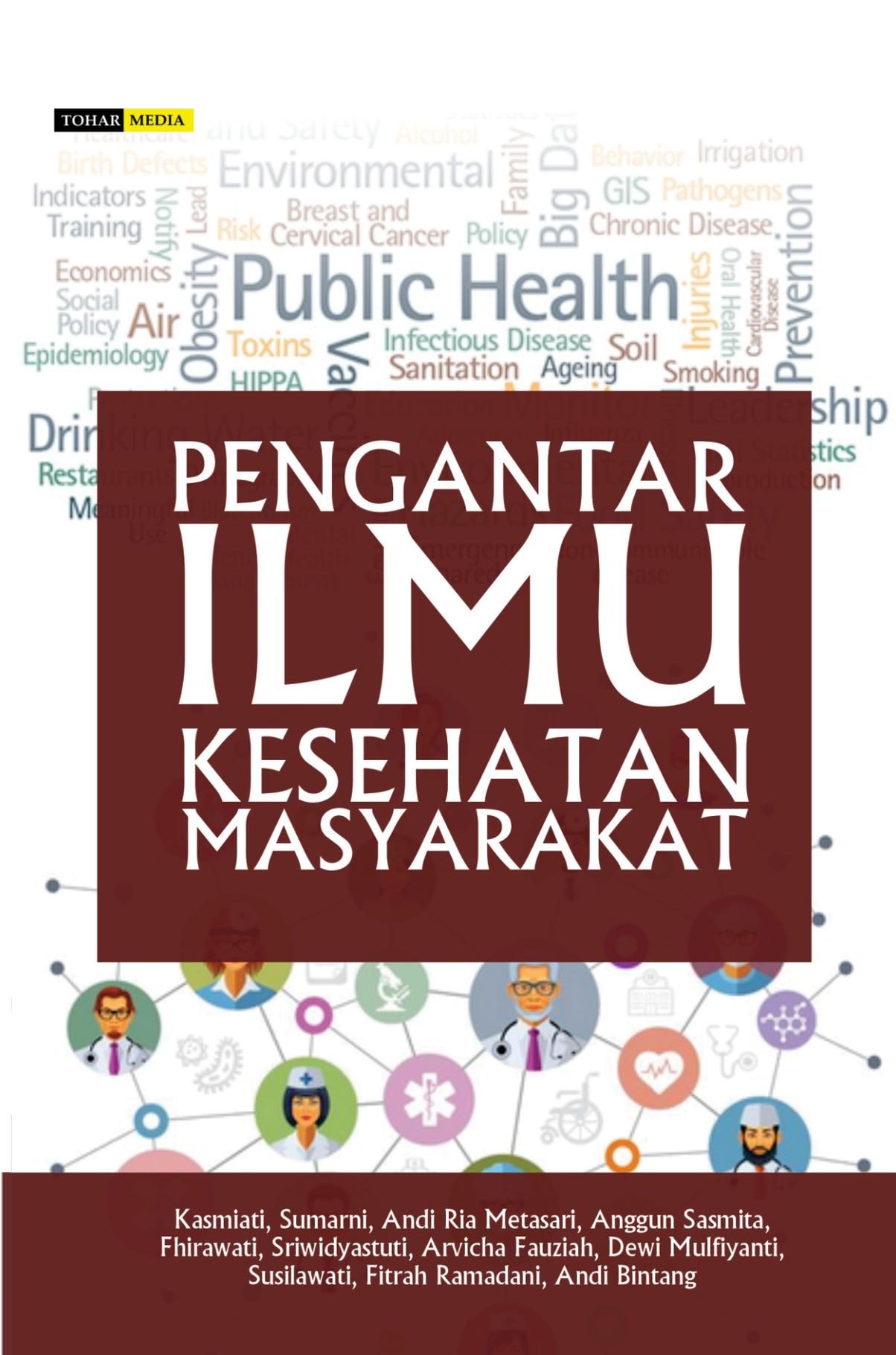


TOHAR MEDIA



PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Kasmiati, Sumarni, Andi Ria Metasari, Anggun Sasmita,
Fhirawati, Sriwidyastuti, Arvicha Fauziah, Dewi Mulfiyanti,
Susilawati, Fitrah Ramadani, Andi Bintang

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis

Kasmiati, Sumarni, Andi Ria Metasari, Anggun Sasmita,
Fhirawati, Sriwidyastuti, Arvicha Fauziah, Dewi Mulfiyanti,
Susilawati, Fitrah Ramadani, Andi Bintang

Editor

Kasmiati, Dewi Mulfiyanti , Anggun Sasmita

Penerbit

TOHAR MEDIA

Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penulis :

Kasmiati, Sumarni, Andi Ria Metasari, Anggun Sasmita, Fhirawati, Sriwidyastuti, Arvicha Fauziah, Dewi Mulfiyanti, Susilawati, Fitrah Ramadani, Andi Bintang.

Editor :

Kasmiati, Dewi Mulfiyanti , Anggun Sasmita

ISBN :

978-623-8148-46-2

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. 0852-9999-3635/0852-4352-7215

Email : toharmedia@yahoo.com

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

Cetakan Pertama April 2023

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

Bismillahirrohmanirohim, Assalamualaikum WR. WB

Alhamdulillah, puji syukur selalu kita panjatkan kehadirat ALLAH SWT. Berkat limpahan rahmat yang berupa kesehatan yang di berikan kepada kita semua terkhusus kepada semua penulis. Shalawat dan salam tidak pernah berhenti tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang menjadi contoh dan teladan bagi umat manusia.

Kesehatan merupakan sesuatu yang sangat mahal maka harus terus di pertahankan dan ditingkatkan. Buku pengantar ilmu kesehatan masyarakat ini memberikan pembahasan penting terkait dengan dasar ilmu kesehatan masyarakat, sejarah kesehatan masyarakat, peran bidan dalam kesehatan masyarakat, pendidikan dan promosi kesehatan, gizi, konsep biostatistik dalam kesehatan masyarakat, kesehatan kerja dalam ilmu kesehatan masyarakat, kebijakan kesehatan, konsep dasar kesehatan reproduksi bagi kesehatan masyarakat dan manajemen kesehatan, buku ini juga di susun dari kolaborasi beberapa penulis. Terima kasih kepada semua orang yang telah terlibat dalam penulisan buku ini terkhusus kepada semua penulis atas kerja sama dan partisipasinya dalam penulisan buku ini.

Kami sangat berharap buku ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca, kami memahami bahwa buku ini masih banyak terdapat kekurangan dalam penulisan dan penyusunannya berdasarkan hal tersebut maka kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar penulisan buku selanjutnya lebih baik lagi.

Wassalamualaikum WR. WB

Makassar, November 2022

Tim Penulis

Daftar Isi

Halaman Depan _i

Halaman Penerbit _ii

Kata Pengantar _iii

Daftar Isi _iv

Bab 1. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat _1

1.1. Pengantar _1

1.2. Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat _2

1.3. Tujuan Kesehatan Masyarakat _4

1.4. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat _5

1.5. Prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat _8

1.6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat _10

1.7. Penutup _16

Bab 2. Sejarah Kesehatan Masyarakat _17

2.1. Pengantar _17

2.2. Definisi Kesehatan Masyarakat _19

2.3. Periode-Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Dunia _20

2.4. Kemajuan Kesehatan Masyarakat di Indonesia _22

2.5. Penutup _27

Bab 3. Kesehatan Lingkungan _29

3.1. Pengantar _29

3.2. Manfaat Lingkungan Hidup _29

3.3. Sampah dan Limbah _30

3.4. Rumah Sehat _31

3.5. Pencemaran Udara _32

3.6. Penyediaan Jamban Keluarga _33

3.7. Penyediaan Sarana Air Bersih _34

3.8. Sanitasi Makanan _35

3.9. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah _36

3.10. Pendekatan Kesehatan Masyarakat _36

3.11. Penutup _37

Bab 4. Peran Bidan dalam Kesehatan Masyarakat	_39
4.1. Pengantar	_39
4.2. Fungsi Bidan	_45
4.3. Wewenang dan Tanggung Jawab Bidan	_51
4.4. Tugas dan Tanggung Jawab Bidan dalam Primary Health Care	_51
4.5. Penutup	_52
Bab 5. Perilaku dan Promosi Kesehatan	_53
5.1. Pengantar	_53
5.2. Sejarah Singkat Promosi Kesehatan	_54
5.3. Konsep Promosi Kesehatan	_56
5.4. Konsep dan Teori Perilaku	_60
5.5. Strategi Promosi Kesehatan	_64
5.6. Teknologi Pendidikan Kesehatan	_66
5.7. Media Promosi Kesehatan	_68
5.8 Penutup	_71
Bab 6. Gizi dalam Kesehatan Masyarakat	_73
6.1. Pengantar	_73
6.2. Gizi Seimbang	_74
6.3. Gizi dalam Kesehatan Masyarakat	_75
6.4. Status Gizi	_77
6.5. Metode Penilaian Status Gizi	_78
6.6. Permasalahan Gizi Masyarakat	_79
6.7. Penanggulangan Masalah Gizi	_82
6.8 Penutup	_83
Bab 7. Konsep Biostatistik dalam Kesehatan Masyarakat	_85
7.1. Pengantar	_85
7.2. Batasan Statistik	_86
7.3. Peran Statistik dalam Penelitian	_88
7.4. Populasi dan Sampel	_89
7.5. Data	_90
7.6. Pengumpulan dan Penyajian Data	_94
7.7. Analisis Data	_95
7.8. Pengolahan Data	_97
7.9. Penutup	_98

Bab 8. Kesehatan Kerja dalam Ilmu Kesehatan

Masyarakat _101

8.1. Pengantar _101

8.2. Defenisi K3 _103

8.3. Penutup _108

Bab 9. Kebijakan Kesehatan _109

9.1. Pengantar _109

9.2. Pengertian Kebijakan Kesehatan _110

9.3. Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan _111

9.4. Proses Pembuatan Kebijakan Melibatkan Beberapa
Element _113

9.5. Proses Menetapkan Kebijakan Kesehatan _113

9.6. Pengembangan Kebijakan Kesehatan _115

9.7. Penutup _117

Bab 10. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi Bagi

Masyarakat _119

10.1. Pengantar _119

10.2. Tujuan dan Sasaran Kesehatan Reproduksi _119

10.3. Ruang Lingkup dan Hak-Hak Kesehatan Reproduksi
_120

10.4. Sistem Reproduksi _121

10.5. Organ Reproduksi Wanita _125

10.6. Penutup _128

Bab 11. Manajemen Kesehatan _129

11.1. Pengantar _129

11.2. Pengorganisasian Kesehatan _129

11.3. Pengarah dan Pengawas Kesehatan _131

11.4. Penilaian atau Evaluasi Kesehatan _132

11.5. Manajemen Puskesmas _133

11.6. Penutup _136

Daftar Pustaka _137

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis

Kasmiati, Sumarni, Andi Ria Metasari, Anggun Sasmita,
Fhirawati, Sriwidyastuti, Arvicha Fauziah, Dewi Mulfiyanti,
Susilawati, Fitrah Ramadani, Andi Bintang

Editor

Kasmiati, Dewi Mulfiyanti, Anggun Sasmita

Bab 1

Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

1.1 Pengantar

Ilmu kesehatan masyarakat yang sangat berkembang pesat di era Revolusi Industri 4.0 yang dimana seluruh Negara di dunia dalam masa transnisi menuju era Society 5.0, Era dimana orang-orang diuntut mampu menyesuaikan diri dengan keadaan misalnya perubahan lingkungan dan mampu menyelesaikan tantangan dan permasalahan dengan memanfaatkan, mengembangkan diri serta menemukan inovasi-inovasi yang mampu memberikan penyelesaian terhadap masalah yang di hadapi serta meningkatkan kesejahteraan hidup bagi individu itu sendiri maupun masyarakat.

Indonesia di era pencapaian target MDGs (*Millennium Development Goals*) perlu melakukan berbagai macam terobosan-terobosan terbaru agar dapat meyesuaikan diri dengan perubahan global yang sangat pesat dan cepat perubahannya di dunia saat ini terutama perhatian Indonesia terkait dengan kesehatan masyarakat , yang sakit harus sehat dan yang sehat harus mampu mempertahankan dan bahkan meningkatkan kesehatan ini terkait dengan kesehatan masyarakat seluruh warga Negara Indonesia itu sendiri.

Berkaitan dengan ilmu kesehatan masyarakat ini tidak akan lepas dengan 2 tokoh dunia yang sangat berjasa terhadap kesehatan

masyarakat pada mulanya, dua tokoh ini merupakan tokoh Yunani Kuno meraka adalah Asclepius dan Higeria. Asclepius dan Higeria merupakan seorang yang memberikan pelayanan pengobatan kepada masyarakat, dimana Asclepius seorang dokter yang memberi pelayanan kepada masyarakat yang memberikan penekanan pada pengobatan yang di berikannya dengan kegiatan kuratif yang di lakukan untuk memberikan pengobatan terhadap berbagai macam penyakit dan melaksanakan tindakan dengan prosedur yang baik seperti tindakan pembedahan. Higeria adalah asisten dari Asclepius yang mendampingi dalam memberikan palayanan kepada masyarakat yang terkenal dengan penerapan dan pengajaran kepada murid-muridnya dengan penekanan hidup seimbang seperti menghindari makanan yang tidak sehat (beracun), mengkomsumsi makanan yang bergizi, istirahat yang cukup dan olahraga yang teratur harus di laksanakan dimana lebih menakankan pada pencegahan penyakit preventif. (Purnama,B.T, 2022)

Kesehatan masyarakat saat ini sangat terancam terutama dengan arus persaingan pasar global dan meningkatnya arus lalulitas manusia, barang maupun jasa, modal dan arus teknologi yang saat ini berkembang sangat pesat, dunia sekarang ini menghadapi dampak buruk globalisasi, perang dingin yang terjadi di beberapa Negara adikuasa, penyakit infeksi baru, serta virus Covid-19 dan varian baru dari virus tersebut yang menghantui masyarakat dunia termasuk Indonesia. Maka untuk menghadapi hal tersebut Indonesia harus bertransformasi dalam berbagai bidang khususnya di bidang kesehatan yang menitikberatkan pada kesehatan masyarakat. (Hanidar, dkk, 2020)

1.2 Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ilmu dan seni yang berkaitan dengan cara pencegahan penyakit untuk mempertahankan hidup atau perpanjangan masa kehidupan, meningkatkan kesehatan dan efesiensi dengan upaya masyarakat yang terorganisasi merupakan pengertian dari ilmu kesehatan

masyarakat yang kemukakan oleh Seorang pelopor dalam penemuan ilmu kesehatan masyarakat yaitu Chadwick yang kemudian tingkat ilmu kesehatan masyarakat ini di lanjutkan oleh Winslow yang meletakkan konsep-konsep *Public Health* Modern. (Hanidar, dkk, 2020)

Kesehatan secara tradisional adalah suatu keadaan “bebas dari penyakit atau rasa sakit” . Menurut WHO kesehatan adalah “Keadaan sejahtera sempurna secara fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit ataupun ketidakmampuan”. Berdasarkan UU No 23 Tahun 1992 Kesehatan adalah “keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis” . (Ryadi, Alexander L.S., 2016).

Kesehatan masyarakat adalah segala upaya yang di lakukan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dengan melakukan berbagai macam rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pencapaian kesehatan yang sebenarnya bukan hanya terpusat pada tujuan akhir dari kesehatan diri sendiri namun pada dasarnya pada kualitas hidup yang memberikan arti pada diri kita dan orang lain bukan saja dari segi kuantitas, karena kesehatan itu hanya salah satu bagian terkecil yang paling penting adalah pada nilai sejauh mana kesehatan tersebut dapat meningkatkan efisiensi dan pencapaian pengalaman hidup yang memuaskan dan bermanfaat. Maka salah ketika kita berfikir terkait kesehatan yang sempurna itu yang selamanya berkaitan dengan apa yang diinginkan, diharapkan dan ingin di capai. (Pickett, 2008)

Kehidupan adalah sebuah petualangan di dunia yang sementara dan tidak bersifat statis namun bersifat dinamis yang selalu mengalami perubahan, peristiwa-peristiwa yang sulit di prediksi dan di mengerti berbagai macam penyakit-penyakit baru yang muncul di masyarakat akibat dari perilaku, pola hidup, lingkungan dan iklim yang terjadi di masyarakat sehingga untuk menghadapi dan

mengatasi hal tersebut di perlukan gerak cepat dan inovasi-inovasi terbaru di setiap waktu, menganggap bahwa masalah itu bukanlah sebagai penghambat namun menjadikan hal tersebut sebuah inovasi perubahan. Upaya meningkatkan kesehatan masyarakat yang terorganisasi dapat di lakukan dengan melakukan beberapa hal sebagai berikut :

- a. Memperbaiki sanitasi lingkungan
- b. Melakukan pengendalian infeksi menular
- c. Melakukan penyuluhan dan selalu menjaga kebersihan diri
- d. Memperkuat dan meningkatkan layanan medis, perawatan dan tindakan yang tepat untuk menetapkan diagnosis secara dini dan pengobatan penyakit (preentif)
- e. Pengembangan mesian social dalam menjamin semua orang mendapatkan standar kualitas hidup yang tinggi dalam kehidupannya.

Penerapan hal diatas mampu mewujudkan hak asasi individu maupun masyarakat dalam mewujudkan kesehatan, kualitas hidup dan usia harapan hidup yang panjang. (Pickett, 2008). Dari hal tersebut di atas jelas bahwa kesehatan masyarakat terus menerus mengalami perubahan untuk menyesuaikan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi sekarang ini.

1.3 Tujuan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat memiliki tujuan yaitu untuk mencapai derajat dan kualitas kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari kesehatan masyarakat yaitu tujuan umum dan tujuan khusus yang berkaitan dengan tujuan promotif, preventif, kuratif serta rehabilitative seperti berikut ini :

- a. Tujuan kesehatan masyarakat secara umum

Mencapai derajat kesehatan masyarakat yang mandiri, dengan kemampuan masyarakat dan individu secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan.

b. Tujuan kesehatan masyarakat secara khusus

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam memahami tentang pengertian sehat dan sakit
- 2) Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan
- 3) Kelompok keluarga yang rawan dan rentan dapat tertangani dan terlayani, kelompok khusus dan kasus atau permasalahan yang memerlukan penanganan serta tindak lanjut dan juga pelayanan kesehatan.

Adapun tujuan utama dari kesehatan masyarakat adalah meningkatkan dan melindungi kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk mewujudkan hal tersebut maka WHO dalam hal ini melakukan tiga cara utama seperti :

- 1) *Health Protection* : merupakan tindakan melindungi masyarakat/penduduk dari berbagai ancaman kesehatan
- 2) *Disease prevention* : merupakan kegiatan dengan cara pencegahan terjadinya penyakit
- 3) *Health promotion*: merupakan kegiatan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat/penduduk.

1.4 Ruang lingkup Kesehatan Masyarakat

Selama beberapa tahun belakangan ini ukuran dan perhatian pemerintah terpusat pada pencapaian kesehatan masyarakat, dimana ruang lingkup kesehatan masyarakat di topang oleh beberapa disiplin ilmu yang juga berkaitan dengan pilar utama ilmu kesehatan masyarakat seperti, epidemiologi, biostatistik/statistik kesehatan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, gizi dalam kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, keselamatan dan kesehatan kerja, administrasi kesehatan, kebijakan kesehatan masyarakat. (Hasnidar, dkk, 2020)

Kesehatan masyarakat yang akar masalahnya memerlukan penanganan yang memerlukan penggabungan multidisiplin pendekatan dalam penyelesaiannya dengan berpatokan pada ruang lingkup pendekatan kegiatan preventif, promotif kuratif dan rehabilitatif sebagai berikut:

1. Meningkatkan kesehatan (Promotif)

Pada awalnya promosi kesehatan atau dikenal dengan *health Promotion and Disease Prevention* mampu membuka arah baru terhadap peningkatan kesehatan masyarakat yang sebelumnya hanya menekankan pada pengobatan penyakit. Promotif adalah salah satu upaya yang dilakukan melalui usaha peningkatan gizi, kebersihan diri di pelihara, istirahat yang cukup, lingkungan yang selalu di pelihara, rekreasi dengan tujuan meningkatkan dan mencapai tingkat kesehatan yang optimal dalam kehidupannya.



Gambar 1.1 Contoh Kegiatan Promotif dengan Penyuluhan Kesehatan pada Remaja (Dokumen Kegiatan penyuluhan di MAN 2 Bone, 2021)

2. Pencegahan penyakit (Preventif)

Preventif merupakan upaya yang dilakukan dengan tujuan meningkatkan kesehatan dan mencegah terjadinya suatu penyakit dengan melakukan kegiatan seperti kegiatan pemberian imunisasi pada bayi, balita, calon pengantin dan ibu

hamil dan dapat pula melakukan pemeriksaan berkala secara rutin agar dapat mendeteksi secara dini penyakit. (Purnama,B.T, 2022)

Pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pendekatan preventif tidak menunggu adanya masalah yang terjadi baru memberikan pelayanan akan tetapi bertindak proaktif. Petugas kesehatan langsung turun ke masyarakat untuk melakukan pemeriksaan dan mengidentifikasi masalah-masalah yang ada dan mungkin saja yang akan terjadi kepada masyarakat, jadi petugas kesehatan tidak hanya menunggu pasien ke tempat pelayanan kesehatan seperti, puskesmas, klinik, poskesdes dll. Pendekatan yang dilakukan pada kegiatan preventif secara menyeluruh dan holistik untuk mengetahui keadaan masyarakat dan mendeteksi secara dini. Contoh pemeriksaan tekanan darah, antropometri dll. (Handayani.R, 2019).



Gambar 1.2 Kegiatan Pencegahan Penyakit (Preventif)

(Akademi Kebidanan Lapatau Bone, 2022)

3. Pengobatan (Kuratif)

Pelayanan kesehatan masyarakat dengan cara kuratif adalah pelayanan yang diberikan kepada masyarakat atau individu

yang sakit dengan cara pengobatan agar lekas sembuh atau pulih kembali dalam waktu yang relatif singkat atau cepat. Pelayanan kesehatan ini pada umumnya menunggu masalah datang atau telah terjangkit suatu penyakit baru di berikan pengobatan, contohnya dokter yang menunggu pasien datang ke puskesmas, tempat praktik dan rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan.

4. Pemeliharaan kesehatan (*Rehabilitatif*)

Rehabilitatif merupakan pelayanan kesehatan masyarakat atau individu yang di lakukan untuk memulihkan pasien atau penderita yang baru pulih agar benar-benar pulih dengan tujuan agar pasien tersebut dapat berbaur dengan masyarakat atau melakukan aktifitasnya kembali seperti sebelumnya.

1.5 Prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ada 6 prinsip yang penting di ketahui dalam ilmu kesehatan masyarakat

- a. Ilmu kesehatan masyarakat mengutamakan penekanan pada upaya promotif dan preventif lebih baik dari pada kuratif.
- b. Ilmu kesehatan masyarakat mengutamakan penekanan pada masyarakat dan kelompok orang, baik yang sakit ataupun yang sehat .
- c. Ilmu kesehatan masyarakat mengungkapkan bahwa lingkungan adalah faktor yang penting. Maka suatu permasalahan kesehatan masyarakat melihat dari 2 sisi yaitu dari faktor internal dan faktor eksternal
- d. Ilmu kesehatan masyarakat mengutamakan upaya kesehatan yang di lakukan dengan berprinsip pada pengorganisasian yang memiliki orientasi pada suatu kegiatan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat
- e. Ilmu kesehatan masyarakat dalam pelaksanaannya masyarakat sebagai objek dan subjek dalam pencapaian dan pelaksanaan

upaya kesehatan, dalam hal ini masyarakat harus berpartisipasi aktif dalam mendukung program kesehatan masyarakat

- f. Ilmu kesehatan masyarakat memandang permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat merupakan permasalahan yang kompleks sehingga dalam penyelesaiannya juga melibatkan multi sektoral dan lintas sektoral. (Hasnidar, dkk, 2020)

Dalam upaya mewujudkan kesehatan masyarakat dapat berjalan dengan baik ada beberapa prinsip pokok yang juga harus di perhatikan seperti :

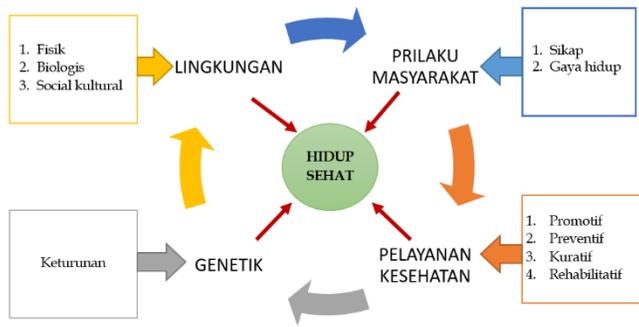
- a. Masalah dan sumber terdapat di masyarakat, sehingga muncul praktik kesehatan masyarakat karena kebutuhan aspirasi
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat memiliki sasaran yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (penduduk)
- c. Metode pemecahan masalah yang di lakukan dalam pelayanan masyarakat dengan pelaksanaan perawatan merupakan dasar utama.
- d. Pelayanan kesehatan yang utama adalah pelayanan bukan di rumah sakit tapi di masyarakat
- e. Tenaga yang bersifat generalisasi adalah tenaga kesehatan
- f. *Health education* (sebagai pendidik) dan *change agent* (pembantu) masyarakat adalah merupakan peran tenaga kesehatan yang sangat penting
- g. Perubahan dan perkembangan pada masyarakat di pengaruhi oleh praktik atau perilaku masyarakat itu sendiri
- h. Praktik kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan
- i. Program kesehatan masyarakat akan tergambar dari praktik atau perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri

Dalam melakukan pengambilan keputusan terutama yang berkaitan dengan kemaslahatan masyarakat maka ada 4 prinsip yang menjadi pedoman, dapat kita lihat sebagai berikut.

- a. *Respect for persons* merupakan hal yang berkaitan dengan otonomi, menyampaikan dengan sebenar-benarnya, menjaga kesetiaan dan kerahasiaan
- b. *Beneficience* merupakan hal yang menyangkut tindakan dan keputusan yang diambil harus mampu memberikan nilai baik dan nilai manfaat yang besar kepada masyarakat, keputusan tersebut di ambil oleh tenaga kesehatan
- c. *Nonmalficience* merupakan hal yang di lakukan oleh petugas kesehatan dengan keputusan dan tindakan yang dibuat tidak membahayakan pasien atau masyarakat.
- d. *Justice* merupakan pengambilan keputusan dan tindakan memberikan rasa keadilan bagi masyarakat dengan tidak membeda-bedakan antar suku, ras, agama dan lain-lain. (Sawarjana, I.Ketut, 2017).

1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Hendrik L ada 4 faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat adalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Adapun penjelasan faktor-faktor sebagai berikut:



Gambar 1.5. Paradigma Hidup Sehat Menurut Hendrik L. (Rahmawati, 2021)

1. Lingkungan (*Environment*)

Kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan faktor lingkungan ini terbagi dalam 3 hal yaitu :

- a. Lingkungan fisik yang berkaitan disebabkan banyak penyakit berasal dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan contoh air bersih ketersediaan air yang bersih jelas akan mempengaruhi angka kesehatan. Air yang bersih tidak mengandung bibit penyakit sedangkan air yang tidak bersih banyak mengandung bibit penyakit yang jika di konsumsi dan di gunakan dalam melakukan aktifitas sehari-hari akan menimbulkan berbagai macam penyakit yang dapat menyerang tubuh, air bersih merupakan kebutuhan pokok.
- b. Lingkungan biologis yang berkaitan dengan penyakit agen penyakit infeksius yang berasal dari lingkungan misalnya lalat, nyamuk dan lain-lain
- c. Lingkungan sosial yang berkaitan dengan keadaan ekonomi atau perekonomian dalam suatu masyarakat. Contoh seorang manusia dalam menjalani kehidupannya membutuhkan makanan untuk di konsumsi dengan memperhatikan gizi seimbang setiap mengkonsumsi makanan, tujuannya adalah untuk perkembangan, pertumbuhan, kelangsungan hidup dan angka kesehatan yang setinggi-tingginya, namun jika individu atau masyarakat itu sendiri berada di bawah garis kemiskinan bagaimana cara mereka bisa mendapatkan gizi yang seimbang, makan yang bergizi yang masuk di dalam tubuh kita akan di absorpsi dan meningkatkan daya tahan tubuh untuk melawan berbagai macam penyakit, sehingga individu atau masyarakat tersebut tidak mampu membeli makanan tersebut. Hal ini juga berkaitan dengan tingkat pendidikan dari individu/masyarakat dimana semakin tinggi pendidikan maka daya serap terhadap pengetahuan dan pengetahuan yang dimiliki pun tinggi sehingga mempengaruhi dalam pemilihan bahan makanan yang

bergizi seimbang dan pengetahuan untuk hidup sehat semakin baik. Kesehatan lingkungan juga berkaitan dengan beberapa faktor seperti contoh berikut :

- 1) Adanya sanitasi lingkungan yang baik akan meningkatkan kesehatan masyarakat.
- 2) Ada norma agama pada umat islam tentang konsep haram terhadap alkohol akan menurunkan tingkat konsumsi alkohol.
- 3) Semakin tinggi tingkat pendidikan individu maupun masyarakat maka pengetahuan akan cara hidup sehat semakin baik.

2. Perilaku (*Life Styles*)

Kesehatan masyarakat yang kedua di pengaruhi oleh faktor perilaku (*life Styles*), gaya hidup masyarakat dimana gaya hidup yang sehat sebenarnya juga akan berdampak pada lingkungan sekitarnya itu sendiri, perilaku hidup masyarakat dipengaruhi juga oleh adat istiadat, sosial kultural dan perkembangan teknologi yang ada pada suatu masyarakat yang di turunkan dari orang-orang sebelum mereka yang mengikat dan memberikan pengaruh dalam perilaku kehidupannya yang juga memiliki dampak pada kesehatannya seperti adat istiadat yang berkaitan dengan kesehatan seorang ibu hamil tidak boleh tidur sampai matahari terbit dan tidak boleh malas untuk bergerak karena di percayai proses persalinannya akan lama dan plasentanya akan susah untuk keluar, ini merupakan hal yang baik bagi kesehatan ibu hamil dan janin yang di kandungnya, namun seiring dengan perkembangan masa modern ibu hamil saat ini malas untuk beraktifitas.

Sosial kultural dan perkembangan teknologi juga sangat berpengaruh pada perilaku dari masyarakat seperti masyarakat di zaman dulu karena tidak ada transportasi maka dalam melakukan aktifitasnya dengan berjalan kaki dengan jarak yang

cukup jauh dan mereka menganggap itu biasa saja karena sudah terbiasa namun masyarakat modern saat ini malas bergerak semuanya tidak mau lelah dan mengeluarkan keringat padahal pengeluaran keringat pada saat melakukan aktifitas itu baik untuk kesehatan tubuh.

Jika hal tersebut terus berlanjut maka kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan penyakit degenerative seperti jantung, strok, obesitas, dan diabetes kemudian penyakit metabolik seperti tekanan darah yang tinggi (hipertensi), tingginya gula darah, lemak tubuh yang berlebihan dan kadar kolesterol yang tidak normal akan menjadi gangguan yang menyebabkan menurunnya angka kesehatan masyarakat. Pergaulan sosial di masyarakat juga terlihat bawa seseorang yang tidak memiliki alat transportasi di pandang orang yang tidak mampu.

Banyak sekali perilaku individu dan masyarakat yang memberikan dampak pada kesehatan contoh:

1. Risiko penyakit kanker paru-paru ini disebabkan karena perilaku yang dari sejak dini mengkonsumsi rokok akhirnya menjadi perokok berat
 2. Risiko obesitas di sebabkan oleh perilaku sering mengkonsumsi makan siap saji (*junk food*), minuman yang bersoda, minuman yang memiliki zat pewarna buatan, makanan yang banyak mengandung pengawet dan pemanis buatan
 3. Penyakit DBD yang disebabkan karena tidak menerapkan konsep 3 M (menguras, mengubur dan menutup)
 4. Penyakit Cirrhosis yang menyerang lever di sebabkan karena mengkonsumsi alkohol yang berlebihan
3. Pelayanan Kesehatan (*Health Care Services*)

Kesehatan masyarakat yang ketiga di pengaruhi oleh faktor pelayanan kesehatan yang sangat menentukan individu atau

masyarakat memperoleh layanan kesehatan yang terintergrasi. Hal ini berkaitan dengan SDM yang ada dalam fasilitas pelayanan dan juga sarana dan prasarana yang ada di fasilitas kesehatan tersebut. Pemulihan kesehatan jika tidak di tangani oleh SDM yang berkompetensi di bidangnya pasti akan memberikan layanan yang prima dan komprehensif begitu pula dengan sarana dan prasarana kesehatan yang ada dalam fasilitas pelayanan tersebut karena di era teknologi yang sudah sangat berkembang pesat saat ini banyak alat-alat kesehatan yang sangat penting dimiliki oleh fasilitas pelayanan kesehatan untuk menentukan diagnosis dan pengambilan keputusan bagi pemberi layanan dalam hal ini petugas kesehatan. Contohnya seperti laboratorium yang lengkap dan alat pemeriksaan yang akurat sangat mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan yang juga akan berdampak pada penyembuhan yang lebih cepat di fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal yang harus di perhatikan berkaitan dengan pelayanan kesehatan ini seperti keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan yang memberikan layanan memiliki kompetensi, informasi dan motifasi bagi masyarakat terkait dengan kesehatannya yang berkaitan dengan kepatuhan untuk datang ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh layanan yang di butuhkan, serta program-program pelayanan kesehatan apakah sudah sesuai dengan permasalahan yang di hadapi masyarakat dengan kegiatan yang menyeluruh, merata, terpadu, terintegrasi serta dapat di evaluasi mampu memberikan perubahan kesehatan masyarakat yang akan berdampak dengan meningkatnya derajat kesehatan individu atau masyarakat.

Akses pelayanan kesehatan khususnya di Indonesia adalah hal yang paling penting untuk di perhatikan karena Indonesia adalah Negara kepulauan sehingga penting untuk membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat di akses oleh masyarakat dengan jarak yang tidak cukup jauh. Adapun faktor penting yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan seperti :

- a. Pencegahan penularan dan penurunan prevalensi penderita HIV /AIDS dengan kegiatan promosi
 - b. Asuransi kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu dan pembayaran asuransi bagi kelas menengah yang dapat terjangkau setiap bulannya bagi masyarakat.
4. Genetik

Kesehatan masyarakat yang keempat di pengaruhi oleh faktor genetik ini juga di sebut dengan faktor keturunan ini disebabkan oleh manusia itu sendiri sejak lahir telah membawa sifat genetik. Faktor genetik sangat sulit untuk di intervensi karena bawaan alamiah sejak manusia itu terbentuk di dalam rahim. Salah satu contoh faktor genetik yang memberikan pengaruh kesehatan seperti (1) Penyakit kretinisme yang di akibatkan karena mutasi genetik yang terjadi , (2) Golongan darah tertentu yang melakukan perkawinan dan menghasilkan anak yang mengidap penyakit leukimia, (3) Alkaptonuria penyakit genetik yang di sebabkan tubuh tidak dapat memproduksi enzim homogentisate oxidase untuk di pergunakan dalam proses metabolisme dalam jumlah yang banyak atau cukup sesuai kebutuhan, (4) Penyakit hemophilia juga merupakan penyakit genetik akibat kelainan darah yang disebabkan salahsatu kromosom X yang mutasinya salah. Penerita penyakit ini jika mengalami luka atau cedera perdarahan yang terjadi lebih lama dari normalnya, (5) Penyakit Sindrom down ibu disebabkan karena materi genetik yang melewati batas normal pada seorang anak, akibatnya mental dan pertumbuhan fisik terhambat perkembangannya. Penyakit genetik yang lainnya dari golongan penyakit keturunan, diantaranya: asma bronkia, diabetes melitus, retardasi mental, hipertensi, buta warna dan epilepsy. (Irawan. R, 2021)

Kondisi seperti ini sulit untuk di cegah namun perkembangan teknologi dalam dunia kesehatan yang sangat pesat sehingga kondisi seperti ini dapat di deteksi secara dini dan dapat

diberikan tindakan namun memerlukan biaya yang sangat mahal.

1.7 Penutup

Ilmu kesehatan Masyarakat merupakan Ilmu dan seni yang berkaitan dengan cara pencegahan penyakit untuk mempertahankan hidup atau perpanjangan masa kehidupan, meningkatkan kesehatan dan efisiensi dengan upaya masyarakat yang terorganisasi. Tindakan mempertahankan dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang di kenal dengan upaya preventif, promotive, kuratif dan rehabilitative.

Dalam perkembangan waktu, orang berpikir lebih rasional dan berdasarkan pengetahuan ini mereka mempelajari susunan serta peranan tubuh manusia, dalam kondisi baik ataupun tidak. Diketahui indikasi tidak berfungsi baiknya badan, merakit diagnostic untuk mengdiagnosa penyakit, belajar memulihkan fungsi yang abnormal menjadi normal kembali dengan berbagai cara yang tersedia. Inilah yang merupakan asal mula ilmu kedokteran. Adapun perkembangan ilmu kedokteran tidak terlepas dari sejarah penyakit, sedangkan teori-teori perkembangan penyakit antara lain:

- a. *Hypocratic Theory : Source of disease are Air, Water, Place and Environment.*
- b. *Contagion Theory : Base of Communicable Disease in community*
- c. *Miasmatic Theory : Base of Environment*
- d. *Epidemic Theory : Base epidemic approach*
- e. *Germ Theory : Base of Microorganism finding as cause of disease*
- f. *Multifactorial Theory*

Adapun perkembangan dari ilmu kesehatan dalam beberapa periode seperti Table 2.1 berikut ini :

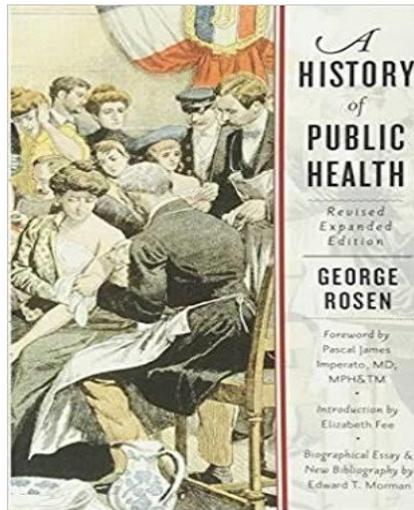
Tabel 2.1. Matriks Perkembangan Ilmu Kesehatan dalam Beberapa Periode

	<i>Empirical Health Era</i>	<i>Basic Science Era</i>	<i>Clinical Science Era</i>	<i>Public Health Science Era</i>
<i>Purpose and philosophy</i>	<i>Symptom centered</i>	<i>Bacteria disease centered</i>	<i>Patient centered</i>	<i>Community centered</i>
<i>Education</i>	<i>Lectures authoritarian instruction</i>	<i>Laboratory instruction</i>	<i>Clinical instruction bedside teaching</i>	<i>Clinical public health instruction community side teaching</i>

<i>Research</i>	<i>Historical</i>	<i>Basic laboratory development of new tools</i>	<i>Clinical development of clinical techniques</i>	<i>Development of community measurements & criteria planning techniques</i>
-----------------	-------------------	--	--	---

Sumber : *Development of Medical Science*, 2006

2.2. Definisi Kesehatan Masyarakat



Gambar 2.2. Sejarah Kesehatan Masyarakat (Alif Kiky's Blog, 2018)

Menurut Winslow(1920), kesehatan masyarakat (*public health*) merupakan keilmuan dan seni dalam pencegahan penyakit, memanjangkan usia, dan menambah kesehatan dengan upaya pengorganisasian masyarakat melalui:

1. Pemulihan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit menular
3. Edukasi berbasis individu (*personal hygiene*)
4. Mengelola layanan kesehatan serta perawatan sehingga mampu mendiagnosa lebih awal dan melakukan mitigasi pengobatan

5. Menjaring mekanisme sosial, agar masyarakat secara umum merasakan standar hidup yang layak serta mampu melakukan pemeliharaan kesehatan.

Sehingga kesimpulannya bahwa kesehatan masyarakat memiliki 2 ansur teoritis:

1. Ilmu/akademi, dimana kesehatan masyarakat perlu didasari dan didukung dengan hasil penelitian, artinya dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat (aplikasi) harus didasari dengan temuan (*evident based*) dan hasil kajian ilmiah (penelitian)
2. Praktisi/aplikasi, dimana kesehatan masyarakat harus diterapkan, artinya hasil-hasil studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program kesehatan.

2.3. Periode-Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Dunia

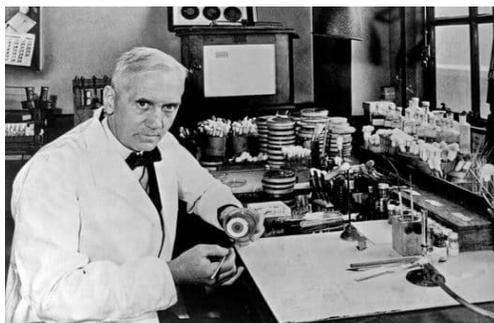


Gambar 2.3. Sejarah Pelayanan Kesehatan Kuratif dan Preventif (Slideplayer. Info 2022)

Kesehatan masyarakat sangat terkait dengan 2 figur Yunani yaitu Asclepius & Higeia :

1. Asclepius (pendekatan kuratif)

- a. Sasaran ->individual, persinggungan dengan pasien 1 kali saja, jarak antara petugas & pasien jauh.
 - b. Bersifat reaktif
 - c. Parsial
2. Higeia (pendekatan preventif)
- a. Sasaran -> masyarakat, kendalanya yaitu terletak pada masyarakat serta kaitannya antara petugas dengan masyarakat yang sifatnya bermitra.
 - b. Proaktif
 - c. Holistic
- Masa sebelum ilmu pengetahuan
 - a) Ditemukannya naskah tertulis mengenai pelimpasan air limbah dan pengelolaan air minum
 - b) Dibuatkan sumur, karena air sumur itu kotor dan rasanya tidak enak
 - c) Pada abad ke-7 di India terjadi endemik kolera
 - d) Pada abad ke-14 terjadi wabah pes di India dan Cina
 - Periode ilmu pengetahuan
Kebangkitan ilmu pengetahuan di penghujung abad ke-18 berdampak banyak pada gaya hidup masyarakat. Sejumlah pemrakarsa kesehatan modern:



Gambar 2.4 Tokoh di Bidang Medis yang Merubah Dunia Kesehatan (Tentik.com 2021)

- a) Hipocrates (460-370 SM) terkenal sebagai bapak kedokteran
- b) Anthony van Leuwenhoek (1632-1723), yang menemukan mikroskop
- c) John snow (1813-1912), bapak epidemiologi dan penemu penyakit colera yang diakibatkan adanya kuman kolera menggunakan perantara air
- d) Louis Pasteur(1827-1912) penemu vaksin pencegah cacar
- e) Joseph lister yang menemukan asam karbol(*carbolic acid*) dengan tujuan mensterilkan ruang operasi
- f) William marton-> ether anastesi
- g) Robert Koch(1843-1910), yang menemukan kuman TB

2.4. Kemajuan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Kesehatan masyarakat di Indonesia awalnya dari pemerintah Belanda di abad ke-16. Dimulai dari usaha memberantas penyakit cacar dan kolera. Di era kemerdekaan, merupakan pilar pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia adalah pengenalan Metode Bandung, Dr. Y. Leimena & Dr. Broken, familiar disebut Broken – Leimena. Di dalamnya terkandung bahwa pelayanan kesehatan masyarakat, unsur terapeutik dan preventif tak terpisahkan antara rumah sakit dan puskesmas. 1956, Proyek Bekasi didirikan oleh Dr. Y. Surianthi sebagai *pilot project* atau metode pelayanan untuk mengembangkan kesehatan di desa di Indonesia serta berperan dalam *center training* untuk tenaga kesehatan. Metode tersebut merupakan cara integrasi pelayanan kesehatan dan medis pedesaan serta penekanan pendekatan tim dalam manajemen program.

- Dilakukannya pertemuan ilmiah tahun 1967 untuk mengembangkan program kesehatan masyarakat yang

terintegrasi. Istilah Puskesmas diciptakan oleh Dr. Ahmad Dipodirogo, dengan acuan konsep Bandung dan Bekasi.

- 1968 diadakan rapat kerja nasional dan diputuskan bahwa Puskesmas adalah suatu prosedur layanan terintegrasi yang selanjutnya dilakukan pengembangan oleh pemerintah
- 1984, tupoksi Puskesmas meningkat karena bertambahnya Program Paket Kesehatan dan Keluarga Berencana Terpadu (Posyandu).
- Abad ke-16 Pemerintah Belanda berusaha memberantas cacar dan kolera dengan keterlibatan masyarakat.
- 1807, pemerintahan Jenderal Denders melaksanakan *training* kelahiran dukun bayi untuk menurunkan angka kematian bayi, namun tidak berlangsung lama karena prosedur pelatih.
- Sebuah pusat pengujian medis didirikan di Bandung pada tahun 1888 dan dikembangkan di Medan, Semarang, Surabaya dan Yogyakarta pada tahun berikutnya. Laboratorium tersebut sebagai penunjang diberantasnya penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.
- 1925, pejabat pemerintah Belanda memperluas wilayah pilot project percontohan melalui dakwah pendidikan kesehatan (pendidikan) di Purwokert, Banyumas, dikarenakan grafik kematian dan kesakitan yang meningkat.
- Tahun 1927 STOVIA (Sekolah Pendidikan Kedokteran Pribumi) diubah dengan nama Fakultas Kedokteran dan sejak berdirinya UI tahun 1947 akhirnya diubah menjadi VKUI.
- 1930 pendaftaran sebagai bantuan kelahiran dan perawatan dukun bayi.
- Setelah terjadi wabah pada tahun 1935, dilaksanakan rencana pemberantasan wabah dengan menyemprotkan DDT serta vaksinasi besar-besaran.

- Tahun 1951 konsep bandung (dataran bandung) diperkenalkan oleh Dr. Y. Laimena dan drpata (kemudian dikenal dengan Laimena Patah).
- 1952 Pelatihan intensif bagi dukun bayi
- Tahun 1956, Dr. Y. Surianthi merintis 'Proyek Bekasi' sebagai pilot proyek atau model layanan untuk mengembangkan pusat pelatihan dan kesehatan masyarakat, model terintegrasi dari layanan kesehatan dan medis pedesaan.
- 1967 dilakukan seminar dengan pembahasan serta perumusan program kesehatan terintegrasi menurut masyarakat Indonesia.
- Pada Musyawarah Kerja Kesehatan Nasional tahun 1968 disebutkan bahwa Puskesmas adalah suatu Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu yang kemudian dikembangkan oleh Pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Tahun 1969 Sistem puskesmas di sepakati dua saja yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (Dikelola para medis).
- Tahun 1979 Tidak dibedakan antara puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe puskesmas saja, yang di kepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik rata-rata dan standar).
- Tahun 1984 di kembangkan Program Paket Kesehatan dan Keluarga Terpadu, Keluarga Berencana, Gizi, Pencegahan Diare dan Imunisasi di Puskesmas.
- Awal tahun 1990-an, puskesmas diubah menjadi unit organisasi fungsional kesehatan. Itu adalah pusat pengembangan masyarakat dan memungkinkan aktivitas partisipasi masyarakat. (Siyoto & Erma, 2016)

3. Cakupan Kesehatan Masyarakat

Keilmuan yang mendukung ilmu kesehatan masyarakat yakni :

- a. Ilmu biologi
- b. Ilmu kedokteran
- c. Ilmu kimia
- d. Fisika
- e. Ilmu Lingkungan
- f. Sosiologi
- g. Antropologi (Ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
- h. Psikologi
- i. Ilmu Pendidikan

Sehingga dikatakan ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu yang multi disiplin. Secara makro, disiplin keilmuan yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat , atau lebih dikenal dengan "**Pilar utama kesehatan masyarakat**" yakni :

- 1) Epidemiologi
- 2) Biostatistik/Statistik kesehatan
- 3) Kesehatan lingkungan
- 4) Pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku
- 5) Administrasi Kesehatan Masyarakat
- 6) Gizi Masyarakat
- 7) Kesehatan kerja.

4. Indikator Derajat Kesehatan Masyarakat

Hendrick L. Blumm, ada 4 faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat, yakni :

1. Perilaku
2. Lingkungan
3. Keturunan

4. Pelayanan kesehatan.

Dari faktor tersebut, kami menemukan bahwa perilaku memiliki pengaruh terbesar, berikutnya adalah faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, dan genetika. Keempat faktor di atas saling terkait erat dan saling mempengaruhi.

Perilaku sehat mendukung kesehatan yang lebih baik. Kami melihat ini dalam banyak penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Pola makan yang sehat dapat menghindarkan kita dari berbagai penyakit, antara lain penyakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, obesitas, diabetes melitus, dll. Perilaku dan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dapat mencegah penyakit saluran cerna seperti diare dan juga dapat dicegah.

Saat ini pemerintah mengendalikan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membentuk tiga aspek yang erat kaitannya dengan upaya pelayanan kesehatan yaitu puskesmas, pustu, bidan desa, posko obat desa dan jaringan lainnya. Pelayanan rujukan juga semakin meningkat dengan munculnya rumah sakit baru di setiap kabupaten/kota. Upaya peningkatan akses langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat juga difasilitasi dengan adanya Program Jaminan Kesehatan Masyarakat untuk Masyarakat Kurang Mampu (Jamkesmas). Program tersebut akan bersinergi dengan program pemerintah lainnya seperti Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan wajib belajar.

Keempat faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat tersebut di atas tidak berdiri sendiri, melainkan saling mempengaruhi. Oleh karena itu, upaya pembangunan harus dilakukan secara bersamaan dan saling mendukung. Inisiatif kesehatan yang dilaksanakan harus komprehensif. Dengan kata lain, upaya kesehatan harus mencakup upaya pencegahan/promosi, penyembuhan dan rehabilitasi. Inisiatif tersebut diharapkan dapat memenuhi peran pemerintah sebagai regulator dan pelaksana pembangunan untuk meningkatkan kondisi kesehatan.

2.5. Penutup

Kesehatan masyarakat adalah 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. Perkembangan kesehatan masyarakat pada garis besarnya dibagi menjadi dua periode, yaitu sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (*Prescientific Period*) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan itu berkembang (*Prescientific Period*).

Tujuan kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitas adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Fasilitas pelayanan kesehatan menjadi tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tercapai. Tindakan itu dilakukan oleh Pemerintah pusat, Pemerintah daerah juga masyarakat sendiri. Contoh fasilitas pelayanan kesehatan seperti Rumah sakit, Puskesmas dan klinik. Dalam upaya menunjang pelayanan kesehatan, didirikan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) dengan prinsip dari, oleh, dan untuk masyarakat yang dikenal dengan nama Po Pelayanan terpadu atau Posyandu.

Kesehatan Lingkungan

3.1. Pengantar

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang mempengaruhi sikap dan tindakan kita. Orang-orang di sekitar kita memiliki dampak pada sikap dan tindakan kita. Di sisi lain, perilaku manusia juga dipengaruhi oleh lingkungan.

Perhatikanlah tentang bagaimana orang beradaptasi dengan lingkungan mereka. Kondisi lingkungan berdampak pada berbagai faktor, antara lain desain rumah, cara hidup, jenis pakaian, dan lain-lain. Lingkungan alam (baik abiotik maupun biotik), lingkungan binaan, dan lingkungan sosial budaya merupakan bagian dari lingkungan hidup. Komponen abiotik dan biotik dari lingkungan alam termasuk dalam kelompok ini. Sementara itu, lingkungan binaan meliputi lingkungan fisik buatan manusia.

3.2. Manfaat Lingkungan Hidup

Manfaat lingkungan hidup bagi manusia, yaitu:

- Karena bernafas membutuhkan udara, tidak ada manusia yang dapat bertahan hidup tanpanya.
- Air bersih masih merupakan komoditas ekonomi, digunakan untuk minum, mandi, dan kegiatan kolektif seperti mengairi sawah dan menghasilkan listrik.
- Hewan dan tumbuhan untuk memenuhi kebutuhan protein hewani dan nabati. Tidak cukup nasi saja pada saat kita makan, tetapi kita membutuhkan sayur dan lauk pauk.

- Lahan untuk pengembangan infrastruktur pribadi dan sosial. Lahan digunakan untuk membangun rumah yang ditempati untuk menahan panas dan hujan serta fasilitas sosial seperti pusat pemerintahan, olahraga, dan perbelanjaan.

3.3. Sampah dan Limbah

3.3.1. Pengertian dan Jenis-Jenis Sampah

Sampah adalah sebagian dari suatu produk atau barang yang sudah tidak terpakai dan masih dapat didaur ulang menjadi barang yang bernilai. Berdasarkan jenisnya sampah organik terbagi 2, yaitu:

❖ Sampah Organik

Nasi, kulit buah, buah dan sayuran busuk, limbah teh dan kopi, bangkai hewan, serta kotoran manusia dan hewan adalah contoh sampah organik.

❖ Sampah Anorganik

Plastik, botol dan kaleng minuman, kantong plastik, ban bekas, besi, kaca, kabel, barang elektronik, bola lampu, dan plastik adalah contoh sampah anorganik.

3.3.2. Pengertian dan Jenis-Jenis Limbah

Limbah adalah sesuatu yang keberadaannya di lingkungan pada waktu dan lokasi tertentu tidak diinginkan karena tidak memiliki nilai ekonomis. Terdapat tiga jenis limbah yang dikelompokkan berdasarkan wujud atau karakteristiknya, yaitu sebagai berikut:

- 1) Limbah Cair adalah kegiatan industri yang dibuang ke lingkungan dan diduga dapat mencemari lingkungan yang merupakan hasil dari limbah dalam wujud cair.
- 2) Limbah gas dan partikel adalah limbah yang banyak dibuang ke udara.

3.3.3. Dampak dan Efek Limbah

1) Gangguan terhadap kesehatan

Karena adanya banyak bakteri patogen dan kemungkinan berfungsi sebagai media penularan penyakit, air limbah menimbulkan risiko yang berbahaya bagi manusia.

2) Gangguan terhadap keindahan

Bau tidak sedap, tumpukan ampas yang mengganggu, dan bahaya bagi penglihatan adalah akibat dari limbah yang mengandung ampas, lemak, dan minyak.

3.4. Rumah Sehat

3.4.1. Pengertian dan Kriteria

Rumah yang sehat adalah tempat istirahat dan berlindung sekaligus tempat pembinaan keluarga yang mendorong pola hidup sehat jasmani, rohani, dan sosial bagi seluruh anggota keluarga untuk bekerja secara produktif. Oleh karena itu, agar fungsi dan kegunaan rumah dapat terlaksana dengan baik, maka rumah harus sehat, aman, serasi, dan teratur. Formula *American Public Health Association* (APHA) menetapkan bahwa persyaratan rumah sehat harus memenuhi persyaratan berikut:

1. Pemenuhan kebutuhan fisiologi, seperti terdapat cahaya, ventilasi, dan ruang yang cukup untuk menghindari kebisingan.
2. Pemenuhan kebutuhan psikologis. Seperti privasi yang memadai dan komunikasi yang sehat antara teman serumah dan anggota keluarga
3. Pemenuhan syarat pencegahan penularan penyakit antar penghuni rumah, seperti menyediakan air bersih, mengelola kotoran dan limbah rumah tangga, bebas dari vektor penyakit dan tikus, menyediakan sinar matahari pagi yang cukup, melindungi makanan dan minuman dari polusi, serta menyediakan penerangan dan ventilasi yang cukup.

4. Pemenuhan syarat mencegah terjadinya kecelakaan, baik internal maupun eksternal, seperti persyaratan jalur sepanjang jalan, konstruksi yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar, dan biasanya tidak menyebabkan penghuni terpeleset terlalu jauh.

Menurut Ditjen Cipta Karya, 1997, rumah yang sehat harus memiliki hal-hal sebagai berikut:

- Pondasi kokoh yang menyalurkan beban bangunan ke tanah dasar, memberikan stabilitas pada struktur, dan berfungsi sebagai sambungan ke tanah.
- Bahan tahan air untuk rumah panggung dapat berupa papan atau bambu, dengan tinggi minimal 10 cm dari pekarangan dan 25 cm dari jalan. Lantai tidak lembab.
- Minimal 10% dari luas lantai harus didedikasikan untuk jendela dan pintu yang membiarkan sinar matahari masuk dan menyediakan ventilasi.
- Dinding rumah yang kedap air dan berfungsi untuk menopang atau menyangga atap, menahan angin dan air hujan, melindungi interior dari panas dan debu, serta menjaga privasi penghuninya
- Panas matahari dapat ditahan dan diserap oleh langit-langit yang tingginya minimal 2,4 meter di atas lantai. Itu bisa terbuat dari papan, bambu yang nyaman, kayu lapis, atau gipsum.

3.5. Pencemaran Udara

3.5.1. Pengertian dan Jenis-Jenis Pencemaran Udara

Pencemaran udara merupakan adanya sejumlah besar zat fisik, sintetis, atau alami di udara dapat membahayakan semua makhluk hidup, termasuk manusia dan juga dapat mengganggu rasa dan kenyamanan lingkungan. Sumber pencemaran baik yang disebabkan oleh alam maupun manusia berkontribusi terhadap pencemaran udara. Pencemaran udara berbentuk gas dapat dibedakan menjadi beberapa golongan, yaitu:

- 1) Belerang. Terdiri dari Sulfur Dioksida (SO_2) Hidrogen Sulfida (HS) dan Sulfat Aerosol
- 2) Nitrogen. Terdiri dari Nitrogen Oksida (N_2O) Nitrogen Monoksida (NO) Amoniak (NH_3) dan Nitrogen Dioksida (NO_2)
- 3) Karbon. Terdiri dari karbon Monoksida (CO) dan Karbon Dioksida (CO_2), Hidrokarbon.

Golongan gas yang berbahaya termasuk dari Benzen, Polutan primer, yang komposisinya mencakup beberapa unsur gas seperti CO_2 , gas, hidrokarbon, SO, dan nitrogen oksida, adalah kategori lain dari sumber pencemaran merkuri. Pencemar sumber sekunder dikatakan; pencemar ini bereaksi dengan elemen lain untuk membentuk pencemar baru dengan sifat yang berpotensi berbahaya. Reaksi ini dapat berlangsung sendiri atau dengan bantuan katalis.

3.5.2. Sumber Polusi Udara dan Dampak Pencemarannya

Objek yang mengurangi kualitas alami dan teknologi lingkungan dan menghasilkan polutan polusi udara adalah sumber polusi udara. Akibatnya, setiap peraturan lokal dan global yang mengatur sektor transportasi laut mengatur berbagai metode pengendalian pencemaran udara. Pencemaran udara di lingkungan laut dapat disebabkan oleh faktor alam ataupun non alamiah.

Dalam jangka waktu tertentu oleh makhluk hidup, lingkungan, atau harta benda dari suatu akibat atau pengaruh yang diterima baik secara langsung ataupun tidak langsung akan menimbulkan kerugian yang merupakan dampak pencemaran udara.

3.6. Penyediaan Jamban Keluarga

Salah satu kebutuhan manusia yang paling mendasar adalah akses terhadap jamban. Manusia berusaha menjaga kesehatannya dengan menciptakan lingkungan hidup yang sehat dengan membuat jamban. Oleh karena itu, Bapelkes Lemahabang, Balai Diklat Kesling, berupaya menerapkan teknologi tepat guna untuk mengatasi permasalahan tersebut di atas, setidaknya untuk mengurangi

dampaknya terhadap kesehatan manusia di bidang fasilitas jamban keluarga, penyediaan air bersih, dan pengelolaan limbah.

3.7. Penyediaan Sarana Air Bersih

Dapat ditemukan hampir di mana saja di permukaan bumi, air merupakan sumber daya alam yang melimpah. Ini adalah aset penting dan dibutuhkan oleh setiap makhluk hidup. Air mutlak diperlukan bagi manusia karena hampir semua aktivitas manusia membutuhkannya. Tingkat kelangkaan air semakin parah. Sementara itu, kebutuhan air semakin meningkat akibat pertumbuhan penduduk dan gaya hidup yang semakin intensif air. Karena sebagian besar sudah rusak, fungsi Daerah Aliran Sungai (DAS) sebagai penyangga atau resapan air jauh dari kata baik. Banyaknya DAS sangat penting, namun nyatanya, fungsi DAS sudah banyak berubah sehingga menyebabkan banyak air yang seharusnya disimpan menjadi hilang di limpasan.

Fakta menunjukkan bahwa daerah-daerah yang kekurangan air mengalami defisit air yang semakin besar atau berkurangnya ketersediaan air. Menipisnya fungsi hidrologi DAS terlihat jelas pada mengeringnya kantong-kantong air pada daerah cekungan di wilayah DAS. Di sisi lain, banyak orang menggunakan air tanah atau pompa air tanah, tetapi mereka jarang mempertimbangkan efek dari penurunan muka air bawah permukaan dan masuknya air laut.

Penyakit penyebab diare disebabkan oleh kurangnya air bersih. Penyebab kematian kedua pada anak balita di Indonesia adalah diare. Setiap tahun, sebanyak 13 juta anak di bawah usia lima tahun mengalami diare. Diduga sumber permasalahan ini adalah air yang tercemar dan kurangnya pengetahuan tentang budaya hidup bersih. Sementara itu, diperkirakan 100 juta orang di Indonesia kekurangan akses terhadap air bersih. Karena harus membayar lebih untuk mendapatkan air bersih yang mereka butuhkan, kekurangan air bersih juga membuat masyarakat yang sudah miskin menjadi semakin miskin.

Menurut ayat 3 Pasal 33 UUD 1945, “Bumi dan air dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat”, inilah satu-satunya acuan kebijakan penyediaan air bersih di telah dilakukan Indonesia hingga saat ini. Hal ini menunjukkan, sebagai kontrak sosial antara pemerintah dan warga negaranya. UU No 2 lebih menekankan jaminan konstitusional. Menurut Pasal 23 UU Pemerintahan Daerah Tahun 2014, salah satu pelayanan publik yang wajib disediakan pemerintah dan pemerintah daerah adalah air bersih untuk masyarakat.

3.8. Sanitasi Makanan

3.8.1. Pengertian dan Tujuan

Pengertian sanitasi makanan adalah salah satu upaya pencegahan yang menitikberatkan pada kegiatan dan tindakan yang diperlukan untuk membebaskan makanan dan minuman dari segala bahaya yang dapat merugikan kesehatan dimulai sebelum makanan tersebut diproduksi dan berlanjut selama proses pengolahan, penyimpanan, dan pengangkutannya sampai pada titik di mana makanan tersebut berada dan dikonsumsi. Sanitasi makanan merupakan salah satu kegiatan dan tindakan tersebut disiapkan untuk pemanfaatan bagi masyarakat umum atau pembeli.

Tujuan higiene dan sanitasi makanan adalah untuk mengendalikan faktor, lokasi, dan peralatan terkait makanan yang berpotensi menyebabkan penyakit atau masalah kesehatan lainnya.

3.8.2. Cara Pengolahan dan Penyajian Makanan

Prasyarat penanganan pangan sesuai Permenkes No.304/Per/IX/1989 adalah segala kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan pangan harus dilakukan sedemikian rupa sehingga tidak ada kontak langsung antara penjamah dengan pangan. Berikut syarat penyajian makanan sebagaimana tercantum dalam Permenkes No. 304/Menkes/Per/IX/1989:

- ❖ Harus dijaga bebas dari kontaminasi;

- ❖ Peralatan penyajian harus dijaga kebersihannya;
- ❖ Harus ditempatkan dengan peralatan bersih;
- ❖ Penyajian dilakukan dengan pakaian yang bersih dan dengan perilaku yang sehat

3.9. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah

Manajemen Pengendalian Penyakit Berbasis Wilayah (MPBW) mencakup upaya terpadu untuk mengendalikan berbagai faktor risiko serta jumlah kasus penyakit di suatu wilayah tertentu. Upaya tersebut dapat dilakukan baik di masa lalu maupun di masa depan.

Mengontrol faktor risiko penyakit dan menemukan serta mengelola kasus penyakit diprioritaskan dalam upaya prospektif. Prioritas diberikan pada penyakit tertentu dalam upaya retrospektif yang dikelola secara bersamaan dengan pengendalian faktor risiko penyakit. Ini juga ditunjukkan oleh cara sumber daya direncanakan dan dialokasikan.

Pemilihan pusat kesehatan, kawasan wisata, atau seluruh kabupaten sebagai area pertimbangan pada masing-masing kabupaten atau kota. Masalah prioritas dan/atau ekosistem rawan penyakit harus dipertimbangkan saat menentukan wilayah yang relevan.

3.10. Pendekatan Kesehatan Masyarakat

Pengelolaan Penyakit Berbasis Area pada dasarnya adalah strategi kesehatan masyarakat yang harus menunjukkan setidaknya lima karakteristik berbeda.

- (1) Semua individu di kabupaten, kecamatan, atau desa, tanpa memandang ras, suku, agama, usia, atau status sosial ekonomi, harus menjadi fokus program.
- (2) Diarahkan pada pencegahan primer, seperti manajemen faktor risiko.
- (3) Memanfaatkan pendekatan multidisiplin untuk pemecahan masalah, seperti mengendalikan faktor risiko rumah sehat atau

mengobati penyakit berbasis masyarakat seperti diare, malaria, dan flu burung, antara lain.

(4) Ada keterkaitan antara kegiatan yang dilakukan dengan karakteristik partisipasi masyarakat. Contoh: Penanganan wabah polio liar, SARS, dll, pengendalian faktor risiko flu burung, kelaparan, campak, penurunan angka kematian ibu dan bayi, dibantu oleh lingkungan sekitar.

(5) Partnership atau kemitraan.

(6) Pelaksanaan MPBW membutuhkan pendekatan kesehatan masyarakat.

3.11. Penutup

Salah satu faktor penentu atau determinan dalam kesejahteraan penduduk adalah kesehatan lingkungan yang merupakan aspek penting dalam kehidupan bermasyarakat. Dimana lingkungan yang sehat diperlukan tidak hanya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, tetapi juga untuk hidup nyaman, serta untuk meningkatkan produktivitas kerja. Untuk kesehatan yang baik, makhluk hidup membutuhkan lingkungan yang mendukung dan aman. Kesehatan dan kesejahteraan secara signifikan dipengaruhi oleh lingkungan hidup seseorang.

Peran Bidan dalam Kesehatan Masyarakat

4.1. Pengantar

Peran adalah sekumpulan bentuk perilaku yang diharapkan dari orang-orang yang hidup dalam masyarakat. Peran bidan yang diharapkan:

4.1.1. Peran sebagai Pelaksana

Dengan memberikan pelayanan persalinan secara langsung dan tidak langsung, bidan berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada seluruh masyarakat, karena mereka melakukan tiga jenis tugas:

a. Tugas Mandiri/ Primer

Tugas mandiri bidan, yaitu ditugaskan kepada bidan yang berbeda di bawah kepemimpinannya:

- 1) Manajemen bidan dalam semua aspek asuhan yang diberikan oleh bidan.
- 2) Penyediaan layanan dasar pranikah yang melibatkan remaja putri sebagai klien.
- 3) Pemberian pelayanan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
- 4) Memberikan pelayanan yang memenuhi kebutuhan tenaga kerja, mengundang partisipasi klien/keluarga.

- 5) Penyediaan pelayanan kebidanan untuk bayi.
- 6) Memberikan pelayanan kebidanan kepada klien masa nifas termasuk peserta/keluarga.
- 7) Penyediaan pelayanan paramedis-kebidanan bagi wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan KB.
- 8) Pemberian perawatan paramedis-kebidanan kepada wanita dengan penyakit pada sistem reproduksi, selama menopause dan persalinan.

b. Tugas Kolaborasi

Ini adalah tugas yang diselesaikan oleh bidan dalam jabatan anggota tim yang eksekutifnya dilakukan secara bersamaan atau dalam urutan tertentu selama kegiatan pelayanan kesehatan.

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan sejalan dengan fungsi yang melibatkan klien dan keluarga dalam setiap asuhan kebidanan.
- 2) Tawarkan pertolongan pertama dalam situasi yang membutuhkan tindakan terkoordinasi dan asuhan kebidanan untuk ibu hamil dengan tinggi.
- 3) Memberikan tindakan kolaboratif yang melibatkan klien dan keluarga dengan asuhan kebidanan pada ibu bersalinan yang berisiko tinggi dan dalam situasi darurat yang membutuhkan pertolongan pertama.
- 4) Tawarkan pertolongan pertama pada saat darurat dan asuhan kebidanan untuk ibu nifas yang berisiko tinggi mengalami komplikasi.
- 5) Dengan bantuan klien dan keluarga, memberikan perawatan untuk bayi baru lahir yang berisiko tinggi serta mereka yang mengalami komplikasi dan keadaan darurat yang membutuhkan pertolongan pertama.

- 6) Tawarkan asuhan kebidanan untuk balita berisiko tinggi yang mengalami komplikasi atau keadaan darurat yang membutuhkan tim kerja dari keluarga.

c. Tugas Ketergantungan / Merujuk

Tugas yang dilakukan bidan dalam rangka rujukan ke puskesmas tersier atau sebaliknya, terutama pelayanan yang dilakukan bidan pada saat mendapat rujukan dari bidan tradisional, serta pelayanan rujukan bidan secara horizontal maupun vertikal ke tempat/fasilitas kesehatan lain. Profesi medis lainnya

- 1) Memasukkan manajemen kebidanan dalam semua asuhan kebidanan sesuai dengan proses rujukan klien dan keluarga.
- 2) Pemberian asuhan paramedis-kebidanan dengan konseling dan rujukan ibu hamil dengan situasi risiko tinggi dan darurat.
- 3) Pemberian asuhan paramedis-obstetri melalui konseling dan rujukan persalinan sulit dengan partisipasi klien dan keluarga.
- 4) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada persalinan yang menderita komplikasi khusus dan mendesak, termasuk klien dan keluarganya.
- 5) Libatkan keluarga dalam membantu saran dan bimbingan asuhan kebidanan pada anak berkebutuhan khusus dan keadaan darurat.
- 6) Memberikan asuhan kebidanan kepada anak di bawah usia lima tahun dengan gangguan khusus atau kegawatdaruratan yang memerlukan rujukan dan partisipasi.

Langkah-langkah yang diperlukan untuk memenuhi tugas sebagai pelaksana:

- a) Penentuan keadaan kesehatan.
- b) Diagnosis/identifikasi masalah.
- c) Menyusun rencana praktikum sesuai dengan permasalahan yang ada.
- d) Bertindak sesuai dengan rencana yang telah disiapkan.
- e) Tinjauan instruksi yang diberikan.
- f) Membuat strategi tindak lanjut.
- g) Catat aktivitas klien dan keluarga.

Bidan harus memberikan pelayanan medis sebagai berikut:

- a) Meningkatkan pengawasan ibu hamil.
- b) Nutrisi terbaik untuk ibu hamil dan menyusui.
- c) Gerakan Keluarga Berencana.
- d) Peningkatan kesehatan lingkungan.
- e) Perbaikan sistem referensi.
- f) Menurunnya kesadaran anak dan ibu hamil.

4.1.2. Peran sebagai pengelola

Sebagai pengelola, bidan bekerja dengan keluarga dan klien untuk mengembangkan pelayanan kesehatan primer, khususnya pelayanan kebidanan, untuk individu, keluarga, kelompok spesialis dan masyarakat. Bidan memiliki dua tanggung jawab sebagai manajer. Menyediakan layanan perawatan primer dan bekerja sebagai tim.

- a. **Pengembangkan pelayanan dasar kesehatan**

Bekerja dengan masyarakat dan klien, bidan berusaha mengembangkan pelayanan kesehatan primer bagi

individu, kelompok keluarga dan masyarakat di wilayah praktek mereka, termasuk pelayanan kebidanan:

- 1) Memunculkan kebutuhan lingkungan kerja, terutama yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, bekerja sama dengan tim kesehatan dan pengelola setempat.
- 2) Membuat jadwal kerja berdasarkan survei penduduk setempat.
- 3) Manajemen kegiatan KIA/KB terutama sesuai rencana.
- 4) Pengawasan, pembinaan dan pengarahan terhadap pegawai, dukun dan tenaga kesehatan lainnya dalam pelaksanaan program atau kegiatan pelayanan KIA/KB.
- 5) Mengembangkan program untuk mempromosikan kesehatan masyarakat, khususnya KIA dan keluarga berencana, dengan menggunakan sumber daya yang tersedia pada departemen terkait.
- 6) Dengan memaksimalkan potensi yang ada, menggerakkan masyarakat, mengembangkan kapasitasnya, dan menjaga kesehatannya.
- 7) Menjamin keselamatan dan mempertahankan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang dan partisipasi dalam organisasi profesi.
- 8) Mempertahankan catatan dari semua kegiatan selesai.

b. Berpartisipasi dalam tim

Meningkatkan kapasitas tempat bidan tradisional, staf dan tenaga kesehatan lainnya bekerja. Bidan berpartisipasi dalam tim pelaksana program kesehatan dan departemen lain.

- 1) Bekerja sebagai tim untuk memberikan konsultasi, rujukan, dan perawatan lanjutan bagi klien bersama dengan Puskesmas dan institusi lain.

- 2) mengembangkan hubungan positif dengan PLKB, masyarakat, dan dukun bayi.
- 3) Melakukan sesi pelatihan dan mengarahkan kader, serta profesional kesehatan lainnya.
- 4) Tawarkan bantuan medis kepada klien yang bermasalah dengan konvensi dukun bayi.
- 5) Mendorong prakarsa terkait kesehatan lingkungan.

4.1.3. Peran sebagai pendidik

Dalam fungsinya sebagai pendidik, bidan memiliki dua tanggung jawab: mereka harus mendidik dan mempromosikan gaya hidup sehat di antara pasien mereka dan bertindak sebagai pelatih dan pembimbing kader.

- a. Pemberian nasihat dan bimbingan tentang cara penanganan masalah kesehatan, khususnya KIA/KB, kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
- b. Mereka mengajar dan membimbing kader, seperti mahasiswa perkumpulan dan kebidanan, dan mendukung dukun setempat. Berikut langkah-langkah dalam memberikan sosialisasi dan edukasi;
 - 1) Penentuan kebutuhan penyuluhan kesehatan dan pendidikan.
 - 2) Buat rencana jangka pendek dan jangka panjang untuk penambahan.
 - 3) Menciptakan alat dan sumber daya untuk pendidikan dan penyuluhan.
 - 4) Melaksanakan rencana dan program pendidikan dan penjangkauan.
 - 5) Menilai dampak penjangkauan dan pendidikan.
 - 6) Membuat bimbingan program menjadi lebih baik dengan menggunakan temuan-temuan evaluasi.

7) Menyimpan catatan tindakan yang telah dilakukan

Berikut ini adalah beberapa aspek penting dari pendidikan masyarakat.

- 1) Nilai asuhan kebidanan.
- 2) Pentingnya menggunakan KB adalah pentingnya vaksinasi TT bagi ibu hamil.
- 3) Memilih lokasi persalinan yang akan menghasilkan persalinan yang sehat.
- 4) Pemantauan masa nifas dan persiapan menyusui dan perawatan anak.

4.1.4. Peran sebagai peneliti

Baik secara mandiri maupun kelompok, melakukan penyelidikan atau penelitian terapan di bidang kesehatan.

- 1) Putuskan apakah perlu penelitian atau investigasi lebih lanjut.
- 2) Tetapkan jadwal kerja.
- 3) Buat pertanyaan.
- 4) Menganalisis dan menginterpretasikan temuan investigasi.
- 5) Tulis laporan yang mengungkap temuan investigasi dan tindak lanjut.
- 6) Memanfaatkan temuan penelitian untuk mengembangkan dan meningkatkan program kerja dan penawaran layanan kesehatan.

4.2. Fungsi Bidan

Fungsi bidan adalah memberikan kenyamanan posisi yang dilakukan (bekerja) pada pekerjaan bagian tubuh. Berdasarkan peran bidan tersebut, maka kegiatan bidan adalah sebagai berikut:

4.2.1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan pelaksana mencakup:

- a) Memberikan bimbingan dan konseling kepada individu, keluarga dan masyarakat (khususnya remaja) pada masa pranikah.
- b) Pemberian asuhan kebidanan pada kehamilan normal, beberapa kasus patologis dan kehamilan resiko tinggi.
- c) Membantu persalinan normal dan beberapa penyakit bawaan.
- d) Penyediaan perawatan pascapersalinan segera untuk bayi dan anak-anak berisiko tinggi
- e) Memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas sebagai bidan.
- f) Menjaga kesehatan ibu selama menyusui.
- g) Menyediakan layanan kesehatan anak prasekolah dan balita.
- h) Sesuai dengan kewenangannya, menawarkan pelayanan KB.
- i) Memberikan nasehat dan perawatan medis dalam kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk kepada wanita yang mengalami menopause dan masa klimakterik internal, sesuai dengan kewenangannya.

4.2.2. Fungsi Pengelola

Tugas bidan sebagai pengelola antara lain:

- a) Gagasan kegiatan pelayanan kebidanan bagi masyarakat, keluarga dan kelompok sosial sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat sekitar, dengan peran serta masyarakat.
- b) Membuat strategi untuk mengintegrasikan layanan kebidanan ke dalam lingkungan kerja.
- c) Manajemen pelayanan kebidanan.

- d) Kerjasama dan komunikasi antar departemen dan antar departemen terkait pelayanan kebidanan.
- e) Pengawasan evaluasi hasil kegiatan kelompok atau unit pelayanan paramedis-kebidanan

4.2.3. Fungsi Pendidik dan Peneliti

Peran bidan sebagai pendidik meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a) Saran kepada individu, keluarga dan kelompok sosial tentang pelayanan kebidanan di bidang pelayanan kesehatan dan keluarga berencana. Melayani sebagai pendamping dan membekali kader kesehatan dan dukun bayi dengan pelatihan yang sesuai dengan tugas bidan.
- b) Membimbing calon bidan dalam praktik kerja di rumah sakit dan di lingkungan sekitar.
- c) Pelatihan bidan atau tenaga kesehatan lain sesuai dengan pengalamannya.

Peran bidan sebagai peneliti meliputi:

- a. Pengkajian, evaluasi, pemantauan dan penelitian secara mandiri atau bersama orang lain sebagai bagian dari pelayanan kebidanan.
- b. Mengawasi kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

4.2.4. Rumah Bersalin (RB)

Rumah Bersalin adalah lembaga yang menyediakan layanan medis untuk wanita hamil, wanita hamil, persalinan dan persalinan fisiologis (Malong -City Regulatory Edisi 20, 2005, Hukum Umum Bab 1, Pasal 1, N -RO 14).

Peran dan fungsi bidan di Rumah Bersalin

Peran dan tanggung jawab bidan di ruang bersalin cenderung sangat berbeda dengan peran dan tanggung jawab bidan di praktik swasta, yaitu;

1. Peran sebagai Pelaksana, Tugas Mandiri, meliputi
 - 1) Membuat manajemen kebidanan untuk setiap pelayanan yang diberikan.
 - 2) Sesuai dengan kewenangannya, tawarkan klien pelayanan dasar dan asuhan kebidanan.
 - 3) Merekam kegiatan (dokumentasi)
2. Tugas Kolaborasi
 - 1) Manajemen kasus kebidanan merupakan proses kolaboratif yang melibatkan klien dan keluarga dalam setiap asuhan kebidanan.
 - 2) pemberian asuhan asuhan paramedis-kebidanan dan pertolongan pertama kepada pasien yang berisiko dalam situasi yang membutuhkan tindakan terkoordinasi.
 - 3) Dokumentasi
3. Tugas Ketergantungan / Merujuk
 - 1) Libatkan klien dan keluarga dalam proses manajemen kebidanan untuk setiap asuhan kebidanan selama proses adiksi.
 - 2) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien risiko tinggi dan gawat darurat melalui konsultasi dan rujukan.
 - 3) Merekam kegiatan (dokumentasi)
4. Peran Sebagai Pengelola

Selain sebagai fasilitator, bidan juga sering berperan sebagai pemilik dan pengelola BPR.

 - a) Manajemen pelayanan kebidanan sesuai dengan strategi.

- b) Membuat rencana untuk meningkatkan kesehatan bidanan dengan menggunakan sumber daya yang sudah tersedia pada industri terkait.
 - c) Melalui instruksi, pelatihan, magang, dan partisipasi dalam organisasi profesional, memelihara dan meningkatkan keamanan dan kualitas praktik profesional.
 - d) Membuat dokumentasi dari semua tindakan yang dilakukan.
5. Peran Sebagai pendidik
- a) Memberikan pendidikan dan konseling keperawatan kepada klien dan keluarganya tentang cara penanganan masalah kesehatan khususnya KIA/KB.
 - b) Pelatihan dan bimbingan ibu dan bidan selama kerja lapangan di bangsal bersalin.
 - c) Mendorong dukun untuk merujuk pasien ke ruang bersalin.
6. Peran sebagai peneliti
- Selain itu, bidan dapat melakukan studi individu atau kelompok atau penelitian terapan di bidang medis, seperti:
- a) Menentukan perlunya melakukan penyelidikan.
 - b) Buat jadwal kerja untuk pelatihan.
 - c) Menganalisis dan menginterpretasikan temuan investigasi
 - d) Menulis laporan yang mengungkap temuan investigasi dan tindak lanjut.
 - e) Pemanfaatan hasil penelitian untuk mengembangkan dan meningkatkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

Fungsi bidan di RB

1. Fungsi Pelaksana

- a) Tawarkan klien asuhan hamil sebagai bidan.
- b) Rawat bayi dan ibu hamil.
- c) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama persalinan.
- d) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi.

2. Fungsi Pengelola

- a) Penyampaian gagasan penyelenggaraan pelayanan kebidanan bagi masyarakat, keluarga dan kelompok sosial dengan peran serta masyarakat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat sekitar.
- b) Membuat strategi untuk mengintegrasikan layanan kebidanan ke dalam lingkungan kerja.
- c) Mengambil inisiatif dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kebidanan.
- d) Terlibat dalam kolaborasi dan komunikasi lintas disiplin mengenai layanan kebidanan.
- e) Pengawasan evaluasi hasil kegiatan kelompok atau unit pelayanan paramedis-kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

- a) Membuat rekomendasi kepada individu, keluarga dan organisasi masyarakat tentang pelayanan kebidanan di bidang pelayanan kesehatan dan keluarga berencana.
- b) Memberikan rekomendasi dan pelatihan kepada dokter dan petugas pengobatan tradisional sesuai dengan tugas bidan.

- c) Membantu mahasiswa kebidanan dalam praktek kerja di rumah sakit dan masyarakat.
- d) Pelatihan bidan atau tenaga kesehatan lain sesuai dengan pengalamannya.

4. Fungsi Peneliti

- a) Melakukan asesmen, evaluasi, review dan penelitian di bawah naungan pelayanan kebidanan, secara mandiri atau bersama-sama dengan pihak lain.
- b) Mewawancarai pasien dan keluarganya yang datang ke ruang bersalin untuk kepentingan penelitian.

4.3. Wewenang dan Tanggung jawab Bidan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1 mengatur kewenangan bidan dalam menjalankan praktik profesinya. 900/Menkes/SK/VII/2002. Mendekatkan pelayanan kebidanan dan bayi baru lahir kepada setiap ibu hamil/persalinan, nifas, dan bayi baru lahir merupakan tujuan perluasan cakupan praktik bidan. Hal ini akan memungkinkan pengobatan dini atau pertolongan pertama yang cepat dan efisien sebelum rujukan.

Keselamatan pasien adalah prioritas bidan yang utama karena mereka menjalankan tugas profesional mereka dan bertanggung jawab atas layanan yang mereka berikan. Dalam hal melakukan tindakan hukum, bidan harus tetap menjalankan pekerjaannya.

4.4. Tugas dan Tanggung Jawab Bidan dalam *Primary Health Care*:

1. Promosi partisipasi masyarakat dalam pengembangan dan implementasi layanan medis dan inisiatif di bidang pendidikan kedokteran.
2. Bekerja sama untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

3. Distribusi informasi kepada masyarakat terkait aturan dasar kebersihan dan perawatan diri.

4.5. Penutup

Bidan sebagai tenaga profesioanl memiliki tanggung jawab atas segala pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dan berupaya secara maksimal dan mengutamakan keselamatan seluruh klien. Seluruh bidan harus mempertahankan tanggung jawabnya bila terjadi gugatan terhadap tindakan yang telah dilakukan kepada seluruh masyarakat. Dalam masyarakat, bidan memiliki peranan yang sangat penting yaitu peran bidan sebagai pelaksana dimana bidan memegang peranan penting untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bermutu ditengah masyarakat dengan memberikan pelayanan kebidanan secara langsung maupun tidak langsung; peran bidan sebagai pengelola dimana bidan bereperan dalam pengembangan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan individu, keluarga dan kelompok khususnya dimasyarakat; peran bidan sebagai pendidik dimana bidan memiliki tugas untuk memberikan pendidikan dan membimbing kader khususnya KIA/KB, dan peran bidan sebagai peneliti dimana bidan harus melakukan penelitian terapan dalam bidang kesehatan secara mandiri maupun kelompok.

Perilaku dan Promosi Kesehatan

5.1. Pengantar

Istilah pendidikan kesehatan mulai berkembang ditahun 1960-an dimana istilah pendidikan kesehatan terlebih dahulu populer sebelum muncul istilah promosi kesehatan, pendidikan kesehatan sudah mengalami perubahan ditahun 1995 yang dikenal dengan istilah promosi kesehatan. Perubahan itu terjadi seiring dengan adanya konsep paradigma sehat, dimana hal tersebut merupakan arah baru dalam mewujudkan pembangunan sehat diindonesia.(Amin Subargus, 2011).

Segala upaya dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui proses pembelajaran yang bertujuan untuk menolong dirinya sendiri serta mengembangkan dirinya dikenal dengan istilah promosi kesehatan. Sebuah program dapat dikatakan berhasil jika mereka dapat merubah perilaku masyarakat kearah yang lebih baik, dan untuk melakukan perubahan tersebut maka promosi kesehatan memiliki peran penting dalam menyampaikan informasi – informasi kesehatan. 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 adanya kesadaran masyarakat yang berkaitan dengan 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)

5.2. Sejarah Singkat Promosi Kesehatan

Jika ditinjau kebelakang, perkembangan dari *health promotion* tidak dapat dipisahkan dari sejarah kesehatan masyarakat serta perkembangan promosi kesehatan internasional seperti adanya pembangunan kesehatan masyarakat desa di tahun 1975 pada tahun 1978 pada tingkat internasional yaitu deklarasi alma ata tentang kesehatan dasar yang menjadi awal dari istilah *health promotion*.

Ketika konferensi internasional pertama diselenggarakan di otawwa di tahun 1986 tentang promosi kesehatan, disaat itu pula istilah promosi kesehatan mulai dicetuskan, dimana pada saat itu dicanangkan "*the Ottawa carter*" yang berisi tentang definisi serta prinsip promosi kesehatan. Akan tetapi pada waktu itu istilah dari promosi kesehatan belum populer di Indonesia. Pada saat itu yang dikenal hanyalah istilah penyuluhan kesehatan serta istilah KIE (komunikasi, informasi dan edukasi), pemasaran sosial serta mobilisasi sosial.

Pada tahun 1965 muncul istilah pendidikan kesehatan. Dimana programnya hanya mendukung adanya pelayanan kesehatan terutama pada saat terjadi kondisi kritis yang sarasannya lebih kepada individu agar terjadi perubahan pengetahuan. Pada tahun 1975-1985 istilah dari pendidikan kesehatan mulai berubah menjadi penyuluhan kesehatan dimana program PKMD menjadi program andalan dan saat itu juga program UKS di sekolah dasar sudah mulai diperkenalkan dan departemen kesehatan juga sudah mulai aktif dalam melakukan pemberdayaan masyarakat dan saat itu juga pos

pelayanan terpadu juga muncul sebagai pusat pemberdayaan masyarakat. Akan tetapi saat itu dampak adanya perubahan sangat kecil dimana peningkatan pengetahuan saat itu tidaklah dibarengi dengan perubahan perilaku. Pada tahun 1985 – 1996 mulai terbentuk (PSM) Peran Serta Masyarakat yang berperan melakukan pemberdayaan masyarakat dengan melakukan penyebaran informasi, komunikasi, serta pemasaran sosial. Pada tahun 1995 – sekarang mulailah istilah dari promosi kesehatan itu muncul dimana programnya bukan hanya mobilisasi massa yang sarannya bukan hanya kepada perubahan perilaku akan tetapi lebih kepada perubahan kebijakan yang mendukung perubahan sistem kesehatan dan faktor lingkungan. Pada tahun 1997 tepatnya ditanggal 21-25 juli diselenggarakan konferensi internasional promosi kesehatan yang diadakan di Jakarta dengan tema : *New Player For a New Era* dimana hasil dari konferensi tersebut dituangkan dalam deklarasi Jakarta (*Jakarta declaration*) (Notoatmodjo, 2013)

Konferensi internasional promosi kesehatan yang dilaksanakan di Jakarta menyepakati:

- a. Promosi kesehatan merupakan investasi swasta yang berharga yang memberikan dampak kesehatan terbesar pada masyarakat
- b. Determinan kesehatan merupakan sebuah tantangan baru dimana saat ini determinan kesehatan telah mengalami perkembangan yang sangat pesat yang berpengaruh terhadap kemudahan – kemudahan kehidupan manusia. Teori H.L Blum tahun 1974 membagi 4 determinan kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas.
- c. Penyakit tidak menular, kondisi negara berkembang saat ini seakan memiliki beban ganda dimana posisi penyakit infeksi (menular) masih tinggi dan penyakit tidak menularpun seperti hipertensi, diabetes, serta penyakit jantung lainnya juga turut mengalami peningkatan dan masalah tersebut membawa perubahan pada norma dan gaya hidup serta lingkungan masyarakat.

d. Pendekatan baru promosi kesehatan.(Notoatmodjo, 2013)

5.3. Konsep Promosi Kesehatan

5.3.1. Pengertian Promosi Kesehatan

Apakah promosi kesehatan itu? Seberapa pentingnya promosi kesehatan bagi masyarakat? Ketika mendengar istilah kesehatan pasti akan terfokus pada kondisi sehat dan terbebas dari penyakit dimana kita dapat menjalani aktivitas sehari – hari dengan rasa aman, nyaman dan tentram. Promosi merupakan upaya untuk menyebarkan informasi dan kesehatan menurut WHO merupakan keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. Para ahli kesehatan menyadari akan adanya masalah-masalah kesehatan yang disebabkan oleh perilaku manusia yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip kesehatan sehingga untuk mewujudkan adanya perubahan perilaku dari perilaku yang tidak sehat ke perilaku sehat maka diperlukan adanya promosi kesehatan sebagai salah satu cara untuk mewujudkan terjadinya perubahan dan meningkatkan derajat kesehatannya (Ali, 2010)

Promosi kesehatan adalah sebuah usaha dalam rangka peningkatan kemampuan masyarakat yang dilakukan melalui pembelajaran untuk masyarakat, sehingga masyarakat mampu secara mandiri membantu dirinya sendiri, dan meningkatkan berbagai program dan kegiatan yang berasal dari masyarakat yang disesuaikan dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Konsep promosi kesehatan merupakan upaya memandirikan dan memberdayakan masyarakat agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang lebih sehat.

Istilah promosi kesehatan selalu dikaitkan dengan kegiatan penjualan, iklan, dan dianggap sebagai pendekatan yang didominasi dengan media massa. Dalam pandangan kesehatan, promosi kesehatan merupakan upaya dalam meningkatkan derajat

kesehatan. Aspek dasar dalam promosi kesehatan adalah melakukan pemberdayaan sehingga setiap individu dapat mengontrol segala aspek kehidupan yang mempengaruhi kesehatannya (Maulana, 2012)

Promosi kesehatan dilakukan dengan menjalin kemitraan serta partisipasi dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan individu dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan derajat kesehatan agar tercapai 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 berisiko tinggi menjadi perilaku yang paling tidak berisiko rendah. Program dari promosi kesehatan itu tidak dirancang dibelakang meja akan tetapi dibuat berdasarkan realitas yang terjadi dalam kehidupan masyarakat sehari-hari. (Kholid, 2014)

5.3.2. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan dari promosi kesehatan yaitu terjadinya peningkatan kemampuan baik dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat sehingga mampu untuk hidup sehat dan dapat mengembangkan upaya kesehatan masyarakat sehingga lingkungan yang kondusif dapat terwujud serta mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012)

Tujuan dari promosi kesehatan terdiri atas tiga tingkatan yang didasarkan pada program pendidikan serta perilaku yaitu, tujuan

program jangka panjang, tujuan pendidikan jangka menengah dan tujuan perilaku jangka pendek.

- a. Tujuan program (jangka panjang) terdiri dari refleksi mengenai pernyataan terkait segala sesuatu yang akan dicapai pada waktu tertentu yang berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan.
- b. Tujuan pendidikan (jangka menengah) pendidikan ini diperlukan sebagai upaya dalam mengatasi masalah kesehatan yang diwujudkan dari perilaku-perilaku yang diharapkan.
- c. Tujuan perilaku (jangka pendek) dimana pengetahuan, tindakan dan sikap diperlukan dalam mengatasi permasalahan – permasalahan kesehatan. (Kholid, 2014)

5.3.3. Saran Promosi Kesehatan

Sasaran dari promosi kesehatan yaitu individu, masyarakat, pemerintah serta para pelaksana program.

1. Individu

Individu diharapkan mendapatkan informasi kesehatan dari banyak sumber dan memiliki pengetahuan serta keinginan untuk dapat memelihara kesehatannya serta mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

2. Masyarakat

Upaya peningkatan kesehatan serta peran aktif masyarakat sangat diperlukan agar dapat mewujudkan lingkungan yang sehat sehingga perlunya ada upaya pengembangan potensi masyarakat.

3. Pemerintah

Pemerintah perlu mendukung dan peduli terhadap masalah – masalah kesehatan serta diperlukan adanya upaya untuk mengembangkan perilaku dan lingkungan yang sehat melalui kebijakan kesehatan.

4. Pelaksana program (Fhirawati, 2022)

Untuk lebih spesifik maka sasaran promosi kesehatan dibagi lagi menjadi 3 bagian yaitu

1. Sasaran primer

Sasaran diharapkan agar berperilaku sesuai dengan harapan dan mendapatkan manfaat yang besar dari perubahan perilaku.

2. Sasaran sekunder

Sasaran sekunder perlu mendukung pesan yang disampaikan dari sasaran primer

3. Sasaran tersier

Para pengambil kebijakan dan pihak yang berpengaruh di berbagai tingkatan (Maulana, 2012)

5.3.4. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan yaitu

1. Kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan (*Health Public Policy*) dimana program ini diperuntukkan bagi para penentu kebijakan yang diambil harus berdampak terhadap kesehatan bagi masyarakat.
2. Pengembangan jaringan kemitraan serta lingkungan yang mendukung (*create partnership and supportive environmental*). Perlunya pemimpin organisasi serta kepada para pengelola tempat umum agar menjalankan dan mendukung program yang dapat memberikan dampak yang baik dalam mewujudkan lingkungan yang mendukung pengembangan kesehatan masyarakat yang dapat meningkatkan derajat kesehatannya.
3. Peninjauan kembali pelayanan kesehatan (*reorient health service*) adalah kita perlu memiliki rasa tanggung jawab bersama dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dalam pelayanan kesehatan dimana kita perlu menempatkan masyarakat sebagai fokus sasaran kita dimana masyarakat

tersebut mampu meningkatkan kesehatannya, layanan ini berfokus kepada pemberdayaan masyarakat.

4. Keterampilan individu (*increase individual skills*). Pentingnya individu memiliki kesadaran dan kemauan dalam rangka meningkatkan kualitas kesehatannya sehingga kesehatan masyarakat yang terdiri dari kelompok, keluarga dan individu dapat terwujud.
5. Memperkuat kegiatan masyarakat (*strengthen community action*), kesehatan masyarakat akan efektif apabila segala unsur yang ada didalamnya dapat bergerak bersama sehingga masyarakat dapat berinovasi dalam melakukan kegiatan dan dapat berperan aktif dalam pembangunan kesehatan (Ali, 2010)

5.4. Konsep dan Teori Perilaku

5.4.1. Defenisi perilaku

Perilaku adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun didalam diri sendiri. Defenisi perilaku jika dilihat dari aspek biologis maka diartikan sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme. Dimana aktivitas tersebut diamati secara langsung dan tidak langsung. Jika dilihat dari aspek psikologis maka perilaku adalah respon seseorang terhadap stimulus. Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan penyakit, pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Perilaku kesehatan merupakan segala hal dan upaya seseorang dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya, misalnya tindakan untuk mencegah penyakit, pemilihan makanan, sanitasi dan sebagainya.

5.4.2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Setiap individu memiliki perilakunya masing – masing dan perilaku itu berbeda dengan individu lain sekalipun itu kembar identik. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu

1. Teori Lawrence green (1980), dia mengatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*) faktor yang memudahkan terjadinya perubahan perilaku yang terdiri dari pengetahuan, kebiasaan, sosial budaya dan sikap, faktor pendorong (*enabling factors*) merupakan faktor yang memungkinkan perubahan perilaku terjadi yang terdiri dari lingkungan fisik, sarana kesehatan dan sebagainya dan faktor penguat (*reinforcing factors*) faktor yang menjadi penguat terjadinya perubahan perilaku misalnya sikap, kelompok masyarakat, tokoh masyarakat serta petugas kesehatan.
2. WHO, terdapat empat yang menjadi penyebab individu berperilaku yaitu adanya pikiran dan perasaan, adanya orang penting sebagai referensi, adanya sumber daya dan adanya kebudayaan dimana perilaku, kebiasaan serta nilai dalam masyarakat akan menghasilkan pola hidup tertentu. (Maulana, 2012)

5.4.3. Prosedur Pembentukan Perilaku

Prosedur pembentukan perilaku menurut Skinner yaitu:

1. Mengidentifikasi segala hal yang menjadi penguat seperti hadiah atau *rewards* terhadap perilaku yang akan dibentuk
2. Menganalisis komponen yang membentuk perilaku dan komponen tersebut disusun sesuai dengan urutan yang tepat agar terbentuk perilaku yang diharapkan
3. Setelah komponen diurutkan sebagai tujuan sementara maka perlu mengidentifikasi hadiah bagi komponen tersebut.
4. Menggunakan komponen-komponen yang telah disusun untuk membentuk perilaku. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiah perlu diberikan sehingga seseorang akan terbiasa dan sering menggunakan komponen tersebut untuk melakukan perubahan perilaku, apabila perilaku sudah terbentuk maka komponen kedua siap diberikan dan komponen

pertama tidak perlu diberikan hadiah kembali. Setelah itu dilakukan komponen ketiga, keempat dan selanjutnya sampai seluruh perilaku terbentuk (Kholid, 2014).

5.4.4. Teori perilaku

1. Teori *Precede – proceed*

Model *Precede – proceed* menggunakan struktur dalam menilai kesehatan serta kualitas hidup dalam memenuhi kebutuhan. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs dalam Educational Diagnosis and Evaluation*) berperan dalam membantu pengembangan sasaran dan program kesehatan masyarakat. PRECEDE terdiri dari lima langkah yaitu

- a. Adanya keterlibatan dalam menentukan kualitas hidup serta kebutuhan masyarakat.
- b. Adanya pengidentifikasian dari faktor penentu kesehatan
- c. Melakukan analisis faktor penentu perilaku.
- d. Mengidentifikasi faktor yang menjadi penguat terjadinya perubahan perilaku.
- e. Melibatkan promosi kesehatan dalam terjadinya perubahan perilaku yang diharapkan

PROCEED (*Policy, Regulatory and Constructs, Organizational dalam Educational dan Environmental Depelopment*) yang terdiri dari empat tahap tambahan yaitu:

- a. Melaksanakan identifikasi intervensi dalam lima tahap
- b. Malaksanakan evaluasi pada tahap intervensi
- c. Melakukan evaluasi pada faktor yang mendukung perilaku
- d. Menentukan hasil akhir terhadap intervensi dan kualitas hidup masyarakat

Model PRECEDE dan PROCEED digunakan untuk merencanakan, melakukan implementasi dan evaluasi program – program kesehatan.

2. Teori *Health Belief Model*

Merupakan model kepercayaan yang didasari dari kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai dari kegagalan seseorang atau masyarakat dalam upaya penyembuhan penyakit. Dari kegagalan tersebutlah sehingga teori tentang perilaku pencegahan penyakit muncul dan dikembangkan menjadi model kepercayaan (Notoatmodjo, 2012)

3. Teori *Planned Behaviour*

Teori perilaku terencana merupakan teori yang menjelaskan tentang keterkaitan antara sikap dan perilaku. Teori ini merupakan sebuah teori yang mengidentifikasi sikap dari konsumen serta mengontrol perilaku konsumen. Bagaimana sikap konsumen dalam mengukur cara seseorang dalam merasakan suatu objek sebagai suatu hal yang positif atau negative serta yang menguntungkan ataupun merugikan.

4. Teori *Predisposing factor*

Faktor yang memudahkan terjadinya perubahan perilaku seperti pengetahuan, sikap, keyakinan serta nilai dan tradisi.

5. Teori *Transtheoretical Model*

Teori ini menilai kesiapan dari individu untuk berperilaku sehat dan merancang strategi serta proses perubahan dalam membantu individu kedalam tahap pemeliharaan.

6. Teori Komunikasi Persuasi

Suatu perubahan perilaku tidak akan terjadi tanpa adanya perubahan sikap, terdapat empat jenis variable dalam komunikasi diantaranya

- a. Komunikator
- b. Pesan
- c. Komunikan
- d. Konteks pesan

7. Teori *Anteseden – Behavior-Consequence*

Teori ini menjelaskan tentang adanya sesuatu yang datang lebih dahulu sebelum terjadinya perilaku, *antecedent* dapat pula dikatakan sebagai pencetus munculnya perilaku

8. Teori ABC

Teori yang menghubungkan antara peristiwa lingkungan dan perilaku yang dikenal dengan rantai ABC, dimana hubungan ini memiliki implikasi dalam komunikasi kesehatan

- a. Anteseden atau konsekuensi dimana suatu kejadian terkadang menjadi anteseden dan diwaktu lain menjadi konsekuensi, hal ini tergantung dari bagaimana suatu kejadian mempengaruhi perilaku
- b. Kekuatan konsekuensi, teori ABC menjabarkan tentang konsekuensi yang memberikan lebih banyak pengaruh terhadap perilaku daripada pengaruh yang ditimbulkan dari anteseden.
- c. Keterkaitan dalam rantai ABC, dimana program komunitas yang paling berpengaruh adalah program yang mengaitkan antara anteseden, pelaksana perilaku serta konsekuensinya (Kholid, 2014).

5.5. Strategi Promosi Kesehatan

Dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif maka perlu ada pendekatan yang strategis. Cara ini dikenal dengan istilah strategi yaitu upaya mencapai visi dan misi promosi kesehatan yang berdaya guna.

1. Strategi kesehatan menurut WHO

- a. Advokasi yaitu kegiatan yang diperuntukkan kepada pembuat keputusan atau penentu kebijakan dibidang kesehatan maupun diluar sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap kesehatan publik.

- b. Dukungan sosial yaitu kegiatan yang diperuntukkan untuk para tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh dimasyarakat yang bertujuan agar memperoleh dukungan sosial dan bina suasana.
 - c. Pemberdayaan masyarakat adalah kegiatan yang langsung berfokus kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan derajat kesehatannya melalui berbagai kegiatan seperti penyuluhan dan pengembangan masyarakat (Ali, 2010)
2. Strategi kesehatan menurut Piagam Ottawa (1986)
- a. Kebijakan berwawasan kesehatan merupakan kegiatan yang tidak hanya berfokus pada pelayanan saja akan tetapi pada tingkat pengambilan keputusan dari berbagi sektor.
 - b. Tercipta lingkungan yang mendukung, kesehatan tidak dapat terpisahkan dengan yang lain seperti manusia dan lingkungan yang tidak dapat terpisahkan karena saling berhubungan dan mempengaruhi.
 - c. Gerakan masyarakat, perlu adanya program gerakan masyarakat yang konkrit dalam menentukan prioritas dalam membuat keputusan dengan tujuan terciptanya kesehatan yang lebih baik. Gerakan masyarakat ini juga menuntut agar masyarakat lebih berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatannya.
 - d. Pengembangan keterampilan individu, promosi kesehatan menuntut padanya kemampuan individu dalam meningkatkan kemampuannya. Sehingga individu tersebut dapat segera mungkin menemukan solusi ketika terjadi masalah sehingga dapat meminimalisir terjadinya risiko penyakit dan tetap dalam keadaan sehat.
 - e. Reorientasi pada sistem pelayanan kesehatan, diharapkan adanya kerjasama baik dari individu, kelompok, masyarakat dan institusi pelayanan kesehatan serta petugas kesehatan

sebagai bentuk tanggung jawab dalam mewujudkan status kesehatan yang optimal. Pelayanan kesehatan harus mampu untuk bergerak cepat ke arah pengembangan program promosi kesehatan.

- f. Bergerak ke masa depan, program promosi kesehatan harus mampu melihat kedepan agar dapat saling mendukung dalam membuat keputusan dalam mengontrol kesehatan seseorang (Fhirawati, 2022)

5.6. Teknologi Pendidikan Kesehatan

5.6.1. Defenisi Teknologi Pendidikan

Teknologi pendidikan kesehatan merupakan segala cara, teknik maupun media yang diterapkan yang didasari oleh prinsip yang dianut dalam pendidikan kesehatan yang berdasar azas komunikasi. Cara yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan berupa perubahan perilaku disebut sebagai metode. (Amin Subargus, 2011). Teknologi pendidikan merupakan penerapan pengetahuan proses belajar untuk meningkatkan efektifitas dari belajar dan latihan, secara spesifik teknologi kesehatan ini menerapkan teknik dalam meningkatkan situasi belajar (Ali, 2010)

5.6.2. Unsur Utama dalam Teknologi Pendidikan

Terdapat tiga tahapan dalam mengembangkan teknologi pendidikan yaitu:

1. Tahap komunikasi massa, ini merupakan tahap awal dalam pengembangan teknologi pendidikan yaitu komunikasi massa atau pengajaran massa,
2. Tahap belajar individu, pada tahap ini dimana pendidik memberi rangsangan kepada klien seperti materi/pertanyaan kemudian klien merespon ransangan tersebut kemudian pendidik memberi umpan balik terhadap respon tersebut.
3. Tahap belajar kelompok, jika pada tahap belajar individu memiliki keterbatasan karena tidak dapat mengembangkan

kerja kelompok maka tahap belajar kelompok mampu mengembangkan teknik kelompoknya dengan berinteraksi antara satu dengan yang lain. Keuntungannya dapat merangsang untuk lebih berfikir kreatif dan melatih keterampilan dalam berkomunikasi (Ali, 2010)

5.6.3. Pengorganisasian Program Pendidikan bagi Pasien

Dalam menjalankan program tersebut maka perlu adanya Kerjasama dengan koordinator pendidikan kesehatan.

Adapun langkah – langkahnya adalah

1. Persiapan: mulai dengan membicarakan niat kepada pimpinan atau sejawat untuk menyatukan pendapat mengenai target yang akan dicapai
2. Membentuk koordinasi semacam kelompok kecil dari berbagai unsur
3. Mempelajari kebutuhan pengunjung akan program yang akan dijalankan
4. Menentukan dasar kebutuhan yang terdiri dari tujuan – tujuan yang diharapkan dan yang akan dicapai.
5. Menentukan cara terbaik yang akan dilakukan berdasarkan situasi dan sumber yang tersedia
6. Membuat dan mengembangkan bahan/ materi serta dana yang ada
7. Membuat perencanaan untuk pelatihan bagi puskesmas/klinik
8. Melakukan implementasi
9. Melakukan evaluasi terhadap implementasi yang telah dilakukan
10. Melakukan perbaikan bila diperlukan (Amin Subargus, 2011)

5.7. Media Promosi Kesehatan

5.7.1. Konsep Media

Media merupakan perantara, saluran komunikasi. Media adalah teknologi pembawa pesan yang digunakan untuk keperluan pembelajaran sedangkan media promosi kesehatan adalah upaya dalam menyampaikan pesan dan informasi dari komunikator kepada komunikan, sehingga mereka mampu meningkatkan pengetahuannya sehingga perubahan positif dibidang kesehatan dapat terjadi.

Briggs (1977) mengemukakan bahwa media pembelajaran merupakan sarana dalam menyampaikan materi pembelajaran, seperti buku, film dan video sedangkan brown (1973) mengatakan bahwa media pembelajaran dipergunakan dalam kegiatan pembelajaran dan berpengaruh terhadap efektivitas pembelajaran. (Kholid, 2014)

5.7.2. Fungsi Media

Media memiliki beberapa fungsi yaitu

1. Dapat mengatasi keterbatasan yang dimiliki oleh audience
2. Dapat menjangkau bahkan melampaui ruang promosi
3. Memungkinkan terjadinya interaksi antara audiens dengan lingkungan
4. Media dapat menghasilkan keseragaman dari pengamatan
5. Media mampu menanamkan konsep dasar dengan benar
6. Media mampu membangkitkan keinginan serta minat baru
7. Media dapat merangsang motivasi untuk belajar
8. Media mampu memberikan pengalaman yang menyeluruh(Kholid, 2014)

5.7.3. Jenis – Jenis Media Pembelajaran

Media promosi kesehatan bertujuan untuk mempermudah dalam penyampaian informasi, dapat menghindari kesalahan persepsi serta mampu menampilkan objek yang tidak mampu ditangkap oleh mata. Jenis media pembelajaran terbagi atas tiga yaitu:

1. Media visual

Media visual merupakan perangkat yang digunakan sebagai sarana pembelajaran yang berisi pesan, materi maupun informasi dan disajikan secara menarik dengan menggunakan indera penglihatan.

Media visual terdiri dari:

- a. Foto/gambar
- b. Poster
- c. Diagram
- d. peta

Kelebihan dan kekurangan menggunakan media visual:

Kelebihan:

- a. Memudahkan dalam memahami isi materi dan materi yang disajikan dengan media visual maka akan lebih dapat diingat
- b. Dapat mengatasi keterbatasan pengetahuan
- c. Meningkatkan keinginan untuk belajar
- d. Meningkatkan daya tarik terhadap materi yang disajikan
- e. Mudah untuk diaplikasikan
- f. Dapat dilihat secara berulang-ulang

Kekurangan :

- a. Penggunaanya kurang praktis
- b. Terbatas untuk peserta yang berkebutuhan khusus seperti tunanetra

- c. Materi kurang menarik karena tidak memiliki suara
- d. Terkesan mahal karena sebelum digunakan perlu dicetak terlebih dahulu

2. Media audio

Media audio merupakan perangkat yang digunakan sebagai sarana pembelajaran yang berisi pesan, materi maupun informasi dan disajikan secara menarik dengan menggunakan indera pendengaran, karena hanya menggunakan suara.

Macam – macam media audio

- a. Radio
- b. Kaset
- c. CD
- d. Telepon

Kelebihan dan kekurangan media audio

Kelebihan

- a. Biaya relatif murah
- b. Mudah untuk dipindahkan
- c. Materi dapat diulang kembali
- d. Dapat menstimulus pendengaran agar lebih aktif
- e. Mengembangkan imajinasi

Kekurangan:

- a. Sifat media abstrak karena hanya mengandalkan suara
- b. Penggunaan media ini akan berhasil apabila mereka memiliki kemampuan dalam berfikir abstrak
- c. Penggunaan media ini tidak dapat diterapkan pada peserta berkebutuhan khusus seperti tuna rungu

3. Media audio visual

Media audio visual perangkat yang digunakan sebagai sarana pembelajaran yang berisi pesan, materi maupun informasi dan disajikan secara menarik menggunakan indera pendengaran dan penglihatan. Jenis audio visual

- a. Audio visual bergerak, seperti televisi, video dan sebagainya.
- b. Audio visual tidak bergerak (diam), merupakan unsur suara dan gambar yang berasal dari unsur berbeda seperti film bingkai suara (*sound slide*)

Kelebihan dan kekurangan media audio visual

Kelebihan :

- a. Tidak terikat pada waktu
- b. Lebih praktis dan mudah
- c. Lebih murah dan dapat diulang kembali
- d. Hemat waktu

Kekurangan :

- a. Jika pemutaran terlalu cepat maka kurang dapat diikuti
- b. Media film bingkai suara memerlukan ruangan yang gelap
- c. Penggunaan media televisi tidak dapat dibawa kemana-mana
- d. Perlu adanya keterampilan khusus dalam membuat media pembelajaran

5.8. Penutup

Jika ditinjau kebelakang, perkembangan dari *health promotion* tidak dapat dipisahkan dari sejarah kesehatan masyarakat serta perkembangan promosi kesehatan internasional seperti adanya pembangunan kesehatan masyarakat desa di tahun 1975 pada tahun 1978 pada tingkat internasional yaitu deklarasi alma ata

tentang kesehatan dasar yang menjadi awal dari istilah *health promotion*. Istilah promosi kesehatan identik dengan penjualan dan periklanan, didalam dunia kesehatan promosi Kesehatan merupakan upaya dalam memperbaiki kesehatan serta meningkatkan derajat kesehatan agar tercapai kesehatan yang lebih optimal. 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. Konsep promosi kesehatan merupakan upaya memandirikan dan memberdayakan masyarakat agar dapat meningkatkan derajat kesehatannya melalui peningkatan kesadaran dan kemampuannya dalam menciptakan lingkungan yang sehat. Tujuan dari promosi kesehatan yaitu terjadinya peningkatan kemampuan baik dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat sehingga mampu untuk hidup sehat dan dapat mengembangkan upaya kesehatan masyarakat sehingga lingkungan yang kondusif dapat terwujud serta mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012)

Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

6.1. Pengantar

Gizi diartikan sebagai substansi organik yang dibutuhkan makhluk hidup untuk mengembalikan fungsi normal tubuh seperti sistem tubuh, daya tahan tubuh dari virus maupun bakteri serta berperan dalam pertumbuhan. Pengertian gizi menurut para ahli umumnya sama walaupun mempunyai sedikit perbedaan. Berikut ini arti gizi menurut para ahli, sebagai berikut :

a. Harry Oxorn & William R. Forte

Gizi memiliki arti luas, tak hanya tentang pangan dan fungsi bagi tubuh tetapi sebagai proses dalam memperoleh serta dapat mengolah dan mempertimbangkan agar kita semua tetap sehat.

b. Nirmala Devi

Nirmala Devi, gizi mempunyai fungsi untuk membantu proses pertumbuhan, pemeliharaan, serta perbaikan jaringan tubuh yang bisa didapatkan dari makanan yang dikonsumsi.

c. Chairinnisa K. Graha

Menurut Chairinnisa k. Graha, gizi merupakan makanan yang didalamnya terkandung elemen yang dapat memberikan suatu manfaat bagi tubuh yang apabila di konsumsi dapat membuat tubuh jadi sehat.

Gizi di Indonesia erat kaitannya dengan pangan, Makanan termasuk bahan yang didalamnya terdapat unsur kimia yang dapat direaksikan oleh tubuh menjadi zat gizi sehingga berfungsi bagi tubuh. Zat gizi merupakan serangkaian kimia yang diperlukan tubuh agar mendapatkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur serangkaian kehidupan. Keadaan seseorang apabila mengkonsumsi makanan dan zat-zat gizi dapat digolongkan menjadi tiga, diantaranya gizi buruk, baik, dan lebih kemudian diartikan dengan status gizi perorangan.

6.2. Gizi Seimbang

Gizi seimbang yang dikenal masyarakat Indonesia adalah empat sehat lima sempurna, namun dianggap tidak sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi gizi saat ini. Sebagai gantinya, dikenalkan pedoman gizi seimbang.

Pedoman gizi seimbang merupakan rangkaian makanan yang dikonsumsi sehari-hari yang didalamnya terdapat kandungan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Gizi seimbang mempunyai empat prinsip, yaitu jenis makanan, menjaga pola hidup bersih, menjaga pola hidup aktif dan olahraga, serta memantau berat badan agar tetap ideal.

1. Mengonsumsi makanan beragam

Prinsip pertama, tentang pola makan. Konsumsi makanan yang beragam merupakan cara untuk pemenuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Dibawah ini ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan gizi sebagai berikut :

- a) Buah-buahan dan sayuran merupakan sumber utama serat dan mikronutrien yang dibutuhkan oleh tubuh;
- b) Mengonsumsi sumber makanan yang tinggi protein.
- c) Variasikan makanan pokok. Contoh nasi merah, kentang, roti dan jagung.

- d) Makanan dengan kadar gula, garam ataupun lemak yang tinggi harus dibatasi;
- e) Membiasakan sarapan.
- f) Memperhatikan label pada kemasan makanan. Agar dapat mengontrol pemilihan makanan saat mengonsumsi jenis pangan olahan sesuai dengan kandungan gizinya.

2. Membiasakan perilaku hidup bersih

Prinsip kedua, membiasakan perilaku hidup bersih. Dengan mengatur pola makan yang sehat sebaiknya ditunjang dengan perilaku hidup bersih dan sehat, khususnya yang berkaitan dengan penanganan makanan secara higienis. Contohnya mencuci tangan menggunakan sabun dengan tujuan agar terhindar dari penyebaran kuman penyakit.

3. Melakukan aktivitas fisik

Prinsip ketiga, aktifitas fisik dilakukan secara rutin. Aktifitas fisik berkaitan dengan gizi dengan tujuan dapat memperlancar sistem metabolisme di dalam tubuh termasuk metabolisme zat gizi.

4. Mempertahankan dan memantau Berat Badan (BB) normal

Gizi seimbang dapat mempertahankan dan mengontrol berat badan normal. Mengontrol berat badan dapat berfungsi sebagai monitoring. Pentingnya untuk mengecek secara berkala, apakah IMT (indeks massa tubuh) dalam batas normal (18,5-25,0 bagi dewasa) atau tidak. Jika terdapat penyimpangan, segera melakukan evaluasi diri sebelum terjadi penyimpangan terlalu besar yang dapat berisiko pada kesehatan.

6.3. Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

Menurut *World Public Health Nutrition Association*, gizi kesehatan masyarakat diartikan sebagai promosi dan pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan gizi serta kesejahteraan penduduk melalui upaya terorganisir dan informasi pilihan masyarakat. Deskripsi kunci dari gizi kesehatan masyarakat

adalah berorientasi pada pemecahan masalah, aspek sosial dan budaya, advokasi, pencegahan penyakit, intervensi berbasis sistem, komunitas, dan organisasi. Nutrisionis yang bekerja dalam area gizi kesehatan masyarakat hendaknya mengetahui hal-hal yang perlu dilakukan dalam mengatasi masalah-masalah dalam komunitas. Diharapkan dengan demikian, nutrisisionis gizi masyarakat dapat mengidentifikasi dan terlibat dalam pemecahan masalah gizi. Fungsi dari praktik gizi kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut (Hughes, 2008) :

1. Riset dan analisis
 - a. Melakukan monitoring, penilaian, dan mengkomunikasikan kebutuhan dan permasalahan gizi dalam komunitas
 - b. Mengembangkan dan mengkomunikasikan determinan masalah gizi dan dampak dari suatu kebijakan
2. Peningkatan kapasitas
 - a. Mengembangkan nutrisi gizi masyarakat dan kolaboratornya melalui pendidikan dan diseminasi pengetahuan serta memastikan dukungan organisasi
 - b. Membangun kapasitas masyarakat dan modal sosial untuk terlibat dalam mengidentifikasi dan membangun solusi pada masalah dan isu terkait gizi
 - c. Membangun kapasitas dan sistem organisasi untuk memfasilitasi dan mengoordinasikan aksi gizi kesehatan masyarakat yang efektif.
3. Pengelolaan Intervensi
 - a. Merencanakan, mengembangkan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi intervensi berdasarkan determinan masalah dan prioritas masalah serta mengusahakan kesetaraan

- b. Meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang makan sehat sehingga pilihan makanan yang dikonsumsi sesuai dengan yang dianjurkan
- c. Melakukan advokasi mengenai kebijakan terkait pangan dan gizi serta pemerintah untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan komunitas
- d. Mengusahakan, mengembangkan, dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat di seluruh tahapan kehidupan
- e. Mengusahakan akses yang adil terhadap makanan yang aman dan sehat sehingga pilihan tersebut adalah sesuatu yang mudah.

6.4. Status Gizi

Status gizi merupakan kondisi yang disebabkan karena status keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dan jumlah yang diperlukan oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis: (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lainnya). Baik ataupun buruknya status gizi seseorang akan memberi pengaruh pada kesehatannya serta kemampuan dalam proses pemulihan. Status gizi diperlukan guna melihat ada atau tidaknya kekurangan nutrisi seseorang.

Asupan zat gizi yang kurang dapat mengalami defisit dalam memenuhi kebutuhan tubuhnya sehingga mudah terserang penyakit infeksi dan memperburuk status gizinya. Sebaliknya jika seseorang dengan penyakit infeksi maka akan terjadi peningkatan metabolisme dan suhu tubuh, sehingga energi dan zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh juga meningkat. Sedangkan, seseorang dengan penyakit infeksi akan berdampak pada penurunan nafsu makan, sehingga asupan gizinya yang berkurang dan berlangsung lama akan menimbulkan penurunan pada status gizi seseorang (UNICEF, 1998).

6.5. Metode Penilaian Status Gizi

Dalam ilmu gizi, terdapat dua metode yang digunakan untuk menilai status gizi seseorang yaitu:

- a. Penilaian status gizi secara langsung
Yaitu metode penilaian melalui antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik.
- b. Penilaian status gizi secara tidak langsung
Yaitu metode penilaian survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi.

Metode Perbaikan Status Gizi

Pengaturan makanan merupakan cara yang dilakukan untuk meningkatkan status gizi seseorang dengan menambah berat badan dan meningkatkan kadar Hb. Dibawah ini merupakan pengaturan makanan dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi :

1. Penentuan kebutuhan energi dan zat gizi seseorang yaitu menurut umur, berat badan, jenis kelamin, dan aktivitas;
2. Susunan menu seimbang yang berasal dari beraneka ragam bahan makanan, vitamin, dan mineral disesuaikan dengan kebutuhan;
3. Menu disesuaikan dengan pola makan;
4. Mengonsumsi makanan sumber zat besi untuk meningkatkan kadar Hb.
5. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin C.

6.6. Permasalahan Gizi Masyarakat

Dalam permasalahan gizi, ada dua faktor yang menjadi penyebab gizi kurang yaitu:

1. Penyebab Langsung

Makanan dan penyakit secara langsung dapat menimbulkan keadaan gizi kurang. Anak yang tercukupi makanannya tetapi sering sakit, pada akhirnya dapat menderita kurang gizi. Begitupun anak yang makanannya tidak cukup, maka akan menimbulkan melemahnya daya tahan sehingga mudah terserang penyakit. Tingginya kejadian penyakit infeksi seperti diare, ISPA, TBC, malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS menjadi penyebab yang ditimbulkan akibat kondisi gizi yang kurang.

2. Penyebab tidak langsung

- a) Ketersediaan dan pola konsumsi pangan didalam rumah tangga.
- b) Pola pengasuhan anak yang kurang memadai.
- c) Akses/jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat

Tingkat pendidikan, pengetahuan, keterampilan dan pendapatan dalam keluarga berkaitan erat dengan ketiga faktor diatas. Karena semakin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan, maka semakin baik pula tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan maka akan semakin banyak keluarga yang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Akar permasalahan gizi masyarakat adalah kurang memberdayakan keluarga serta pemanfaatan sumber daya masyarakat yang kurang sehingga erat kaitannya dengan berbagai faktor secara langsung maupun tidak langsung.

Hasil riset kesehatan dasar menerangkan bahwa penderita gizi kurang/buruk dalam lingkup anak balita jumlahnya cukup tinggi, sementara anak dengan obesitas juga mengalami peningkatan. Inilah masalah yang saat ini dihadapi oleh bangsa kita. Persoalan anak pendek juga merupakan salah satu beban dalam kondisi gizi masyarakat saat ini yang jumlahnya sepertiga anak balita. Kemiskinan merupakan faktor utama yang menyebabkan gizi kurang di masyarakat yang saat ini disadari sebagai masalah multikompleks yang penyebabnya dimulai dari terbatasnya perekonomian keluarga, akses pangan yang mengalami kendala, hingga pengetahuan masyarakat akan gizi juga kurang. Saat ini, di Indonesia belum teratasi masalah kurang gizi disebabkan karena perencanaan pengentasan orang miskin belum memberikan hasil maksimal, melihat keadaan konsumsi pangan bangsa saat ini sangat mengkhawatirkan

Masalah kurang gizi merupakan kondisi yang ditimbulkan karena kurangnya asupan gizi yang baik dalam tubuh seseorang. Beberapa masalah kurang gizi diantara lain :

1. KEP (kekurangan energi protein)

Konsumsi makanan sumber energi dan protein dalam sehari-hari yang rendah atau menderita penyakit tertentu sehingga tidak tercukupinya asupan gizi yang dibutuhkan tubuh merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya kurang gizi;

2. KVA (kekurangan vitamin A)

Mengonsumsi makanan sumber vitamin A yang rendah dapat menimbulkan gangguan penglihatan mulai dari yang dapat disembuhkan dan cacat seumur hidup;

3. GAKY (Gangguan akibat kekurangan Yodium)

Karakter daerah yang endemis GAKY biasanya mempunyai tumbuhan dan hewan yang kekurangan

yodium sehingga dengan rendahnya konsumsi makanan yang bersumber yodium adalah salah satu faktor timbulnya masalah gizi kurang di masyarakat;

4. Anemia

Anemia adalah masalah gizi yang paling sering dialami wanita, yang disebabkan karena rendahnya mengkonsumsi makanan sumber Fe, asam folat, Zn, Vitamin B12 yang dibutuhkan oleh tubuh dan apabila tidak tercukupi maka terjadilah anemia;

5. Stunting

Stunting merupakan suatu keadaan apabila tinggi badan seseorang lebih rendah dibanding orang lain dengan kategori umur dan jenis kelamin yang sama;

6. Defisiensi vitamin

Jenis vitamin A, D, E, K, B, dan C merupakan sejumlah vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh dengan fungsinya masing-masing. Salah satu penyebab defisiensi zat besi karena kekurangan vitamin sehingga mengganggu metabolisme tubuh;

7. Defisiensi mineral

Tubuh membutuhkan sejumlah mineral untuk fungsi tertentu. Mineral digolongkan dalam mikromineral dan makromineral. Adanya masalah defisiensi zat gizi pada seseorang disebabkan karena kekurangan mineral dalam tubuh sehingga mengganggu proses metabolisme.

Pola makan yang sehat digambarkan seperti meningkatkan kesehatan, meningkatkan status gizi, melawan atau menunjang dalam proses penyembuhan penyakit. Saat ini dunia baru saja terlepas dari pandemi Covid-19, penyakit ini selain disebabkan karena melemahnya perekonomian dan sosial juga memberikan pengaruh pada ketersediaan pangan sehingga ketidakamanan

pangan dan gizi juga terpengaruhi oleh situasi saat ini. Dengan demikian, meningkatnya kasus kurang gizi pada masyarakat disebabkan karena akses pada makanan yang terbatas, khawatir akan berkurangnya bahan pokok, gaya hidup tidak berubah. Banyaknya penyajian makanan siap saji mempunyai kadar kalori lebih tinggi, serta akses yang lebih mudah pada anak-anak dan remaja sehingga berkontribusi dalam peningkatan jumlah kasus obesitas pada masa Covid-19 (Chorine dkk,2021).

6.7. Penanggulangan Masalah Gizi

Saat ini masalah gizi yang salah semakin meningkat. Berikut ini alternatif dalam penanggulangan masalah gizi.

- 1) Penanggulangan masalah gizi kurang
 - a. Peningkatan produksi makanan yang beraneka ragam merupakan upaya yang dapat dilakukan dalam pemenuhan pangan nasional.
 - b. Peningkatan usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK) dengan tujuan untuk memberdayakan keluarga agar terjadi peningkatan konsumsi pangan yang baik dalam rumah tangga;
 - c. Upaya pengembangan pelayanan gizi terpadu dan sistem rujukan dimulai dari tingkat Posyandu, Puskesmas dan Rumah Sakit;
 - d. Dalam meningkatkan keamanan pangan dan gizi, dapat dilakukan melalui Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)
 - e. Meningkatkan akses komunikasi, informasi, dan edukasi di bidang pangan dan gizi masyarakat;
 - f. Dalam upaya pengembangan produk pangan yang beragam, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat diperlukan adanya peningkatan teknologi pangan;

- g. Upaya penguatan bahan makanan melalui pemberian vitamin A, Iodium, PMT, dan Zat Besi yang tepat pada sasarannya;
 - h. Melakukan penelitian dan pengembangan pangan serta gizi.
- 2) Penanggulangan masalah gizi lebih

Melalui pembatasan konsumsi karbohidrat, lemak serta menjauhi konsumsi alkohol salah satu cara yang dilakukan untuk menyeimbangkan masukan energi didalam tubuh. Beragam usaha dapat dilaksanakan guna penanggulangan masalah gizi buruk antara lain :

- a. Melalui penimbangan bulanan balita di posyandu salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan deteksi dini gizi buruk;
- b. Dalam kasus gizi buruk, peningkatan cakupan serta mutu pelayanan pada kasus tersebut menjadi tanggungjawab dari fasilitas pelayanan kesehatan dan rumah tangga.
- c. Upaya yang dapat diberikan pada balita kurang gizi dari keluarga miskin melalui penyediaan pemberian makanan tambahan (PMT-P)
- d. Melalui penyuluhan kesehatan dapat menambah pengetahuan serta kemampuan ibu dalam menyiapkan makanan kepada anak termasuk ASI/MP-ASI.
- e. Kapsul vitamin A dapat diberikan kepada semua anak balita sebagai suplemen gizi

6.8. Penutup

Gizi kesehatan masyarakat adalah berorientasi pada pemecahan masalah, aspek sosial dan budaya, advokasi, pencegahan penyakit, intervensi berbasis sistem, komunitas, dan organisasi. Upaya perbaikan gizi masyarakat salah satunya dapat dilakukan dengan cara pengaturan makanan. Upaya peningkatan status gizi

masyarakat yaitu melalui pengaturan pola makan sehingga hasilnya dapat dilihat dari penambahan berat badan dan peningkatan kadar Hb. Kondisi gizi dan kesehatan masyarakat tergantung dari ketahanan pangan keluarga. Status gizi disini sangatlah penting, jika gizi seseorang kurang baik dapat menjadi salah satu faktor risiko adanya kejadian kesakitan ataupun kematian. Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor, sehingga penanggulangannya tidak cukup dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Timbulnya permasalahan gizi dapat disebabkan karena berbagai faktor, oleh karenanya untuk mengatasi masalah tersebut dapat melalui pendekatan-pendekatan yang melibatkan berbagai sektor terkait.

Konsep Biostatistik dalam Kesehatan Masyarakat

7.1. Pengantar

Seseorang yang melakukan penelitian karena ingin mengetahui sifat, pengaruh suatu faktor atau perlakuan pada populasi umum dengan sebagian subjek yang dipilih untuk dijadikan sampel. Pengamatan, pengukuran dan intervensi terhadap sampel menghasilkan data berupa angka yang disebut statistik (Sastroasmoro, 2002). Statistik dalam arti sempit adalah data. Dalam arti luas, statistik adalah metode pengumpulan data, teknik pengumpulan data, pengolahan data, analisis, penyajian data, menganalisis data, dan melakukan penarikan kesimpulan.

Pada abad ke-15 sampai sekarang, ahli-ahli statistik mulai menyadari bahwa statistik dapat digunakan juga dalam bidang-bidang lainnya, salah satunya dalam bidang kesehatan yang lebih dikenal dengan Biostatistik. Biostatistik terdiri dari dua kata dasar: bio berarti hidup dan statistik yaitu kumpulan angka, sehingga secara harfiah biostatistik adalah kumpulan angka tentang kehidupan (Indra W, 2019). Cabang statistik yang berhubungan tentang cara pengumpulan, kompilasi, pengolahan, dan interpretasi angka-angka tentang kesehatan dan penyakit, kelahiran, kematian, dan faktor yang berhubungan terkait populasi manusia adalah pengertian dari statistik kesehatan.

Biostatistika adalah studi yang mengkaji pengembangan dan penerapan metode statistika untuk menganalisis dan memecahkan

masalah kesehatan masyarakat, penelitian biomedis, klinis, dan komunitas. Biostatistika adalah ilmu kesehatan masyarakat dasar yang digunakan sebagai metode untuk mempelajari masalah kependudukan. Ilmu-ilmu yang dikendalikan oleh Departemen Biostatistik dan Kependudukan sejauh ini telah mencakup tiga bidang yaitu biostatistika, informatika kesehatan dan demografi (Eryando, 2022).

7.2. Batasan Statistik

a. Statistik Deskriptif

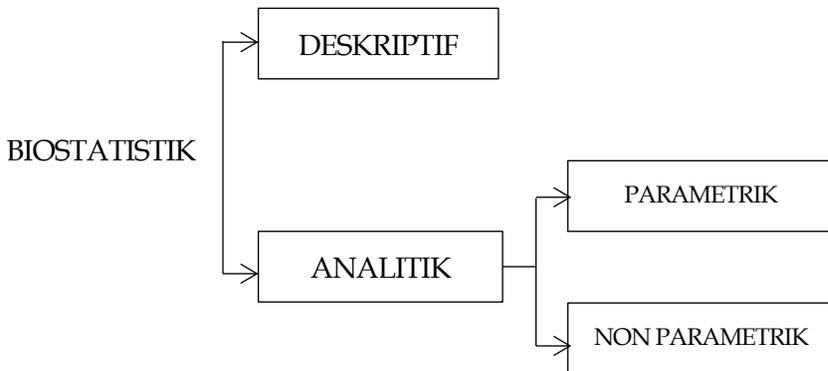
Statistik deskriptif adalah bidang statistik yang meliputi: pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data dalam analisis data sederhana. Tujuannya untuk menggambarkan keadaan atau karakteristik populasi yang diteliti. Alat ini digunakan untuk membuat tabel, bagan, grafik, peta dan gambar. Hasil analisis berupa rasio, modus, median, mean, varians dan standar deviasi (Saputra, 2016). Biostatistika digunakan untuk menganalisis data yang diperoleh dari hasil penelitian, hanya saja tidak dapat digunakan untuk menarik kesimpulan secara umum. Biostatistik deskriptif hanya mengacu pada deskripsi data dari suatu fenomena. Biostatistik deskriptif hanya berfungsi untuk menjelaskan kondisi, gejala, atau masalah. Contoh dari biostatistik deskriptif sebagai berikut:

1. Proporsi kasus tuberkulosis pada anak SMA dengan penyakit Mantoux (+) di tiga wilayah Kulon Progo Yogyakarta seperti Wates, Panjatan dan Temon sebesar 31%.
2. Hasil Survei Kesehatan Distrik Kulon Progo pada tahun 2022, persentase penduduk yang menderita penyakit mata sebesar 30% dalam 1 tahun terakhir. Keluhan terkait penyakit mata terutama kelainan refraksi yaitu rabun jauh 54,5%, keratitis 30% dan katarak 22,9%.

b. Statistik Analitik

Bidang statistika yang mencakup semua kegiatan statistika secara keseluruhan, mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, penyajian, analisis, dan penarikan kesimpulan. Tujuannya untuk menarik kesimpulan dari hasil pengukuran beberapa sampel. Alat tersebut berupa teori estimasi dan pengujian hipotesis (Saputra, 2016). Biostatistik digunakan untuk menganalisa data sampel dan hasilnya digeneralisasikan ke populasi. Biostatistik analitik berkaitan pada estimasi populasi dan pengujian hipotesis dari data yang diperoleh. Digunakan untuk memprediksi dan mengontrol keadaan atau peristiwa. Contoh biostatistik analitik sebagai berikut:

- a. Determinan penyakit Polio pada Balita di Kota Yogyakarta pada tahun 2022.
- b. Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu hamil dengan anemia terhadap kepatuhan minum tablet tambah darah di kota Yogyakarta tahun 2022. Biostatistik parametrik digunakan untuk menganalisis data interval atau rasio dari populasi yang terdistribusi normal. Sedangkan biostatistik nonparametrik untuk menganalisis data nominal dan ordinal dari populasi yang terdistribusi bebas.



Gambar 7.1. Jenis Biostatistik (Machmud, 2013)

7.3. Peran Statistik dalam Penelitian

a. Kehidupan Setiap Hari

Biostatistika berperan sebagai penyedia bahan atau informasi berbagai topik mata pelajaran yang dapat diolah dan diinterpretasikan. Peristiwa penting yang terjadi di masyarakat adalah mengukur status kesehatan, mempelajari masalah kesehatan antar wilayah dalam kelompok masyarakat yang berbeda atau membandingkan trend kesehatan dari waktu ke waktu. Penggunaan aplikasi biostatistik, kita juga dapat menilai kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan dan menetapkan tujuan untuk mencapai tujuan program kesehatan (Machmud, 2013).

b. Penelitian Ilmiah

Biostatistik berperan dalam menyediakan alat untuk menyajikan informasi yang seakan-akan tersembunyi dalam statistik.

c. Ilmu Pengetahuan

Peran biostatistika untuk menganalisis dan menginterpretasikan data kuantitatif sehingga dapat ditarik kesimpulan dari data tersebut. Pengetahuan dan kajian biostatistika dianggap penting karena biostatistika berfungsi sebagai alat dalam hal berikut: (Machmud, 2013)

1. Jelaskan hubungan antar variabel.
2. Buat rencana dan prakiraan.
3. Cari tahu tentang berbagai perubahan.
4. Lakukan berbagai perubahan.

Fungsi biostatistik dalam kehidupan sehari-hari:

1. Database yaitu menyediakan informasi yang dapat diolah dan diinterpretasikan sehingga dapat digunakan untuk menjelaskan penyakit yang harus diketahui atau dilaporkan dalam bidang kesehatan masyarakat.

2. Alat kendali mutu yaitu penunjang standardisasi dan pemantauan program kesehatan masyarakat.
3. Analyser yaitu metode untuk menganalisis data penelitian kesehatan.
4. Pemecahan masalah dan pengambil keputusan, yaitu sebagai dasar penetapan kebijakan dan tindak lanjut untuk mendukung dan mengembangkan usaha untuk mendapatkan keuntungan dari berbagai kebijakan bidang kesehatan.

7.4. Populasi dan Sampel

Populasi adalah sekumpulan karakteristik atau unit pengukuran yang menjadi objek penelitian. Sampel adalah bagian dari populasi yang menunjukkan karakteristik atau kondisi tertentu yang dapat diukur. Mendeskripsikan sifat populasi dan sampel menggunakan barometer dan statistik. Barometer dan statistik merupakan besaran yang berupa data bilangan kumulatif yang menunjukkan ciri suatu populasi dan sampel (Machmud, 2013).

Tabel 7.1. Simbol Parameter dan Statistik

Besaran	Parameter (Populasi)	Statistik (Sampel)
Mean	μ	\bar{X}
Varians	σ^2	S^2
Standar Deviasi	σ	S
Jumlah Observasi	N	n
Proporsi	P	p

(Sumber: Machmud, 2013)

Sampel yang diambil mewakili populasi, sehingga pengetahuan yang didapat dari sampel diterapkan pada populasi. Misalnya, peneliti ingin mengetahui hasil kadar protein urine ibu hamil di kabupaten bantul, sleman dan gunung kidul. Tidak mungkin mengukur protein urine dari semua ibu hamil, jadi peneliti mengambil sampel beberapa ibu hamil untuk mewakili seluruh

populasi ibu hamil di kabupaten bantul, sleman dan gunung kidul. Kadar protein urine ibu hamil yang termasuk dalam sampel diukur dan hasilnya digunakan untuk memperkirakan protein urine ibu hamil di kabupaten bantul, sleman dan gunung kidul.

7.5. Data

Kumpulan fakta dalam bentuk angka, kata-kata, gambar, ukuran, observasi atau bahkan sekedar deskripsi sesuatu yang dikumpulkan, dianalisa dan diringkas untuk dipresentasi dan diinterpretasi adalah pengertian dari data (Machmud, 2013).

a. Kriteria data

Data yang diperoleh melalui penelitian harus benar, artinya data yang diperoleh harus memenuhi beberapa kriteria: (Machmud, 2013).

1. Valid yaitu ketepatan dalam pengukuran. Tingkat kepastian antara data aktual dan data yang dikumpulkan. Misalnya, jika data target berwarna putih, data yang terkumpul berwarna putih.
2. Reliabel adalah konsistensi pengukuran (pengukuran berulang memberikan hasil yang sama). Konsistensi data dari waktu ke waktu. Contoh: Apabila data dikumpulkan kemarin putih, maka sekarang putih, atau besok putih.
3. Objektif untuk mencapai kesamaan tertentu di antara orang-orang. Contoh: Jika yang satu melihat benda putih, lainnya juga berwarna putih.

b. Jenis Data

Berdasarkan kriterianya, data dibedakan kedalam kelompok tertentu menurut komposisi, sifat, waktu pengumpulan dan sumbernya (Machmud, 2013). Jenis data menurut komposisinya:

1) Data Tunggal

Dalam penerapan data tunggal kelas interval dimana data tidak dikelompokkan atau tidak terorganisir.

2) Data Berkelompok

Distribusi frekuensi atau tabel frekuensi merupakan salah satu contoh data yang disusun atau dikelompokkan ke dalam interval.

Tabel 7.2. Contoh Umur Peserta Akseptor KB Suntik Di RSIA Di Maluku Tahun 2022

Umur peserta KB	Turus	Frekuensi
20-25	III	3
26-30	IIII IIII III	13
31-35	IIII IIII	9
36-40	IIII I	6

3) Jenis data menurut sifatnya

Data kualitatif

Data tentang klasifikasi dan karakteristik berupa pertanyaan atau kata, foto, suara dan video. Contoh: Pintar-Bodoh, Tinggi-Rendah, Harga Minyak Turun-Harga Dolar Naik. Data ini biasanya diperoleh dari wawancara dan bersifat subjektif. Data kualitatif dapat dibuat *score*.

Data yang digunakan untuk membantu memberi label pada variabel tanpa memberikan nilai numerik merupakan **skala nominal**. Ciri skala nominal adalah data yang satuannya hanya dapat dibedakan antara satu kelas dengan kelas lainnya tanpa mengetahui besar perbedaannya, sehingga data dapat dipisahkan. Oleh karena itu, tidak diketahui mana yang lebih tinggi atau lebih rendah, jadi kita bisa mengurutkannya tanpa urutan default. Satu-satunya operasi matematika yang dapat dilakukan adalah = dan \neq (disamakan

dan dibedakan). Contoh: Data jurusan di Poltekkes Maluku dibagi menjadi unit-unit seperti kebidanan, keperawatan dan kesehatan masyarakat. Data Etnis: Jawa, Sunda, Batak, Bugis. Data tentang jenis penyakit: pneumonia, ISPA, TB paru. Urutan kategori individu tergantung pada keinginan masing-masing peneliti, karena tidak ada aturan yang seragam.

Data kuantitatif

Data berupa angka dan bersifat objektif atau data numerik. Data tersebut terdiri dari 2 jenis data, yaitu data diskrit dan kontinyu.

- i. **Data diskrit** yaitu data yang didapatkan dari hasil perhitungan. Misalnya jumlah mahasiswa 40, jumlah tabel 40. Data disusun berdasarkan jenis/hitungan dalam bentuk simbol (disebut juga data nominal). Ciri-cirinya adalah tidak mempunyai pecahan, tidak memiliki rangking dan tidak ada nol mutlak. Biasanya didapatkan dari penelitian yang bersifat pendapat/survei.
- ii. **Data kontinue** yaitu data yang diperoleh dari hasil pengukuran. Data kontinue menjadi 3 skala pengukuran yang berbeda, yang tujuannya untuk mengklasifikasikan variabel sedemikian rupa sehingga tidak terjadi kesalahan dalam menentukan analisisnya. Skala tersebut adalah skala ordinal, skala interval dan skala rasio.
- iii. **Skala Ordinal** merupakan skala pengukuran berbasis nilai atau tingkatan dimana nilai diurutkan dari tinggi ke rendah atau sebaliknya. Kemungkinan operasi matematika:
 $=$, \neq , $>$ dan $<$ (sama dengan, dibedakan, lebih besar an lebih kecil). Contoh informasi pendidikan: SD, SMP, SLTA, Perguruan Tinggi. Informasi klasifikasi rumah: permanen, semi permanen, non permanen. Informasi

kualitas: sangat baik, sedang, buruk, sangat buruk.
Informasi Tingkat: I, II, III, IV.

- iv. **Skala Interval** adalah skala pengukuran yang menunjukkan jarak antara data berbobot yang satu dan sama. Kemungkinan operasi matematika: =, ≠, >, <, + dan - (sama dengan, dibedakan, lebih besar, lebih kecil, penjumlahan dan pengurangan). Besar kecilnya interval dari masing-masing alat ukur tidak menunjukkan perbedaan dari fakta yang sebenarnya. Misalnya, mengukur suhu panas dengan termometer dalam derajat Celcius. Suhu 40 derajat adalah 15 derajat lebih hangat dari suhu 25 derajat. Data tahun: Tahun Jawa, Tahun Tionghoa, Tahun Masehi, Tahun Hijriah. Data skala sikap, data konsentrasi larutan. Setiap satuan meter memiliki titik nolnya masing-masing, jika salah satu alat menunjukkan angka nol, alat ukur lain belum tentu terbaca angka nol. Fakta terukur sebenarnya tidak sama untuk setiap alat ukur menurut satuan intervalnya.
- v. **Skala Rasio** merupakan skala ukur yang berjarak sama dari skala interval, nol mutlaknya pada skala itu. Operasi matematika yang dilakukan: =, ≠, >, <, +, -, x dan : (sama dengan, dibedakan, lebih besar, lebih kecil, penjumlahan, pengurangan, perkalian dan pembagian). Contohnya usia: 20, 21, 22, 23, 24, 25. Ukuran berat: 40kg, 45kg, 50kg, 55kg. pengukuran tinggi: 150cm, 155cm, 160cm. Saat alat pengukur terbaca nol, semua alat pengukur lainnya juga terbaca nol. Fakta aktual diukur oleh masing-masing alat ukur sesuai dengan rentang satuan intervalnya

4) Jenis data menurut waktu pengumpulannya

a) Data Berkala

Data yang terkumpul dari waktu ke waktu untuk memberikan gambaran perkembangan suatu kegiatan. Misalnya, data perkembangan harga lima jenis penyakit

menular selama 12 bulan terakhir yang dikumpulkan setiap bulan.

b) Data Cross Section

Data yang terkumpul pada saat tertentu untuk memberikan gambaran perkembangan kondisi atau kegiatan pada saat itu. Misalnya, data bulanan tentang perkembangan demam berdarah dengue selama setahun terakhir dikumpulkan setiap bulan.

5) Jenis data menurut sumber pengambilannya

a) Data Primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan secara langsung oleh orang yang melakukan penelitian atau yang memerlukannya seperti data hasil wawancara, survei, angket, dan test obyek. Data dalam bentuk mentah yang belum dianalisis. Data primer disebut data asli.

b) Data Sekunder

Data yang berasal dari olahan data primer. Data sekunder disebut data tersedia. Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan dari sumber-sumber yang ada. Data dapat diperoleh dari data perpustakaan, biro sensus, laporan penelitian, arsip, dokumen atau rekam medis.

c) Data Tersier

Data tersier adalah data yang diperoleh dari olahan data sekunder. Data tersier biasanya dapat diperoleh pada media massa.

d) Data Kuarter

Data kuarter adalah data yang diperoleh dari data tersier yang telah diolah sebelumnya.

7.6. Pengumpulan dan Penyajian Data

Proses pengumpulan data statistik, terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam pengumpulan data statistik, antar lain: (Aditya, 2013)

1. Kumpulkan data selengkap mungkin.
2. Mempertimbangkan kekurangan data termasuk jenis data, ketersediaan, waktu pengumpulan data dan relevansi data.
3. Kebenaran Data (data yang dapat dipercaya kebenarannya baik sumber maupun data itu sendiri).

Data tersebut diolah dan disajikan dalam bentuk laporan atau data untuk dianalisis lebih lanjut. Data tersebut harus diatur, ditata dan disajikan dalam format yang jelas, baik dan estetika. Umumnya data dapat disajikan dalam bentuk tabel atau daftar dan bagan atau grafik. Daftar jenis ini meliputi daftar frekuensi tunggal dan daftar silang atau tabel silang. Tabel frekuensi tunggal adalah daftar atau tabel satu variabel, sedangkan tabel silang adalah tabel lebih dari satu variabel (variabel pengaruh dan terpengaruh).

7.7. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Menganalisis kualitas satu variabel pada satu waktu. Analisis univariat hanya dapat digunakan pada tes deskriptif. Analisis tersebut, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, hanya menilai satu variabel, dinyatakan sebagai angka dan persentase dari jumlah kasus (Hardani, 2020).

Angka tunggal yang menyatakan berbagai "rata-rata" dari nilai suatu variabel yang pengukurannya dapat digunakan, seperti mean (nilai tengah), median (rata-rata matematika antara nilai tertinggi dan terendah), dan modus (nilai yang paling sering muncul). Distribusi normal terjadi jika mean, median, dan modus memiliki nilai yang sama (Hardani, 2020).

Ukuran variabilitas, dinyatakan dalam berbagai cara, termasuk rentang (jarak antara nilai tertinggi dan terendah), rentang interkuartil (jarak antara bagian atas dan bawah nilai), dan ukuran matematis lainnya seperti standar deviasi dan standar error. Data dapat disajikan sebagai diagram batang, diagram lingkaran, dan lainnya.

b. Analisis Bivariat

Mari kita lihat sifat kedua variabel ini dalam hubungannya satu sama lain untuk menarik kesimpulan dari analisis. Hubungan antara kedua variabel tersebut saling mempengaruhi satu sama lain. Uji bivariat adalah perbedaan pengukuran asosiasi yang diestimasi oleh arah dan derajat asosiasi, yang sering disebut sebagai koefisien korelasi statistik. Koefisien tersebut mengasumsikan adanya hubungan linier antara kedua variabel, baik positif maupun negatif (Hardani, 2020).

Menyajikan data untuk merepresentasikan secara grafis hubungan antara dua variabel dengan memplot data variabel kasus dalam matriks dua dimensi, yaitu scattergram. Tabel kontingensi adalah cara mudah untuk menunjukkan hubungan antar variabel yang memiliki beberapa kategori.

Alat uji statistik yang umum digunakan adalah uji chi-square, yang mengukur tingkat asosiasi atau hubungan antara dua variabel dengan cara membandingkan perbedaan antara nilai yang diamati dan nilai yang diharapkan. Jika tidak ada koneksi, hasilnya murni kebetulan. Analisis varian adalah tes yang dirancang untuk menemukan hubungan antara dua variabel. Penting juga untuk mencari perbedaan antara hasil yang diperoleh dalam dua atau lebih situasi yang berbeda, misalnya dalam kelompok sebelum dan sesudah penyuluhan atau dalam tiga kelompok setelah penyuluhan yang berbeda.

c. Analisis Multivariat

Lihat lebih banyak hubungan antara dua variabel berbeda untuk menarik kesimpulan. Tujuan dari analisis ini untuk menguji pengaruh variabel ketiga terhadap hubungan antara kedua variabel tersebut. Menggunakan tabel perbandingan sederhana dengan membuat dua tabel dan membandingkannya. Namun, proses ini dapat dilanjutkan untuk menghasilkan tabel keempat dan variabel kelima (Hardani, 2020).

Namun, mendapatkan data yang cukup ke dalam setiap tabel bisa jadi sulit, sehingga menghasilkan data yang bermakna. Cara terbaik untuk memahami interaksi antara sejumlah besar variabel dan pengaruh relatifnya adalah dengan menggunakan regresi berganda dan regresi logistik.

7.8. Pengolahan Data

a. Editing

Peneliti meninjau kuesioner yang diisi dan dikembalikan oleh responden untuk mengetahui apakah responden menjawab semua pertanyaan dengan lengkap atau tidak. Apabila ada data yang kosong maka diberi nilai 0 (Setiadi, 2007). Bertujuan untuk melakukan pengecekan ulang isian kuesioner untuk mengecek:

- a. Kelengkapan: semua pertanyaan terjawab?
- b. Kejelasan : jawaban tertulis jelas
- c. Relevansi : jawaban relevan dengan pertanyaan
- d. Konsistensi : apakah jawaban antar pertanyaan konsisten (umur 9 tahun, sekolah universitas ?).

b. Coding

Peneliti melakukan pemberian kode berupa angka untuk memudahkan pengolahan data (Sugiyono, 2014). Bertujuan mengubah data berbentuk huruf menjadi angka, mempermudah analisa data, mempercepat entri data. Contoh : Laki-laki = 1 ; Perempuan = 0 atau Hadir = 1 ; Tidak Hadir = 0 .

c. Transferring

Memindahkan jawaban atau kode ke dalam master tabel. Menerjemahkan koding menjadi jawaban dalam bentuk tabel silang agar mempermudah dalam membaca hasil penelitian.

d. Tabulating

Masukkan data yang telah diedit dan diberi kode dalam bentuk tabel untuk memudahkan interpretasi dan pembacaan (Setiadi, 2007). Proses tabulasi data dengan membuat tabel yang berisi data sesuai dengan kebutuhan yang akan dianalisis. Tabel yang dibuat harus dapat meringkas semua data yang akan dianalisis. Peneliti mengalami kesulitan apabila memisahkan tabel dalam proses analisis data.

e. Processing

Setelah kuesioner terisi penuh, lengkap dan benar. Mengupayakan agar data siap untuk diolah, mulai entri data. Processing adalah kegiatan mengolah data dari hasil entrain sesuai dengan metode tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti.

f. Cleaning

Membersihkan data merupakan proses pengecekan ulang untuk mendeteksi salah entri ataupun missing data. Contoh : Status kawin ada 4 kelompok (1-4), saat dicek ditemukan nilai 9. Maka angka 9 ini salah ketik. Namun, sebenarnya terdapat 2 jenis missing data : kesalahan entri atau by design (skip variable). Hal ini dapat terjadi karena kesalahan entri : jumlah observasi 100 orang, saat jenis kelamin dicek, hasilnya hanya 99, muncul missing value 1 orang. Kasus ini bisa karena terlewat saat entri/ salah kode tertulis titik (.)

7.9. Penutup

Biostatistik dasar dalam ilmu kesehatan masyarakat digunakan sebagai metode untuk mempelajari masalah dalam kehidupan. Anggapan bahwa statistika itu sulit dan rumit tidaklah benar,

statistika justru mempermudah kita memahami dan membantu memecahkan masalah dalam kehidupan. Buku ini membantu mahasiswa dan peneliti yang mengalami kesulitan dan kurangnya pemahaman dasar tentang biostatistik.

Buku konsep biostatistik dalam kesehatan masyarakat menjelaskan tentang pengantar biostatistik, batasan, peran statistik dalam penelitian, populasi dan sampel. Kemudian menjelaskan tentang data yang telah dikumpulkan, disajikan, dianalisis dan dilakukan pengolahan data sehingga penarikan kesimpulan masalah terselesaikan.

Kesehatan Kerja dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat

8.1. Pengantar

Setiap industri memiliki peluang dan risiko yang berbeda tergantung pada industrinya. Potensi bahaya dapat menimbulkan risiko kehilangan, kerusakan, penyakit, cedera, dan bahkan kematian. Industri tidak menghindari penggunaan mesin dan teknologi yang kompleks dalam proses produksinya, yang memiliki potensi dan risiko bahaya yang tinggi yang dapat menyebabkan kecelakaan industri atau penyakit akibat kerja bagi karyawannya, seperti gangguan pendengaran akibat suara mesin yang keras, gangguan pernapasan karena lingkungan kerja yang berdebu, dan lain-lain. Oleh karena itu, perlu diupayakan untuk menghindari dan meminimalkan risiko bahaya melalui identifikasi bahaya, proses penilaian dan tindakan pengendalian selanjutnya jika terjadi potensi bahaya (Ajubra et al., 2020).

Salah satu cara untuk mencegah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja adalah dengan menerapkan program keselamatan kerja (K3) di perusahaan. Menurut Sutjana (2006) (Hanum et al., 2021). Perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja bukan hanya salah satu prasyarat untuk meningkatkan produktivitas tenaga kerja, tetapi perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja merupakan hak asasi setiap karyawan. Stabilitas lapangan kerja tampaknya menjadi salah satu prasyarat bagi industri Indonesia untuk memenangkan persaingan bebas. Namun, realitas industri saat ini

menunjukkan masih banyak perusahaan yang belum sepenuhnya menerapkan program kesehatan dan keselamatan kerja untuk mencegah cedera dan penyakit akibat kerja (Maringka et al., 2019).

Keselamatan kerja adalah upaya dan pemikiran untuk menjamin keutuhan, integritas fisik dan mental tenaga kerja dan masyarakat pada umumnya, pekerjaan dan budaya untuk masyarakat yang adil dan sejahtera. Keselamatan kerja memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap faktor kecelakaan. Pekerja harus mematuhi standar (K3) agar tidak menimbulkan dampak yang merugikan. Banyak kecelakaan yang disebabkan oleh karyawan yang sakit tanpa sepengetahuan atasannya (K3). Kondisi fisik harus diperiksa saat memasuki tempat kerja, agar status kesehatan pekerja dapat diketahui saat mulai bekerja (Uyun and Widowati, 2022).

Kesehatan dan keselamatan kerja adalah keadaan atau kondisi kesehatan fisik dan mental seseorang, sebab itu K3 harus diperhatikan dalam lingkungan kerja dan keselamatan kerja merupakan syarat yang mempengaruhi keselamatan pekerja dalam bekerja. Baik dalam menggunakan mesin, pesawat dan alat kerja lain. Produktivitas kerja meningkat bila pegawai sehat rohani dan jasmani serta didukung oleh sarana dan prasarana yang menjamin keselamatan (Susilowati, 2021). Masalah kesehatan merupakan masalah kompleks yang mempengaruhi lebih dari sekedar kesehatan itu sendiri. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat meliputi layanan genetik, lingkungan, perilaku dan kesehatan (Ridwan et al., 2021). Merujuk pada UUD 1945 tentang HAM untuk bekerja dan hidup bermartabat, pemerintah mengeluarkan UU RI Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, diubah dengan UU Ketenagakerjaan dan UU No 13 Tahun 2003. K3 - Peraturan Terkait tentang Kesehatan dan untuk memastikan keselamatan pekerja. Dengan peraturan tersebut, K3 mulai menimbulkan kekhawatiran dan dianggap sebagai kebutuhan penting bagi kegiatan operasional perusahaan manapun (Wahyuni et al., 2018)

8.2. Definisi K3

Mondy (2008) dalam (Yogisutanti, 2015) mendefinisikan bahaya keselamatan adalah bagian dari lingkungan kerja yang dapat menyebabkan kebakaran, sengatan listrik, luka sayat, luka terlindas, keseleo, patah tulang atau kehilangan organ penglihatan dan pendengaran (Situngkir et al., 2021). Sebaliknya menurut Mondy (2008) dalam (Yogisutanti, 2015) kedokteran okupasi adalah kekerasan fisik. Risiko kesehatan adalah faktor lingkungan kerja yang terjadi dalam jangka waktu yang lebih lama dan dapat menyebabkan tekanan mental dan cedera fisik. Pendapat kesehatan dan keselamatan kerja meliputi:

1. Menurut Mangkunegara (2002) (Hanum et al., 2021), untuk keutuhan pekerjaan fisik dan mental, khususnya manusia, dan pekerjaan dan budaya pada umumnya, keselamatan kerja sangat penting untuk masyarakat yang adil dan makmur.
2. Suma'muri (2001) keselamatan kerja dalam (Maringka et al., 2019), merupakan suatu entitas yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman bagi karyawan yang bekerja di suatu perusahaan.
3. Keselamatan kerja Menurut Simanjuntak (1994) dalam (NurAini and Wardani, 2015), kondisi aman tanpa resiko kecelakaan dan kerusakan adalah tempat kerja, meliputi kondisi konstruksi, kondisi mesin, peralatan keselamatan dan kondisi kerja.
4. Mattis dan Jackson (2002) dalam (Susilowati, 2021), keselamatan berarti melindungi kesehatan fisik terhadap kecelakaan kerja. Kesehatan mengacu pada stabilitas fisik, mental dan emosional secara keseluruhan.
5. Jackson (1999) dalam (Ridwan et al., 2021), keselamatan dan kesehatan kerja mengacu pada kondisi fisiologis, fisik dan psikologis karyawan yang disebabkan oleh lingkungan kerja yang disediakan oleh perusahaan. Penyakit, stres atau kecelakaan dapat mempengaruhi kesehatan karyawan. Program

kesehatan yang baik menawarkan manfaat yang signifikan bagi karyawan, memungkinkan mereka bekerja di lingkungan yang lebih nyaman dan meningkatkan produktivitas mereka secara keseluruhan.

6. Dasar hukum K3

Di Indonesia, Undang-Undang Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang berlaku saat ini adalah Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja. Undang-Undang ini memuat aturan dasar dan ketentuan umum tentang perlindungan tenaga kerja di semua jenis tempat kerja yang berada di bawah yurisdiksi negara Republik Indonesia. (Ajubra et al., 2020). Pengesahan undang-undang ini didasarkan pada Pasal 27 (2) UUD 1945. "Setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak" artinya setiap warga negara berhak atas penghidupan yang layak dan pengupahan yang layak, serta berhak bebas dari penyakit dan luka. (NurAini and Wardani, 2015). Undang-Undang Kesehatan dan Keselamatan Kerja bersifat preventif, artinya pada undang-undang tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja. Pada dasarnya undang-undang ini bertujuan untuk mencegah, mengurangi dan menjamin perlindungan pekerja dan orang lain di tempat kerja, pendayagunaan sumber daya produksi dan kelancaran produksi (Yogisutanti, 2015).

7. Tujuan Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Program kesehatan dan keselamatan kerja bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pekerja dan semua kecelakaan, baik kecil maupun fatal, harus ditangani oleh mereka yang terlibat (Dewi Mulfiyanti, 2020). Di sisi lain menurut Rizky Argama (2006) dalam (Hanum et al., 2021). Tujuan dibuatnya program keselamatan kerja adalah untuk mengurangi biaya operasional kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Beberapa tujuan Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah:

1. Menghindari kerugian fisik dan kerugian finansial bagi karyawan dan perusahaan
 2. Mencegah gangguan produktivitas kerja
 3. Menghemat premi asuransi
 4. Hindari tuntutan hukum tanggung jawab sosial karyawan dan perusahaan
8. Defenisi Kecelakaan Kerja

Menurut Tarwaka (2008) (Dewi Mulfiyanti, 2020), kecelakaan kerja jelas tidak diinginkan dan sering terjadi dalam atau berkaitan dengan proses kerja industri dan diperkirakan akan mengakibatkan hilangnya waktu, harta benda atau nyawa. Ini adalah peristiwa yang dihindari. Oleh karena itu kecelakaan kerja mempunyai unsur-unsur yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Tidak terduga karena tidak ada niat atau rencana di balik kecelakaan itu
 2. Semua kecelakaan selalu dikaitkan dengan kerugian fisik dan mental dan karenanya tidak diharapkan atau diinginkan
 3. Selalu menyebabkan kerusakan atau kerugian yang meminimalkan gangguan pada alur kerja.
9. Penyebab Kecelakaan Kerja
1. Menurut Mangkunegara (2008) dalam (Hanum et al., 2021), faktor penyebab kecelakaan kerja adalah:
 - a. Produksi dan penyimpanan bahan berbahaya tidak diperhatikan karena tidak berbahaya.
 - b. Area kerja terlalu padat dan sesak
 - c. Penanganan air limbah dan limbah yang tidak tepat

2. Pendingin Udara
 - a. Ventilasi yang buruk di tempat kerja (tempat kerja berdebu, kotor dan bau)
 - b. Temperatur yang tidak dapat dikendalikan.
3. Pengaturan Pencahayaan
 - a. Konfigurasi dan penggunaan sumber cahaya yang salah
 - b. Tempat kerja kurang terang dan gelap
4. Penggunaan Alat
 - a. Perbaiki alat lama atau rusak.
 - b. Penggunaan mesin dan perangkat elektronik yang keamanannya kurang memadai
5. Kondisi mental dan fisik karyawan
 - a. Ketekunan pekerja tidak tetap
 - b. Suasana hati karyawan yang tidak stabil, kepribadian karyawan yang rentan, persepsi dan pemikiran yang buruk, motivasi rendah, pengabaian, bimbingan yang tidak akurat, dan ketidaktahuan di tempat kerja, terutama tempat kerja yang berpotensi berbahaya.
10. Upaya Pengendalian Kecelakaan Kerja

Ketika berhadapan dengan kecelakaan di tempat kerja, hal-hal berikut harus dipertimbangkan secara khusus:

1. Prinsip pencegahan kecelakaan
 - a. Membangkitkan dan mempertahankan minat dalam inisiatif pengendalian K3;
 - b. Investigasi kecelakaan, K3
 - c. Tindakan Aktual

2. Hierarki Pengendalian Kecelakaan

Manajemen risiko adalah langkah penting dan krusial. Fase ini memanfaatkan penerapan manajemen risiko internal perusahaan (Tarwaka, 2008) dalam (Situngkir et al., 2021), menyebutkan bahwa pengendalian kecelakaan dapat dilakukan melalui pendekatan sebagai berikut:

a. Eliminasi

Ini adalah teknologi kontrol. Sumber bahaya telah dihilangkan. Lubang di jalan ditutup, lantai dibersihkan dari minyak dan mesin yang berisik dimatikan.

b. Substitusi

Teknik kontrol yang menggantikan alat, bahan, sistem, atau proses berbahaya dengan yang lebih aman atau kurang berbahaya. Misalnya, bahan kimia berbahaya yang digunakan dalam proses pembuatan diganti dengan bahan kimia yang lebih aman.

c. Rekayasa Teknik

Manajemen bahaya dapat diimplementasikan melalui perbaikan desain, peralatan tambahan dan pemasangan langkah-langkah keselamatan. Misalnya, mesin yang berisik dapat diperbaiki secara teknis. Kurangi tingkat kebisingan dengan memasang muffler, memasang pagar pengaman di sekitar mesin, dan lain-lain.

d. Kontrol Administratif

Keselamatan juga dapat bersifat administratif, misalnya pengaturan jadwal kerja, waktu istirahat dan metode kerja, atau pengaturan dan pelaksanaan inspeksi terkait praktik kerja yang aman.

e. Alat Pelindung Diri

Dalam konsep kesehatan dan keselamatan, upaya terakhir untuk pencegahan kecelakaan adalah

penggunaan alat pelindung diri. Karena alat pelindung diri tidak dimaksudkan untuk mencegah kecelakaan (mengurangi kemungkinan) tetapi untuk meminimalisir dampak dan tingkat keparahan kecelakaan (mengurangi konsekuensi) (Susilowati, 2021).

8.3. Penutup

Kesehatan dan keselamatan kerja adalah upaya dan pemikiran untuk secara khusus memastikan, integritas fisik dan mental tenaga kerja. Masyarakat pada umumnya, pekerjaan dan budaya untuk masyarakat yang adil dan sejahtera. Keselamatan kerja memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap faktor kecelakaan. Pekerja harus mematuhi standar (K3) agar tidak menimbulkan dampak yang merugikan. Banyak kecelakaan yang disebabkan oleh karyawan yang sakit tanpa sepengetahuan atasannya (K3).

Kesehatan dan keselamatan kerja adalah keadaan atau kondisi kesehatan fisik dan mental seseorang, sebab itu K3 harus diperhatikan dalam lingkungan kerja dan keselamatan kerja merupakan syarat yang mempengaruhi keselamatan pekerja dalam bekerja. Baik dalam menggunakan mesin, pesawat, alat kerja. Produktivitas kerja meningkat bila pegawai sehat rohani dan jasmani serta didukung oleh sarana dan prasarana yang menjamin keselamatan.

Kebijakan Kesehatan

9.1. Pengantar

Mengingat kesehatan adalah hak setiap warga negara dan merupakan unsur kesejahteraan masyarakat, maka berbagai program dan kebijakan di bidang kesehatan antara lain: diperlukan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan. Pembangunan kesehatan merupakan suatu proses yang tidak dapat dipisahkan dengan penetapan kebijakan kesehatan yang bertujuan untuk membangun sektor kesehatan. Sektor kesehatan ini merupakan hal penting yang akan selalu mendapatkan perhatian khusus dalam sistem perekonomian diberbagai Negara termasuk Indonesia. Hal ini telah dibuktikan dari berbagai penelitian yang menyatakan bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia berbanding lurus dengan kemajuan pembangunan suatu Negara. Bidang kesehatan diletakkan di bagian yang istimewa dibandingkan dengan masalah – masalah sosial lainnya yang ada di masyarakat karena sangat erat kaitanya dengan penyakit, keselamatan, dan kematian masyarakat, atau dengan kata lain bahwa kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia. Selain itu, kebijakan kesehatan pada hakikatnya memberikan arah dalam memilih berbagai teknologi kesehatan yang akan dikembangkan dan digunakan, mengelola, dan membiayai pelayanan kesehatan, atau berbagai jenis peralatan kesehatan termasuk obat. Oleh karenanya peranan kesehatan bagi suatu Negara sangatlah dominan dibandingkan dengan masalah sosial lainnya. Berbagai aspek kebijakan kesehatan diharapkan akan selalu

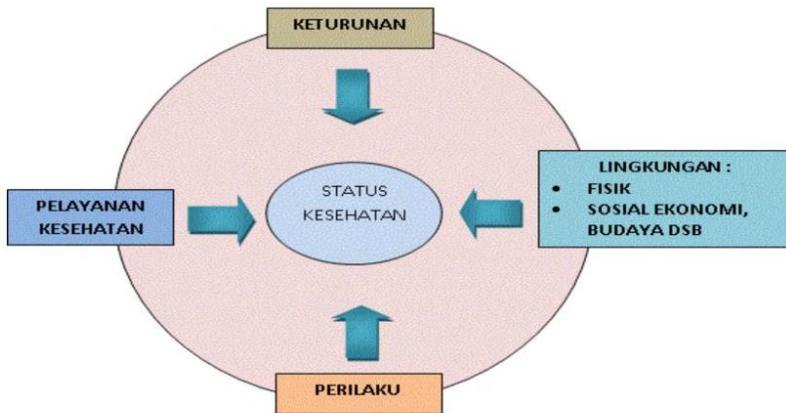
berpegang teguh pada aturan-aturan bernegara sehingga kesehatan sebagai hajat hidup orang banyak melalui setiap aspek termasuk ideologi akan menjadi dasar untuk membuat konsep dari setiap kebijakan tersebut. Artinya kebijakan kesehatan yang diciptakan merupakan amanat konsitusi yang harus dilakukan dan di buat dengan sebaik-baiknya (adjunct & mariati, 2021).

9.2. Pengertian Kebijakan Kesehatan

“Kebijakan” diartikan sebagai kecerdasan, keterampilan, atau kecerdikan, sebagaimana etimologi dari “kebijakan” adalah “bijaksana” dan selalu berarti akal, pandai, mahir, pintar, mampu. Terkadang diartikan sebagai kebijaksanaan dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan pengertian “kesehatan” adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU 36 Tahun 2009).

Apabila pengertian “kebijakan” dihubungkan dengan pengertian “Kesehatan” dapat diartikan sebagai rangkaian konsep, asas ketentuan dasar, dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau sekelompok pelaku politik yang menjadi pedoman dan landasan dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial dan spiritual yang ditunjukkan dengan tidak adanya keluhan atau tidak adanya tanda-tanda penyakit atau kelainan sehingga masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi.

Adapun pengertian kebijakan kesehatan lainnya merupakan bagian dari rencana dan keputusan yang dibuat oleh pemangku kepentingan untuk mencapai tujuan dalam bidang kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat disusun pada semua tingkatan lembaga, insitusi maupun instansi, yakni pemerintah pusat dan daerah, perusahaan, sekolah, swasta, LSM maupun di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas.



Gambar 9.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan
(Rahmat alakin Dachi 2017)

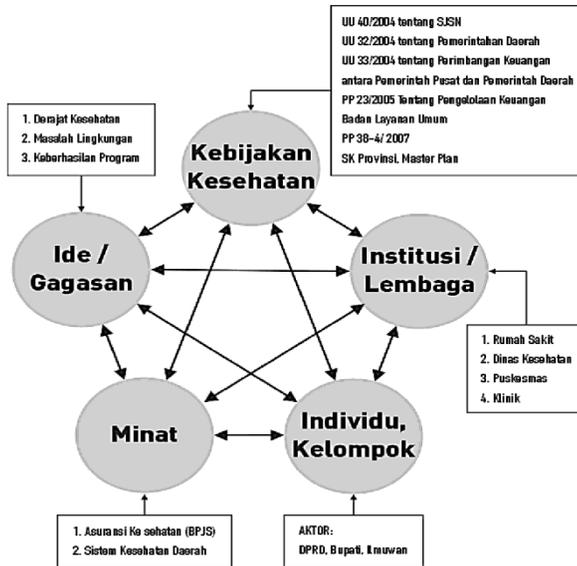
Oleh karena itu kebijakan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor tersebut untuk memastikan bahwa hasil kesehatan yang optimal dapat dicapai secara maksimal sebagai dampak yang diharapkan dari kebijakan. Menurut berbagai penelitian, di antara faktor-faktor di atas, faktor yang paling berpengaruh adalah faktor lingkungan, yang terdiri dari faktor perilaku, diikuti oleh faktor perawatan kesehatan dan faktor genetik.

9.3. Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan mengarah pada penelitian yang berfokus pada output dan *outcome* yang dihasilkan oleh orang-orang yang berhubungan dengan kesehatan dan proses pembuatan kebijakan. Kebijakan kesehatan juga melewati siklus proses yang tidak ada habisnya. Masalah kebijakan kesehatan ini tidak pernah berakhir dan tidak pernah terselesaikan sepenuhnya. Outcome dari output dan outcome kebijakan kesehatan masa lalu akan mempengaruhi sistem kebijakan kesehatan selanjutnya. Mengenai kebijakan, ada beberapa indikator:

- a. Proposisi 1: Seluruh kebijakan sosial merupakan kebijakan kesehatan

- b. Proposisi 2: pemeliharaan kesehatan merupakan unsur dari kebijakan kesehatan
- c. Proposisi 3: seluruh program yang berkaitan dengan perubahan sosial menggambarkan kebijakan kesehatan



Gambar 9.2. Model Interaksi Komponen dan Outcome Kebijakan Kesehatan (Sandu Siyoto)

Gambar diatas menunjukkan model interaksi komponen dan outcome kebijakan. Dalam merumuskan sebuah kebijakan ketiga komponen tersebut saling berinteraksi satu sama lain. Pada gambar diatas pelaku kebijakan adalah lembaga legislatif yaitu DPRD dan lembaga eksekutif yaitu walikota/bupati sebagai kepala pemerintahan tertinggi di kota/kabupaten, mereka semua termasuk sebagai aktor kebijakan yang memberikan saran dalam perumusan kebijakan kesehatan.

Interaksi antara komponen kebijakan dapat dipahami dengan menggunakan pendekatan input-output-impact. Fenomena sosial merupakan input yang akan diproses melalui interaksi para pelaku kebijakan untuk menjadi sebuah output kebijakan. Pada gambar

diatas masukan ide dan minat dari pelaku kebijakan merupakan input. Ide - ide dipengaruhi oleh isu- isu publik mengenai isu-isu lingkungan, derajat kesehatan dan keberhasilan program-program di daerah. Pemikiran pelaku kebijakan ini tersebut didukung oleh ketertarikannya terhadap pengembangan sistem jaminan kesehatan dan sistem kesehatan daerah. Semua masukan yang ada akan melalui proses kebijakan. dalam proses kebijakan terjadi interaksi antara pelaku kebijakan yang akhirnya terjadi kesepakatan. Perjanjian ini ditulis dan dihasilkan oleh legislatif menjadi kebijakan. Output dalam sistem kebijakan ini adalah berbagai peraturan yang mendukung pelaksanaan desentralisasi pelayanan kesehatan.

9.4. Proses Pembuatan Kebijakan Melibatkan Beberapa Element Seperti:

1. Saluran komunikasi dalam penyampaian informasi mengenai isu-isu kebijakan, baik vertikal, horizontal, maupun diagonal
2. Pusat keputusan dimana isu-isu itu diproses
3. Mekanisme kebijakan secara tipikal dalam hubungannya dengan isu kebijakan
4. Sifat temporal isu kebijakan
5. Kecenderungan kontoniasi dan dekontinuasi hasil kebijakan yang menajadi isu utama

9.5. Proses Menetapkan Kebijakan Kesehatan

Proses pembentukan kebijakan kesehatan mengacu pada bagaimana sebuah kebijakan dirumuskan, disusun, dikomunikasikan, disepakati, dilaksanakan dan dievaluasi.

- a. Merumuskan kebijakan kesehatan
Perumusan kebijakan kesehatan ini adalah mengembangkan kebijakan kesehatan yang efektif dan dapat diterima untuk mnghadapi dan mengatasi masalah kesehatan.

b. Menyusun kebijakan kesehatan

Ilmu kebijakan kesehatan memiliki tujuan yang tidak hanya membuat keputusan yang efisien, tetapi untuk berkontribusi pada peningkatan praktik demokrasi, yang selanjutnya secara lebih jauh diharapkan pada gilirannya akan membantu mewujudkan martabat manusia sepenuhnya

c. Mengkomunikasikan kebijakan kesehatan

Kebijakan berarti seperangkat tujuan, prinsip dan peraturan yang memandu suatu organisasi. Kebijakan dengan demikian mencakup arah keseluruhan organisasi.

d. Penyepakatan kebijakan kesehatan

Alur kebijakan terdiri dari analisis yang sangat berkesinambungan terhadap masalah dan solusi yang di usulkan bersama dengan perdebatan seputar masalah tersebut dan kemungkinan tanggapan terhadapnya

e. Pelaksanaan kebijakan kesehatan

Pelaksanaan kebijakan kesehatan merupakan suatu implementasi kebijakan. Implementasi kebijakan sebagai mana pendapat Howlett dan Ramesh (1995) adalah mentransfer kebijakan kedalam program dan tindakan aksi sehingga membutuhkan berbagai kondisi yang berkaitan dengan bentuk masalah yang hendak dipecahkan dengan implementasi kebijakan

f. Pengevaluasi Kebijakan kesehatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai dan mengukur tingkat keberhasilan pelaksanaan suatu kegiatan maupun sebuah kebijakan. Dalam evaluasi kebijakan, evaluasi berfungsi untuk :

1. Memberikan penjelasan dan kritik terhadap isi kebijakan yang telah dilaksanakan

2. Memberikan informasi yang relevan dan valid mengenai ketidak cukupan implementasi maupun kinerja kebijakan. Dengan dilaksanakannya evaluasi akan diketahui sejauh mana tujuan, target atau sasaran, dan peluang yang telah dicapai.
3. Memberikan rekomendasi untuk sistem kebijakan alternatif. Rekomendasi tersebut dapat berupa perubahan sebuah kebijakan baik berhubungan dengan isi maupun pelaksanaan

Tujuan penyelesaian suatu masalah menjadi dasar sebuah rumusan dan penetapan kebijakan dilakukan, dan kemudian dilanjutkan ke tahap implementasi sampai pemantauan. Tahapan ini merupakan pengembangan kebijakan yang disebut siklus kebijakan yang akan menghasilkan sebuah rekomendasi sebagai umpan balik untuk pengembangan kebijakan pada periode berikutnya.

9.6. Pengembangan Kebijakan Kesehatan

Proses pelaksanaan dan pengembangan kebijakan kesehatan berkaitan dengan sejumlah unsur lingkungan dimana kebijakan tersebut akan dilaksanakan oleh pemangku kepentingan kebijakan kesehatan yang terkait dan tidak terlepas dari faktor dan lingkungan tersebut. Adapun faktor-faktor dan lingkungan yang mempengaruhi pengembangan kebijakan kesehatan adalah (agustina, 2020) yaitu :

1. Analisis Lingkungan

Lingkungan kebijakan-strategi adalah lingkungan yang memiliki dampak signifikan berkenaan dengan kebijakan kesehatan. Tolak ukur tentang responsibility suatu lingkungan memberi dukungan terhadap suatu kebijakan, maka perlu dilakukan analisis terhadap lingkungan kebijakan terkait persentase dukungan yang diberikan. Analisis lingkungan tersebut difokuskan pada lingkungan kebijakan internal untuk menakar seberapa besar unsur lingkungan kebijakan internal memberi support terhadap potensi berkembangnya suatu kebijakan.

a. Lingkungan politik

Prosedur dan struktur politik berpengaruh pada indikator dan prosedur kebijakan kesehatan

b. Lingkungan sosial

Faktor – faktor sosial seperti kondisi sosial, struktur dan interaksi sosial sangat mempengaruhi indikator serta prosedur regulasi tentang kesehatan

c. Lingkungan Administrasi

Unsur eksekutif yang mempengaruhi instrumen serta sistem kebijakan kesehatan. Dengan artian, semua aktivitas pemerintah dilakukan secara internal atau dalam kaitannya dengan interaksi masyarakat didalam memberi pelayanan publik.

d. Lingkungan ekonomi

Lingkup regulasi yang terkait faktor ekonomi serta produksi

e. Lingkungan demografis

Lingkungan kondisi dan struktur demografi wilayah yang mempengaruhi instrument dan proses kebijakan

f. Lingkungan geografis

Lingkungan kebijakan ini yang dibatasi oleh batas-batas geografis wilayah yang memepengaruhi instrument dan proses kebijakan kesehatan

g. Lingkungan Budaya

Unsur-unsur budaya ini seperti, etika, tradisi, nilai yang sangat berkembang dalam masyarakat yang mempengaruhi instrument dan proses kebijakan keehatan

2. Konteks politik

Definisi hubungan antara politik dan kebijakan merupakan hubungan dua arah yang saling berkaitan.

Artinya, proses perumusan dan pelaksanaan kebijakan publik dalam sistem politik. Politik adalah bagian dari kebijakan publik dan melibatkan proses pembentukan dan pelaksanaan kebijakan publik.

3. Konteks ekonomi

Aspek ekonomi merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan dalam merumuskan kebijakan kesehatan. Sebagai salah satu pilar kehidupan manusia, dimensi ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap proses kebijakan kesehatan yang mempengaruhi seluruh lapisan masyarakat. Memperhatikan konteks ekonomi ini membantu kita memahami dinamika aktivitas ekonomi dalam masyarakat, pemerintah, dan pasar internasional yang sangat memengaruhi kebijakan kesehatan.

9.7. Penutup

Kebijakan pelayanan kesehatan adalah kebijakan yang berfokus pada pelayanan kesehatan sebagai upaya terorganisir untuk mengobati atau merawat penyakit, keadaan disabilitas, ataupun kecacatan. Adapun, upaya-upaya kesehatan tersebut dilakukan dengan mengatur dan meregulasi keberadaan tenaga kesehatan profesional, kesediaan farmasi, pembiayaan sistem kesehatan, dan akses terhadap fasilitas kesehatan. Pelayanan kesehatan berarti perawatan terhadap penyakit yang berfokus pada kondisi individu, alih-alih populasi.

Bab 10

Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi Bagi Masyarakat

10.1. Pengantar

Kesehatan reproduksi meliputi sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam semua aspek proses dan sistem reproduksi, selain bebas dari penyakit dan kecacatan serta memiliki kendali penuh atas kapan dan seberapa sering mereka memiliki anak. Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan kesehatan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial, dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua aspek sistem reproduksi, termasuk proses dan fungsinya. (WHO,1992).

10.2. Tujuan dan Sasaran Kesehatan Reproduksi

a. Tujuan umum

Kebebasan dalam mengelola siklus konsepsi, termasuk tindakan seksual, dengan tujuan agar mereka dapat memanfaatkan hak regeneratifnya.

b. Tujuan khusus

- 1 Meningkatkan kebebasan perempuan untuk memilih peran dan tanggung jawab reproduksi mereka
- 2 Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan mengenai kapan, berapa banyak, dan seberapa jauh mereka bisa hamil

- 3 Meningkatkan tanggung jawab sosial dan profesional laki-laki atas konsekuensi perilaku seksual mereka
- 4 membantu perempuan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.

Sasaran Kesehatan Reproduksi

- a. Remaja
 1. Masalah kesehatan reproduksi yang diawali dengan pengajaran seks
 2. Remaja dapat memperoleh bantuan dalam menangani aspek fisik, psikologis, sosial, dan masalah menstruasi.
- b. Wanita
 1. WUS (Wanita usia subur)
 2. PUS (Pasangan Usia Subur)
- c. Lansia (Lanjut Usia)

10.3. Ruang Lingkup dan Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

- a. Kesehatan ibu dan anaknya yang belum lahir
- b. Pengobatan dan pencegahan infeksi pada sistem reproduksi, seperti PMS dan HIV/AIDS.
- c. Komplikasi aborsi dapat dicegah dan diobati
- d. Kesehatan reproduksi pada remaja dapat dicegah dan diobati
- e. Infertilitas dapat dicegah dan diobati
- f. Kanker di usia tua dapat diobati
- g. Masalah kesehatan reproduksi lainnya seperti fistula, mutilasi alat kelamin, dan kanker serviks dapat dicegah dan diobati.

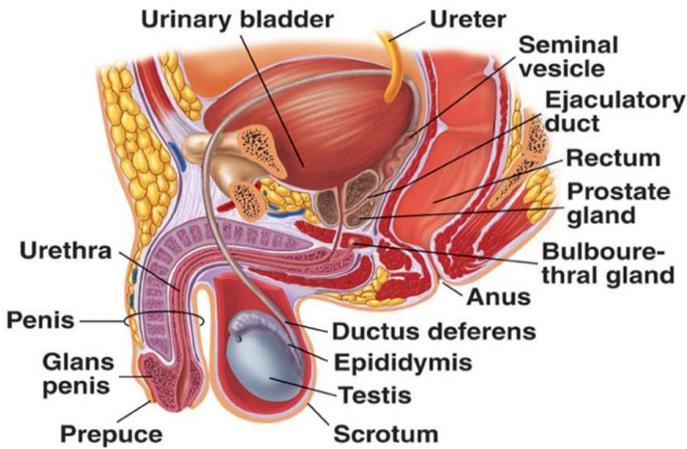
Hak – Hak Reproduksi

Menurut kesepakatan ICPD, hak reproduksi bertujuan untuk mencapai kesehatan secara menyeluruh, termasuk kesehatan jasmani dan rohani, sebagai berikut:

- a. Mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
- b. Memperoleh pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
- c. Mendapatkan kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi
- d. Memperoleh perlindungan kematian karena kehamilan
- e. Berhak dalam penentuan terkait jumlah dan jarak kehamilan
- f. Berhak bebas dan aman yang berkaitan dengan kehidupan reproduksi
- g. Meperoleh kebebasan dari penganiayaan dan pelecehan, termasuk perlindungan dari pelecehan seksual, perkosaan, kekerasan, dan penyiksaan seksual
- h. Mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi
- i. Mendapatkan hak dalam pelayanan dan kehidupan reproduksi
- j. Berhak untuk memulai dan merencanakan sebuah keluarga
- k. Bebas dari diskriminasi keluarga dan kesehatan reproduksi dalam segala bentuknya.

10.4. Sistem Reproduksi

Organ Reproduksi Pria



a) Genitalia Eksternal

1. Penis

- Penis. Penis adalah suatu menyerupai bulat dan panjang, yang terletak menggantung didepan scrotum diantara kedua paha terdiri dari bagian jaringan cavernosa dan spongiosa yang memperbanyak ruang sebagai tempat mengalirnya pembuluh darah.
- Ereksi. Ereksi terjadi ketika ada rangsangan fisik, emosi serta suara maka penis tersebut akan daliri oleh banyak darah yang menyebabkan penis ereksi (berdiri tegak kedepan). Ereksi ini sangat dibutuhkan untuk kegiatan seksual menyalurkan dan menyemburkan sperma ketika ejakulasi
- Uretra. Uretra terdapat didalam batang penis tersebut terdapat suatu saluran uretra yang berujung pada kepala (glans) penis dpergunakan untuk keluarnya urine dan sperma.

2. Skrotum

Merupakan kantung terbungkus oleh kulit tanpa lemak dengan berwarna coklat. Setiap kantung berisi satu buah testis. Kulit skrotum keriput dan ditutupi rambut-rambut yang kasar. Berfungsi untuk melindungi testis dar trauma atau suhu panas, dingin. Terdapat kantung-kantung yang

berisi epididimisfenikulus spermatikus. Lapisan skrotum terdiri kulit dan tunika dartos (lapisan otot polos).

b) Genetalia Interna Laki-laki

1. Testis adalah tempat untuk memproduksi dan menempatkan sperma. Di mana testosteron, yang penting untuk sifat seks sekunder dan kejantanan, diproduksi organ yang dikenal sebagai testis
2. Skrotum adalah rumah bagi dua buah zakar laki-laki. Bentuknya putih berbentuk oval. Panjangnya kira-kira 4 cm, lebar 2,5 cm, dan tebal 3 cm; beratnya 10-14 g.
3. Epidermis menghubungkan testis ke vas deferens dan panjangnya sekitar 6 cm. Epidermis menghasilkan jalan yang mengandung banyak enzim dan nutrisi untuk mematangkan atau menyempurnakan bentuk sperma. Funiculus spermaticus, yang menampung ductus deferens, adalah struktur berbentuk seperti tali panjang di sisi medial epididimis.
4. Duktus Deferens/Vas deferens. Organ ini berjalan dari epididimis sampai ke rongga panggul dalam saluran yang panjang, setebal 50-60 cm. Letak organ ini berada di belakang kandung kemih untuk ejakulasi.
5. Organ penting dalam sistem reproduksi pria adalah vesikula seminalis di belakang kandung kemih, tepat di depan rektum, dan tepat di atas kelenjar prostat. Organ ini berukuran sekitar 5-7 cm dan memiliki tekstur yang lembut. Ini bertanggung jawab untuk mengeluarkan cairan basa atau sedikit basa yang mengandung fruktosa dan nutrisi yang menyediakan energi bagi spermatozoa.
6. Duktus deferens dan vesikula seminalis membentuk saluran ejakulasi sepanjang 2 cm. Kelenjar prostat adalah kelenjar dalam tubuh yang berukuran sebesar buah kenari. Ini adalah kelenjar berbentuk kerucut dengan panjang 4

sentimeter, lebar 3 sentimeter, tebal 2 sentimeter, dan beratnya sekitar 8 gram. Tepatnya di bagian bawah kandung kemih, di panggul. Kelenjar ini tidak dapat ditemukan pada wanita karena itu hanya ada pada pria. Tugasnya adalah mengeluarkan cairan alkali seperti susu yang membantu menjaga spermatozoa aman dari tekanan pada uretra.

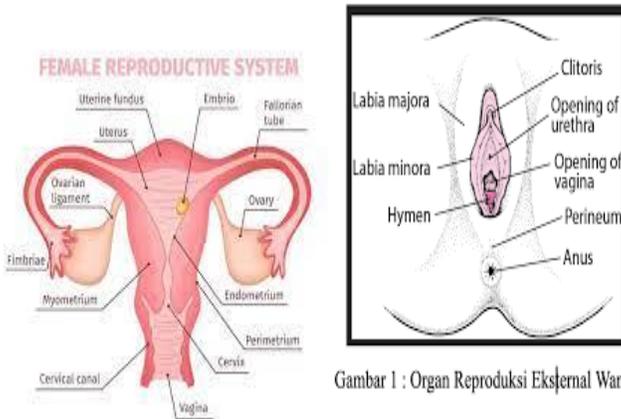
7. Bulbourethra (kelenjar cowper). Kelenjar cowper adalah kelenjar di bawah prostat yang juga mengalir ke uretra. Selama koitus, kelenjar ini menghasilkan sekresi kental yang dapat digunakan sebagai pelumas. Cairan mani (semen) terdiri dari spermatozoa, cairan prostat, dan sekresi kelenjar cowperi. Saluran kemih dan saluran ejakulasi disebut uretra. Mengatur cara pengeluaran urin berfungsi agar tidak keluar bersamaan dengan ejakulasi.
8. Spermatogenesis adalah pembetukan sperma yang terjadi pada semua tubulus seminiferous yang terdapat pada testis selama kehidupan seks aktif, rata-rata mulai usia 13 tahun dan beransung selama hidup. Spermatogenesis ini terjadi akibat adanya rangsangan hormone gonadotropin, FSH dan LH.

Stadium pertama spermatogenesis adalah pertumbuhan beberapa spermatogonia menjadi sel yang sangat besar yang dinamakan spermatosit, spermatosit membelah menjadi dua yang masing-masing mengandung 23 kromosom. Setelah spermatosit tidak membelah lagi tetapi menjadi matang menjadi spermatozoa, dari 23 kromosom, salah satu kromosom yang nantinya berperan untuk menentukan jenis kelamin dari keturunan yang dihasilkan. Ada 2 jenis seks kromosom yang dihasilkan yaitu X untuk kromosom Wanita dan Y untuk kromosom laki-laki

Setelah sperma terbentuk di tubulus seminiferus sperma masuk ke epididymis. Di epididymis sperma dimatangkan

dan disempurnakan bentuknya sperma menjadi lengkap dengan memiliki kepala, leher dan ekor dalam waktu 18 jam-10 hari

10.5. Organ Reproduksi Wanita



Gambar 1 : Organ Reproduksi Eksternal Wanita

Sumber : msdmanuals.com

1) Genetalia Eksternal

- a. Vulva. Klitoris, mons pubis, vagina dan uretra, serta semua bagian luar alat kelamin wanita, semuanya adalah bagian dari vulva.
- b. Mons pubis. Lemak yang menutupi tulang kemaluan, atau tulang kelamin, disebut mons pubis. Mulai masa pubertas, rambut menutupi struktur ini, yang melindungi organ seksual dan reproduksi bagian dalam.
- c. Labia Mayora. Labia mayora adalah bagian dari vulva yang merupakan organ reproduksi wanita. Di bagian luar vagina tampak dua lipatan besar. Setelah mencapai masa pubertas, rambut kemaluan akan menutupi panjang labia mayora yang bervariasi dari wanita ke wanita tetapi biasanya berkisar antara 2 hingga 10 sentimeter.

- d. Labia Minora. Labia minora lebih sederhana daripada labia mayor. Uretra dan vagina dilindungi oleh organ ini. Tidak ada rambut yang menutupi labia minora.
- e. Klitoris. Merupakan bagian penting dari organ regeneratif bagian luar yang bersifat ereksi (horny) yang mengandung banyak pembuluh darah dan saraf taktil.
- f. Vestibulum. Vestibulum merupakan alat reproduksi bagian luar yang dibatasi oleh kedua bibir kecil, bagian atas klitoris, bagian belakang (bawah) pertemuan kedua bibir kecil. Pada vestibulum terdapat muara uretra, dua lubang saluran kelenjar Bartholini, dua lubang saluran Skene.
- g. Vagina. Vagina merupakan saluran penghubung ke rahim, di ujung dalam terhubung langsung dengan serviks. Vagina digunakan tubuh untuk mengeluarkan menstruasi dari rahim.
- h. Hymen. Selaput tipis yang dikenal sebagai selaput dara sebagian menutupi lubang di bagian luar vagina. Selaput dara biasanya berlubang untuk berfungsi sebagai saluran aliran darah menstruasi atau cairan yang dihasilkan oleh rahim dan kelenjar endometrium. Selaput dara akan robek dan berdarah selama pertemuan seksual pertama. Caruncle mirtiformis, tonjolan kecil yang terbentuk setelah lahir, adalah selaput darah.
- i. Perenium. Antara anus dan vagina adalah otot, kulit, dan jaringan yang dikenal sebagai perineum.

2) Genetalia Interna

- a. Uterus adalah rahim sistem reproduksi wanita adalah organ berotot berbentuk buah pir terbalik antara kandung kemih dan rektum. Telur yang telah dibuahi

diberi makan dan ditempatkan di dalam rahim sampai menjadi janin atau siap untuk dilahirkan.

- b. Tuba falopi adalah saluran antara rahim dan ovarium yang berdiameter sekitar 1 cm dan memiliki panjang 10-13 cm. Selama ovulasi, saluran ini memungkinkan sel telur melakukan perjalanan dari ovarium ke rahim dan juga tempat sel telur dan sperma bertemu selama pembuahan.
- c. Ovarium. Ovarium adalah sepasang organ reproduksi wanita dengan panjang sekitar 1,5 inci dan berbentuk seperti kacang almond. Dari masa pubertas hingga menopause, organ ini menghasilkan sel telur, disebut juga ovum dan oosit. Terletak di dekat ujung tuba falopi di daerah panggul. Satu ovarium di setiap dinding lateral juga menghasilkan hormon estrogen dan progesteron.
- d. Fimbriae. Fimbriae adalah struktur yang menyerupai serat menangkap dan menarik sel telur keluar dari ovarium ke dalam tabung.
- e. Endometrium. Endometrium adalah jaringan yang menutupi dinding rahim sebelum menstruasi. Lapisan endometrium menebal dan menjadi tempat menempelnya sel telur yang telah dibuahi selama menstruasi. Jika tidak dibuahi, endometrium akan luruh dan kemudian keluar dari tubuh sebagai darah menstruasi.
- f. Perimetrium. Perimetrium uteri merupakan lapisan terluar dari rahim. Rahim juga berperan penting dalam memberikan respon seksual, selain kehamilan dan menstruasi. Rahim mengalirkan darah ke daerah panggul dan alat kelamin luar saat tubuh dirangsang secara seksual.

- g. Myometrium. Miometrium, lapisan tengah, mengandung banyak sel otot dan membantu rahim berkontraksi dan rileks dengan mengembang dan kembali ke bentuk aslinya setiap bulan, bahkan selama kehamilan.
- h. Rahim. Bagian dari rahim yang menghubungkan vagina ke leher rahim disebut leher rahim. Saat berhubungan seks, menghasilkan lendir yang membantu transfer sperma dari vagina ke rahim.

10.6. Penutup

Kesehatan reproduksi meliputi sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam semua aspek proses dan sistem reproduksi, selain bebas dari penyakit dan kecacatan. serta memiliki kendali penuh atas kapan dan seberapa sering mereka memiliki anak. Sasaran Kesehatan Reproduksi terdiri dari remaja, wanita dan lansia. Organ reproduksi pria terdiri dari penis, skrotum, epididymis, vas deferens, vesika seminalis, ductus ejakulatoris, kelenjar prostat, uretra, spermatogenesis. Organ reproduksi Wanita terdiri dari vulva, mons pubis, labia mayora, labia minora, klitoris, vestibulum, vagina, hymen, perenium.

Bab 11

Manajemen Kesehatan

11.1. Pengantar

Manajemen kesehatan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang diterapkan dalam manajemen termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan masyarakat sebagai obyek atau sasaran pengelolaan (Notoatmodjo, 2003). Sistem ini terdiri dari banyak subsistem yang berbeda yang semuanya terhubung satu sama lain dalam prosedur atau struktur untuk mencapai tujuan tertentu. Menurut (Dedi, 2011) bahwa manajemen pelayanan kesehatan harus mengatasi masalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat dalam hal promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi sehingga pusat fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit, dan klinik bersalin yang menyediakan layanan kesehatan.

Masyarakat merupakan sasaran utama pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya menjaga agar masyarakat tetap sehat dan terhindar dari penyakit. Pelayanan kesehatan merupakan komponen dari pelayanan kesehatan. Karena cakupan administrasi kesejahteraan umum menyangkut kepentingan banyak individu, peran otoritas publik dalam administrasi kesejahteraan umum sangat besar.

11.2. Pengorganisasian Kesehatan

Organisasi kesehatan adalah pengelolaan personil atau staf dalam perencanaan agar peristiwa terjadi sesuai dengan rencana dan tujuan yang dicapai. Beberapa komponen pengorganisasian diperlukan dalam pencapaian tujuan yang telah direncanakan, yaitu:

a. Hal-hal yang diorganisasikan

Ada dua kategori hal yang dapat diatur:

- 1) Proses penyusunan berbagai kegiatan dalam rencana untuk membuat unit yang terintegrasi dalam menyelesaikan tugas disebut sebagai kegiatan pengorganisasian.
 - 2) Pengorganisasian pelaksana, yaitu pendelegasian wewenang kepada masing-masing pelaksana dengan menetapkan hak dan kewajibannya.
- b. *Organizing Process* atau langkah-langkah yang harus diambil untuk memastikan kelancaran semua kegiatan dan staf.
- c. Wadah yang terbentuk sebagai hasil pengorganisasian disebut sebagai organisasi.

Keberadaan organisasi atau struktur organisasi dapat diartikan sebagai hasil pengorganisasian berdasarkan komponen-komponennya. Struktur organisasi kolegial yang diharapkan, jadi faktor kepemimpinan bukanlah satu-satunya. Namun, kepemimpinan hanya terdiri dari garis koordinasi dan korelasi antara pemimpin dan bawahan. Mengingat penjelasan sebelumnya, ada prinsip pengorganisasian mendasar dan tipe organisasi.

Prinsip Pokok Organisasi

Penting untuk mengetahui dan memahami berbagai prinsip dasar organisasi untuk mencapai tujuan seperti :

- Ada pendukung;
- Ada tujuan;
- Ada pembagian tugas;
- Ada organisasi untuk perangkat;
- Adanya pembagian wewenang dan pendelegasian wewenang;
- Adanya kesinambungan kegiatan dan kesatuan komando dan arahan.

Jenis-jenis organisasi

1) Organisasi Lini (*Line Organization*):

Usaha kecil sering menggunakan jenis organisasi ini. Ketika datang untuk menjalankan organisasi seperti ini, itu bekerja dengan sangat baik karena keputusan cepat di laksanakan.

2) Organisasi Staf (*Staff Organization*) adalah staf di mana unit organisasi staf yang berfungsi sebagai asisten pemimpin sering dibentuk di dalam organisasi. Unit organisasi staf saat ini terutama terdiri dari para ahli yang mengandalkan berbagai spesialisasi.

3) Kombinasi Organisasi Lini dan Staf Organisasi memiliki organisasi staf dari lini bisnis. Jabatan staf ini memiliki tanggung jawab selain memberikan nasehat dalam bentuk organisasi.

11.3. Pengarah dan Pengawas Kesehatan

Prosedur pengawasan diperlukan untuk mengefektifkan fungsi manajemen. Tujuan pengawasan adalah untuk mengukur, menjaga agar organisasi tetap berjalan, menetapkan tujuan dan sasaran, dan memastikan rencana diikuti.. Oleh karena itu, pengawasan adalah proses memastikan bahwa suatu tindakan atau perilaku sesuai dengan rencana dengan memantau atau memantau pelaksanaan rencana tersebut, apakah telah dilaksanakan dengan benar atau tidak. Dalam menentukan tercapai atau tidaknya program itu, tidak sepenuhnya ditentukan oleh beberapa elemen. Sesuai Notoatmodjo secara umum kesejahteraan tidak sepenuhnya ditentukan oleh:

- a. Supervisi, yang termasuk kuantitas dan kualitas program, biayanya, bagaimana program tersebut dipraktikkan, dan masalah khusus lainnya yang diputuskan oleh pimpinan.
- b. Metode pengawasan yang meliputi pengamatan atau pengamatan langsung terhadap fenomena yang berkaitan dengan apa yang sedang dilakukan, mengumpulkan data atau informasi, serta tanggung jawab pimpinan.

- c. Merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi, dan membuat kesimpulan dari data yang dipantau merupakan bagian dari prosedur pemantauan.

11.4. Penilaian atau Evaluasi Kesehatan

Penilaian memiliki definisi yang beraneka ragam. Salah satu definisi penilaian menurut WHO dalam buku administrasi Kesehatan edisi ketiga (Azwar, 1996) menyatakan bahwa evaluasi adalah suatu pendekatan terhadap kemampuan untuk meningkatkan penjualan, mengimplementasikan program, dan merencanakan dengan hati-hati serta memilih berbagai pilihan untuk pelaksanaan selanjutnya. Suatu proses penerimaan umpan balik (*feedback*) dari keberhasilan suatu kegiatan yang dimaksud dengan penilaian atau evaluasi.

Berdasarkan berbagai definisi yang telah diberikan di atas, penilaian atau evaluasi dapat diamati pada setiap tahapan program. Ada tiga tahapan penilaian, yaitu:

- a. Selama evaluasi awal program, untuk memastikan bahwa rencana yang disiapkan mengatasi masalah yang teridentifikasi, memelihara sarana dan prasarana, personil, dana, dan sumber daya yang ada, dan mengatasi masalah yang teridentifikasi.
- b. Tujuan dari tahap evaluasi pelaksanaan program adalah untuk memastikan apakah program tersebut sesuai dengan rencana awal atau apakah tujuan dan sasaran yang dikonsepsikan pada awalnya menyimpang. Dalam hal ini, dilakukan untuk mempelajari lebih lanjut tentang keberhasilan program.
- c. Di akhir evaluasi program, dampak dan tujuan keluaran diperhitungkan. Ini mengingatkan seberapa besar efeknya pada bekerja pada kesejahteraan umum. Dalam hal ini, mencari tahu akan memakan waktu lama. Oleh karena itu, ketiga aspek tersebut memerlukan pertimbangan yang serius untuk mencapai tujuan dan keberhasilan kegiatan.

11.5. Manajemen Puskesmas

1. Pengertian

Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) merupakan pusat pelayanan komprehensif pertama di wilayah ini dan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan unggulan yang menjadi percontohan fasilitas kesehatan dan masyarakat di masa depan. Menurut (Mulia, 2005) Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) adalah unit bantuan khusus yang melakukan tujuan peningkatan kesejahteraan di satu atau beberapasub-wilayah. Untuk mendorong pertumbuhan Puskesmas menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan, Puskesmas berfungsi sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Menurut (Notoatmodjo, 2003) Empat tanggung jawab yang wajib dilaksanakan Puskesmas antara lain pembangunan kesehatan, khususnya mendorong pembangunan kecamatan yang berwawasan kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau, serta sebagai pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu, kelompok, masyarakat, dan lingkungan.

2. Program Kesehatan Puskesmas

Puskesmas memiliki atau menjalankan beberapa program utama dalam rangka memberikan kontribusi dan mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh daerah di wilayah kerjanya, antara lain: Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, pengobatan, termasuk pelayanan kecelakaan dan gawat darurat, penyuluhan kesehatan masyarakat, sekolah kesehatan, kesehatan jiwa, pelaporan dan pencatatan dalam rangka penurunan kesehatan, kesehatan olahraga, kesehatan lansia, kesehatan gigi dan mulut, pembinaan pengobatan tradisional, pelayanan kesehatan masyarakat, dan pemeriksaan laboratorium sederhana. "The Six Basics" adalah nama dari program kesehatan dasar. Program pembangunan kesehatan

ada enam yaitu promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar. Misalnya berupa puskesmas perkotaan, tempat wisata, industri, dan daerah terpencil.

3. Kedudukan Puskesmas

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (2004), Posisi Puskesmas digambarkan sebagai berikut :

- a. Puskesmas sebagai fitur penggunaan: Puskesmas dibagi menjadi tiga wilayah. Yang pertama adalah bidang pelayanan kesehatan masyarakat, dimana puskesmas merupakan penanggung jawab pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama dinas kesehatan kabupaten atau kota. Puskesmas merupakan unit pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar tingkat pertama dan secara teknis dapat bekerjasama dengan rumah sakit kabupaten atau kota dalam bidang pelayanan medik. Tingkat ketiga adalah puskesmas, yang merupakan layanan medis tingkat pertama dan penggerak di balik kerangka layanan medis di Indonesia..
- b. Puskesmas sebagai suatu hirarki primer dan berkedudukan sebagai agen penggerak bantuan khusus, dibawah dan mampu di pimpin oleh seorang kepala daerah/kota dan direncanakan secara fungsional oleh camat.

4. Manajemen Puskesmas

Untuk mewujudkan Puskesmas yang berhasil dan berdaya guna, pengelolaan Puskesmas merupakan rangkaian langkah-langkah yang dilakukan secara terencana. Serangkaian tindakan terencana yang dilakukan Puskesmas, meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian, serta pemantauan dan tanggung jawab individu. Setiap tanggung jawab pengelolaan tersebut perlu dilakukan secara terkoneksi dan aktif. (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Sesuai dengan uraian beberapa pengertian manajemen, maka manajemen Puskesmas disusun sebagai:

- a. Tujuan Puskesmas;
- b. Proses menyelaraskan tujuan perusahaan dengan tujuan pegawai Puskesmas.
- c. Strategi untuk mengelola dan memaksimalkan sumber daya untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas Puskesmas.
- d. Prosedur pengambilan keputusan dan pemecahan masalah
- e. Kemitraan penjualan dan prosedur kerjasama untuk mencapai tujuan puskesmas
- f. Manajemen lingkungan

Berikut adalah penjelasan dari proses manajemen tersebut:

a. *Planning*

adalah prosedur yang diawali dengan perumusan tujuan puskesmas dan dilanjutkan dengan pemilihan cara alternatif untuk mencapainya. Untuk menjangkau Puskesmas dengan lebih baik, kegiatan staf dan fungsi perencanaan untuk Puskesmas.

- b. Pengorganisasian adalah kegiatan pengurus untuk menghimpun setiap aset Puskesmas dan menggunakannya secara nyata untuk mencapai tujuan Puskesmas. Atas dasar pertahanan ini, proses pengintegrasian seluruh sumber daya Puskesmas juga masuk dalam fungsi pengorganisasian. *actuating* (mengarahkan, memberdayakan, memotivasi, mempengaruhi) adalah proses membimbing staf agar mampu dan mau bekerja secara optimal dalam melaksanakan pelaksanaan sesuai dengan kemampuan dan keterampilannya, serta dukungan sumber daya. Prosedur ini juga disebut sebagai fungsi eksekusi gerakan.
- c. Pengendalian adalah Metode untuk terus mengamati bagaimana kegiatan yang direncanakan dilakukan dan membuat penyesuaian jika terjadi penyimpangan dikenal sebagai kontrol (juga dikenal sebagai pengawasan dan pengendalian).

d. Evaluasi adalah Suatu metode untuk menentukan nilai atau perilaku keberhasilan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya atau proses yang terorganisir dan sistematis untuk membandingkan hasil dengan tolok ukur atau penarikan yang telah ditentukan sebelumnya dikenal sebagai evaluasi (atau penilaian). Setelah itu, ditarik kesimpulan dan rekomendasi dibuat untuk setiap tahap implementasi program. (Azwar, 1998).

11.6. Penutup

Manajemen kesehatan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang diterapkan dalam manajemen termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan masyarakat sebagai obyek atau sasaran pengelolaan. Komponen dari manajemen Kesehatan terdiri dari ruang lingkup, pengorganisasian kesehatan, pengarah dan pengawas kesehatan serta penilaian kesehatan.

Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) merupakan pusat pelayanan komprehensif pertama di wilayah dan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan unggulan yang menjadi percontohan fasilitas kesehatan dan masyarakat di masa depan. Program pembangunan kesehatan ada enam yaitu promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar. Manajemen puskesmas merupakan serangkaian langkah-langkah yang dilakukan secara terencana. Yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan evaluasi.

Daftar Pustaka

- Achmadi, UF. 2009. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. Vol 3, No.4.
- Aditya, Dodiet. 2013. *Data dan Metode Pengumpulan Data Penelitian*. Surakarta: Poltekkes Kemenkes Surakarta
- Adnani, H. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Adriani, M & Wirjatmadi B, 2016, *Pengantar Gizi Masyarakat*, Jakarta, Kencana
- Andanawarih P. Peran Bidan Sebagai Fasilitator Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4k) di Wilayah Puskesmas Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Siklus*. 2018;7(1)
- Azwar A, 2000. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Jakarta. Penerbit: Mutiara Sumber Widya Press
- Badan pemberdayaan masyarakat, 2000, *Dampak pencemaran udara*, Yogyakarta: Yayasan essentia medica
- Bekti P. *Pendidikan Ilmu Kebidanan*. PT Global Eksekutif Teknologi; 2022
- Dirjen Cipta karya, *Rumah dan Lingkungan Perumahan Sehat*, Jakarta: Oktober 1993
- Ehler dan Stell, 2000. *Syarat- syarat jamban sehat yang memenuhi standar*, Jakarta
- Eliana, & Sumiati, S. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Eni Purwaningsih. (2021). *Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Entjang, I. (2000). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

- Entjang, I. (2000). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Notoatmodjo, & Soekidjo. (2003). Ilmu Kesehatan Masyarakat ; Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta: Rineka Cipta.
- Eryando, Tris. 2022. *Biostatistik dan Kependudukan*. diakses di <https://www.fkm.ui.ac.id/tentang-kami/departemen/biostatistik-kependudukan/pada> tanggal 07 November 2022, Jam 09.00 WIT
- Fitriani, R & Arpin, 2022, *Analysis of Dieting, Intake and Nutritional Status of Bina Mandiri Gorontalo University Students During Pandemic*, Jurnal Gizi Masyarakat, vol.14, no.2, hh 177-190
- Handayani, R. (2019). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Malang: IRDH.
- Hardani, dkk. 2020. *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. Yogyakarta: Pustaka Ilmu Group Yogyakarta
- Hasnidar, dkk. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Indra W, Christian, dkk. 2019. *Pendekatan Biostatistik dalam Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Irawan, R. (2021). *Kelaianan Genetik dan Diagnosis Sindrom Down*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Irfana, 2022, *Pengantar Gizi Kesehatan Reproduksi*, Sumatera Barat, Insan Cendekia Mandiri Group
- Kusyanti F. Peran Bidan Dalam Pemberian Konseling Pada Pelaksanaan *Antenatal care* (ANC) di Puskesmas. Jurnal Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro. 2022;21(1)
- Laswati, T 2017 *Masalah Gizi dan Peran Gizi Seimbang*, Agrotech, vol 2, no.1 hh 69-73

- Linda H. The Influence of Individual Characteristics and Extrinsic Factors toward the Performance of Midwives. *Jurnal Samudra Ekonomi & Bisnis*. 2021;12(2)
- LIPI (1991), *Buku Panduan Air dan Sanitasi*. Pusat Informasi Wanita dalam pembangunan PDII- LIPI, Jakarta
- Machmud, Rizanda. 2013. *Pengantar Biostatistik*. Yogyakarta: Andi Offset
- Mandang Jenny, dkk. 2016. *Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana*. In Media. Jakarta
- Mardalena, D, 2021, *Dasar-Dasar Ilmu Gizi dalam Keperawatan*, Yogyakarta, Pustaka Baru Press
- Ningsih L, et al. Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Permenkes Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Pada Bayi Baru Lahir di Puskesmas Kaleroang Sulawesi Tengah. *Jurnal Hukum Kesehatan*. 2018;4(1)
- Notoatmodjo, & Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat; Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pickett, George. J, Johan, Hanlon. (2008). *Kesehatan masyarakat Administrasi dan Praktik*. Edisi keempat. Jakarta: EGC.
- Purnama, B. T. (2022). *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Rahmat Alyakin Dach. (2017). *Proses Dan Analisis Kebijakan Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish
- Rahmawati. (2021). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: NEM.
- Ramadani Fitrah. 2022. *Kesehatan Reproduksi & Manajemen Kesehatan Remaja Saat Menstruasi*. CV. Cendekiawan Indonesia Timur. Watampone.
- Ratna S. *Kinerja Bidan dalam Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*. Rena Cipta Mandiri. 2022

- Rusmini, dkk. 2017. *Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Berbasis Evidence Based*. CV Trans Info Media. Jakarta Timur
- Ryadi, Alexander L.S. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Andi.
- Safrudin, *Pengembangan Kepribadian dan Profesionalisme Bidan*. Wineka Media. 2018
- Sandu Siyoto. (2015). *Kebijakan Dan Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta: Cv. ANdi Offset
- Saputra, Roni. 2016. *Buku Ajar Biostatistik*. Batam: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ibnu Sina Batam
- Sastroasmoro, Sudigdo & Sofyan Ismael. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-2*. Jakarta: Sagung Seto
- Sawarjana, I. Ketut. (2017). *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Konsep, Strategi dan Praktik)*. Yogyakarta Andi.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Surabaya: Graha Ilmu
- Setianingrum Erna. 2015. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. CV Trans Info Media. Jakarta Timur
- Setyawati, V. A. V & Hartini, E 2018 *Buku Ajar Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta, Deepublish
- Sibagariang Eva Ellya. 2016. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. CV Trans Info Media. Jakarta Timur
- Sitasari. A, dkk 2022 *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Sumatera Barat: Global Eksklusif Teknologi, hal 3-5
- Siyoto, S., & Erna, R. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes).
- Soemirat, Juli. 2011. *Kesehatan lingkungan*. Penerbit Gadjah Mada University Press. Jakarta

- Sri Purwaningsih. (2022). *Kebijakan Kesehatan*. Yogyakarta: Rizmedia
- Sugiharto. 1987. *Dasar-Dasar Pengelolaan Air Limbah*. Jakarta: UI-Press
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta
- Udin Jabu, DKK. *Pedoman Bidang Studi Pembuangan Tinja dan Air Limbah pada Institusi Pendidikan Sanitasi/Kesehatan Lingkungan*, Pusdiknakes, Jakarta
- USAID, WHO. 2011. *Family Planning a Global Handbook for Provider*.
- Wahyuni. *Komunitas Kebidanan Yayasan Kita Menulis*. 2020
- Widyastuti, Yani, dkk. 2010. *Kesehatan Reproduksi*. Fitramaya. Yogyakarta.

Biografi



Kasmianti, S.ST., M.Keb. Lahir di Felda sahabat 15 tengku lahad datu (Malaysia) pada tanggal 07 Desember 1991. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone tahun 2013, 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 UPTD PUSKESMAS Salomekko tahun 2013-2014. Bergabung di Akademi Kebidanan Lapatau Bone tahun 2015-2019. Sekarang bekerja sebagai Dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku untuk prodi D-III Kebidanan tahun 2022 sampai sekarang



Sumarni. lahir di Pallapao'E pada tanggal 20 Oktober 1981. Ia menempuh perguruan tinggi di Universitas Indonesia Timur, lulus S1 pada tahun 2013 dan S2 tahun 2017 pada bidang keilmuan Epidemiologi Fakultas Pasca Sarjana Universitas Indonesia Timur. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Kebidanan di Akademi Kebidanan Lapatau Bone. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian.



Andi Ria Metasari, S.ST., M.Keb (31 Maret 1992), Lulusan D3 Kebidanan tahun 2013, D4 tahun 2015 di Stikes Mega Rezky Makassar, dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2018. Saat ini penulis adalah dosen di Akademi Kebidanan Lapatau Bone Kab.Bone sejak 2015.



Anggun Sasmita, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb, lahir di Tanjung Melati 01 Juli 1997, Kecamatan Kabaena Barat, Kabupaten Bombana, Provinsi Sulawesi Tenggara. Penulis menempuh pendidikan D-4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kendari (2015-2019) hingga menyelesaikan studi S2 Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang (2020-2022). Penulis saat ini bekerja di Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis mempunyai pengalaman Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetri-Neonatal (PPGD-ON) diselenggarakan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Pelatihan Bantuan Hidup Dasar diselenggarakan oleh RS Santa Anna Kendari. Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) diselenggarakan oleh RS Bahteramas Kendari. Penulis telah melahirkan beberapa karya Buku yang berjudul "Buku Saku Calon Pengantin" (Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang), dan Buku "Ekstrak Kacang Merah (*Phaseolus Vulgaris L*) Sebagai Alternatif Penanganan Anemia pada Ibu Hamil" (Penerbit Pustaka Rumah C1nta).



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.



Sriwidyastuti, S.ST., M.Keb, lahir pada tanggal 30 Agustus 1993 di Kabupaten Bone Sulawesi Selatan. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone tahun 2013, D-IV Kebidanan StiKes Mega Rezky Makassar tahun 2015 dan Pascasarjana (S2) di Program Studi Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2019. Mengawali karir sebagai bidan di UPT Puskesmas Ulaweng dan sebagai dosen di Stikes Puangrimaggalutung Kab. Bone (2015-2019). Saat ini mengabdikan sebagai dosen tetap Program Studi D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Lapatau Bone (2020-sekarang).



Arvicha Fauziah, lahir di Kulon Progo pada tanggal 29 Agustus 1993. Ia menempuh perguruan tinggi di Universitas Respati Indonesia, lulus S1 pada tahun 2015 dan S2 tahun 2018 pada bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Maluku. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan Tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian.



Dewi Mulfiyanti, S.Kep. Ns., M.Kes, Lahir di Ling. Mactedde Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabuapten Bone Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 17 Maret Tahun 1992. Lulus pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) di STIKES Yapika Makassar (2015). Lulus pendidikan Profesi Ners di STIKES Yapika Makassar (2016). Lulus pendidikan Magister Kesehatan (M.Kes) Pada Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin Makassar (2018). Saat ini tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Akademi Keperawatan Lapatau Bone. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian.



Susilawati. lahir di kota Watampone pada tanggal 05 November 1992. Ia menempuh perguruan tinggi di Akademi Kebidanan Batari Toja lulus D3 pada tahun 2013 dan S1 tahun 2015 di Perguruan Tinggi Mega Rezky Makassar. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Akademi Kebidanan Lapatau

Bone. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian.



Fitriah Ramadani. lahir di Kajuara pada tanggal 16 Desember 1990. Ia menempuh perguruan tinggi di Stikes Nani Hasnuddin Makassar, lulus S1 pada tahun 2013 dan S2 tahun 2018 pada bidang keilmuan Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Keperawatan di Akademi Keperawatan Lapatau Bone. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian.



Andi Bintang. lahir di Panyiwi pada tanggal 5 Nopember 1993. Ia menempuh perguruan tinggi di STIKES Yapika Makassar, lulus S1 pada tahun 2018, Lulus Profesi Ners pada tahun 2019 di STIKES Muhammadiyah Sidrap dan lulus S2 pada tahun 2022 di Universitas Indonesia Timur pada bidang keilmuan Manajemen Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap pada program studi Akademi Keperawatan Lapatau Bone. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi diantaranya penelitian dan pengabdian.

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Ilmu kesehatan masyarakat yang sangat berkembang pesat di era Revolusi Industri 4.0, dimana seluruh Negara di dunia dalam masa transisi menuju era Society 5.0, Era dimana orang-orang diuntut mampu menyesuaikan diri dengan keadaan misalnya perubahan lingkungan dan mampu menyelesaikan tantangan dan permasalahan dengan memanfaatkan, mengembangkan diri serta menemukan inovasi-inovasi yang mampu memberikan penyelesaian terhadap masalah yang di hadapi serta meningkatkan kesejahteraan hidup bagi individu itu sendiri maupun masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah segala upaya yang di lakukan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dengan berbagai macam rangkaian kegiatan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pencapaian kesehatan yang sebenarnya bukan hanya terpusat pada tujuan akhir dari kesehatan diri itu sendiri namun pada dasarnya pada kualitas hidup yang memberikan arti pada diri kita dan orang lain bukan saja dari segi kuantitas, karena kesehatan itu hanya salah satu bagian terkecil yang paling penting adalah pada nilai sejauh mana kesehatan tersebut dapat meningkatkan efisiensi dan pencapaian pengalaman hidup yang memuaskan dan bermanfaat.

TOHAR MEDIA

No Anggota IKAPI : 022/SSL/2019
Workshop : JL. Rappocini Raya Lr.II A No 13 Kota Makassar
Redaksi : JL. Muhktar dg Tompo Kabupaten Gowa
Perumahan Nayla Regency Blok D No 25
Telp. (0411) 8987659 Hp. 085299993635
<https://toharmedia.co.id>

ISBN 978-623-8148-46-2

