapan pengumpulan, pengolahan data, analisis hingga distribusi informasi epidemiologi.
- c. Terdapat penunjang surveilans epidemiologi, seperti sarana prasarana, tim teknis, sumber biaya dan lainnya.
- d. Tersedia jejaring surveilans epidemiologi.

e. Terdapat indikator kinerja.

Adapun rangkaian kegiatan surveilans dalam pelaksanaannya meliputi :

a. Identifikasi kasus dan masalah kesehatan.

Definisi operasional kasus berupa identitas atau keterangan dari kasus penyakit, kasus masalah kesehatan atau kasus suatu faktor risiko tertentu. Misalnya campak dapat didefinisikan sebagai seseorang yang menderita sakit dengan gejala-gejala panas, bercak kemerahan disertai dengan satu gejala pilek, mata merah, dan diare. Influenza adalah seseorang yang menderita sakit dengan gejala panas dan keluar ingus dari hidungnya.

b. Perekaman, pelaporan, dan pengolahan data. Data epidemiologi yang terdapat pada setiap kasus direkam dalam daftar registrasi kasus, baik dengan cara manual atau komputer. Data yang direkam terdiri dari data identitas kasus dan data epidemiologi yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan surveilans epidemiologi, data tambahan lain yang tidak diperlukan tidak boleh direkam, karena akan membebani pekerjaan petugas yang merekam data epidemiologi tersebut.

1). Cara pengumpulan data berdasarkan data epidemiologi, maka surveilans epidemiologi dibagi 2 yaitu:

- Surveilans aktif : adalah kegiatan surveilans di mana para petugas surveilans mendatangi sumber data, sehingga tidak ada satupun laporan sumber data yang tidak terekam
- Surveilans pasif : adalah kegiatan surveilans di mana para petugas surveilans menunggu laporan yang dikirim oleh sumber data

2). Pengolahan Data

Data mentah (raw data) di olah menjadi tabel, grafik, dan peta menurut golongan umur, jenis kelamin, tempat dan waktu, atau berdasarkan faktor risiko tertentu, dsb, sesuai dengan kebutuhan program.

3). Analisis dan interpretasi data.

Untuk melakukan analisis epidemiologi sangat dibutuhkan kemampuan yang memadai di bidang epidemiologi, komunikasi dan wawasan yang luas, dan berorientasi pada tujuan-tujuan surveilans epidemiologi ini dikembangkan. Semakin baik ketiga unsur tersebut semakin baik analisa yang dilakukan.

4). Studi Epidemiologi.

5). Membuat rekomendasi dan alternatif tindaklanjut. Dari hasil analisis data dibuat rekomendasi untuk rencana tindak lanjut.

6). Diseminasi informasi data yang telah diolah diinformasikan kepada program yang terkait dan kepada pimpinan. Penyebaran informasi dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dengan menyampaikan tabel, grafik atau peta, baik laporan khusus, ataupun laporan tahunan dalam sebuah buku data surveilans epidemiologi, menyampaikan laporan khusus hasil analisa lanjut kepada program terkait atau penelitian, menyampaikan paper hasil analisa pada suatu seminar, menyampaikan paper hasil analisa pada suatu buletin, baik media cetak, maupun media elektronik. Penyampaian informasi yang baik adalah dengan membangun komunikasi terus menerus seperti unit surveilans dengan unit program dan penelitian harus memiliki bahasa yang sama dalam mempelajari data surveilans epidemiologi. Hasil analisa juga harus

dikomunikasikan dengan baik, sehingga timbul pengertian yang sama. Komunikasi unit surveilans dengan unit program dan penelitian juga dimanfaatkan untuk mengetahui kebutuhan program dan penelitian yang dapat didukung oleh unit surveilans epidemiologi.

- 7). Umpan balik bertujuan untuk menciptakan komunikasi antara sumber pelaporan dan penerima laporan, contoh: absensi laporan, kelengkapan laporan, hasil analisis situasi masalah kesehatan dan informasi lain. Umpan balik dalam rangka perbaikan bila terdapat kesalahan atau ketidaksesuaian data yang telah dikumpulkan dan dilaporkan, dengan demikian dapat segera diperbaiki sebelum dilakukan analisis lebih lanjut. Umpan balik dapat berbentuk absensi laporan dan permintaan perbaikan data pada unit yang mengumpulkan data.

7.5. Penutup

Sistem surveilans memiliki peranan besar dalam mempengaruhi keberhasilan program pemberantasan dan pengendalian penyakit, karena kegiatan surveilans memiliki output utama yaitu sebagai sumber informasi epidemiologi yang mendeskripsikan kondisi kesehatan suatu populasi untuk menjadi masukan dalam penyusunan kebijakan penanggulangan permasalahan kesehatan masyarakat. Hasil pelaksanaan sistem surveilans memiliki manfaat yang sangat besar dalam proses perencanaan program, penentuan prioritas masalah hingga pada penentuan besaran biaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu program terkait pencegahan dan pemberantasan suatu penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Gizi Manusia

Yudit Patiku

Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika

8.1. Pengertian Zat Gizi

Kata “ gizi “ dalam bahasa Arab, *ghidza* artinya makanan, *nutrition* dalam bahasa Inggris berarti bahan makanan atau zat gizi . Zat gizi adalah makanan yang dikonsumsi dan diproses tubuh melalui proses pencernaan, penyerapan (*adsorbs*) ,transportasi, penyimpanan dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan , pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga (Irianto,2006). Zat yang terkandung dalam gizi (*nutrition*) seperti karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral, menghasilkan energi dalam bentuk Adenosin Triphosfat (ATP) untuk pertumbuhan dan perkembangan serta, memelihara proses tubuh. Gizi dalam tubuh akan mengalami serangkaian proses perubahan metabolisme. Metabolisme terdiri dari anabolisme dan katabolisme. Katabolisme merupakan perubahan dari molekul lebih besar menjadi molekul yang lebih kecil disebut katabolisme. Pemberian gizi yang tepat kepada sel-sel adalah esensial bagi jaringan-jaringan , organ-organ dan secara keseluruhan bagi organisme.

Zat gizi (*nutrients*) merupakan senyawa kimia dalam makanan yang dibutuhkan organisme tubuh untuk menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier 2004). Status gizi adalah penggunaan zat-zat gizi dan keadaan tubuh akibat konsumsi makanan. 45 zat gizi yang harus tersedia dalam makanan sehari-hari, mikromineral dan unsur-unsur vitamin yang baru. Konsep baru yang ditemukan seperti pengaruh genetik terhadap kebutuhan gizi, pengaruh gizi terhadap perkembangan otak dan perilaku, bekerja dan produktivitas serta imunitas terhadap penyakit infeksi. Selain itu pengaruh stress, polusi dan obat-obatan terhadap status gizi. Faktor gizi berperan dalam pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit *degenerative* dan tidak menular seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, hati, kanker dan obesitas. (Almatsier 2004, Susetyowati, dkk, 2019). Status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

8.2. Kebutuhan Gizi

Pilihan dan penyediaan makanan yang tepat dapat memenuhi asupan zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk melaksanakan fungsinya yang normal. Pemilihan makanan yang kurang tepat memberikan dampak kekurangan zat gizi esensial tertentu bagi tubuh.

8.2.1. Berdasarkan fungsinya, zat gizi dalam tubuh dapat dibagi 3 kelompok yaitu:

1. Sumber zat tenaga (Energi)

Oksidasi zat gizi menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari contoh karbohidrat, protein dan lemak. Ketiga zat gizi tersebut dapat diperoleh dari bahan pangan.

2. Sumber zat pengatur proses tubuh

Zat yang termasuk seperti protein, mineral, air dan vitamin. Protein mengatur keseimbangan air dalam sel, memelihara netralitas tubuh dan membentuk antibody. Mineral dan air mengatur proses-proses oksidasi, fungsi saraf dan otot. Air digunakan untuk melarutkan bahan-bahan dalam darah, mengatur suhu tubuh, pembuangan sisa-sisa atau ekspresi proses tubuh.

3. Sumber zat pembangun (pertumbuhan serta pemeliharaan jaringan tubuh)

Zat yang diperlukan untuk membentuk sel-sel yang baru, memelihara dan mengganti sel-sel yang aus atau rusak, contoh protein, mineral dan air.

8.2.2. Berdasarkan jumlah yang dibutuhkan tubuh, zat gizi terbagi 2 yaitu:

A. Zat gizi makro

Zat gizi makro adalah makanan utama yang memberi energi. Dibutuhkan dalam jumlah besar dengan satuan gram(gr). Seperti karbohidrat, protein dan lemak.

1. Karbohidrat

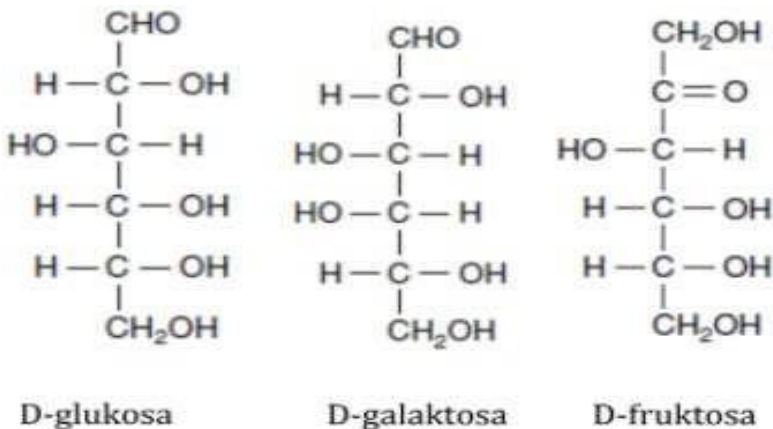
Karbohidrat yang diperoleh dari makanan di dalam tubuh akan mengalami serangkaian proses katabolisme. Karbohidrat merupakan senyawa organik mengandung atom karbon (C), hydrogen (H) dan Oksigen (O). $C_6H_{12}O_6$. Karbohidrat dibagi 4 kelompok yaitu:

Monosakarida yaitu karbohidrat yang paling sederhana. Klasifikasi pada Tabel 8.1.

Tabel 8.1 Klasifikasi Monosakarida

	Aldosa	Ketosa
Triosa (C ₃ H ₆ O ₃)	Gliseraldehid	Dihidroksiaseton
Tetrosa (C ₄ H ₈ O ₄)	Erithrosa	Erithrulosa
Pentosa (C ₅ H ₁₀ O ₅)	Ribosa	Ribulosa
Heksosa (C ₆ H ₁₂ O ₆)	Glukosa, Galaktosa	Fruktosa
Heptosa (C ₇ H ₁₄ O ₇)	-	Sedoheptulosa

Sumber : Wingerd , 2020



Struktur Kimia D-Glukosa, D-Galaktosa, dan D-Fruktosa²

Gambar 8.1. Struktur Kimia D-Glukosa, D-Galaktosa, dan D-Fruktosa² (Wingerd , 2020).

2. Disakarida

Adalah gabungan dari 2 unit monosakarida yang dihubungkan oleh ikatan glikosidik. Contoh :

Laktosa = glukosa + galaktosa Maltose = glukosa + glukosa
Sukrosa = glukosa + fruktosa Minuman manis seperti air soda,
soda dan jus buah kemasan mkaya akan fruktosa. Buah-buahan
kaleng yang dikeringkan mengandung tinggi fruktosa.

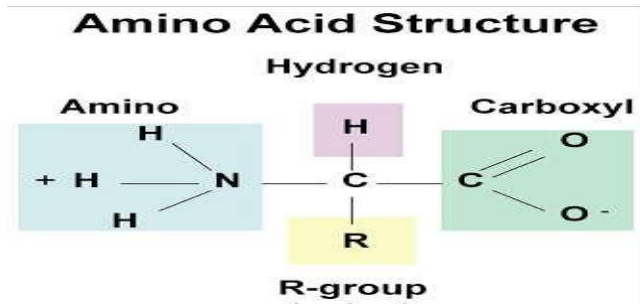
3. Oligosakarida

Merupakan gabungan dari 3 - 10 monosakarida Polisakarida

Merupakan gabungan > 10 monosakarida Contoh : amilum,
glikogen dan dekstrin Polisakarida yang ada dalam makanan
mengandung sejumlah besar amilum. Pencernaan dimulai di
mulut yang dilakukan oleh enzim sampai di usus. (Firani,2017).

3. Protein

Protein berarti pertama atau utama. Merupakan makromolekul
yang paling banyak di dalam sel, menyusun lebih dari setengah
berat kering pada hampir semua organisme. Di dalam sel
terdapat ribuan jenis protein yang berbeda serta fungsi yang
berbeda pula. Protein dibangun oleh 20 jenis asam amino .
Protein berbeda satu dengan lainnya karena deretan asam
amino.



Gambar 8.2. Struktur Asam Amino

Pengelompokan asam amino berdasarkan cara sintesis dibagi 2
yaitu:

Asam Amino yang terdapat hanya dalam makanan dan tidak
dapat disintesis dalam tubuh disebut asam amino esensial :

1. Histidin (His)

Histidin dimetabolisme menjadi histamin yang berfungsi sebagai neurotransmitter dan respon terhadap imun. Histidin sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan yang normal terutama bayi dan anak – anak, ,mengobati alergi dan *rheumatoid arthritis*. Sumber : daging ayam dan sapi, ikan terutama tuna, susu , telur, kacang –kacangan dan gandum dan gandum hitam.

2. Isoleusin (Ile)

Isoleusin mampu memulihkan otot paska aktivitas fisik dan meningkatkan imuntubuh. Sumber : tahu, susu kedelai, keju cheddar, keju cottage dan yogur, dagingayam dan sapi, ikan tuna serta polong-polongan.

3. Leusin (Leu)

Leu berfungsi untuk peningkatan metabolisme tubuh yang mengatur gula darah , mencegah kurangnya kadar protein dalam otot karena cedera, memulihkan sel otot serta tulang. Sumber dari daging, unggas, ikan salmon dan tuna, susu ,keju cheddar dan polong polongan.

4. Valin (Val)

Asam amino yang mampu meningkatkan kognitif. Sumber keju, yogurt, tahu, tempe, daging ayam, sapi, ikan tuna, salmon biji labu, kacang almond.

5. Lisin (Lys)

Asam amino ini diperlukan tubuh untuk produksi hormone, antibody dan enzim serta diperlukan untuk penyerapan kalsium. Sumber: daging ayam dan sapi, seafood terutama tiram, salmon dan tuna, produk susu (yogurt, keju dan susu), kacang-kacangan seperti pistachio dan mete, produk kedelai seperti tahu, tempe dan susu kedelai, buah-buahan seperti

alpukat, mangga dan tomat.

6. Metionin (Met)

Berfungsi memberikan gugus metil guna sintesis kolin dan kreatinin. Prekursor sistein dan ikatan mengandung sulfur lain. Sumber: daging ayam dan sapi, seafood seperti tuna, salmon dan lobster, produk susu seperti susu, keju parmesan dan keju cottage, produk kedelai seperti tahu, susu kedelai, kacang-kacangan seperti kacang brazil, kacang macadamia dan kacang almond, sayur-sayuran seperti brokoli, ubi jalar dan kentang serta telur.

7. Treonin (Thr)

Thr berfungsi sebagai precursor vitamin dan pengantar saraf serotonin. Meningkatkan sistem imun dan metabolisme. Precursor tirosin dan bersama membentuk hormon-hormon tiroksin dan epinefrin. Sumber: daging, telur, salmon, lobster, tiram, tempe, tahu, biji labu, kacang almond.

8. Triptopan (Trp)

Asam amino ini diperlukan untuk produksi vitamin B3, melatonin dan serotonin. Suplemen triptopan dapat mengurangi gejala depresi dan meningkatkan kualitas tidur. Sumber triptofan yang utama adalah salmon, telur, unggas, bayam, susu, biji-bijian dan kacang-kacangan.

9. Arginin (Arg)

Senyawa yang menstimulir pembelahan sel dan berperan dalam sintesis ureum dalam hati.

10 Fenilalanin (Phe)

Fenilalanin diubah menjadi tirosin. Asam amino yang berperan sebagai precursor neurotransmitter norepinefrin, epinefrin dan dopamine. Dapat meningkatkan kualitas tidur

, meringankan depresi, rasa cemas dan vitiligo. Sumber makanan yang mengandung Phe adalah daging, telur, tahu dan tempe, buah-buahan seperti stroberry dan jeruk mandarin, sayur-sayuran terutama kentang, ubi jalar dan parsley, biji labu, wijen dan kacang pistachio.

B. Asam amino non esensial adalah asam amino yang disintesis oleh tubuh sendiri.

Ada 10 jenis seperti Alanin , Asam aspartat , Asam Glutamat, Prolin Glisin , Serin , Sistein ,Tirosin , Asparagin dan Glutamin/

Tabel 8.2. Nilai protein berbagai bahan makanan (gram/100 gram).

Bahan makanan	Nilai Protein	Bahan makanan	Nilai Protein
Kacang kedelai	34,9	Keju	22,8
Kacang merah	29,1	Kerupuk udang	17,2
Kacang tanah terkelupas	25,3	Jagung kuning, pipil	9,2
Kacang hijau	22,2	Roti putih	8,0
Biji jambu monyet (mente)	21,2	Mie kering	7,9
Tempe kacang kedelai murni	18,3	Beras setengah giling	7,6
Tahu	7,8	Kentang	2,0
Daging sapi	18,8	Gaplek	1,5
Ayam	18,2	Ketela pohon (singkong)	1,2
Telur bebek	13,1	Daun singkong	6,8
Telur ayam	12,0	Bayam	3,5
Udang segar	21,0	Kangkung	3,0
Ikan segar	16,0	Wortel	1,2
Tepung susu skim	35,6	Tomat masak	1,0
Tepung susu	24,6	Mangga harumanis	0,4

Sumber: Daftar Komposisi Bahan Makanan, Depkes 1979.

Lemak Lemak atau lipid mengandung unsure Carbon, hydrogen dan Oksigen , bersifat tidak larut dalam air tapi larut dalam pelarut organic seperti eter, benzene dan kloroform. (Festi,2018 :18) Lemak yang penting seperti ; Kolesterol,Trigliserida, Fosfolipid dan Asam lemak,

Fungsi lemak adalah :

1. Sumber energy
2. Pelarut vitamin
3. Melindungi bagian tubuh yang penting

4. Memelihara suhu tubuh

C. Zat Gizi Mikro

Zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah sedikit seperti mineral : kalsium, fosfor, natrium, kalium, sulfur, klor, magnesium, zat besi, selenium, seng, fosfor, mangan, tembaga, kobalt, iodium, krom fluor, timah, nikel, silicon, arsen, boron. Vitamin: vitamin A (retinol), vitamin D, vitamin E, vitamin K, tiamin, riboflavin, niacin, biotin, folasin, vitamin B6, vitamin B12, asam pantotenat, vitamin C dan air.

8.3. Faktor yang Mempengaruhi Gizi

Gizi dipengaruhi 7 faktor seperti :

1. Seks

Kebutuhan gizi antara pria dan wanita berbeda disebabkan oleh sifat hormonal dan otot.

2. Usia

Kebutuhan zat gizi berbeda berdasarkan usia seperti bayi dan anak membutuhkan protein lebih besar daripada dewasa.

3. Ukuran tubuh

Ukuran tubuh yang tinggi dan berat membutuhkan gizi yang lebih meningkat.

4. Cuaca

Cuaca dingin merangsang tubuh mengatur suhu tubuh untuk mengimbangi suhu luar dengan membutuhkan lebih banyak energi untuk memanaskan tubuh.

5. Aktivitas

Kebutuhan gizi seseorang akan ditentukan oleh jenis aktivitasnya, makin intensif aktivitas seseorang maka

makin tinggi zat gizi yang dibutuhkan. Demikian sebaliknya, makin rendah aktivitas, makin sedikit zat gizi yang dibutuhkan.

6. Keadaan faal

Kebutuhan gizi Ibu hamil dan ibu yang meneteki lebih banyak dari yang normal.

7. Kondisi sakit

Suhu tubuh yang meningkat pada saat sakit, akan meningkatkan kebutuhan energi dibanding kondisi sehat.

8.4. Penilaian Gizi

Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung (Supriaza, 2001);

1. Penilaian secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biosfisik sebagai berikut:

2. Antropometri

Penilaian berdasarkan dimensi dan komposisi tubuh.

3. Klinis

Penilaian berdasarkan tampilan kulit, mata, rambut, mukosa oral dan kelenjar tiroid.

4. Biokimia

Metode ini didasarkan pada pemeriksaan specimen seperti urine, tinja, darah, hati dan otot.

5. Biofisik

Penentuan status gizi dengan cara melihat kemampuan fungsi dan struktur jaringan.

6. Penilaian status gizi secara tidak langsung

Menurut Supariaza, 2001 dapat dibagi ada 3 jenis yaitu:

1. Survei konsumsi makanan

Metode ini yaitu menentukan jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi

2. Statistik vital

Metode ini dengan menganalisis data statistik seperti angka kesakitan, berdasarkan umur, angka kematian.

3. Ekologi

Metode ini berdasarkan jumlah makanan yang tersedia tergantung keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lainnya.

8.5 Dampak Asupan Gizi

Dampak yang ditimbulkan akibat gangguan gizi terhadap tubuh seperti:

a. Gangguan fungsi tubuh

Makanan yang dikonsumsi seseorang akan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi yang baik memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan aktivitas kerja yang optimal. Gangguan gizi terjadi apabila kelebihan gizi ataupun kekurangan gizi disebabkan oleh 2 faktor yaitu.:

1. Faktor primer yaitu bila asupan makanan yang dikonsumsi kurang tepat dalam kuantitas atau kualitas karena disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, yang rendah, kemiskinan, kebiasaan makan yang salah.
2. Faktor sekunder yaitu faktor yang menyebabkan zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh. Seperti gangguan

pada pencernaan, penyerapan dan metabolisme.

b. Gangguan proses tubuh

Beberapa akibat yang ditimbulkan akibat gizi kurang seperti :

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan anak tidak optimal terutama yang berasal dari sosial ekonomi rendah dibanding ekonomi menengah ke atas.

2. Produksi tenaga

Konsumsi makanan sumber tenaga kurang maka akan menyebabkan seseorang kurang tenaga untuk bergerak, bekerja dan melakukan aktivitas.

3. Imun tubuh

Imunitas tubuh menurun sehingga mudah terserang penyakit infeksi.

4. Struktur dan fungsi otak

Gizi kurang akan menyebabkan terganggunya perkembangan otak secara maksimal terutama pada anak usia balita.

5. Perilaku

Kurang gizi dapat menyebabkan perilaku tidak tenang, mudah tersinggung, dan apatis.

c. Akibat gizi lebih terhadap proses Tubuh

Konsumsi makanan berlebih menyebabkan kelebihan energy yang tersimpan di bawah Jaringan dalam bentuk lemak. Obesitas dapat menyebabkan resiko penyakit degenerative seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung koroner, hati an kantung empedu.

8.6. Penutup

Masalah gizi merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan seseorang karena gizi kurang dan gizi lebih tetap memberikan dampak pada tubuh manusia . Status gizi baik apabila asupan gizi seimbang dengan kebutuhan tubuhnya, demikian pun apabila asupan gizi kurang dalam makanan maka akan menyebabkan kurang gizi. Asupan gizi yang kurang akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan, tenaga yang kurang, imun menurun, struktur dan fungsi otak serta perilaku. Asupan gizi lebih akan menyebabkan obesitas yang mengakibatkan resiko penyakit *degenerative*. Oleh karena itu penyuluhan tentang gizi perlu ditingkatkan untuk merubah perilaku masyarakat tentang keadaan gizinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurahman et al (2020). Modul Mata Pelatihan Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular Potensial KLB Dan Wabah. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Direktorat Surveilans Dan Karantina Kesehatan.
- Abram, O. O., Posumah, J. H. and Palar, N. (2017) 'Sistem Pelayanan Kesehatan Puskesmas Akelamo Di Kecamatan Sahu Timur Kabupaten Halmahera Barat', *Jurnal Administrasi Publik UNSRAT*, 3(046).
- Ali, Z. (2010) *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan*. Jakarta: TIM.
- Alisjahbana, A. S. et al. (2018) *Menyongsong SDGs*. Available at: <http://sdgcenter.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2018/08/Menyongsong-SDGs-Kesiapan-Daerah-daerah-di-Indonesia.pdf>.
- Almatsier S, 2004., *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, PT Garamedia Pustaka Utama ,Jakarta Djoko Pekik.2006. *Panduan Gizi Lengkap*. Yogyakarta.
- Amin Subargus (2011) *Promosi Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Amirah, A. and Ahmaruddin, S. (2020) *Konsep Dan Aplikasi Epidemiologi*, Deepublish. Available at: https://books.google.co.id/books?id=fk0PEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=konsep+dan+aplikasi+epidemiologi&hl=id&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=konsep+dan+aplikasi+epidemiologi&f=false.
- Andi Asri, Ali Imran, A. A. (2020) *ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN PENGENDALIAN COVID-19*. 1st edn. Edited by M. Nasrudin. PT Nasya Expanding Management. Available at:

https://books.google.co.id/books?id=EvgkEAAAQBAJ&pg=PA48&lpg=PA48&dq=buku+David+E+Lilienfeld+Foundations+of+Epidemiology+%281994%29&source=bl&ots=FgTeDuB_hH&sig=ACfU3U3ECmPBxwZozmo6wrWQnIgsdyi3cA&hl=id&sa=X&ved=2ahUKewiypd7IoI30AhWawzgGHXNIAF4Q6AF6BAgCEAE.

Anisah Basleman dan Syamsu Mappa, Teori Belajar Orang Dewasa, (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2011), hlm.

Antonius et al (2017). Bahan Ajar Gizi “Surveilans Gizi”. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Anwar, Ruswana. Diagnostik klinik dan penilaian Infertilitas. bagian fertilitas dan endokrinologi reproduksi obstetri dan ginekologi fakultas kedokteran unpad. 2005. Bandung

Arifin Syamsul, Fauzie Rahman, Anggun Wulandari, Vina Yulia Anhar (2020). Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan. Banjarmasin: Pustaka Banua.

Azwar, Azrul (2007). Pengantar Administrasi Kesehatan: Edisi Ketiga. Binarupa Aksara Publisher.

Bappenas (2017) ‘Arahan Terkait Pencapaian Pelaksanaan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/ Sustainable Development Goals (SDGs)’, Kementerian PPN/Bappenas, pp. 1–31.

Budiono (2016) ‘Kosep Dasar Keperawatan’. doi: 10.15713/ins.mmj.3.

Cherry, B. and R. Jacob, S. (2014) Contemporary Nursing Issues, Trends & Management, Ecosystems and Human Well-being: A Framework for Assessment. doi: 10.1007/s13398-

014-0173-7.2.

Darmawan, A. (2016) 'Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular', *Jambi Medical Journal*, 4(2), pp. 195–202. doi: <https://doi.org/10.22437/jmj.v4i2.3593>.

Diakses 27 Januari 2021

Dr. Suparyanto, M. K. (2010) KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI PENYAKIT, *blogspot.com*. Available at: <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/03/konsep-dasar-epidemiologi-penyakit.html> (Accessed: 13 November 2021).

Eliana et al (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan "Kesehatan Masyarakat". Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangandan Pemberdayaan sumber DayaManusia Kesehatan.

Fahrina, S. (2018) 'Sejarah Perkembangan Ilmu Epidemiologi', <https://www.researchgate.net/>.

Festi,W,P, 2018. Buku Ajar Gizi dan Diet, UM Surabaya Publishing.

Fitria Zuni Astutik, "Hubungan Perolehan Materi Sistem Reproduksi Dengan Kesadaran Kesehatan Reproduksi Pada Siswa Kelas XI IPA M.A Negeri 1 Semarang", Abschlussarbeit hlm. 58.

Hardisman, D. (2014) 'Analisis Teoritis dan Praktis Kebijakan Kesehatan Nasional Indonesia'.

Harjatmo T P., Par'i H M., Wiyono S., 2017. Penilaian Status Gizi , Bahan Ajar Gizi Poedjiadi A, 2006. Dasar – dasar Biokimia , Penerbit Universitas Indonesia.

Hasibuan, Rapotan (2020). Bahan Ajar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.

Herawati (2017) 'Peran Epidemiologi Dalam Masalah Gizi Masyarakat Sistem Surveilans dan Respon Berbasis Masyarakat untuk Penanggulangan Masalah Gizi Masyarakat', Pertemuan Ilmiah Tahunan Epidemiologi di FK Unpad.

<http://911medical.blogspot.com/2010/02/gambar-anatomi-sistem-reproduksi.html>, diakses pada 8 November 2013.

Irmawati, S. (2017) 'Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sangurara Kecamatan Tatanga Kota Palu', *Katalogis*, 5(1).

Jones dan Beck, 1996 (1996) 'Latanoprost, a prostaglandin analog, for glaucoma therapy: efficacy and safety after 1 year of treatment in 198 patients', *Ophthalmology*. Elsevier, 103(11), pp. 1916–1924.

Kementerian Kesehatan RI. (2020) 'Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024', Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI 351.077, pp. 1–99. Available at: <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/ef5bb48f4aaae60ebb724caf1c534a24.pdf>.

Kholid, A. (2014) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Legita, T. (2012) 'Pengetahuan, Sikap dan Kesiapan Perawat Klinisi Dalam Implementasi Evidence-Base Practice', *NERS Jurnal Keperawatan*, 8(1), p. 84. doi: 10.25077/njk.8.1.84-97.2012.

Mardiyah, S. (2018) 'Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan', p. 70. Available at: http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/665/1/MODUL_AJAR_KONSEP_DASAR_KEPERAWATAN_II.pdf.

Massie, R. (2012) 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian', *Buletin Penelitian Sistem*

Kesehatan, 12(4), pp. 409–417. doi:
10.22435/bpsk.v12i4.2747.

- Maulana, H. D. J. (2012) Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Mori agustina perangin-angin (2021) ETIKA KEPERAWATAN. Medan: yayasan Kita menulis.
- Mounier-Jack, S. et al. (2014) 'Measuring the health systems impact of disease control programmes: a critical reflection on the WHO building blocks framework', BMC public health. BioMed Central, 14(1), pp. 1–8.
- Mustofa Amirul, Sri Roekminiati, Damajanti Sri Lestari (2020). Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Surabaya: CV. Jakad Media Pubhling.
- Notoatmodjo, S. (2012) Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka cipta.
- Onainor, E. R. (2019) '濟無No Title No Title No Title', 1, pp. 105–112.
- Perdana (2018) 'Undang-Undang No.38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan', in Journal of Chemical Information and Modeling, pp. 1689–1699. doi:
10.1017/CBO9781107415324.004.
- Presiden RI (2014) 'Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan', Presiden Republik Indonesia, pp. 1–78. Available at: http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf.
- Priatna et al (2018). Modul Pelatihan Surveilans Epidemiologi Bagi Petugas Puskesmas. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Putri, R. N. (2019) 'Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju', Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 19(1), p. 139. doi:

10.33087/jiubj.v19i1.572.

Rusmitasari, Heni (2020). Modul Organisasi dan Manajemen Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Semarang.

Saepudin, M. (2020) Epidemiologi kesehatan lingkungan. 1st edn. Yogyakarta: Gosyeng publishing.

Supariasa, 2001, Penilaian Status Gizi , Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran.

Susanto (2017). Modul Surveilans. Yogyakarta. Universitas Respati Yogyakarta.

Susetyowati, Huryati E, Kandarina B.J.I., Faza F., 2019. Peranan Gizi dalam upaya Pencegahan Penyakit Tidak Menular , Gadjah Mada University Press

Trigunarso, Sri Indra (2018). Buku Ajar Administrasi dan Manajemen Kesehatan Lingkungan. Bandar Lampung: AURA CV. Anugrah Utama Raharja.

Trisnantoro, L. (2019) Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan. Yogyakarta: UGM Press.

Undang-Undang No.23 (1992) 'Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan', (23).

WebMD. <https://www.webmd.com/women/ss/slideshow-women-reproductive-problems>

Yanti, "Buku Ajar Kesehatan Reproduksi (Bagi Mahasiswa DIII Kebidanan) ...", hlm. 4-5.

Biografi Penulis



Ns. Fhirawati, S.Kep.,M.Kes, Lahir di Kota Watampone pada tanggal 27 Oktober 1988. Menamatkan Pendidikan SD, SMP dan SMA di Kabupaten Bone. Menyelesaikan kuliah pada Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makassar dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 dan melanjutkan lagi pendidikan profesi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makassar dan mendapat gelar Ners pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan Program Magister dengan konsentrasi Promosi Kesehatan pada Universitas Muslim Indonesia dan menyandang gelar Magister Kesehatan pada tahun 2016. Pada tahun 2012-2017 bergabung menjadi Dosen Akper Lapatau Bone dan Pada Tahun 2017 bergabung menjadi Dosen di Universitas Patria Artha Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan.



Hamdayani, lahir di Gowa pada tanggal 20 Agustus 1983. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan dan profesi Ners tahun 2001- 2016 di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Pada tahun 2010 mengikuti Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2012 di Universitas Indonesia Timur Makassar. Pada tahun 2009-2017 diangkat menjadi Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Pada Tahun 2017- Sekarang menjadi Dosen di Universitas Patria Artha Fakultas Kesehatan program studi Ilmu Keperawatan.



Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes, lahir di Kota Bulukumba pada tanggal 20 Desember 1993 Menyelesaikan kuliah pada Universitas Mega Rezky Makassar dan mendapat gelar Ahli madya Kebidanan pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan Program DIV Kebidanan pada Universitas Mega Buana dan menyandang gelar Sarjana Sains Terapan pada tahun 2015 Kemudian Melanjutkan Kembali Kuliah Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia dan Lulus pada tahun 2017 Pada tahun 2016 bergabung menjadi Dosen Universitas Muslim Patria Artha Tahun 2017 diamanahkan tanggungjawab sebagai Ketua Program Studi DIII Kebidanan Universitas Patria Artha sampai sekarang. Sebelum menulis buku, penulis sudah beberapa melakukan penelitian dia antaranya penelitian tentang, Spermatozoa, penelitian Neurosains Terapan, dan penelitian tentang efficacy perawat di rumah sakit.



Nining Ade Ningsih, S.K.M, M.Kes, lahir di Bonepute, Sulawesi Selatan pada tanggal 14 Maret 1985. Lulus S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada tahun 2008. Lulus S2 pada Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan tahun 2011. Saat ini menjabat sebagai Dosen Tetap Program Studi Kesehatan Masyarakat STIK Tamalatea Makassar, Sulawesi Selatan, dengan mengampu beberapa mata kuliah diantaranya Dasar-Dasar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Mutu Pelayanan Kesehatan.



Kasmianti, S.ST., M. Keb. Lahir di Felda sahabat 15 tengku lahad datu (Malaysia) pada tanggal 07 Desember 1991. Menyelesaikan pendidikan D-IV Pendidik Kebidanan di Universitas Mega Rezky Makassar pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan program Magister di universitas Hasanuddin dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan dengan pemilihan konsentrasi pelajaran kesetaraan gender. Pernah bekerja menjadi bidan Desa selama 2 tahun di UPTD PUSKESMAS Salomekko. Bergabung di Akademi Kebidanan Lapatau Bone tahun 2015. Di amanahkan tanggungjawab menjadi Kepala UPM Akademi Kebidanan Lapatau Bone Tahun 2016. Kemudian tahun 2019-2021 Menjadi Ketua Program studi Kebidanan Akademi Kebidanan Lapatau Bone. Tahun 2022 bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Maluku sampai sekarang.



Ns. Sudirman Efendi, S.Kep.,M.Kep, Lahir di Kota Jeneponto pada tanggal 13 Juni 1986. Penulis menempuh dan menamatkan pendidikan SD, SMP dan SMA di Kabupaten Jeneponto, Provinsi Sulawesi-Selatan. Menyelesaikan kuliah pada Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makassar dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 serta melanjutkan pendidikan profesi di kampus yang sama pada tahun 2011 hingga meraih gelar Ners. Penulis kemudian melanjutkan Program Magister Ilmu keperawatan dengan konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Hasanuddin Makassar dan menyandang gelar Magister Keperawatan pada tahun 2021. Sejak Tahun 2012 penulis mengabdikan diri sebagai Perawat di salah satu Puskesmas Kabupaten Jeneponto, tepatnya Puskesmas Binamu Kota dan tercatat sebagai pengurus Inti DPD PPNI Kab Jeneponto. Pada

tahun 2012 bergabung menjadi Dosen Luar Biasa di Stikes Masagena Husada Jenepono dan Pada Tahun 2021 bergabung menjadi Dosen Tetap di Universitas Megarezky Makassar Prodi Pendidikan Profesi NERS, Fakultas Keperawatan & Kebidanan.



Hadzmawaty Hamzah, S.K.M, M.Kes, lahir di Mamuju, Sulawesi Barat pada tanggal 27 September 1985. Lulus S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Konsentrasi Epidemiologi pada tahun 2008. Lulus S2 pada Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin konsentrasi epidemiologi tahun 2011. Saat ini menjabat sebagai Dosen Tetap Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Patria Artha Gowa, Sulawesi Selatan, dengan mengampu beberapa mata kuliah seperti Surveilans Kesehatan Masyarakat, Dasar Epidemiologi. Sebelum buku ini penulis telah menyelesaikan satu buku yang berjudul **“Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular”**.



Dr. Yudit Patiku, SSi, SKep, Ns, MKes, lahir di Mebali pada tanggal 16 September 1969. Gelar Sarjana Sains diperoleh pada 13 Maret 1997, Jurusan Biologi Fakultas MIPA Universitas Hasanuddin. Diangkat menjadi Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika pada tahun 2001 sampai sekarang. Gelar Sarjana Keperawatan di STIK Famika pada tahun 2009 dan Gelar Ners pada Profesi Keperawatan STIK Famika pada tahun 2010. Program Magister Mikrobiologi lulus pada tahun 2012 dari Universitas Hasanuddin. Pada tahun 2014 mengikuti Program Doktor Ilmu Kedokteran dan lulus pada tahun 2018 dari Universitas Hasanuddin.

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat (public health) adalah “sains dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui upaya-upaya yang terorganisasi dan pilihan yang berpengetahuan, yang dilakukan oleh masyarakat, organisasi, baik pemerintah maupun swasta, komunitas, dan individu . Pada kesehatan masyarakat tidak hanya berarti sains, tetapi juga seni, dan terorganisasi. Kesehatan masyarakat tidak hanya bertujuan mencegah penyakit, tetapi juga memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan. “Pilihan yang berpengetahuan” mengandung arti bahwa upaya kesehatan masyarakat hendaknya berdasarkan bukti riset terbaik yang tersedia. Umumnya upaya kesehatan masyarakat dirancang, direncanakan, diprogram, dan diimplementasikan pada level kelompok, komunitas, atau populasi. Karena itu pembuatan kebijakan dan perencanaan program merupakan strategi yang penting agar intervensi kesehatan masyarakat efektif. Kesehatan masyarakat bisa juga diimplementasikan pada level individu, sepanjang upaya itu terorganisasi. Pada saat ini pemerintah telah banyak membuat kebijakan kesehatan akan tetapi hasilnya belum efektif sehingga belum dapat dimanfaatkan secara maksimal dan dapat dilihat dimana fasilitas kesehatan belum digunakan secara maksimal dan kesadaran masyarakat terkait pola hidup sehat tampak masih rendah. Terwujudnya kesehatan masyarakat sebenarnya bukan hanya menjadi tanggung jawab departemen kesehatan akan tetapi perlu adanya keterlibatan dari berbagai komponen seperti pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat maupun swasta.

TOHAR MEDIA

No. Anggota IKAPI : 022/SSL/2019
Workshop : JL. Rappocini Raya Lt.II A No 13 Kota Makassar
Redaksi : JL. Muhtar dg Tompo Kabupaten Gowa
Perumahan Nasya Regency Blok D No 25
Telp. (0411) 8987659
<https://toharmedia.co.id>

