



# Buku Ajar

# Ilmu Kesehatan Masyarakat

## untuk Mahasiswa Kebidanan

Bdn. Desy Qomarasari, S.ST., MPH  
Ana Mufidaturrosida, S.ST., MPH



**Buku Ajar**  
**Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
untuk Mahasiswa Kebidanan

**KUTIPAN PASAL 72:**  
**Ketentuan Pidana Undang-Undang Republik**  
**Indonesia**  
**Nomor 19 Tahun 2002 tentang HAK CIPTA**

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (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 dalam ayat 1, dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Bdn. Desy Qomarasari, S.ST., MPH  
Ana Mufidaturrosida, S.ST., MPH

**Buku Ajar**  
**Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
**untuk Mahasiswa Kebidanan**



Pekalongan - Indonesia



# **Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan**

Copyright © 2024

## **Penulis:**

Bdn. Desy Qomarasari, S.ST., MPH  
Ana Mufidaturrosida, S.ST., MPH

## **Penyunting:**

Moh. Nasrudin  
(SK BNSP: No. Reg. KOM.1446.01749 2019)

## **Penata Letak:**

Fajar Mahmudah

## **Desain Sampul:**

Ahmad Arifin

Diterbitkan oleh:

**PT Nasya Expanding Management**  
**(Penerbit NEM - Anggota IKAPI)**

Jl. Raya Wangandowo, Bojong  
Pekalongan, Jawa Tengah, Indonesia, 51156  
Telp. (0285) 435833, Mobile: 0853-2521-7257  
[www.penerbitnem.com](http://www.penerbitnem.com) / [penerbitnem@gmail.com](mailto:penerbitnem@gmail.com)

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang.  
Dilarang memperbanyak sebagian  
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

**Cetakan ke-1, Februari 2024**

**ISBN: 978-623-115-435-4**

## Prakata

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga “**Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan**” dapat diselesaikan. Buku ajar ini terdiri dari 11 topik yang disusun secara sistematis serta dilengkapi dengan materi dan contoh soal. Sehingga memudahkan mahasiswa untuk belajar secara mandiri.

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ini. Dengan dibuatnya buku ini penulis berharap dapat memberikan manfaat dalam proses pembelajaran. Buku ini masih membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar pada penerbitan buku selanjutnya akan lebih baik lagi. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Depok, Februari 2024

**Penulis**

# Daftar Isi

PRAKATA \_\_ v

DAFTAR ISI \_\_ vi

## BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT \_\_ 1

- A. Sejarah Kesehatan Masyarakat \_\_ 1
- B. Perkembangan Kesehatan Masyarakat \_\_ 3
- C. Pengertian Kesehatan Masyarakat \_\_ 5
- D. Tujuan Kesehatan Masyarakat \_\_ 7
- E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat dan Sasaran Kesehatan Masyarakat \_\_ 8
- F. Sasaran Kesehatan Masyarakat \_\_ 10
- G. Prinsip Kesehatan Masyarakat \_\_ 16
- H. Faktor-faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat \_\_ 17

## BAB 2 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI \_\_ 26

- A. Definisi Epidemiologi \_\_ 26
- B. Ruang Lingkup \_\_ 27
- C. Macam-macam Epidemiologi \_\_ 30
- D. Kegunaan Epidemiologi \_\_ 36
- E. Prinsip-prinsip Epidemiologi \_\_ 37
- F. Istilah dalam Epidemiologi \_\_ 38
- G. Ukuran-ukuran dalam Epidemiologi \_\_ 40

### **BAB 3 KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT \_\_ 50**

- A. Pengertian Pencegahan Penyakit \_\_ 50
- B. Tindakan Pencegahan \_\_ 50
- C. Tahap-tahap Pencegahan \_\_ 51

### **BAB 4 ISU KESEHATAN LINGKUNGAN \_\_ 59**

- A. Pengertian Kesehatan Lingkungan \_\_ 59
- B. Syarat-syarat Lingkungan yang Sehat \_\_ 59
- C. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan \_\_ 60
- D. Tujuan Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan \_\_ 60

### **BAB 5 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT \_\_ 65**

- A. Definisi Gizi \_\_ 65
- B. Jenis Zat Gizi \_\_ 66
- C. Masalah Gizi \_\_ 69
- D. Penyebab Masalah Gizi \_\_ 73
- E. Dampak Masalah Gizi \_\_ 74
- F. Kegiatan Gizi Masyarakat \_\_ 74

### **BAB 6 SURVEILANS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN \_\_ 79**

- A. Definisi Surveilans \_\_ 79
- B. Tujuan Surveilans \_\_ 80
- C. Kegunaan Surveilans Epidemiologi \_\_ 81
- D. Ruang Lingkup Surveilans Epidemiologi \_\_ 82
- E. Jenis Surveilans \_\_ 83
- F. Pendekatan Surveilans \_\_ 88
- G. Surveilans Efektif \_\_ 89
- H. Mekanisme Kerja \_\_ 92
- I. Indikator Keberhasilan Surveilans Berbasis Masyarakat \_\_ 94

## **BAB 7 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT \_\_ 100**

- A. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 100
- B. Tujuan Pemberdayaan \_\_ 100
- C. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 101
- D. Ciri-ciri Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 105
- E. Langkah-langkah Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 107
- F. Strategi Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 110
- G. Unsur Pendekatan dalam Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 111
- H. Sasaran Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 112
- I. Metode Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 114
- J. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat \_\_ 115

## **BAB 8 PARTNERSHIP/KEMITRAAN \_\_ 121**

- A. Pengertian *Partnership*/Kemitraan \_\_ 121
- B. Prinsip-prinsip Kemitraan \_\_ 122
- C. Tujuan Kemitraan \_\_ 123
- D. Persyaratan Kemitraan \_\_ 124
- E. Landasan Kemitraan \_\_ 125
- F. Langkah-langkah Kemitraan \_\_ 127
- G. Model-model Kemitraan \_\_ 129
- H. Indikator Keberhasilan Kemitraan \_\_ 130

## **BAB 9 PENDIDIKAN KESEHATAN \_\_ 136**

- A. Pengertian Pendidikan Kesehatan \_\_ 136
- B. Tujuan Pendidikan Kesehatan \_\_ 138
- C. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan \_\_ 138
- D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pendidikan Kesehatan \_\_ 140
- E. Langkah-langkah dalam Pendidikan Kesehatan \_\_ 142
- F. Metode Pendidikan Kesehatan \_\_ 143
- G. Alat Peraga/Media dalam Pendidikan Kesehatan \_\_ 147

## **BAB 10 PELAYANAN KEBIDANAN BERBASIS MASYARAKAT \_\_ 155**

- A. Pengertian Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat \_\_ **155**
- B. Tujuan Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat \_\_ **155**
- C. Prinsip Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat/  
Komunitas \_\_ **156**
- D. Sasaran Kebidanan Berbasis Masyarakat \_\_ **157**
- E. Macam-macam Pelayanan Kebidanan Berbasis  
Masyarakat \_\_ **157**

## **BAB 11 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN \_\_ 167**

- A. Sistem Pelayanan \_\_ **167**
- B. Sistem Rujukan \_\_ **171**

## **TENTANG PENULIS**

# Bab 1

## KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

### A. Sejarah Kesehatan Masyarakat

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

Upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mempunyai cara yang berbeda. Perbedaan tersebut terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Asclepius melakukan pendekatan dengan pengobatan penyakit. Penanganan kesehatan dilakukan pada orang sakit. Sedangkan Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui hidup seimbang seperti menghindari makanan/minuman yang beracun, makan makanan yang bergizi (baik) cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang sudah jatuh sakit Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara

alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik, daripada dengan pengobatan/pembedahan.

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

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



## **B. Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

Perkembangan kesehatan masyarakat di bagi dalam tiga periode:

### **1. Periode sebelum Ilmu Pengetahuan**

Upaya untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan dan penyakit telah dilakukan oleh negara-negara dengan kebudayaan yang paling luas yakni pada zaman Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma, pada zaman tersebut juga ditemukan dokumen-dokumen tertulis bahkan peraturan-peraturan tertulis tentang pembuangan air limbah, drainase, pengaturan air minum, pembuangan kotoran. Pada Zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat tentang pembangunan rumah, binatang-binatang yang berbahaya bahkan ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat minum masyarakat, warung makan dan tempat-tempat prostitusi.

Pada abad ketujuh kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai penyakit menular makin menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan dibeberapa menjadi endemi misal penyakit kolera. Pada abad ke 14 mulai terjadi wabah pes di India dan China, namun upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyuruh belum dilakukan oleh manusia yang hidup dalam zamannya.

### **2. Periode Ilmu Pengetahuan**

Bangkitnya ilmu pengetahuan akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau

pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai penomenal biologis dan pendekatan yang dilakukan secara biologis dan sempit, maka mulai abad ke-19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi.

Pada tahun 1832 dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat oleh Edwin Chadwiech dkk, pada saat itu masyarakat Inggris terserang penyakit epidemi wabah kolera, laporan hasil penyelidikannya adalah masyarakat hidup dikondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan air kotor dan pembuangan kotoran manusia, air limbah mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dikerubung lalat di samping itu ditemukan sebagian besar masyarakat miskin tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Pada tahun 1955 pemerintah Amerika telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali yang berfungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk. Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan masyarakat di New York dan menghasilkan Asosiasi Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*).

### **3. Perkembangan di Indonesia**

Sejarah perkembangan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat pada waktu itu.

Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter di Jawa untuk pendidikan dokter pribumi selanjutnya pada tahun 1913 didirikan sekolah dokter di Surabaya. Kedua sekolah tersebut mempunyai andil yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. Kemudian pada tahun 1888 didirikan laboratorium pusat di Bandung yang mempunyai peranan sangat penting dalam dalam langkah menunjang memberantas penyakit malaria, lepra, cacar dan malaria bahkan untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti gizi dan sanitasi. Pada zaman kemerdekaan Indonesia salah satu tonggak penting perkembangan masyarakat di Indonesia adalah dengan diperkenalkannya konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, dalam konsep ini mulai dikenal konsep kuratif dan preventif.

### **C. Pengertian Kesehatan Masyarakat**

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

dapat disimpulkan bahwa kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan fisik saja tetapi juga mental, spiritual maupun sosial.

Beberapa definisi kesehatan masyarakat menurut ahli kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Ilmu kesehatan masyarakat (*public health*) menurut Profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan individu terkait kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis, perawatan, diagnosis dini pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
2. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948).
3. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang terjadi pada masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.

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

#### **D. Tujuan Kesehatan Masyarakat**

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

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

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.

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

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

## **E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat dan Sasaran Kesehatan Masyarakat**

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

Secara garis besar disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Epidemiologi
2. Biostatistik/statistik kesehatan
3. Kesehatan lingkungan
4. Pendidikan kesehatan/ilmu perilaku
5. Administrasi kesehatan masyarakat
6. Gizi masyarakat
7. Kesehatan kerja.

Masalah kesehatan masyarakat adalah multi kausal pemecahannya secara multi disiplin, sedangkan kesehatan masyarakat sebagai seni mempunyai bentangan semua kegiatan yang langsung atau tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, sosial) adalah upaya masyarakat, misal pembersihan lingkungan, penyediaan air bersih, pengawasan makanan dan lain-lain. Penerapannya dalam ruang lingkup kesehatan masyarakat adalah:

1. Pemberantasan penyakit, menular dan tidak menular
2. Perbaikan sanitasi lingkungan tempat-tempat umum
3. Perbaikan lingkungan pemukiman

4. Pemberantasan vektor
5. Pendidikan atau penyuluhan kesehatan masyarakat
6. Pelayanan ibu dan anak
7. Pembinaan gizi masyarakat
8. Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum
9. Pengawasan obat dan minuman
10. Pembinaan peran serta masyarakat.

Ruang lingkup kesehatan masyarakat meliputi usaha-usaha:

1. **Promotif (Peningkatan Kesehatan)**

Peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

2. **Preventif (Pencegahan Penyakit)**

Pencegahan penyakit adalah usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.

3. **Kuratif (Pengobatan)**

Pengobatan adalah usaha yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diobati secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.

#### **4. Rehabilitatif (Pemeliharaan Kesehatan)**

Pemeliharaan kesehatan adalah usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya.

#### **F. Sasaran Kesehatan Masyarakat**

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

##### **1. Individu**

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

##### **2. Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan. Antara anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi. Akibatnya, jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, hal itu akan berpengaruh terhadap anggota yang



lainnya dan pada lingkungan di sekitarnya. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan sebagai berikut: keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan, keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (decision making) dalam perawatan kesehatan, dan keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

### 3. Kelompok Khusus

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

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

Berdasarkan uraian tentang sasaran tersebut maka dapat ditetapkan beberapa contoh sasaran sebagai berikut:

1. Meningkatnya pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan indikator sasaran sebagai berikut:
  - a. Meningkatnya kunjungan ibu hamil atau K4
  - b. Meningkatnya pertolongan persalinan oleh bidan/nakes yang memiliki kompetensi kebidanan
  - c. Meningkatnya ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk
  - d. Meningkatnya kunjungan neonates atau KN2
  - e. Meningkatnya kunjungan bayi dan balita
  - f. Meningkatnya kunjungan imunisasi pada bayi di desa/kelurahan hingga 100%
  - g. Meningkatnya kunjungan BBLR yang ditanani nakes.
2. Meningkatnya pelayanan anak pra sekolah dan usia sekolah, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
  - a. Meningkatnya deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah
  - b. Meningkatnya pemeriksaan kesehatan siswa SD/ sederajat oleh nakes
  - c. Meningkatnya pelayanan kesehatan remaja.
3. Meningkatnya pemantauan pertumbuhan balita, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
  - a. Meningkatnya kenaikan berat badan balita (N/D)
  - b. Menurunnya berat badan balita di bawah garis merah (BGM).
4. Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat, dengan indikator sasaran sebagai berikut:

- a. Meningkatnya ibu hamil mengkonsumsi 90 tablet Fe
  - b. Meningkatnya balita mendapatkan kapsul Vitamin A 2 (dua) kali per tahun
  - c. Seluruh bayi BGM dari keluarga miskin diberi makanan pendamping ASI
  - d. Seluruh balita gizi buruk mendapat perawatan Kesehatan
  - e. Meningkatnya WUS yang mendapatkan kapsul yodium.
5. Meningkatnya pelayanan KB, dengan indikator sasaran: Meningkatnya peserta KB aktif
  6. Meningkatnya pelayanan obstetric dan neonatal emergensi dasar dan komprehensif, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
    - a. Meningkatnya akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonates
    - b. Meningkatnya ibu hamil risiko tinggi atau komplikasi yang ditangani
    - c. Meningkatnya neonates risiko tinggi atau komplikasi yang ditangani.
  7. Meningkatnya pelayanan gawat darurat, dengan indikator sasaran: Meningkatnya sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan kegawat daruratan yang dapat diakses masyarakat
  8. Meningkatnya pelayanan pengobatan dan perawatan, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
    - a. Meningkatnya pelayanan kesehatan rawat jalan
    - b. Meningkatnya pelayanan kesehatan rawat inap.

9. Meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa, dengan indikator sasaran: Meningkatnya pelayanan kesehatan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum
10. Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja, dengan indikator sasaran: Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal
11. Meningkatnya pelayanan kesehatan usia lanjut, dengan indikator sasaran: Meningkatnya pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut.
12. Meningkatnya penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB dan gizi buruk, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
  - a. Meningkatnya penanganan KLB < dari 24 jam di desa/ kelurahan
  - b. Meningkatnya kecamatan bebas rawan gizi.
13. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio, dengan indikator sasaran: Tercapainya penemuan seluruh penderita *Acute Flacid Paralysis* (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
14. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru, dengan indikator sasaran: meningkatnya angka kesembuhan penderita TB Paru BTA Positif.
15. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA, dengan indikator sasaran: Seluruh balita penderita pneumonia mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
16. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV/AIDS, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
  - a. Seluruh darah donor disekrening terhadap HIV/AIDS
  - b. Seluruh penderita HIV/AIDS mendapat penanganan pelayanan kesehatan

- c. Seluruh penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) di obati
  - d. Seluruh lokalisasi mewajibkan penggunaan kondom.
17. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD, dengan indikator sasaran: Seluruh penderita DBD mendapat pelayanan kesehatan.
  18. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare, dengan indikator sasaran: Seluruh balita penderita Diare mendapat pelayanan kesehatan.
  19. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria, dengan indikator sasaran: Seluruh penderita Malaria mendapat pelayanan kesehatan.
  20. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta, dengan indikator sasaran: Meningkatnya penderita Kusta yang selesai berobat (RFT Rate).
  21. Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Filaria, dengan indikator sasaran: Seluruh penderita Filaria mendapat pelayanan kesehatan.
  22. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Lingkungan, dengan indikator sasaran: Meningkatnya institusi yang dibina kesehatan lingkungannya.
  23. Meningkatnya pelayanan pengendalian vector, dengan indikator sasaran: Meningkatnya rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk aedes
  24. Meningkatnya pelayanan hygiene sanitasi tempat-tempat umum dengan indikator sasaran: Meningkatnya tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan
  25. Meningkatnya penyuluhan perilaku sehat, dengan indikator sasaran sebagai berikut:
    - a. Meningkatnya rumah tangga sehat
    - b. Meningkatnya bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif

- c. Meningkatnya desa/kelurahan dengan garam beryodium baik
- d. Meningkatnya posyandu purnama
- e. Meningkatnya desa dengan program PHBS
- f. Meningkatnya peserta BPJS.

### **G. Prinsip Kesehatan Masyarakat**

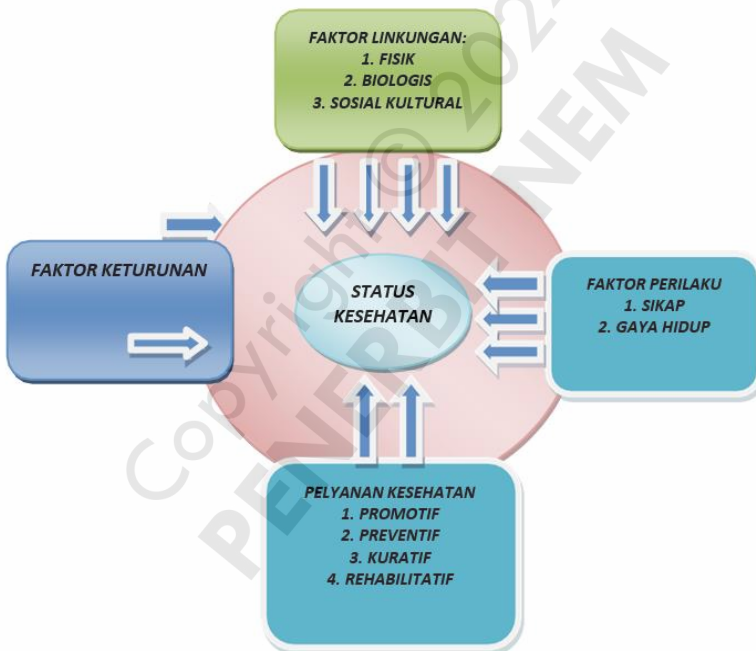
Ada beberapa prinsip pokok yang harus diperhatikan agar usaha Kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik, diantaranya sebagai berikut:

1. Sasaran pelayanan meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan kesehatan.
3. Kegiatan utama pelayanan kesehatan adalah di masyarakat bukan di rumah sakit.
4. Tenaga kesehatan adalah tenaga yang generalis.
5. Peran tenaga kesehatan terpenting adalah sebagai pendidik (*health education*) dan pembantu (*change agent*).
6. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat.
7. Praktik kesehatan masyarakat di pengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya.
8. Praktik kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat.
9. Praktik kesehatan masyarakat merupakan gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat.

## H. Faktor-faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Hendrik L. Blum mengatakan bahwa ada empat faktor yang memengaruhi kesehatan masyarakat yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan.

Pada gambar berikut menunjukkan bahwa lingkungan mempunyai pengaruh dan peranan terbesar diikuti perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan.



**Gambar 1.1** Faktor-faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

### 1. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia) misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (ekonomi, pendidikan,

pekerjaan dan lain-lain). Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya; ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan memengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari.

Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik akan semakin sulit. misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga kelangsungan hidup, jika individu/masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/masyarakat, semakin tinggi tingkat pendidikan individu/masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

Beberapa contoh faktor lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan antara lain:

- a. Adanya sanitasi lingkungan yang baik akan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.
- b. Ada norma agama pada umat islam tentang konsep haram terhadap alkohol akan menurunkan tingkat konsumsi alkohol.
- c. Dan semakin tinggi tingkat pendidikan individu maupun Masyarakat maka pengetahuan akan cara hidup sehat semakin baik.



## 2. Perilaku (*Life Styles*)

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua memengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri, di samping itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya. Contohnya: dalam masyarakat yang mengalami transisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan memengaruhi derajat kesehatan. Misalnya: pada masyarakat tradisional di mana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/masyarakat senantiasa menggerakkan anggota tubuhnya (berolah raga).

Pada masyarakat modern di mana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/masyarakat terbiasa beraktivitas dengan menggunakan transportasi seperti kendaraan bermotor sehingga individu/masyarakat kurang menggerakkan anggota tubuhnya (berolahraga). Kondisi ini dapat beresiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang berolah raga ditambah lagi kebiasaan masyarakat modern mengkonsumsi makanan cepat saji yang kurang mengandung serat. Fakta tersebut akan mengakibatkan transisi epidemiologis dari penyakit menular ke penyakit degeneratif.

Berikut ini contoh dari *life style* yang dapat memengaruhi kesehatan seseorang:

- a. Perilaku perokok sejak dini akan meningkatkan risiko kanker pada paru-paru.
- b. Perilaku mengkonsumsi makanan cepat saji (*junk food*) akan meningkatkan risiko obesitas yang berisiko pada penyakit jantung.
- c. Kebiasaan melakukan konsep 3 M (menguras, mengubur dan menutup) pada pencegahan DBD akan menurunkan prevalensi penyakit DBD.

### 3. Pelayanan Kesehatan (*Health Care Services*)

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat, karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas sangat berpengaruh oleh lokasi, apakah dapat dijangkau oleh masyarakat atau tidak, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan, serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik. Adapun faktor pelayanan kesehatan dapat memengaruhi kesehatan, dapat terlihat sebagai berikut:

- a. Adanya upaya promotif terhadap penularan HIV/AIDS akan menurunkan prevalensi HIV/AIDS.
- b. Tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang baik akan memudahkan masyarakat dalam mendapatkan

pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas.

- c. Adanya asuransi kesehatan akan memudahkan individu/masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

#### 4. **Keturunan (*Heredity*)**

Faktor keturunan/genetik ini juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang diturunkan lewat genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak lahir, misalnya: dari golongan penyakit keturunan, diantaranya: diabetes melitus, asma bronkia, epilepsy, retardasi mental hipertensi dan buta warna. Faktor keturunan ini sulit untuk diintervensi dikarenakan hal ini merupakan bawaan dari lahir dan jika diintervensi maka harga yang dibayar cukup mahal. Berikut ini contoh faktor keturunan dapat memengaruhi kesehatan:

- a. Perkawinan antar golongan darah tertentu akan mengakibatkan leukemia.
- b. Adanya kretinisme yang diakibatkan mutasi genetik.

#### **RINGKASAN**

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

Pengertian kesehatan menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial dan

tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 menyatakan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

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

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

## **LATIHAN SOAL**

1. Kesehatan menurut WHO (1947) adalah ...
  - a. Keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan
  - b. Keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis

- c. Keadaan memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat
  - d. Keadaan satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang
  - e. Keadaan sehat secara jasmani dan rohani
2. Tujuan umum kesehatan masyarakat adalah ...
- a. Tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang
  - b. Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri
  - c. Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit
  - d. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
  - e. Meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat
3. Usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Termasuk dalam ruang lingkup kesehatan masyarakat ...

- a. Promotif
  - b. Preventif
  - c. Kuratif
  - d. Rehabilitatif
  - e. Efektif
4. Yang termasuk dalam prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, adalah ...
- a. Membantu mengidentifikasi mengembangkan teori-teori yang merupakan dari diri praktik kesehatan masyarakat
  - b. Konseling dan pemecahan masalah
  - c. Pelimpahan wewenang/pengembangan peranan
  - d. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat
  - e. Pendidikan kesehatan pada masyarakat
5. Kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan dan sosial ekonomi sangat memengaruhi kesehatan masyarakat, hal ini termasuk dalam faktor ...
- a. Lingkungan
  - b. Perilaku
  - c. Pelayanan Kesehatan
  - d. Keturunan
  - e. Adat istiadat

### **KUNCI JAWABAN**

1. A
2. B
3. A
4. D
5. A

## DAFTAR PUSTAKA

- Cholifah, dkk. 2019. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Sidoarjo: Umsida Press.
- Dwi Syalfina Agustin, dkk. 2017. *Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan*. Surakarta: CV Kekata Group.
- Eliana, Sumiati Sri. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Salmah Sjarifah. 2018. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat Edisi Revisi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Syukra Alhamda, Sriani Yustina. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Surya Dermawan Ade, Sjaaf Amal Chalik. 2021. *Administrasi Kesehatan Masyarakat Teori dan Praktik*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.



## Bab 2

# KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI

### A. Definisi Epidemiologi

Epidemiologi berasal dari kata Yunani yaitu (epi=pada, demos=penduduk, logos=ilmu) dengan demikian epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang terjadi pada rakyat. Beberapa definisi epidemiologi sebagai berikut:

#### 1. W.H. Welch

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari tentang timbulnya perjalanan dan pencegahan penyakit terutama penyakit infeksi menular.

#### 2. Mac Mahon dan Pugh

Ilmu yang mempelajari tentang penyebaran penyakit dan faktor-faktor yang menentukan terjadinya penyakit pada manusia.

#### 3. Last, Beaghole et al.

Studi tentang distribusi dan faktor-faktor yang menentukan keadaan yang berhubungan dengan kesehatan atau kejadian-kejadian pada kelompok penduduk tertentu.

#### 4. W.H. Frost

Ilmu yang mempelajari timbulnya distribusi dan jenis penyakit pada manusia menurut waktu dan tempat.



## 5. Azrul Azwar

Ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia/masyarakat serta faktor-faktor yang memengaruhinya.

## 6. Center of Disease Control (CDC) (2002)

Epidemiologi menurut CDC (2002), Last (2001), Gordis (2000) menyatakan bahwa epidemiologi adalah: “studi yang mempelajari distribusi dan determinan penyakit dan keadaan kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah-masalah kesehatan.”

## 7. WHO

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa lainnya yang berhubungan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat dan menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah tersebut.

## B. Ruang Lingkup

Kegiatan epidemiologi meliputi berbagai aspek kehidupan masyarakat, baik yang berhubungan dengan bidang Kesehatan maupun di luar bidang kesehatan. Berbagai bentuk dan jenis kegiatan dalam epidemiologi saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Adapun ruang lingkup epidemiologi sebagai berikut:

### 1. Epidemiologi Penyakit Menular

Merupakan bentuk upaya manusia untuk mengatasi gangguan penyakit menular yang saat ini hasilnya sudah

tampak sekali. Selain itu untuk mengetahui distribusi berdasarkan faktor-faktor epidemiologi (orang, waktu, dan tempat) dan faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya penyakit menular serta upaya pencegahan dan penanggulangannya.

## **2. Epidemiologi Penyakit tidak Menular**

Merupakan upaya untuk mencegah penyakit yang tidak menular seperti kecelakaan lalu lintas, penyalahgunaan obat dan lain-lain.

## **3. Epidemiologi Klinik**

Merupakan ilmu yang secara khusus mempelajari metode pencegahan, pengobatan, pengendalian, dan etiologi dalam rangka meningkatkan pelayanan medis. Banyak yang saat ini sedang dikembangkan para klinisi yang bertujuan untuk membekali para klinisi atau para dokter dan tenaga medis tentang cara pendekatan masalah melalui disiplin ilmu epidemiologi.

## **4. Epidemiologi Kependudukan**

Merupakan cabang epidemiologi yang menggunakan system pendekatan epidemiologi dalam menganalisis berbagai permasalahan yang berkaitan dengan bidang demografi serta faktor-faktor yang memengaruhi berbagai perubahan demografi yang terjadi dalam masyarakat.

## **5. Epidemiologi Gizi**

Merupakan ilmu yang mempelajari sebaran, besar, dan determinan masalah gizi serta penerapannya dalam kebijakan dan program pangan dan gizi untuk mencapai penduduk yang lebih baik. Banyak digunakan dalam

menganalisis masalah gizi masyarakat, di mana masalah ini erat hubungannya dengan berbagai faktor yang menyangkut pola hidup masyarakat.

## **6. Epidemiologi Kesehatan Jiwa**

Merupakan Salah satu pendekatan dan analisis masalah gangguan jiwa dalam masyarakat baik mengenai keadaan kelainan jiwa kelompok penduduk tertentu, maupun analisis berbagai faktor yang memengaruhi timbulnya gangguan jiwa dalam masyarakat.

## **7. Epidemiologi Pengolahan Pelayanan Kesehatan**

Merupakan salah satu system pendekatan manajemen dalam menganalisis masalah, mencari faktor penyebab timbulnya suatu masalah serta penyusunan rencana pemecahan masalah tersebut secara menyeluruh dan terpadu.

## **8. Epidemiologi Lingkungan dan Kesehatan Kerja**

Merupakan bagian dan cabang dari epidemiologi yang mempelajari dan menganalisis keadaan kesehatan tenaga kerja akibat pengaruh keterpaparan pada lingkungan kerja baik yang bersifat fisik, kimia, biologi, sosial budaya serta kebiasaan hidup para pekerja.

## **9. Epidemiologi Genetik**

Merupakan studi tentang etiologi, distribusi, dan pengendalian penyakit dalam kelompok-kelompok keluarga dan penyebab penyakit yang diwariskan pada populasi.

## **10. Epidemiologi Perilaku**

Merupakan studi atau ilmu yang mempelajari tentang semua faktor-faktor fenomena perilaku manusia

baik kebiasaan maupun budaya yang sudah melekat di lingkungannya.

Ruang lingkup epidemiologi dalam masalah kesehatan meliputi 6E, yaitu:

1. Etiologi (penyebab),
2. Efikasi (untuk melihat efek atau daya optimal yang dapat diperoleh dari adanya intervensi kesehatan ex. Vaksinasi),
3. Efektivitas (untuk mengetahui efek intervensi dalam berbagai kondisi lapangan yang berbeda),
4. Efisiensi (untuk mengetahui kegunaan dan hasil yang diperoleh berdasarkan besarnya biaya yang dikeluarkan),
5. Evaluasi (melihat dan memberikan nilai keberhasilan suatu program),
6. Edukasi (salah satu bentuk intervensi berupa upaya peningkatan pengetahuan kesehatan).

### **C. Macam-macam Epidemiologi**

Epidemiologi dibagi menjadi tiga macam, yaitu:

#### **1. Epidemiologi Deskriptif (*Descriptive Epidemiology*)**

Adalah mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan tanpa memandang perlu mencari jawaban terhadap faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan tersebut.

Pada epidemiologi deskriptif, informasi dikumpulkan untuk “menandai” atau merangkum kejadian atau masalah kesehatan. Epidemiologi deskriptif mengevaluasi semua keadaan yang berada di sekitar seseorang yang dapat memengaruhi sebuah kejadian kesehatan. Yang menjadi fokus dalam epidemiologi deskriptif ini adalah frekuensi

dan pola (Ellis Christensen, 2012), frekuensi digunakan untuk menilai tingkat kejadian, sedangkan pola dapat digunakan untuk membantu epidemiologi analitik menunjukkan faktor risiko. Penelitian deskriptif ini juga berfokus pada pertanyaan *who* (siapa saja yang terkena/terpengaruhi), *when* (kapan mereka terpengaruhi), dan *where* (di mana mereka terpengaruhi).

a. Pada *who* (orang), epidemiologi deskriptif meneliti faktor-faktor antara lain:

- 1) Variabel Demografi, sebagai contoh: usia, jenis kelamin, ras, penghasilan, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, agama, dan lain-lain.
- 2) Variabel Keluarga, sebagai contoh: jumlah anggota keluarga, usia melahirkan, pendidikan ibu, pengaturan jarak kehamilan, dan lain-lain.
- 3) Perilaku, misalnya penyalahgunaan narkoba, shift kerja, makan dan pola olahraga.
- 4) Variabel lain, seperti: Golongan darah, paparan faktor lingkungan tertentu, status kekebalan, status imunisasi, status gizi.

Contoh: penelitian epidemiologi deskriptif yang menganalisis faktor orang antara lain tekanan darah tinggi pada orang yang bekerja shift malam, obesitas pada remaja siswi SMA, Diabetes Mellitus pada lansia Desa Z, dan lain-lain.

b. Hal penting lain yang dapat diamati pada epidemiologi deskriptif adalah *Where* (tempat). Tempat disini dapat berupa:

- 1) Tempat tinggal
- 2) Tempat bekerja
- 3) Sekolah
- 4) Rumah Makan
- 5) Tempat Rekreasi.

Contoh penelitian: Peningkatan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Daerah yang berdekatan dengan stasiun atau kuburan, karena di tempat tersebut pengendalian jentik nyamuk relatif kurang diperhatikan daripada rumah tinggal.

- c. Hal ketiga yang penting dan sering dievaluasi dalam epidemiologi deskriptif adalah *factor when* (waktu). Yang dimaksud dengan waktu disini bias merupakan waktu tahun, atau hal yang terjadi pada waktu tertentu setiap hari atau setiap jam. Sebagai contoh, penyakit demam berdarah lebih sering muncul di musim hujan, demikian halnya dengan penyakit leptospirosis atau bahkan flu, dan kecelakaan lebih sering terjadi di masa liburan. Pengukuran prevalensi pada periode waktu tertentu akan dapat membantu upaya pencegahan.

Berikut ini contoh-contoh lain penelitian epidemiologi deskriptif:

- 1) Penilaian aktifitas fisik dan pengeluaran energi pada lansia penderita penyakit kronis di Desa Sukamakmur.
- 2) Tren angka kejadian stroke di Kecamatan Kondang dari tahun 1990-2010.
- 3) Perilaku merokok pada kelahiran preterm di Kecamatan Sanden.

- 4) Perbedaan jenis kelamin pada gangguan lemak di Padang dan di Yogyakarta.
- 5) Tren angka harapan hidup berdasarkan kelompok latar belakang pendidikan di Yogyakarta.

## 2. Epidemiologi Analitik (*Analytic Edemiology*)

Adalah epidemiologi yang menekankan pada pencarian jawaban terhadap penyebab terjadinya frekuensi, penyebaran serta munculnya suatu masalah kesehatan. Dalam epidemiologi analitik diupayakan untuk mencari jawaban mengapa (*why*), kemudian dianalisa hubungannya dengan akibat yang ditimbulkan. Faktor penyebab diarahkan kepada faktor-faktor yang memengaruhi, sedangkan akibat menunjuk kepada frekuensi, penyebaran, serta adanya suatu masalah kesehatan. Oleh karena itu perlu dirumuskan hipotesa yang berkaitan dengan masalah yang timbul, lalu dilanjutkan dengan menguji hipotesa melalui suatu penelitian yang selanjutnya ditarik suatu kesimpulan tentang sebab akibat dari timbulnya suatu penyakit.

Pendekatan atau studi ini dipergunakan untuk menguji data serta informasi-informasi yang diperoleh melalui studi epidemiologi deskriptif.

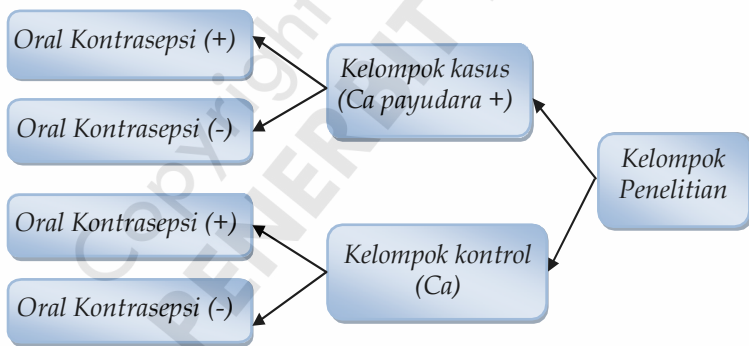
Ada dua studi tentang epidemiologi ini:

### a. Studi riwayat kasus (*case history studies*)

Dalam studi ini akan dibandingkan antara dua kelompok orang, yakni kelompok yang terkena penyebab penyakit (kelompok kasus) dengan kelompok orang tidak terkena penyakit (kelompok kontrol).

Contoh: kita berminat meneliti kemungkinan hubungan antara Ca payudara dan penggunaan kontrasepsi oral (OC). Untuk menguji hopotesa kita dapat.

Jika kasus (Ca payudara) dan non kasus (non Ca payudara) menunjukkan distribusi pemakaian OC yang sama, maka (untuk sementara) kita dapat menyimpulkan tidak terdapat pengaruh OC terhadap Ca payudara. Sebaliknya, jika kasus secara bermakna lebih banyak menggunakan OC yang lebih lama atau dengan dosis estrogen yang lebih tinggi ketimbang non kasus, maka kita dapat menyimpulkan pemakaian OC memperbesar kemungkinan untuk mengalami Ca payudara. Agar Anda lebih jelas perhatikan gambar berikut ini:



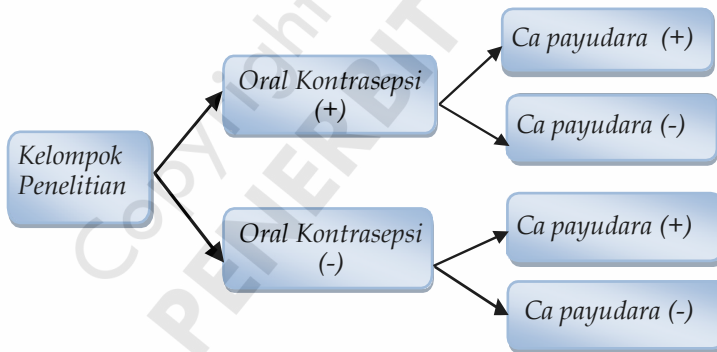
b. Studi kohort (*kohort studies*)

Dalam studi ini sekelompok orang dipaparkan (*exposed*) pada suatu penyebab penyakit (*agent*). Kemudian diambil sekelompok orang lagi yang mempunyai ciri-ciri yang sama dengan kelompok pertama, tetapi tidak dipaparkan atau dikenakan pada penyebab penyakit. Kelompok kedua ini disebut kelompok kontrol. Setelah beberapa saat yang telah



ditentukan kedua kelompok tersebut dibandingkan, dicari perbedaan antara kedua kelompok tersebut bermakna atau tidak.

Contoh: untuk membuktikan bahwa oral kontrasepsi kemungkinan merupakan faktor penyebab kanker payudara (Ca payudara), diambil dua kelompok ibu-ibu yang satu kelompok terdiri dari ibu-ibu yang menggunakan oral kontrasepsi dan satu kelompok lagi terdiri dari ibu-ibu yang tidak menggunakan oral kontrasepsi. Kemudian diperiksa apakah ada perbedaan pengidap, kanker payudara antara kelompok pengguna oral kontrasepsi dan yang tidak menggunakan oral kontrasepsi. Untuk lebih jelasnya silahkan Anda perhatikan gambar berikut ini:



### 3. Epidemiologi Eksperimen

Studi ini dilakukan dengan mengadakan eksperimen (percobaan) kepada kelompok subjek, kemudian dibandingkan dengan kelompok kontrol (yang tidak dikenakan percobaan) Contoh: untuk menguji kemampuan suatu vaksin, dapat diambil suatu kelompok anak kemudian diberikan vaksin tersebut.

Sementara itu diambil sekelompok anak pula sebagai kontrol yang hanya diberikan placebo. Setelah beberapa tahun kemudian dilihat kemungkinan-kemungkinan timbulnya penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin tersebut, kemudian dibandingkan antara kelompok percobaan dan kelompok kontrol.

#### **D. Kegunaan Epidemiologi**

Apabila Epidemiologi dapat dipahami dan diterapkan dengan baik, akan diperoleh berbagai manfaat yang jika disederhanakan adalah sebagai berikut:

1. Membantu Pekerjaan Administrasi Kesehatan

Yaitu membantu pekerjaan dalam Perencanaan (Planning) dari pelayanan kesehatan, Pemantauan (Monitoring) dan Penilaian (Evaluation) suatu upaya kesehatan. Data yang diperoleh dari pekerjaan epidemiologi akan dapat dimanfaatkan untuk melihat apakah upaya yang dilakukan telah sesuai dengan rencana atau tidak (pemantauan) dan ataukah tujuan yang ditetapkan telah tercapai atau tidak (penilaian).

2. Dapat Menerangkan Penyebab Suatu Masalah Kesehatan

Dengan diketahuinya penyebab suatu masalah kesehatan, maka dapat disusun langkah-langkah penanggulangan selanjutnya, baik yang bersifat pencegahan ataupun yang bersifat pengobatan.

3. Dapat Menerangkan Perkembangan Alamiah Suatu Penyakit

Salah satu masalah kesehatan yang sangat penting adalah tentang penyakit. Dengan menggunakan metode

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

#### 4. Dapat Menerangkan Keadaan Suatu Masalah Kesehatan

Karena Epidemiologi mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan, maka akan diperoleh keterangan tentang keadaan masalah kesehatan tersebut. Keadaan yang dimaksud di sini merupakan perpaduan dari keterangan menurut ciri-ciri manusia, tempat, dan waktu.

### E. Prinsip-prinsip Epidemiologi

Prinsip-prinsip dalam epidemiologi meliputi, yaitu:

1. Mempelajari sekelompok manusia/masyarakat yang mengalami masalah kesehatan.
2. Menunjuk kepada banyaknya masalah kesehatan yang ditemukan pada sekelompok manusia yang dinyatakan dengan angka frekuensi mutlak atau rasio.
3. Menunjukkan kepada banyaknya masalah-masalah Kesehatan yang diperinci menurut keadaan-keadaan

tertentu, diantaranya keadaan waktu, tempat, orang yang mengalami masalah kesehatan.

4. Merupakan rangkaian kegiatan tertentu yang dilakukan untuk mengkaji masalah kesehatan sehingga diperoleh kejelasan dari masalah tersebut

#### **F. Istilah dalam Epidemiologi**

Istilah-istilah yang sering digunakan dalam epidemiologi sebagai berikut:

1. *Host*: manusia/hewan yang memberikan tempat tinggal untuk *agent* menular dalam kondisi alaminya.
2. *Contact*: orang/hewan yang telah berhubungan dengan orang/hewan terinfeksi/lingkungan terkontaminasi, sehingga berpeluang mendapat *agent* penyakit menular.
3. *Contamination*: adanya *agent* menular pada permukaan tubuh, pakaian, mainan, air, makanan.
4. *Desinfection*: mematikan *agent* menular dengan bahan kimiawi/cara fisik secara langsung mengenai *agent* di luar tubuh.
5. *Desinfestation*: proses fisik/kimiawi untuk merusak/memusnahkan *arthropoda/rodent* yang ada pada orang, pakaian, lingkungan atau hewan peliharaan (*insecticide/rodenticide*).
6. *Immune individual*: orang/hewan yang mempunyai perlindungan kekebalan seluler sebagai hasil infeksi yang terjadi sebelumnya, hasil imunisasi atau dari kejadian khusus sebelumnya.
7. *Inapparent infection*: infeksi pejamu tanpa tanda-tanda klinis yang jelas atau dikenali.
8. *Incubation period*: selang waktu antara permulaan kontak dengan *agent* menular sampai timbulnya gejala pertama kali.

9. *Infected individual*: manusia/hewan tempat berdiam suatu agent menular, dapat dengan gejala atau gejala klinis jelas.
10. *Infection*: masuk, bertumbuh dan berkembangnya *agent* menular dalam tubuh manusia/hewan.
11. *Infectious agent*: suatu organisme yang mampu menimbulkan infeksi.
12. *Infectious disease*: penyakit yang secara klinis tampak nyata, akibat suatu infeksi.
13. *Infestation*: manusia/hewan sebagai tempat menempel dan berkembang biaknya *arthropoda* pada permukaan tubuh/pakaian.
14. *Isolation*: upaya pemisahan selama masa penularan terhadap orang/hewan yang terinfeksi dari yang lain, pada tempat dan kondisi tertentu untuk pencegahan/pembatasan penularan baik langsung maupun tidak langsung.
15. *Nosocomial infection*: infeksi yang terjadi di RS/fasilitas yankes pada siapa pun yang pada waktu masuk tidak terdapat tanda-tanda infeksi/masa inkubasi.
16. *Pathogenecity*: kemampuan *agent* menular untuk menyebabkan penyakit pada *host* yang rentan.
17. *Patient or sick people*: orang yang secara jelas sakit.
18. *Air-borne*: penyebaran unsur penyebab secara aerosol ke pintu masuk yang sesuai. Biasanya saluran pernapasan.
19. *Virulence*: tingkat patogenitas suatu *agent* menular untuk menyerang dan merusak jaringan pejamu.
20. *Zoonosis*: penyakit menular yang secara alam dapat ditularkan dari hewan vertebrata ke pejamu manusia.

## G. Ukuran-ukuran dalam Epidemiologi

### 1. Perhitungan Frekuensi Penyakit

#### a. *Rate*

Rate merupakan besarnya peristiwa yang terjadi terhadap jumlah keseluruhan penduduk di mana peristiwa itu berlangsung dalam suatu batas waktu tertentu.

$$R = \frac{A}{A + B}$$

Keterangan:

A = Jumlah kejadian yang diamati

A + B = Populasi berisiko

#### b. Rasio

Rasio merupakan perbandingan dari 2 nilai kuantitatif  $Rasio = A/B$

Contoh: Dalam suatu KLB penyakit types, jumlah penderita laki-laki sebanyak 30 orang dan jumlah penderita perempuan adalah 15 orang. Maka penderita laki-laki / perempuan adalah  $= 30 / 15 = 2 : 1$ .

#### c. Proporsi

Misal: Proporsi kematian karena DHF adalah jumlah yang mati karena DHF dibagi jumlah seluruh kematian.

Rumusan dari proporsi yaitu:

$$Proporsi = \frac{A}{X+Y}$$

Contoh: Dalam suatu KLB penyakit types, jumlah penderita laki-laki sebanyak 30 orang dan jumlah penderita perempuan adalah 15 orang.

Berapa proporsi penderita laki-laki?

Jawab:

$$\text{Proporsi} = \frac{30}{30+15} \times 100\% = 66,67\%$$

## 2. Ukuran Morbiditas

### a. Insidensi *rate*

Insidensi adalah jumlah kejadian/penyakit (kasus baru) pada kelompok penduduk tertentu dalam suatu kurun waktu tertentu.

$\text{Angka insidensi} = \frac{\text{Jumlah kejadian dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah populasi at risk waktu tertentu}} \times \text{konstanta}$
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Contoh: Pada bulan Desember 1988 di Kecamatan X terdapat penderita Campak 80 orang anak balita. Jumlah anak yang mempunyai risiko penyakit tersebut (anak balita) di Kecamatan X = 8.000.

Maka insidensi rate penyakit campak tersebut adalah:

$$\frac{80}{8000} \times 1000 = \frac{10}{1000} \text{ atau } 0,010$$

Manfaat ukuran insidensi

- 1) Angka insidensi dapat digunakan untuk mengukur angka kejadian penyakit. Perubahan angka insidensi dapat menunjukkan adanya perubahan

faktor-faktor penyebab penyakit, yaitu fluktuasi alamiah dan adanya program pencegahan.

- 2) Dalam penelitian epidemiologi → sebab akibat.
- 3) Perbandingan antara berbagai populasi dengan pemamapan yang berbeda.
- 4) Untuk mengukur besarnya risiko determinan tertentu.

b. *Prevalensi rate*

*Point prevalence*, yaitu jumlah seluruh penderita (lama+baru) yang ada pada suatu saat tertentu.

$$\text{Point prevalence} = \frac{\text{Jumlah penderita yang ada pada suatu saat waktu}}{\text{Jumlah penduduk pada saat itu}} \times \text{konstanta}$$

Contoh: Kasus penyakit TBC Paru di Kecamatan Moyang pada waktu dilakukan survei pada bulan Juli 1988 adalah 96 orang dari 24.000 penduduk kecamatan tersebut.

Maka *prevalence rate* di Kecamatan tersebut adalah:

$$\frac{96}{24.000} \times 1000 = \frac{4}{1000} \text{ atau } 0,004$$

*Periode prevalence*, yaitu jumlah seluruh penderita (lama+baru) yang ada pada suatu periode tertentu.

$$\text{Point prevalence} = \frac{\text{Jumlah penderita lama x baru dalam suatu periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk pada pertengahan periode waktu yang bersangkutan}} \times \text{konstanta}$$

Contoh: pada periode tahun 2013 (Januari-Desember) di Kelurahan A terdapat 75 penderita



Malaria. Pada pertengahan tahun 2013 penduduk kelurahan A tersebut berjumlah 5000 orang.

Maka *periode prevalence* malaria di kelurahan A adalah:

$$\frac{75}{5.000} \times 1000 = \frac{15}{1000} \text{ atau } 0,05$$

Manfaat ukuran prevalensi:

- 1) Menggambarkan tingkat keberhasilan program pemberantasan penyakit
- 2) Penyusunan perencanaan pelayanan kesehatan, misal obat, tenaga, ruangan
- 3) Menyatakan banyaknya kasus yang dapat didiagnosis.

### 3. Ukuran Mortalitas

#### a. *Crude Death Rate (CDR)*

CDR adalah angka kematian kasar adalah jumlah kematian yang dicatat selama satu tahun per 1000 penduduk di pertengahan tahun yang sama.

$$CDR = \frac{\text{jumlah kematian selama satu tahun}}{\text{jumlah penduduk di pertengahan}} \times k$$

Contoh: Jumlah penduduk Jakarta pertengahan tahun 2000 berjumlah 11.000.000 orang. Pada tahun tersebut terdapat kematian 200.000 orang. Hitung berapa angka kematian kasarnya!

$$CDR = \frac{200.000}{11.000.000} \times 1000 = 18$$

CDR 18 artinya tiap 1000 penduduk terdapat kematian 18 jiwa dalam waktu satu tahun. Penggolongan angka kematian kasar adalah:

Rendah, jika angka kematian 9 – 13.

Sedang, jika angka kematian 14 – 18.

Tinggi, jika angka kematian lebih dari 18.

b. *Infant Mortality Rate (IMR)*

Adalah jumlah seluruh kematian bayi berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

$$IMR = \frac{\text{jumlah kematian bayi umur 0 – 1 tahun dalam 1 tahun}}{\text{jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times k$$

Tinggi rendahnya IMR berkaitan dengan:

- 1) Penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan imunisasi
- 2) Diare yang dapat menyebabkan dehidrasi
- 3) Personal higiene dan sanitasi lingkungan yang kurang memadai, serta sosial ekonomi rendah
- 4) Gizi buruk dan daya tahan tubuh yang menurun.

c. *Perinatal Mortality Rate (PMR)*

Adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

$$IMR = \frac{\text{jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kemilau 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Tinggi rendahnya PMR berkaitan dengan:

- 1) Banyaknya bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- 2) Status gizi ibu dan bayi
- 3) Keadaan sosial ekonomi
- 4) Penyakit infeksi terutama ISPA
- 5) Pertolongan persalinan.

d. *Maternal Mortality Rate (MMR)*

Adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

$$MMR = \frac{\text{jumlah kematian ibu hamil, persalinan dan nifas dalam 1 tahun}}{\text{jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Tinggi rendahnya MMR berkaitan dengan:

- 1) Keadaan sosial ekonomi
- 2) Kesehatan ibu selama hamil, bersalin dan nifas
- 3) Pelayanan kesehatan terhadap ibu
- 4) Pertolongan persalinan dan perawatan masa nifas.

#### 4. Ukuran Fertilitas

*Crude Birth Rate (CBR)*, yaitu Angka Kelahiran Kasar adalah jumlah kelahiran yang dicatat selama satu tahun per 1000 penduduk di pertengahan tahun yang sama.

$$CBR = \frac{\text{jumlah kelahiran selama 1 tahun}}{\text{jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times 1000$$

Keterbatasan CBR:

- a. Perhitungan CBR ini sederhana, mudah dihitung tetapi kasar.
- b. Perhitungan ini disebut perhitungan kasar karena yang menjadi pembagi adalah seluruh penduduk baik laki-laki maupun perempuan seluruh usia termasuk yang bukan perempuan usia reproduksi (15-49 tahun).

## RINGKASAN

Epidemiologi adalah Ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia/masyarakat serta faktor-faktor yang memengaruhinya.

Ruang lingkup epidemiologi dalam masalah kesehatan meliputi 6E, yaitu: Etiologi, Efikasi, Efektivitas, Efisiensi, Evaluasi dan Edukasi

Epidemiologi Deskriptif (*diskriptive epidemiology*) adalah mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan tanpa memandang perlu mencari jawaban terhadap faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan tersebut. Epidemiologi Analitik (*analytic edemiology*) adalah epidemiologi yang menekankan pada pencarian jawaban terhadap penyebab terjadinya frekuensi, penyebaran serta munculnya suatu masalah kesehatan. Epidemiologi Eksperimen, dilakukan dengan mengadakan eksperimen (percobaan) kepada kelompok subjek, kemudian dibandingkan dengan kelompok kontrol (yang tidak dikenakan percobaan).

**LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Epidemiologi adalah Ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia/masyarakat serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Pernyataan tersebut merupakan pendapat ...
  - a. Azrul azwar
  - b. W.H. Welch
  - c. Mac Mahon dan Pugh
  - d. Last, Beagehole
  - e. Omran
2. Untuk mengetahui efek intervensi dalam berbagai kondisi lapangan yang berbeda, dalam ruang lingkup epidemiologi disebut ...
  - a. Etiologi
  - b. Efektivitas
  - c. Efisiensi
  - d. Edukasi
  - e. Evaluasi
3. Untuk mengetahui kegunaan dan hasil yang diperoleh berdasarkan besarnya biaya yang dikeluarkan dalam ruang lingkup epidemiologi disebut ...
  - a. Efikasi
  - b. Efektivitas
  - c. Efisiensi
  - d. Evaluasi
  - e. Edukasi

4. Studi Untuk mengetahui frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan tanpa memandang perlu mencari jawaban terhadap faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan adalah epidemiologi ...
  - a. Diskriptif
  - b. Studi riwayat kasus
  - c. Studi kohort
  - d. Eksperimen
  - e. Kualitatif
5. Studi dengan memberikan suatu vaksin pada sekelompok anak, sementara sekelompok lain diberikan placebo, beberapa tahun kemudian dibandingkan. Studi ini termasuk pada epidemiologi ...
  - a. Diskriptif
  - b. Studi riwayat kasus
  - c. Studi kohort
  - d. Eksperimen
  - e. Kualitatif

### **KUNCI JAWABAN**

1. A
2. B
3. C
4. A
5. D

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Cholifah, dkk. 2019. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Sidoarjo: Umsida Press.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.

Noor, Nur Nasry dan Arsin, A. Arsunan. 2022. *Epidemiologi Dasar: Disiplin dalam Kesehatan Masyarakat*. Makassar: Unhas Press.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Oktafiani, Devi, dkk. 2023. *Pengantar Epidemiologi*. Serang: PT Sada Kurnia Pustaka.

Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

~oOo~

Copyright © 2024  
PENERBIT NEM

## Bab 3

# KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT

### A. Pengertian Pencegahan Penyakit

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

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

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

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

### B. Tindakan Pencegahan

Tindakan pencegahan penyakit dibagi menjadi tiga tingkatan sesuai dengan perjalanan penyakit, yaitu:

1. Pencegahan primer (*primary prevention*), yang dilakukan dalam fase '*pre-patogenesis*' sebelum proses itu terjadi



2. Pencegahan sekunder (*secondary prevention*), di mana proses penyakit sudah mulai memasuki fase 'patogenesis' tapi masih dalam tahap ringan dan belum nyata
3. Pencegahan tersier (*tertiary prevention*), di mana dalam fase 'patogenesis' tersebut proses penyakit sudah nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf sudah akan berakhir (sembuh, menahun, kelainan yang menetap atau kematian).

### C. Tahap-tahap Pencegahan

#### 1. Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)

Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) merupakan upaya untuk mempertahankan orang yang sehat agar tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit. Tahapan Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) adalah:

##### a. Tahap *health promotion*

Usaha peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*) untuk meningkatkan derajat Kesehatan perorangan dan masyarakat secara optimal, mengurangi peranan penyebab dan derajat risiko serta meningkatkan lingkungan yang sehat secara optimal.

Contohnya, makan makanan bergizi seimbang, berperilaku sehat, meningkatkan kualitas lingkungan untuk mencegah terjadinya penyakit misalnya, menghilangkan tempat berkembang biaknya kuman penyakit, mengurangi dan mencegah polusi udara, menghilangkan tempat berkembang biaknya vektor penyakit misalnya genangan air yang menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes* atau terhadap

agent penyakit seperti misalnya dengan memberikan antibiotic untuk membunuh kuman.

Bentuk program pelayanan kesehatan yang umumnya termasuk kategori '*primary health care*' maupun '*basic health services*' seperti:

- 1) Pendidikan/penyuluhan kesehatan
- 2) Kondisi kerja yang baik
- 3) Makanan bergizi
- 4) Keturunan dan KB
- 5) Perkembangan kepribadian
- 6) Nasehat perkawinan
- 7) Perumahan sehat
- 8) Pemeriksaan berkala
- 9) Rekreasi dan olah raga.

b. Tahap *specific protection*

Usaha pencegahan khusus (*specific protection*) merupakan usaha yang terutama ditujukan kepada pejamu dan atau pada penyebab untuk meningkatkan daya tahan maupun untuk mengurangi risiko terhadap penyakit tertentu.

Contohnya, imunisasi atau proteksi bahan industry berbahaya dan bising, melakukan kegiatan kumur dengan larutan Flour untuk mencegah terjadinya karies pada gigi.

Sedangkan terhadap kuman penyakit misalnya mencuci tangan dengan larutan antiseptik sebelum operasi untuk mencegah infeksi, mencuci tangan dengan sabun sebelum makan untuk mencegah penyakit diare.

Bentuk kegiatan yang termasuk '*specific protection*' antara lain:

- 1) Imunisasi khusus
- 2) Perlindungan terhadap kecelakaan
- 3) Hygiene/kebersihan perorangan
- 4) Pemberian makanan khusus
- 5) Perlindungan tumbuh kembang anak
- 6) Perlindungan terhadap karsinogen
- 7) Sanitasi/kesehatan lingkungan
- 8) Perlindungan terhadap allergen
- 9) Perlindungan terhadap penyakit akibat kerja.

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

Sasaran utama pada mereka yang baru terkena penyakit atau yang terancam akan menderita penyakit tertentu melalui diagnosis dini untuk menemukan status patogeniknya serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat.

Tujuan utama pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*), antara lain:

- a. Mencegah tersebarnya penyakit ke orang lain dalam masyarakat, terutama pada penyakit menular.
- b. Untuk bisa mengobati dan menghentikan berkembangnya penyakit menjadi lebih berat, atau membatasi '*disability*' dan agar tidak timbul komplikasi, cacat berubah jadi menahun.
- c. Membatasi atau menghentikan perjalanan/proses penyakit dalam fase dini.

Usaha pencegahan penyakit sekunder dibagi dalam diagnose dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and*

*prompt treatment*) serta pembatasan cacat. Tujuan utama dari **diagnosa dini** ialah mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan tujuan utama dari **pengobatan segera** adalah untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat.

Salah satu kegiatan pencegahan sekunder adalah menemukan penderita secara aktif pada tahap dini. Kegiatan ini meliputi:

- a. Pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu seperti pegawai negeri, buruh/pekerja Perusahaan tertentu, murid sekolah dan mahasiswa serta kelompok tentara, termasuk pemeriksaan kesehatan bagi calon mahasiswa, calon pegawai, calon tentara serta bagi mereka yang membutuhkan surat keterangan Kesehatan untuk kepentingan tertentu.
- b. Penyaringan (*screening*) yakni pencarian penderita secara dini untuk penyakit yang secara klinis belum tampak gejala pada penduduk secara umum atau pada kelompok risiko tinggi.
- c. Surveilans epidemiologi yakni melakukan pencatatan dan pelaporan secara teratur dan terus-menerus untuk mendapatkan keterangan tentang proses penyakit yang ada dalam masyarakat, termasuk keterangan tentang kelompok risiko tinggi.

### 3. Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan tersier sasaran utamanya adalah penderita penyakit tertentu, dalam usaha mencegah bertambah beratnya penyakit atau mencegah terjadinya cacat serta program rehabilitasi. Usaha pencegahan

penyakit tersier dibagi dalam tahap *disability limitation* dan tahap *rehabilitation*.

Tujuan utamanya adalah mencegah proses penyakit lebih lanjut, seperti pengobatan dan perawatan khusus penderita kencing manis, tekanan darah tinggi, gangguan saraf dan lain-lain serta mencegah terjadinya cacat maupun kematian karena penyebab tertentu, serta usaha rehabilitasi.

Rehabilitasi merupakan usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/medis (seperti pemasangan protese), rehabilitasi mental (*psychorehabilitation*) dan rehabilitasi sosial, sehingga setiap individu dapat menjadi anggota masyarakat yang produktif dan berdaya guna.

## RINGKASAN

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

Tindakan pencegahan penyakit dibagi menjadi tiga tingkatan sesuai dengan perjalanan penyakit, yaitu pencegahan primer (*primary prevention*), pencegahan sekunder (*secondary prevention*) dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*).

Tahap-tahap pencegahan terdiri dari 3 tahapan. Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) yang terdiri dari tahap *health promotion* dan *specific protection*, pencegahan sekunder (*secondary prevention*) yang terdiri dari *early diagnosis*

dan *prompt treatment*, serta pencegahan tersier (*tertiary prevention*) yang terdiri dari *disability limitation* dan *rehabilitation*.

### LATIHAN SOAL

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pencegahan penyakit yang dilakukan dalam fase pre-patogenesis sebelum proses itu terjadi merupakan ...
  - a. Pencegahan primer
  - b. Pencegahan sekunder
  - c. *Secondary prevention*
  - d. Pencegahan tersier
  - e. *Tertiary prevention*
2. Pencegahan penyakit, di mana proses penyakit sudah nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf sudah akan berakhir merupakan ...
  - a. Pencegahan primer
  - b. *Primary prevention*
  - c. Pencegahan sekunder
  - d. *Secondary prevention*
  - e. Pencegahan tersier
3. Pelaksanaan pendidikan maupun penyuluhan kesehatan pada masyarakat merupakan tahapan dalam pencegahan penyakit, yaitu ...
  - a. *Health promotion*
  - b. *Specific protection*
  - c. *Early diagnosis and prompt treatment*
  - d. *Disability limitation*
  - e. *Rehabilitation*

4. Pencegahan penyakit dengan pemberian imunisasi khusus merupakan tahapan ...
  - a. *Health promotion*
  - b. *Specific protection*
  - c. *Early diagnosis and prompt treatment*
  - d. *Disability limitation*
  - e. *Rehabilitation*
5. Kegiatan pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu serta *screening* penyakit merupakan tahapan pencegahan penyakit ...
  - a. *Health promotion*
  - b. *Specific protection*
  - c. *Early diagnosis and prompt treatment*
  - d. *Disability limitation*
  - e. *Rehabilitation*

### KUNCI JAWABAN

1. A
2. E
3. A
4. B
5. C

### DAFTAR PUSTAKA

- Anita Betri, dkk. 2019. *Puskesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional*. Sleman: CV Budi Utama.
- Herawati, dkk. 2023. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.

Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

~oOo~

Copyright © 2024  
PENERBIT NEM



## Bab 4

# ISU KESEHATAN LINGKUNGAN

### A. Pengertian Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan adalah kesehatan yang sangat penting bagi kelancaran kehidupan di bumi, karena lingkungan adalah tempat di mana pribadi itu tinggal. Lingkungan yang sehat dapat dikatakan sehat bila sudah memenuhi syarat-syarat lingkungan yang sehat.

Kesehatan lingkungan adalah kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat, aman, nyaman dan bersih.

### B. Syarat-syarat Lingkungan yang Sehat

#### 1. Keadaan Air

Air yang sehat adalah air yang tidak berbau, tidak tercemar dan dapat dilihat kejernihan air tersebut, kalau sudah pasti kebersihannya dimasak dengan suhu 100 °C, sehingga bakteri yang di dalam air tersebut mati.

#### 2. Keadaan Udara

Udara yang sehat adalah udara yang di dalamnya terdapat yang diperlukan, contohnya oksigen dan di dalamnya tidak tercemar oleh zat-zat yang merusak tubuh, misalnya zat CO<sub>2</sub> (zat carbondioksida).

### 3. Keadaan Tanah

Tanah yang sehat adalah tanah yang baik untuk penanaman suatu tumbuhan, dan tidak tercemar oleh zat-zat logam berat.

## C. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Ruang lingkup kesehatan lingkungan secara garis besar adalah:

1. Masalah rumah
2. Pembuangan kotor manusia
3. Penyediaan air bersih
4. Pembuangan sampah
5. Pembuangan air kotor
6. Rumah hewan ternak (kandang).

Sedangkan masalah kesehatan lingkungan di negara berkembang pada umumnya lima hal yaitu:

1. Masalah sanitasi (jamban)
2. Penyediaan air minum
3. Perumahan (housing)
4. Pembuangan sampah dan
5. Pembuangan limbah (air kotor).

## D. Tujuan Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan

Terciptanya keadaan serasi sempurna dari semua faktor yang ada di lingkungan fisik manusia sehingga perkembangan fisik manusia dapat diuntungkan dan kesehatan serta kelangsungan hidup manusia dapat dipelihara dan ditingkatkan.

## 1. Mengurangi Pemanasan Global

Dengan menanam tumbuhan sebanyak-banyaknya pada lahan kosong, maka kita juga ikut serta mengurangi pemanasan global, karbon, zat O<sub>2</sub> (okseigen) yang dihasilkan tumbuh-tumbuhan dan zat tidak langsung zat CO<sub>2</sub> (carbon) yang menyebabkan atmosfer bumi berlubang ini terhisap oleh tumbuhan dan secara langsung zat O<sub>2</sub> yang dihasilkan tersebut dapat dinikmati oleh manusia tersebut untuk bernafas.

## 2. Menjaga Kebersihan Lingkungan

Dengan lingkungan yang sehat maka kita harus menjaga kebersihannya, karena lingkungan yang sehat adalah lingkungan yang bersih dari segala penyakit dan sampah. Sampah adalah musuh kebersihan yang paling utama. Sampah dapat dibersihkan dengan cara-cara sebagai berikut:

### a. Membersihkan sampah organik

Sampah organik adalah sampah yang dapat dimakan oleh zat-zat organik di dalam tanah, maka sampah organik dapat dibersihkan dengan mengubur dalam-dalam sampah organik tersebut, contoh sampah organik:

- 1) Daun-daun tumbuhan
- 2) Ranting-ranting tumbuhan
- 3) Akar-akar tumbuhan.

### b. Membersihkan sampah non organik

Sampah non organik adalah sampah yang tidak dapat hancur (dimakan oleh zat organik) dengan

sendirinya, maka sampah non organik dapat dibersihkan dengan membakar sampah tersebut dan lalu menguburnya.

## **RINGKASAN**

Kesehatan lingkungan adalah kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat, aman, nyaman dan bersih.

Lingkungan yang sehat dilihat dari beberapa keadaan, yaitu keadaan air, keadaan udara dan keadaan tanah.

Ruang lingkup kesehatan lingkungan secara garis besar adalah masalah rumah, pembuangan kotor manusia, penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor, rumah hewan ternak (kandang).

Tujuan pemeliharaan kesehatan lingkungan adalah terciptanya keadaan serasi sempurna dari semua faktor yang ada di lingkungan fisik manusia sehingga perkembangan fisik manusia dapat diuntungkan dan kesehatan serta kelangsungan hidup manusia dapat dipelihara dan ditingkatkan, dengan cara mengurangi pemanasan global dan menjaga kebersihan lingkungan.

## **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat, aman, nyaman dan bersih, merupakan ...

- a. Pengertian kesehatan lingkungan
  - b. Syarat lingkungan sehat
  - c. Ruang lingkup kesehatan lingkungan
  - d. Masalah kesehatan lingkungan
  - e. Tujuan pemeliharaan kesehatan lingkungan
2. Air yang tidak berbau dan jernih merupakan salah satu dari ...
  - a. Pengertian kesehatan lingkungan
  - b. Syarat lingkungan sehat
  - c. Ruang lingkup kesehatan lingkungan
  - d. Masalah kesehatan lingkungan
  - e. Tujuan pemeliharaan kesehatan lingkungan
3. Berikut merupakan ruang lingkup kesehatan lingkungan, kecuali ...
  - a. Masalah rumah
  - b. Penyediaan air bersih
  - c. Pembuangan sampah
  - d. Pembuangan air kotor
  - e. Imunisasi
4. Terciptanya keadaan serasi sempurna dari semua faktor yang ada di lingkungan fisik manusia sehingga perkembangan fisik manusia dapat diuntungkan dan kesehatan serta kelangsungan hidup manusia dapat dipelihara dan ditingkatkan, merupakan ...
  - a. Pengertian kesehatan lingkungan
  - b. Syarat lingkungan sehat
  - c. Ruang lingkup kesehatan lingkungan
  - d. Masalah kesehatan lingkungan
  - e. Tujuan pemeliharaan kesehatan lingkungan

5. Sampah yang dapat dimakan oleh zat-zat organik di dalam tanah disebut ...
- a. Sampah daun
  - b. Sampah kertas
  - c. Sampah plastik
  - d. Sampah organik
  - e. Sampah non organik

### KUNCI JAWABAN

- 1. A
- 2. B
- 3. E
- 4. E
- 5. D

### DAFTAR PUSTAKA

- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Silalahi, Marlinang I. 2021. *Kesehatan Lingkungan Suatu Pengantar*. Cirebon: Insania.

## Bab 5

# GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

### A. Definisi Gizi

Gizi merupakan sebuah ilmu yang mempelajari segala sesuatu terkait sesuatu makanan dalam hubungan dengan kesehatan yang optimal. Gizi berkaitan dengan kesehatan tubuh dimana berfungsi untuk menyediakan energi, membangun dan memelihara jaringan tubuh serta mengatur proses kehidupan. Selain itu gizi sangat berperan penting untuk menumbuhkan pembangunan dikarenakan berpengaruh dengan berkembang dan tumbuhnya sumber daya manusia.

Ilmu gizi itu sendiri berperan sebagai sumber energi yang berfungsi untuk menggerakkan tubuh dan proses metabolisme dalam tubuh. Sumber energi yaitu karbohidrat, protein dan lemak yang memiliki ikatan organik mengandung karbon untuk dapat dibakar. Protein, lemak, vitamin dan mineral yang berperan sebagai membentuk sel-sel pada jaringan tubuh berfungsi sebagai untuk proses pertumbuhan dan mempertahankan jaringan.

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

1. Ilmu Gizi (*Nutrition Science*) adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan optimal/tubuh.
2. Zat Gizi (*Nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan

energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan.

3. Gizi (*Nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.
4. Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

### **B. Jenis Zat Gizi**

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

#### **1. Karbohidrat**

Karbohidrat disebut juga sebagai zat tepung atau zat gula yang tersusun dari unsur Karbon (C), Hidrogen (H), dan Oksigen (O). Di dalam tubuh, karbohidrat berperan dalam menghasilkan energi yang akan digunakan oleh tubuh melakukan berbagai macam aktifitas.

Karbohidrat berfungsi menyediakan energi, pemberi rasa manis pada makanan, menghemat protein, mengatur metabolisme lemak, dan membantu pengeluaran feses.



Bahan makanan yang menjadi sumber karbohidrat umumnya berasal dari makanan pokok di antaranya biji-bijian (beras dan jagung), umbi-umbian (ubi jalar dan singkong) serta kacang-kacangan.

## 2. Protein

Protein adalah sumber asam amino yang mengandung unsur Karbon (C), Hidrogen (H), Oksigen (O), Nitrogen (N), Sulfur (S), dan Fosfor (F).

Protein berfungsi untuk zat pembangun yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan jaringan tubuh, mengatur keseimbangan air, pembentukan antibodi, mengangkut zat-zat gizi, dan sumber energi.

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

## 3. Lemak

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

tak jenuh ganda (minyak sayur seperti pada minyak bunga matahari, jagung dan kedelai), dan lemak tak jenuh tunggal (minyak sayur seperti olive dan kacang tanah).

#### 4. Vitamin

Vitamin adalah senyawa atau zat organik yang terdapat di dalam makanan dalam jumlah yang sangat sedikit. Zat organik ini dibutuhkan dalam jumlah yang sangat sedikit yang pada umumnya tidak dapat dibentuk di dalam tubuh sehingga harus disuplai dari makanan.

Vitamin berfungsi penting dalam reaksi metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Vitamin dibedakan menjadi dua golongan yaitu vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K) dan vitamin larut air (vitamin B dan C).

Sumber vitamin berasal dari semua jenis makanan. Misalnya sumber vitamin A adalah produk susu, ikan dan sayuran. Sumber vitamin B seperti gandum, daging dan susu. Vitamin C dari jeruk, tomat dan kentang. Vitamin D dari produk susu, ikan dan minyak ikan. Vitamin E dari minyak sayur dan biji-bijian. Sedangkan Vitamin K banyak berasal dari sayur-sayuran berdaun hijau dan margarine.

#### 5. Mineral

Mineral adalah senyawa organik yang mempunyai peran penting di dalam tubuh dalam pemeliharaan fungsi tubuh dan membantu dalam pembentukan jaringan tubuh. Selain itu, mineral juga berperan penting dalam berbagai tahap metabolisme, terutama sebagai kofaktor dalam aktivitas enzim-enzim. Mineral digolongkan menjadi dua macam yaitu mineral makro dan mineral mikro. Mineral

makro adalah mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg per hari. Sedangkan mineral mikro dibutuhkan kurang dari 100 mg per hari.

Jenis-jenis mineral makro antara lain natrium, kalsium, magnesium, kalium, klorida, fosfor, dan sulfur. Sedangkan mineral mikro antara lain zat besi (Fe), seng (Zn), iodium (I), selenium (Se), mangan (Mn) dan Fluor (F).

## 6. Air

Air merupakan komponen yang sangat penting yang dibutuhkan oleh tubuh untuk proses metabolisme. Air berfungsi sebagai zat pelarut hasil pencernaan. Selain itu air juga berfungsi sebagai pengatur panas tubuh melalui proses respirasi. Tubuh manusia dewasa mengandung 70% air sehingga merupakan komponen terbesar di dalam struktur tubuh manusia.

Air bersumber dari air alam yang telah tersedia dan dapat dimanfaatkan secara langsung, selain itu air juga banyak terdapat di hampir semua makanan. Buah dan sayuran adalah bahan makanan yang banyak mengandung air hingga 95%.

## C. Masalah Gizi

Masalah gizi adalah gangguan kesehatan karena kekurangan/kelebihan dari satu zat gizi/lebih baik zat gizi makro dan atau mikro, disebut juga sebagai gangguan gizi (*malnutrition*) yang dianggap dapat menjadi masalah kesehatan masyarakat. Gangguan gizi tersebut ditentukan dengan ukuran gizi yaitu antropometri (Berat badan menurut umur (BB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), tinggi badan

menurut umur (TB/U), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dll), konsumsi makanan, laboratorik dan klinik.

Masalah gizi kurang adalah suatu masalah gizi yang disebabkan karena kurangnya asupan gizi baik dalam jangka waktu pendek maupun panjang. Jenis penyakit masalah gizi kurang ditentukan berdasarkan jenis zat gizi apa yang kurang dikonsumsi. Banyak juga yang terjadi masalah gizi kurang yang kompleks karena kurangnya 2 atau lebih zat gizi. Jenis masalah gizi kurang meliputi:

1. KEP (Kekurangan Energi Protein)

Keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi kebutuhan gizi yang dirangkum berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG).

2. Obesitas

Berat badan lebih (overweight) dan obesitas disebabkan ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran, yaitu jumlah energi yang masuk melebihi kecukupan energi yang dianjurkan untuk seseorang, akhirnya kelebihan zat gizi disimpan dalam bentuk lemak yang dapat mengakibatkan seseorang menjadi gemuk. Asupan energi relatif berlebih dapat disebabkan oleh asupan lemak yang berlebih. Lemak menghasilkan energi yang lebih banyak per gramnya (38kJ/g) dibandingkan karbohidrat (17kJ/g) atau protein (17 kJ/g).

Seseorang dikatakan overweight jika nilai IMT-nya antara 25,1-27,0 kg/m<sup>2</sup>, sedangkan obesitas jika nilai IMT-

nya  $\geq 27,0$  kg/m<sup>2</sup>. Kegemukan (obesitas) dapat terjadi mulai dari masa bayi, anak-anak, sampai pada usia dewasa. Kegemukan pada masa bayi terjadi karena adanya penimbunan lemak selama dua tahun pertama kehidupan bayi. Biasanya bayi yang kegemukan akan mengalami kegemukan pula pada masa dewasanya. Gizi lebih dan obesitas dapat meningkatkan risiko meningkatnya insiden penyakit seperti kanker, jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, penyakit hati, osteoarthritis atau radang sendi, dan sleep apnea.

### 3. KVA (Kekurangan Vitamin A)

Rendahnya konsumsi makanan sumber vitamin A menjadi penyebab masalah ini. Akan yang ditimbulkan yaitu gangguan penglihatan berderajat tertentu mulai dari yang kesembuhan dan cacat seumur hidup.

### 4. GAKY (Gangguan akibat Kekurangan Yodium)

Rendahnya konsumsi makanan yang bersumber yodium menjadi penyebab masalah ini. Biasanya penyakit ini merupakan endemis disuatu wilayah dengan cakupan kompleks. Karakter daerah endemis GAKY ini biasanya juga memiliki tumbuhan dan hewan yang kekurangan yodium.

### 5. Anemia

Penyakit gizi yang paling sering dialami oleh wanita yaitu anemia. Sebenarnya jika konsumsi makanan sumber-sumber Fe, asam folat, Zn, vitamin B12 mencukupi kebutuhan maka anemia tidak akan terjadi.

Sebagian besar anemia disebabkan oleh kekurangan besi, terjadi jika produksi hemoglobin berkurang drastis

sehingga kadarnya dalam darah menurun. Anemia terutama pada anak disebabkan karena infeksi cacing tambang sebagai penyebab utama kehilangan darah melalui saluran cerna, Wanita ketika menstruasi akan kehilangan rata-rata darah sekitar 30 ml/hari dan ini setara dengan kehilangan 0,5 mg zat besi. Selain itu juga disebabkan karena kurangnya kemampuan masyarakat untuk membeli makanan yang kaya zat besi terutama makanan asal hewan (daging).

Anemia mengakibatkan tingginya kematian saat ibu melahirkan, insiden berat badan bayi ketika lahir rendah tinggi (<2,5 kg). Pada anak-anak dapat mengganggu kemampuan belajar mereka. Pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas kerja.

#### 6. Stunting

Stunting adalah suatu kondisi dimana tinggi badan seseorang lebih rendah dibandingkan orang lain dengan umur dan jenis kelamin yang sama. Stunting banyak faktor yang memengaruhi terjadi pada balita, salah satu faktor yang memengaruhi stunting adalah berat badan lahir.

Pengetahuan ibu, akses air bersih dan kejadian pada diare merupakan salah satu yang dapat menyebabkan balita akan mengalami stunting sehingga diperlukannya pencegahan dari diri ibu sejak dini mulai dari mereka remaja karena pada masa ini mereka akan berpikir bahawa menjaga asupan gizi sangat penting demi kelangsungan masa depan pada saat mereka memutuskan untuk mengandung dan pada akhirnya akan melahirkan seorang bayi.

## 7. Defisiensi Vitamin

Sejumlah vitamin dibutuhkan oleh tubuh dengan fungsi tertentu. Jenis vitamin yang ada yaitu A, D, E, K, B, dan C. Kekurangan vitamin tertentu dapat menyebabkan terjadinya defisiensi zat gizi yang mengganggu metabolisme tubuh.

## 8. Defisiensi Mineral

Sejumlah mineral dibutuhkan oleh tubuh dengan fungsi tertentu. Mineral dikelompokkan menjadi mikromineral dan makromineral. Kekurangan mineral tertentu dapat menyebabkan terjadinya defisiensi zat gizi yang mengganggu metabolisme tubuh.

### D. Penyebab Masalah Gizi



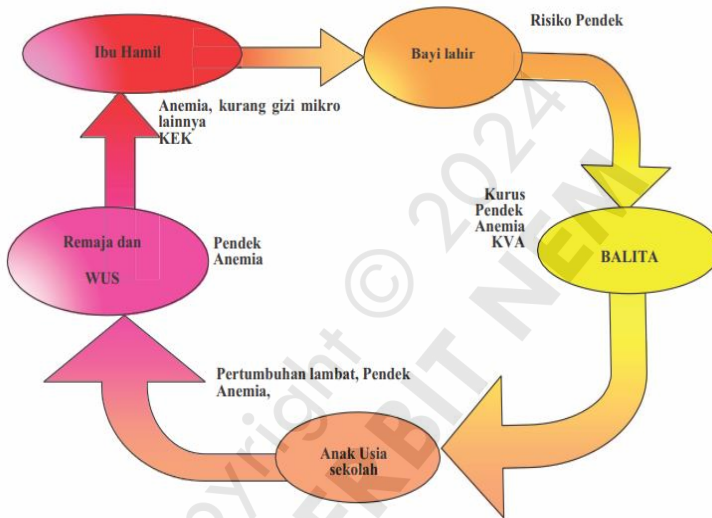
**Gambar 5.1** Penyebab Masalah Gizi

Masalah gizi masyarakat bukan hanya menyangkut aspek kesehatan saja tetapi aspek-aspek lain yang terkait seperti sosial budaya, pendidikan, kependudukan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, penanganan atau perbaikan gizi tidak hanya diarahkan pada gangguan gizi atau kesehatan saja tetapi juga arah bidang-bidang lain seperti upaya spesifik dan upaya sensitif. Contoh yaitu

penanganan KEP tidak hanya PMT tetapi juga perbaikan ekonomi keluarga, peningkatan pengetahuan, dan sebagainya.

### E. Dampak Masalah Gizi

Kelompok rentan masalah gizi yaitu kelompok bayi dan balita, anak sekolah, ibu hamil dan menyusui dan usia lanjut.



**Gambar 5.2** Masalah Gizi Berdasarkan Siklus Kehidupan

### F. Kegiatan Gizi Masyarakat

#### 1. Pendidikan Gizi

Berupa orientasi asuhan gizi Puskesmas di 160 kabupaten/kota dan pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) bagi petugas gizi Puskesmas di di 160 kabupaten/kota prioritas stunting.

#### 2. Surveilans Gizi

Surveilans Gizi menggunakan e-PPGBM (*by name by address*) di seluruh puskesmas; monitoring, evaluasi,



pelacakan dan konfirmasi kasus gizi; serta antropometri Kit sebanyak 12.000 set untuk 160 kabupaten/kota.

### 3. Suplementasi Gizi

Berupa penyediaan Makanan Tambahan (MT) untuk 525.420 Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) (diluar DAK Penugasan Stunting); penyediaan Makanan Tambahan (MT) untuk 1.535.000 balita kurus; penyediaan obat gizi (TTD ibu hamil, TTD remaja putri, vitamin A ibu nifas, vitamin A bayi 6 - 11 bulan, vitamin A balita 12 - 59 bulan dan mineral pengadaan distribusi oleh direktorat obat publik, suplementasi gizi mikro: penyediaan TABURIA (Taburan Ceria) adalah bubuk multivitamin dan multimineral untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral setiap anak balita.

## RINGKASAN

Ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari/mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan Kesehatan. Ilmu gizi dibagi menjadi gizi yang berkaitan dengan kesehatan perorangan dan gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat atau gizi masyarakat.

Gizi masyarakat merupakan upaya promotive dan preventif dalam mengatasi masalah gizi. Masalah gizi masyarakat dibagi menjadi masalah gizi makro (KEP dan obesitas) dan masalah gizi mikro (anemia, KVA, GAKY). Suatu gangguan gizi dikatakan menjadi prioritas masalah gizi berdasar jumlah penderita di masyarakat, dampak, ilmu dan teknologi penanggulangan serta kemampuan untuk menanggulangi (daya dan dana). Masalah gizi dapat terjadi dan memiliki dampak di seluruh siklus kehidupan. Penyebab

masalah gizi dibagi menjadi penyebab langsung, penyebab tak langsung, masalah utama dan masalah dasar. Kegiatan gizi masyarakat pada tahun 2019 berupa pendidikan gizi, surveilans gizi dan suplementasi gizi.

### **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi merupakan pengertian dari ...
  - a. Ilmu gizi
  - b. Zat gizi
  - c. Gizi
  - d. Status gizi
  - e. Jenis zat gizi
2. Zat gizi yang berfungsi untuk zat pembangun yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan jaringan tubuh, mengatur keseimbangan air, pembentukan antibodi adalah ...
  - a. Karbohidrat
  - b. Protein
  - c. Lemak
  - d. Vitamin
  - e. Mineral
3. Suatu kondisi dimana tinggi badan seseorang lebih rendah dibandingkan orang lain dengan umur dan jenis kelamin yang sama, merupakan masalah gizi ...
  - a. KEP
  - b. Obesitas
  - c. GAKY

- d. Anemia
  - e. Stunting
4. Berikut yang bukan merupakan penyebab dari masalah gizi yang terjadi adalah ...
- a. Ketersediaan pangan
  - b. Pola asuh
  - c. Pelayanan kesehatan
  - d. Keinginan keluarga
  - e. Infeksi penyakit
5. Berikut yang bukan merupakan upaya suplementasi gizi adalah ...
- a. Makanan tambahan untuk balita kurus
  - b. Vitamin A untuk remaja putri
  - c. Vitamin A untuk bayi dan balita
  - d. Tablet tambah darah untuk ibu hamil
  - e. Tablet tambah darah untuk remaja putri

### KUNCI JAWABAN

- 1. D
- 2. B
- 3. E
- 4. D
- 5. B

### DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. 2016. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Almatsier. 2011. *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Gramedia.

Angraini, W., Amin, M., Pratiwi, B. A., Febriawati, H., & Yanuarti, R. 2021. Pengetahuan Ibu, Akses Air Bersih dan Diare dengan Stunting di Puskesmas Aturan Mumpo Bengkulu Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa*, 8 (1), 19–102.

Angraini, W., Betrianita, Pratiwi, B. Ag., Yanuarti, R., & Permana, F. 2019. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Frekuensi Konsumsi Makanan Jajanan di Kota Bengkulu. *Jurnal Kesmas Asclepius (JKA)*, 1 (1), 1–13.

Angraini, W., Pratiwi, B. A., Amin, M., Yanuarti, R., Febriawati, H., & Shaleh, M. I. 2020. Edukasi Kesehatan Stunting di Kabupaten Bengkulu Utara. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 14 (1), 30–36.

Setyawati, V., Ana, V., & Eko, H. 2018. *Buku Ajaran Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: CV. Budi Utama.

~oOo~

## **Bab 6**

# **SURVEILANS**

## **DALAM PRAKTIK KEBIDANAN**

### **A. Definisi Surveilans**

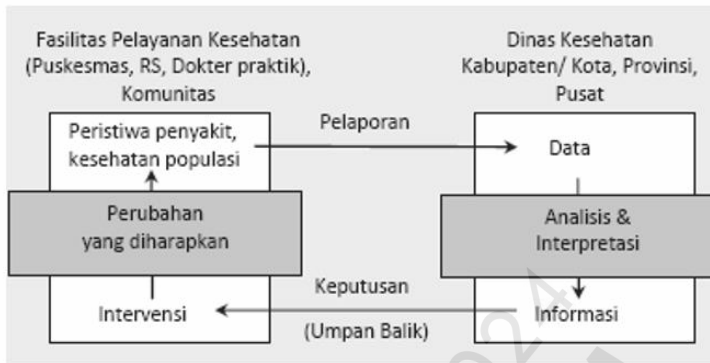
Menurut WHO Surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk diambil tindakan.

Surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus menerus dan sistematis yang kemudian di-diseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya (DCP2, 2008).

Surveilans memantau terus-menerus kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi outbreak pada populasi, mengamati faktor yang memengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan biologis pada agen, vektor, dan reservoir. Selanjutnya surveilans menghubungkan informasi tersebut kepada pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit (Last, 2001).

Surveilans Kesehatan masyarakat memberikan informasi kewaspadaan dini bagi pengambil keputusan dan manajer tentang masalah kesehatan yang perlu diperhatikan pada suatu populasi. Surveilans Kesehatan masyarakat merupakan

instrumen penting untuk mencegah outbreak penyakit dan mengembangkan respons segera ketika penyakit mulai menyebar.



**Gambar 6.1** Menyajikan Skema Sistem Surveilans

Surveilans berbeda dengan pemantauan (monitoring) biasa. Surveilans dilakukan secara terus menerus tanpa terputus (kontinu), sedang pemantauan dilakukan intermiten atau episodik. Dengan mengamati secara terus-menerus dan sistematis maka perubahan kecenderungan penyakit dan faktor yang memengaruhinya dapat diamati atau diantisipasi, sehingga dapat dilakukan langkah investigasi dan pengendalian penyakit dengan tepat.

## B. Tujuan Surveilans

Surveilans bertujuan memberikan informasi tepat waktu tentang masalah kesehatan populasi, sehingga penyakit dan faktor risiko dapat dideteksi dini dan dapat dilakukan respons pelayanan kesehatan dengan lebih efektif.

Menurut Last (2001) tujuan khusus surveilans adalah:

1. Memonitor kecenderungan (*trends*) penyakit
2. Mendeteksi perubahan mendadak insidensi penyakit, untuk mendeteksi dini *outbreak*

3. Memantau kesehatan populasi, menaksir besarnya beban penyakit (*disease burden*) pada populasi
4. Menentukan kebutuhan kesehatan prioritas, membantu perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi program kesehatan
5. Mengevaluasi cakupan dan efektivitas program Kesehatan
6. Mengidentifikasi kebutuhan riset.

### **C. Kegunaan Surveilans Epidemiologi**

1. Mengetahui gambaran epidemiologi masalah kesehatan atau penyakit

Yang dimaksud gambaran epidemiologi dari suatu penyakit adalah epidemiologi deskriptif penyakit itu menurut waktu, tempat, dan orang.

2. Menetapkan prioritas masalah kesehatan

Minimal ada 3 persyaratan untuk mendapatkan prioritas masalah kesehatan untuk ditanggulangi yaitu besarnya masalah, adanya metode untuk memecahkan masalah, dan tersedianya biaya untuk mengatasi masalah.

3. Mengetahui cakupan pelayanan

Atas dasar data kunjungan ke puskesmas, dapat diperkirakan cakupan pelayanan puskesmas terhadap karakteristik tertentu dari penderita, dengan membandingkan proporsi penderita menurut karakteristik tertentu yang berkunjung ke puskesmas, dan proporsi penderita menurut karakteristik yang sama di populasi atas dasar data statistik dari daerah yang bersangkutan.

4. Untuk kewaspadaan dini terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB)

KLB adalah suatu keadaan di mana terjadi peningkatan frekuensi suatu penyakit dalam periode waktu tertentu di suatu wilayah. Di Indonesia, penyakit menular yang sering menimbulkan KLB adalah penyakit diare, penyakit yang dapat diimunisasikan, infeksi saluran nafas, dan lain-lain.

5. Untuk memantau dan menilai program.

#### **D. Ruang Lingkup Surveilans Epidemiologi**

Masalah kesehatan dapat disebabkan oleh berbagai sebab, oleh karena itu secara operasional masalah-masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri, diperlukan tata laksana terintegrasi dan komprehensif dengan kerja sama yang harmonis antar sektor dan antar program, sehingga perlu dikembangkan subsistem surveilans epidemiologi kesehatan yang terdiri dari:

1. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit menular.

2. Surveilans Epidemiologi Penyakit tidak Menular

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit tidak menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit menular.



### 3. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit dan faktor risiko untuk mendukung program penyehatan lingkungan.

### 4. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor risiko untuk mendukung program-program kesehatan tertentu.

### 5. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor risiko untuk mendukung program kesehatan matra.

## E. Jenis Surveilans

### 1. Surveilans Individu

Surveilans individu (*individual surveillance*) mendeteksi dan memonitor individu-individu yang mengalami kontak dengan penyakit serius, misalnya pes, cacar, tuberkulosis, tifus, demam kuning, sifilis. Surveilans individu memungkinkan dilakukannya isolasi institusional segera terhadap kontak, sehingga penyakit yang dicurigai dapat dikendalikan.

Sebagai contoh, karantina merupakan isolasi institusional yang membatasi gerak dan aktivitas orang-orang atau binatang yang sehat tetapi telah terpapar oleh suatu kasus penyakit menular selama periode menular. Tujuan karantina adalah mencegah transmisi penyakit selama masa inkubasi seandainya terjadi infeksi (Last,

2001). Isolasi institusional pernah digunakan kembali ketika timbul AIDS 1980an dan SARS. Dikenal dua jenis karantina: (1) Karantina total; (2) Karantina parsial.

**Karantina total** membatasi kebebasan gerak semua orang yang terpapar penyakit menular selama masa inkubasi, untuk mencegah kontak dengan orang yang tak terpapar.

**Karantina parsial** membatasi kebebasan gerak kontak secara selektif, berdasarkan perbedaan tingkat kerawanan dan tingkat bahaya transmisi penyakit.

Contoh: anak sekolah diliburkan untuk mencegah penularan penyakit campak, sedang orang dewasa diperkenankan terus bekerja. Satuan tentara yang ditugaskan pada pos tertentu dicutikan, sedang di pospos lainnya tetap bekerja. Dewasa ini karantina diterapkan secara terbatas, sehubungan dengan masalah legal, politis, etika, moral, dan filosofi tentang legitimasi, akseptabilitas, dan efektivitas langkah-langkah pembatasan tersebut untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat (Bensimon & Upshur, 2007).

## 2. Surveilans Penyakit

Surveilans penyakit (*disease surveillance*) melakukan pengawasan terus-menerus terhadap distribusi dan kecenderungan insidensi penyakit, melalui pengumpulan sistematis, konsolidasi, evaluasi terhadap laporan penyakit dan kematian, serta data relevan lainnya. Jadi fokus perhatian surveilans penyakit adalah penyakit, bukan individu. Pendekatan surveilans penyakit biasanya didukung melalui program vertikal (pusat-daerah). Contoh: program surveilans uberkulosis, malaria, demam berdarah, campak, difteri, AFP, polio, dll.

### 3. Surveilans Sindromik

*Syndromic surveillance (multiple disease surveillance)* melakukan pengawasan terus-menerus terhadap sindroma (kumpulan gejala) penyakit, bukan masing-masing penyakit. Surveilans sindromik mengandalkan deteksi indikator-indikator kesehatan individual maupun populasi yang bisa diamati sebelum konfirmasi diagnosis.

Surveilans sindromik mengamati indikator-indikator individu sakit, seperti pola perilaku, gejala-gejala, tanda, atau temuan laboratorium, yang dapat ditelusuri dari aneka sumber, sebelum diperoleh konfirmasi laboratorium tentang suatu penyakit.

Surveilans sindromik dapat dikembangkan pada level lokal, regional, maupun nasional. Sebagai contoh, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* menerapkan kegiatan surveilans sindromik berskala nasional terhadap penyakit-penyakit yang mirip influenza (*flu-like illnesses*) berdasarkan laporan berkala praktik dokter di AS. Dalam surveilans tersebut, para dokter yang berpartisipasi melakukan skrining pasien berdasarkan definisi kasus sederhana (demam dan batuk) atau sakit tenggorok dan membuat laporan mingguan tentang jumlah kasus, jumlah kunjungan menurut kelompok umur dan jenis kelamin, dan jumlah total kasus yang teramati. Surveilans tersebut berguna untuk memonitor aneka penyakit yang menyerupai influenza, termasuk flu burung, dan antraks, sehingga dapat memberikan peringatan dini dan dapat digunakan sebagai instrumen untuk memonitor krisis yang tengah berlangsung.

Suatu sistem yang mengandalkan laporan semua kasus penyakit tertentu dari fasilitas kesehatan, laboratorium, atau

anggota komunitas, pada lokasi tertentu disebut surveilans sentinel. Pelaporan sampel melalui sistem surveilans sentinel merupakan cara yang baik untuk memonitor masalah kesehatan dengan menggunakan sumber daya yang terbatas (DCP2, 2008; Erme dan Quade, 2010).

#### 4. Surveilans Berbasis Laboratorium

Surveilans berbasis laboratorium digunakan untuk mendeteksi dan memonitor penyakit infeksi. Sebagai contoh, pada penyakit yang ditularkan melalui makanan seperti salmonellosis, penggunaan sebuah laboratorium sentral untuk mendeteksi strain bakteri tertentu memungkinkan deteksi *outbreak* penyakit dengan lebih segera dan lengkap daripada sistem yang mengandalkan pelaporan sindroma dari klinik-klinik (DCP2, 2008).

#### 5. Surveilans Terpadu

Surveilans terpadu (*integrated surveillance*) menata dan memadukan semua kegiatan surveilans di suatu wilayah yurisdiksi (negara/provinsi/kabupaten/kota) sebagai sebuah pelayanan publik bersama. Surveilans terpadu menggunakan struktur, proses, dan personalia yang sama, melakukan fungsi mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk tujuan pengendalian penyakit. Kendatipun pendekatan surveilans terpadu tetap memperhatikan perbedaan kebutuhan data khusus penyakit-penyakit tertentu.

Karakteristik pendekatan surveilans terpadu menurut WHO (2002):

- a. Memandang surveilans sebagai pelayanan bersama (*common services*)

- b. Menggunakan pendekatan solusi majemuk
  - c. Menggunakan pendekatan fungsional, bukan struktural
  - d. Melakukan sinergi antara fungsi inti surveilans (yakni, pengumpulan, pelaporan, analisis data, tanggapan) dan fungsi pendukung surveilans (yakni, pelatihan dan supervisi, penguatan laboratorium, komunikasi, manajemen sumber daya)
  - e. Mendekatkan fungsi surveilans dengan pengendalian penyakit. Meskipun menggunakan pendekatan terpadu, surveilans terpadu tetap memandang penyakit yang berbeda memiliki kebutuhan surveilans yang berbeda.
6. Surveilans Kesehatan Masyarakat Global

Perdagangan dan perjalanan internasional di abad modern, migrasi manusia dan binatang serta organisme, memudahkan transmisi penyakit infeksi lintas negara. Konsekuensinya, masalah-masalah yang dihadapi negara-negara berkembang dan negara maju di dunia makin serupa dan bergayut. Timbulnya epidemi global (pandemi) khususnya menuntut dikembangkannya jejaring yang terpadu di seluruh dunia, yang menyatukan para praktisi kesehatan, peneliti, pemerintah, dan organisasi internasional untuk memperhatikan kebutuhan-kebutuhan surveilans yang melintasi batas-batas negara.

Ancaman aneka penyakit menular merebak pada skala global, baik penyakit-penyakit lama yang muncul kembali (*re-emerging diseases*), maupun penyakit-penyakit yang baru muncul (*newemerging diseases*), seperti HIV/AIDS, flu burung, dan SARS. Agenda surveilans global yang komprehensif melibatkan aktor-aktor baru, termasuk pemangku kepentingan pertahanan keamanan dan ekonomi.

## F. Pendekatan Surveilans

Pendekatan surveilans dapat dibagi menjadi dua jenis:

### 1. Surveilans Pasif

Surveilans pasif memantau penyakit secara pasif, dengan menggunakan data penyakit yang harus dilaporkan (*reportable diseases*) yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan.

**Kelebihan** surveilans pasif, relatif murah dan mudah untuk dilakukan. Negara-negara anggota WHO diwajibkan melaporkan sejumlah penyakit infeksi yang harus dilaporkan, sehingga dengan surveilans pasif dapat dilakukan analisis perbandingan penyakit internasional. **Kekurangan** surveilans pasif adalah kurang sensitif dalam mendeteksi kecenderungan penyakit.

Data yang dihasilkan cenderung *under-reported*, karena tidak semua kasus datang ke fasilitas pelayanan kesehatan formal. Selain itu, tingkat pelaporan dan kelengkapan laporan biasanya rendah, karena waktu petugas terbagi dengan tanggung jawab utama memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan masing-masing. Untuk mengatasi problem tersebut, instrumen pelaporan perlu dibuat sederhana dan ringkas.

### 2. Surveilans Aktif

Surveilans aktif menggunakan petugas khusus surveilans untuk kunjungan berkala kelapangan, desa-desa, tempat praktik pribadi dokter dan tenaga medis lainnya, puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan tujuan mengidentifikasi kasus baru penyakit atau kematian,

disebut penemuan kasus (*case finding*), dan konfirmasi laporan kasus indeks.

**Kelebihan** surveilans aktif, lebih akurat daripada surveilans pasif, sebab dilakukan oleh petugas yang memang dipekerjakan untuk menjalankan tanggung jawab itu. Selain itu, surveilans aktif dapat mengidentifikasi *outbreak* lokal. **Kekurangan** surveilans aktif, lebih mahal dan lebih sulit untuk dilakukan daripada surveilans pasif.

Sistem surveilans dapat diperluas pada level komunitas, disebut *community surveillance*. Dalam *community surveillance*, informasi dikumpulkan langsung dari komunitas oleh kader kesehatan, sehingga memerlukan pelatihan diagnosis kasus bagi kader kesehatan. Definisi kasus yang sensitif dapat membantu para kader kesehatan mengenali dan merujuk kasus mungkin (*probable cases*) ke fasilitas kesehatan tingkat pertama. Petugas kesehatan di tingkat lebih tinggi dilatih menggunakan definisi kasus lebih spesifik, yang memerlukan konfirmasi laboratorium. *Community surveillance* mengurangi kemungkinan negatif palsu.

## G. Surveilans Efektif

Karakteristik surveilans yang efektif: cepat, akurat, reliabel, representatif, sederhana, fleksibel, akseptabel.

**Kecepatan.** Informasi yang diperoleh dengan cepat (*rapid*) dan tepat waktu (*timely*) memungkinkan tindakan segera untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi. Investigasi lanjut hanya dilakukan jika diperlukan informasi tertentu dengan lebih mendalam.

Kecepatan surveilans dapat ditingkatkan melalui sejumlah cara, yaitu:

1. Melakukan analisis sedekat mungkin dengan pelapor data primer, untuk mengurangi “lag” (beda waktu) yang terlalu panjang antara laporan dan tanggapan;
2. Melembagakan pelaporan wajib untuk sejumlah penyakit tertentu (*notifiable diseases*);
3. Mengikutsertakan sektor swasta melalui peraturan perundangan;
4. Melakukan fasilitasi agar keputusan diambil dengan cepat menggunakan hasil surveilans;
5. Mengimplementasikan sistem umpan balik tunggal, teratur, dua-arah dan segera.

**Akurasi.** Surveilans yang efektif memiliki sensitivitas tinggi, yakni sekecil mungkin terjadi hasil negative palsu. Aspek akurasi lainnya adalah spesifisitas, yakni sejauh mana terjadi hasil positif palsu. Pada umumnya laporan kasus dari masyarakat awam menghasilkan “false alarm” (peringatan palsu) Karena itu sistem surveilans perlu mengecek kebenaran laporan awam ke lapangan, untuk mengkonfirmasi apakah memang tengah terjadi peningkatan kasus/*outbreak*.

Akurasi surveilans dipengaruhi beberapa faktor:

1. Kemampuan petugas;
2. Infrastruktur laboratorium.

Surveilans membutuhkan pelatihan petugas. Contoh, para ahli madya epidemiologi perlu dilatih tentang dasar laboratorium, sedang teknisi laboratorium dilatih tentang prinsip epidemiologi, sehingga kedua pihak memahami kebutuhan surveilans. Surveilans memerlukan peralatan



laboratorium standar di setiap tingkat operasi untuk meningkatkan kemampuan konfirmasi kasus.

**Standar, seragam, reliabel, kontinu.** Definisi kasus, alat ukur, maupun prosedur yang standar penting dalam sistem surveilans agar diperoleh informasi yang konsisten. Sistem surveilans yang efektif mengukur secara kontinu sepanjang waktu, bukannya intermiten atau sporadis, tentang insidensi kasus penyakit untuk mendeteksi kecenderungan. Pelaporan rutin data penyakit yang harus dilaporkan (*reportable diseases*) dilakukan seminggu sekali.

**Representatif dan lengkap.** Sistem surveilans diharapkan memonitor situasi yang sesungguhnya terjadi pada populasi. Konsekuensinya, data yang dikumpulkan perlu representatif dan lengkap keterwakilan, cakupan, dan kelengkapan data surveilans dapat menemui kendala jika penggunaan kapasitas tenaga petugas telah melampaui batas, khususnya ketika waktu petugas surveilans terbagi antara tugas surveilans dan tugas pemberian pelayanan kesehatan lainnya.

**Sederhana, fleksibel, dan akseptabel.** Sistem surveilans yang efektif perlu sederhana dan praktis, baik dalam organisasi, struktur, maupun operasi. Data yang dikumpulkan harus relevan dan terfokus format pelaporan fleksibel, bagian yang sudah tidak berguna dibuang. Sistem surveilans yang buruk biasanya terjebak untuk menambah sasaran baru tanpa membuang sasaran lama yang sudah tidak berguna, dengan akibat membebani pengumpul data. Sistem surveilans harus dapat diterima oleh petugas surveilans, sumber data, otoritas terkait surveilans, maupun pemangku surveilans lainnya. Untuk memelihara komitmen perlu pembaruan kesepakatan para pemangku secara berkala pada setiap level operasi.

**Penggunaan (*uptake*).** Manfaat sistem surveilans ditentukan oleh sejauh mana informasi surveilans digunakan oleh pembuat kebijakan, pengambil keputusan, maupun pemangku surveilans pada berbagai level. Rendahnya penggunaan data surveilans merupakan masalah di banyak Negara berkembang dan beberapa negara maju. Salah satu cara mengatasi problem ini adalah membangun network dan komunikasi yang baik antara peneliti, pembuat kebijakan, dan pengambil keputusan.

## H. Mekanisme Kerja

Kegiatan surveilans epidemiologi kesehatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan secara terus-menerus dan sistematis dengan mekanisme kerja sebagai berikut:

1. Pengumpulan data (identifikasi kasus dan masalah kesehatan serta informasi terkait lainnya)

Data yang dikumpulkan adalah data epidemiologi yang jelas, tepat, dan ada hubungannya dengan penyakit yang bersangkutan.

Tujuan pengumpulan data adalah:

- a. Menentukan kelompok/golongan populasi yang mempunyai risiko terbesar terserang penyakit (umur, jenis kelamin, bangsa, pekerjaan, dan lain-lain).
- b. Menentukan jenis dari *agent* (penyebab) penyakit dan karakteristiknya.
- c. Menentukan reservoir dari infeksi.
- d. Memastikan keadaan-keadaan yang menyebabkan dapat berlangsungnya transmisi penyakit.
- e. Mencatat kejadian penyakit secara keseluruhan.

f. Penyelidikan letusan-letusan wabah, bertujuan untuk memastikan sifat dasar wabah, sumber wabah, cara penularan, dan area penyebaran/menjalarnya wabah.

2. Perekaman, pelaporan, dan pengolahan data

Data yang dikumpulkan segera diolah menurut tujuan surveilans.

3. Analisis dan interpretasi data

Setelah data diolah, dikompilasi, selanjutnya dilakukan analisis dan interpretasi data. Berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, dapat dibuat tanggapan-tanggapan, saran-saran untuk menentukan tindakan dalam menanggulangi masalah yang ada berdasarkan prioritas.

4. Studi epidemiologi

Studi epidemiologi dilakukan terhadap masalah yang menjadi prioritas.

5. Penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkannya

Penyebaran informasi dapat dilakukan kepada atasan sebagai informasi lebih lanjut dan dapat dikirimkan umpan balik kepada unit kesehatan yang memberikan laporan kepadanya.

6. Membuat rekomendasi dan alternatif tindak lanjut

Rekomendasi dan alternatif tindak lanjut disusun untuk menanggulangi masalah yang ada.

7. Umpan balik

Surveilans merupakan kegiatan yang berjalan terus menerus, maka umpan balik kepada sumber-sumber

(pelapor) mengenai arti data dan kegunaannya setelah diolah merupakan tindakan yang penting.

## **I. Indikator Keberhasilan Surveilans Berbasis Masyarakat**

Guna mengukur keberhasilan pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat di Desa Siaga, maka hal-hal berikut dapat dipakai sebagai indikator:

### **1. Input (Masukan)**

Keberhasilan/kesiapan pada fase ini ditandai dengan ketersediaan:

- a. Sumber Daya Manusia (SDM): Masyarakat tahu, mau dan mampu menjadi bagian tak terpisahkan dari operasionalisasi surveilans berbasis masyarakat.
- b. Sarana-Prasarana: alat komunikasi yang telah lazim dipakai oleh masyarakat dapat digerakkan dalam upaya mendukung penggerakan surveilans berbasis masyarakat.

### **2. Proses**

Keberhasilan pada fase proses dapat ditandai dengan berlangsungnya:

- a. Terlaporkannya masalah kesehatan di Desa. Salah satunya, terselenggaranya forum rutin masyarakat desa yang membahas perihal kesehatan di Desa.
- b. Terdapatnya pemetaan kasus-kasus penyakit menular dan faktor risikonya di Poskesdes/desa siaga.
- c. Tertanganinya masalah kesehatan dengan respons cepat (*waktu/time*), dengan melakukan penanganan awal (*initial act*) terhadap faktor risiko dan masalah-masalah yang terjadi.

### 3. Keluaran/Output

Keberhasilan pada fase ini dapat ditandai dengan berlangsungnya:

- a. Terbentuknya petugas surveilans epidemiologi.
- b. Akurasi data penyakit dan faktor risikonya.
- c. Peningkatan pemahaman masyarakat.

### RINGKASAN

1. Surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus menerus dan sistematis yang kemudian didiseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan.
2. Surveilans bertujuan memberikan informasi tepat waktu tentang masalah kesehatan populasi, sehingga penyakit dan faktor risiko dapat dideteksi dini dan dapat dilakukan responss pelayanan kesehatan dengan lebih efektif.
3. Jenis surveilans terdiri dari; 1) Surveilans individu; 2) Surveilans penyakit; 3) Surveilans sindromik; 4) Surveilans Berbasis Laboratorium; 5) Surveilans terpadu; 6) Surveilans kesehatan masyarakat global.
4. Pendekatan surveilans ada dua: 1) Surveilans pasif, yaitu memantau penyakit secara pasif; 2) Surveilans aktif, surveilans dengan kunjungan berkala kelapangan, desa-desa, tenaga medis, puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan tujuan mengidentifikasi kasus baru penyakit atau kematian.
5. Karakteristik surveilans yang efektif: cepat, akurat, reliabel, representatif, sederhana, fleksibel, akseptabel.
6. Kegiatan surveilans epidemiologi kesehatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan secara terus-menerus dan sistematis dengan mekanisme kerja: Pengumpulan data

(identifikasi kasus dan masalah kesehatan serta informasi terkait lainnya), data yang dikumpulkan adalah data epidemiologi yang jelas, tepat, dan ada hubungannya dengan penyakit yang bersangkutan, selanjutnya perekaman, pelaporan, dan pengolahan data, Analisis dan interpretasi data, studi epidemiologi, penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkannya, dan Umpan Balik.

7. Surveilans merupakan kegiatan yang berjalan terus menerus, maka umpan balik kepada sumber-sumber (pelapor) mengenai arti data dan kegunaannya setelah diolah merupakan tindakan yang penting.
8. Mengukur keberhasilan pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat di Desa Siaga, maka hal-hal dapat dipakai sebagai indikator adalah: Input (SDM, sarana dan prasarana), Proses (terlaporkan dan tertanganinya masalah kesehatan di Desa) dan Output (Terbentuknya: Petugas surveilans epidemiologi, Akurasi data penyakit dan faktor risikonya dan Peningkatan pemahaman masyarakat).

### **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Proses pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk diambil tindakan, merupakan pengertian dari ...
  - a. Definisi surveilans
  - b. Tujuan surveilans
  - c. Kegunaan surveilans
  - d. Ruang lingkup surveilans
  - e. Jenis surveilans

2. Berikut yang bukan merupakan tujuan dari surveilans adalah ...
  - a. Memonitor kecenderungan (*trends*) penyakit
  - b. Mendeteksi perubahan mendadak insidensi penyakit
  - c. Menaksir besarnya beban penyakit (*disease burden*) pada populasi
  - d. Menentukan kebutuhan kesehatan tambahan
  - e. Mengevaluasi cakupan dan efektivitas program kesehatan
3. Berikut yang bukan merupakan kegunaan dari surveilans epidemiologi adalah ...
  - a. Mengetahui gambaran topografi suatu wilayah
  - b. Menetapkan prioritas masalah kesehatan
  - c. Mengetahui cakupan pelayanan
  - d. Untuk kewaspadaan dini terjadinya KLB
  - e. Untuk memantau dan menilai program
4. Melakukan pengawasan terus-menerus terhadap distribusi dan kecenderungan insidensi penyakit, melalui pengumpulan sistematis, konsolidasi, evaluasi terhadap laporan penyakit dan kematian, serta data relevan lainnya, merupakan jenis surveilans ...
  - a. Surveilans individu
  - b. Surveilans penyakit
  - c. Surveilans sindromik
  - d. Surveilans berbasis laboratorium
  - e. Surveilans terpadu
5. Berikut merupakan mekanisme kerja surveilans epidemiologi kesehatan ...

- a. Pengumpulan data - pengolahan data - studi epidemiologi - interpretasi data - rekomendasi tindak lanjut - umpan balik
- b. Pengumpulan data - pengolahan data - studi epidemiologi - interpretasi data - umpan balik - rekomendasi tindak lanjut
- c. Pengumpulan data - pengolahan data - interpretasi data - studi epidemiologi - rekomendasi tindak lanjut - umpan balik
- d. Pengumpulan data - pengolahan data - interpretasi data - studi epidemiologi - umpan balik - rekomendasi tindak lanjut
- e. Pengumpulan data - pengolahan data - interpretasi data - rekomendasi tindak lanjut - umpan balik - studi epidemiologi

### KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. A
4. B
5. C

### DAFTAR PUSTAKA

- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rahmawati, Sylvina. 2022. *Pelayanan Asuhan Komunitas dalam Praktik Kebidanan*. Malang: Penerbit Rena Cipta Mandiri.



Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

Syatriani, Sri, dkk. 2023. *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Makassar: Rizmedia Pustaka Indonesia.

~oOo~

Copyright © 2024  
PENERBIT NEM

## **Bab 7**

# **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

### **A. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat**

Ahli promosi kesehatan Notoatmodjo (2007) menjelaskan pengertian pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri.

Ahli lain Tri Krianto (2005) menyatakan pemberdayaan merupakan upaya meningkatkan kemampuan kelompok sasaran sehingga kelompok sasaran mampu mengambil tindakan tepat atas berbagai permasalahan yang dialami.

Dari kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan masyarakat adalah membantu individu dan kelompok memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan.

### **B. Tujuan Pemberdayaan**

Tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah:

Pertama tumbuhnya kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. Kesadaran dan pengetahuan merupakan tahap awal

timbulnya kemampuan individu karena kemampuan merupakan hasil proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar yang di perolehnya dari informasi kesehatan yang hasilnya adalah pengetahuan kesehatan.

Kedua timbulnya kemauan atau kehendak sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Kemauan ini kemungkinan dapat dilanjutkan ke tindakan tetapi mungkin juga tidak. Berlanjut atau tidaknya kemauan sangat tergantung dari berbagai faktor terutama faktor sarana dan prasarana. Sebagai contoh sebuah keluarga sudah mempunyai kemauan untuk membuat jamban atau tempat pembuangan tinja di rumahnya, agar kemauan tersebut terwujud maka diperlukan uang atau tersedianya bahan-bahan untuk membangun jamban tersebut.

Ketiga timbulnya kemampuan masyarakat di bidang kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok untuk mewujudkan kemauan perilaku sehat. Setelah individu atau kelompok mendapat pengetahuan, adanya kemauan dan sudah bisa mencukupi sarana dan prasarana berarti individu atau kelompok telah mampu mewujudkan kemampuan perilaku sehat dan hidup sehat secara mandiri.

### **C. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat pada prinsipnya menumbuhkan kemampuan masyarakat dari, oleh dan untuk masyarakat itu sendiri dan merupakan suatu proses memungkinkan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan atau dicangkokkan dari luar masyarakat yang bersangkutan, untuk

tercapainya tujuan pemberdayaan anda harus mengetahui apa prinsip dari pemberdayaan itu sendiri.

Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat menurut Notoatmodjo, khususnya di bidang kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Menumbuhkan Potensi Masyarakat

Potensi adalah suatu kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam. Baik individu, kelompok, maupun masyarakat mempunyai potensi yang berbeda satu dengan lainnya. Di dalam masyarakat terdapat berbagai potensi, yang pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni potensi sumber daya manusia (penduduknya), dan potensi dalam bentuk sumber daya alam, atau kondisi geografi masyarakat setempat.

Potensi sumber daya manusia maupun sumber daya alam, antara kelompok masyarakat yang satu dengan yang lainnya berbeda-beda. Kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola sumber daya alam yang tersedia akhirnya menghasilkan sumber daya ekonomi.

Potensi sumber daya manusia selanjutnya dapat diuraikan dalam bentuk kuantitas, yakni jumlah penduduknya, dan dalam bentuk kualitas, yakni status atau kondisi sosial ekonomi penduduk tersebut. Proporsi penduduk yang kaya dan miskin, proporsi penduduk yang berpendidikan tinggi dan rendah mencerminkan kualitas sumber daya manusia atau masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu, tinggi rendahnya potensi sumber daya manusia di suatu komunitas lebih ditentukan oleh kualitas, bukan kuantitas sumber daya.

Potensi sumber daya alam yang ada di suatu masyarakat adalah sudah given. Tuhan telah menganugerahkan potensi sumber daya alam di masing-masing komunitas berbeda, ada komunitas yang berlimpah sumber air, tanah yang subur, dan sebagainya.

## 2. Mengembangkan Gotong-Royong Masyarakat

Seberapa besar pun potensi masyarakat, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya, manusia, tidak akan tumbuh dan berkembang dari dalam tanpa adanya gotong royong di antara anggota masyarakat itu sendiri. Gotong royong sebagai budaya asli bangsa Indonesia sudah tumbuh sejak berabad-abad yang lalu. Peran petugas atau provider dalam rangka gotong-royong masyarakat ini adalah memotivasi dan memfasilitasinya, agar gotong-royong tersebut terjadi di masyarakat. Agar gotong-royong tersebut tumbuh dari masyarakat sendiri maka pendekatan harus dilakukan melalui para tokoh masyarakat. Para tokoh masyarakat setempat sebagai penggerak gotong-royong perlu diberikan kemampuan agar dapat memotivasi masyarakat untuk berpartisipasi dan berkontribusi terhadap kegiatan yang direncanakan bersama.

## 3. Menggali Kontribusi Masyarakat

Bentuk kontribusi masing-masing anggota masyarakat berbeda satu dengan yang lain, baik besarnya maupun bentuknya. Kontribusi masyarakat adalah merupakan bentuk partisipasi masyarakat antara lain: dalam bentuk tenaga, pemikiran atau ide-ide, dana, bahan-bahan bangunan, dan sebagainya. Seorang petugas atau provider kesehatan bersama-sama dengan tokoh

masyarakat setempat harus mampu menggali kontribusi sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

#### 4. Menjalin Kemitraan

Menjalin kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama. Masyarakat yang mandiri adalah merupakan perwujudan dari kemitraan di antara anggota masyarakat itu sendiri atau masyarakat dengan pihak-pihak di luar masyarakat yang bersangkutan, baik pemerintah maupun swasta.

Petugas atau provider kesehatan memotivasi, memfasilitasi masyarakat untuk menjalin kemitraan dengan pihak-pihak yang lain. Misalnya apabila masyarakat ingin membangun jembatan untuk memudahkan akses ke pelayanan kesehatan, maka pihak provider dapat memfasilitasi advokasi kepada sektor pembangunan, seperti pemerintah daerah atau dinas pekerjaan umum setempat.

#### 5. Desentralisasi

Upaya pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya memberikan kesempatan kepada masyarakat lokal untuk mengembangkan potensi daerah atau wilayahnya. Oleh sebab itu, segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional yakni masyarakat setempat, sesuai dengan kultur masing-masing komunitas. Dalam pemberdayaan masyarakat, peranan sistem di atasnya adalah sebagai fasilitator dan motivator. Masyarakat bebas melakukan kegiatan atau program-program inovatif, tanpa adanya arahan atau instruksi dari atas.

Dari uraian tentang prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat di atas, dapat disimpulkan bahwa petugas atau provider kesehatan dalam memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan adalah bekerja sama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work for the community*).

#### **D. Ciri-ciri Pemberdayaan Masyarakat**

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan noninstruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan, ciri-ciri pemberdayaan masyarakat adalah Anda harus dapat memanfaatkan:

##### **1. Tokoh atau Pemimpin Masyarakat (*Community Leaders*)**

Melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat bersifat formal seperti Camat, Lurah, Ketua RW/RT dan Informal seperti Ustad, kepala adat dan lain-lain. Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau provider kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat. Seperti telah kita ketahui bersama bahwa masyarakat kita masih *paternalistic* atau masih berpola (menganut) kepada seseorang atau “sosok” tertentu di masyarakatnya, yakni tokoh masyarakat.

Apa pun yang dilakukan oleh pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh bawahan atau masyarakat. Sebagai petugas atau provider kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

## 2. Organisasi Masyarakat (*Community Organization*)

Pendekatan kepada karang taruna, majelis taklim, kelompok pengajian, koperasi dan sebagainya. Organisasi-organisasi masyarakat ini merupakan potensi yang harus dimanfaatkan dan merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Pengalaman telah membuktikan bahwa posyandu dan polindes yang juga telah menjadi organisasi masyarakat, merupakan wujud kerja sama dan kemitraan antara puskesmas, pemerintahan setempat, PKK, dan sebagainya.

## 3. Pendanaan Masyarakat (*Community Fund*)

Pembentukan dana sehat, Tabungan ibu bersalin, tabungan suami sayang ibu dan anak-anak dan lainnya merupakan pendanaan berbasis masyarakat, maka dana sehat yang telah tumbuh dari bawah ini justru makin hilang dari masyarakat dikarenakan adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang merupakan sebuah program dari pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan. Sebenarnya baik dana sehat, maupun JPKM mempunyai prinsip yang sama yakni “yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin”.

Di samping dana sehat atau JPKM, pada saat ini di berbagai daerah yang difasilitasi oleh LSM yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan telah dikembangkan berbagai bentuk *community fund* antara lain Tabulin (tabungan ibu bersalin), dan Tassia (tabungan suami sayang ibu dan anak). Baik Tabulin maupun Tassia adalah bentuk *community fund* tumbuh dari masyarakat, peranan provider atau petugas adalah sebatas memfasilitasi. Dana sehat atau JPKM, Tabulin dan Tassia adalah contoh-contoh



potensi masyarakat dalam sebagai perwujudan *community fund* yang perlu dijaga kelestariannya dan dikembangkan.

#### **4. Material Masyarakat (*Community Material*)**

Memanfaatkan sumber daya alam seperti batu, bambu dan sumber air bersih. Seperti yang kita ketahui, sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah atau tempat mempunyai sumber daya alam yang berbeda, yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.

#### **5. Pengetahuan Masyarakat (*Community Knowledge*)**

Mengadakan penyuluhan masyarakat yang bernuansa pemberdayaan masyarakat, membuat poster tentang pesan kesehatan. Semua bentuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat adalah bentuk penyuluhan kesehatan pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat (*Community Knowledge*). Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan *community based health education*.

#### **6. Teknologi Masyarakat (*Community Technology*)**

Membuat penyaringan air bersih dengan memanfaatkan bahan alam, pengawetan makanan dengan pengasapan dan yang lainnya.

### **E. Langkah-langkah Pemberdayaan Masyarakat**

Setelah Anda mengetahui ciri-ciri pemberdayaan masyarakat Anda dapat melaksanakan kegiatan dengan langkah-langkah dilihat dari dua sudut pandang yaitu sebagai suatu proses dan sebagai hasil, dengan demikian

pemberdayaan masyarakat mempunyai spektrum yang luas, untuk itu maka pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan dengan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

**Langkah pertama** adalah merancang keseluruhan program, termasuk di dalamnya kerangka waktu kegiatan, ukuran program serta memberikan perhatian kepada kelompok masyarakat yang terpinggirkan. Perancangan program dilakukan menggunakan pendekatan partisipatoris, di mana antara agen perubahan (pemerintah dan LSM) dan masyarakat bersama-sama menyusun perencanaan.

Perencanaan partisipatoris (*Participatory Palnning*) ini dapat mengurangi terjadinya konflik yang mungkin muncul antara dua pihak tersebut selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi. Sering terjadi apabila suatu kegiatan berhasil, banyak pihak bahkan termasuk yang tidak berpartisipasi, berebut saling klaim tentang peran diri maupun kelompoknya. Sebaliknya jika program tidak berhasil, individu maupun kelompok bahkan yang sebenarnya juga berkontribusi atas kegagalan tersebut, saling menyalahkan. Pemberdayaan adalah proses yang bertahap memanfaatkan perubahan sosial, ekonomi dan politik untuk meningkatkan kualitas hidup seluruh anggota masyarakat. Dengan demikian, pemberdayaan membutuhkan waktu yang lebih lama dari pada upaya promosi kesehatan. Untuk masyarakat yang sudah mapan, pemberdayaan membutuhkan waktu yang lebih singkat dari pada masyarakat yang belum mapan.

**Langkah kedua** Anda menetapkan Tujuan. Tujuan biasanya dikembangkan pada tahap perencanaan dan biasanya berpusat pada mencegah penyakit, mengurangi kesakitan dan kematian dan manajemen gaya hidup melalui upaya

perubahan perilaku yang secara spesifik berkaitan dengan kesehatan. Adapun tujuan pemberdayaan biasanya berpusat pada bagaimana masyarakat dapat mengontrol keputusannya yang berpengaruh pada kesehatan dan kehidupan masyarakat.

Setelah Anda menentukan tujuan langkah selanjutnya adalah menentukan strategi pemberdayaan. Strategi pemberdayaan meliputi: pendidikan masyarakat, fasilitas kegiatan yang berasal dari masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai prasyarat pokok tumbuhnya tanggung jawab sebagai anggota masyarakat (*community responsibility*), fasilitas upaya mengembangkan jejaring antar masyarakat, serta advokasi kepada pengambil keputusan (*decision maker*). Petugas dapat memilih strategi yang tepat sesuai kasus yang ada.

**Langkah ketiga** adalah Implementasi strategi dan manajemen. Implementasi strategi serta manajemen program pemberdayaan dilakukan dengan cara, meningkatkan peran serta pemercaya (*stakeholder*), menumbuhkan kemauan pengenalan masalah dan mengembangkan kepemimpinan lokal, membangun keberdayaan struktur organisasi. Meningkatkan mobilisasi sumber daya. Memperkuat kemampuan *stakeholder* untuk “bertanya mengapa?”, meningkatkan *control stakeholder* atas manajemen program, membuat hubungan yang sepadan dengan pihak luar.

Setelah melaksanakan kegiatan langkah selanjutnya adalah monitoring dan evaluasi program. Pemberdayaan masyarakat dapat berlangsung lambat dan lama, bahkan boleh dikatakan tidak pernah berhenti dengan sempurna. Sering terjadi, hal-hal tertentu yang menjadi bagian dari pemberdayaan baru tercapai beberapa tahun sesudah kegiatan selesai. Oleh karenanya akan lebih tepat jika evaluasi diarahkan

pada proses pemberdayaan dari pada hasilnya. Hal-hal yang dapat dievaluasi dalam pemberdayaan, diantaranya:

1. Jumlah anggota masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan.
2. Jumlah kegiatan yang bersifat pendekatan dari bawah (*bottom up*).
3. Jumlah pelaku kegiatan yang merasa melakukan belajar sambil bekerja (*learning by doing*).

#### **F. Strategi Pemberdayaan Masyarakat**

Dalam beberapa situasi, strategi pemberdayaan dapat saja dilakukan secara individual, meskipun pada gilirannya strategi ini pun tetap berkaitan dengan kolektivitas, dalam arti mengkaitkan klien dengan sumber atau sistem lain di luar dirinya. Dalam konteks pekerjaan sosial, pemberdayaan dapat dilakukan melalui tiga aras atau matra pemberdayaan (*empowerment setting*), yaitu:

##### **1. Aras Mikro**

Pemberdayaan dilakukan terhadap klien secara individu melalui bimbingan, konseling, *stress management*, *crisis intervention*. Tujuan utamanya adalah membimbing atau melatih klien dalam menjalankan tugas-tugas kehidupannya. Model ini sering disebut sebagai pendekatan yang berpusat pada tugas (*task centered approach*).

##### **2. Aras Mezzo**

Pemberdayaan dilakukan terhadap sekelompok klien. Pemberdayaan dilakukan dengan menggunakan kelompok sebagai media intervensi. Pendidikan dan pelatihan, dinamika kelompok biasanya digunakan sebagai strategi

dalam meningkatkan kesadaran, pengetahuan, keterampilan, dan sikap-sikap klien agar memiliki kemampuan memecahkan permasalahan yang dihadapinya.

### 3. Aras Makro

Pendekatan ini disebut juga sebagai strategi sistem besar (*large system strategy*), karena sasaran perubahan diarahkan pada sistem lingkungan yang lebih luas. Perumusan kebijakan, perencanaan sosial, kampanye, aksi sosial, lobbying, pengorganisasian masyarakat, manajemen konflik, adalah beberapa strategi dalam pendekatan ini. Strategi sistem besar memandang klien sebagai orang yang memiliki kompetensi untuk memahami situasi-situasi mereka sendiri, dan untuk memilih serta menentukan strategi yang tepat untuk bertindak.

### G. Unsur Pendekatan dalam Pemberdayaan Masyarakat

Pelaksanaan proses dan pencapaian tujuan pemberdayaan dicapai melalui penerapan pendekatan pemberdayaan yang dapat disebut dengan 5 P. Menurut Suharto, yang dimaksud dengan 5 P adalah:

1. Kemungkinan, menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal. Pemberdayaan harus mampu membebaskan masyarakat dari sekat-sekat kultural dan struktural yang menghambat.
2. Penguatan, memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Pemberdayaan harus mampu menumbuhkembangkan segenap kemampuan dan

kepercayaan diri masyarakat yang menunjang kemandirian mereka.

3. Perlindungan, melindungi masyarakat terutama kelompok-kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang (apalagi tidak sehat) antara yang kuat dan lemah, dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah. Pemberdayaan harus diarahkan pada penghapusan segala jenis diskriminasi dan dominasi yang tidak menguntungkan rakyat kecil.
4. Penyokongan, melindungi masyarakat terutama kelompok-kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang (apalagi tidak sehat) antara yang kuat dan lemah, dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah. Pemberdayaan harus diarahkan pada penghapusan segala jenis diskriminasi dan dominasi yang tidak menguntungkan rakyat kecil.
5. Pemeliharaan, Memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi kekuasaan antara berbagai kelompok dalam masyarakat. Pemberdayaan harus mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan berusaha.

#### **H. Sasaran Pemberdayaan Masyarakat**

**Sasaran pemberdayaan masyarakat yang pertama** adalah, Individu yang terkena masalah maupun berisiko terkena masalah, baik di kota maupun di desa. Individu merupakan unit terkecil pembentukan masyarakat. Dalam ilmu sosial, individu berarti juga bagian terkecil dari kelompok

masyarakat yang tidak dapat dipisah lagi menjadi bagian yang lebih kecil. Pada dasarnya, setiap individu memiliki ciri-ciri yang berbeda. Individu yang saling bergabung akan membentuk kelompok atau masyarakat. Individu tersebut akan memiliki karakteristik yang sama dengan kelompok di mana dirinya bergabung.

**Sasaran kedua** adalah keluarga yang terkena masalah maupun berisiko terkena masalah, baik di kota maupun di desa. Duval dan Logan (1986): keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Bailon dan Maglaya (1978): keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

**Sasaran ketiga** adalah kelompok masyarakat, terutama masyarakat yang terkena masalah maupun berisiko terkena masalah, baik di kota maupun di desa. Homas (1950): kelompok adalah sejumlah individu berkomunikasi satu dengan yang lain dalam jangka waktu tertentu yang jumlahnya tidak terlalu banyak, sehingga tiap orang dapat berkomunikasi dengan semua anggota secara langsung. Merton menyatakan kelompok merupakan sekelompok orang yang saling berinteraksi sesuai dengan pola yang telah mapan, sedangkan kolektiva merupakan orang yang mempunyai rasa solidaritas karena berbagai nilai bersama dan yang telah memiliki rasa kewajiban moral untuk menjalankan harapan peran.

**Sasaran keempat** adalah Tokoh masyarakat. Seseorang yang berpengaruh dan ditokohkan oleh lingkungannya. Penokohan tersebut karena pengaruh posisi, kedudukan, kemampuan, dan kepiawaiannya. Segala tindakan dan ucapannya akan diikuti oleh masyarakat sekitarnya.

**Sasaran kelima adalah,** Organisasi Kemasyarakatan atau Ormas adalah organisasi yang dibentuk oleh anggota masyarakat (Warga Negara Republik Indonesia) secara sukarela atau atas dasar kesamaan kegiatan, profesi, fungsi, agama, dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, untuk berperan serta dalam pembangunan, dalam rangka mencapai tujuan nasional dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila. Organisasi Profesi merupakan organisasi yang anggotanya adalah para praktisi yang menetapkan diri mereka sebagai profesi dan bergabung bersama untuk melaksanakan fungsi-fungsi sosial yang tidak dapat mereka laksanakan dalam kapasitas mereka sebagai individu. Sasaran terakhir adalah, Lintas sektoral antara sektor-sektor yang ada di Pemerintahan.

## **I. Metode Pemberdayaan Masyarakat**

Metode yang sering dipakai dalam pemberdayaan masyarakat yaitu:

**Metode pertama** adalah pengorganisasian masyarakat, salah satu metode pemberdayaan bersifat komprehensif metode ini perlu dikembangkan di desa-desa/kelurahan-kelurahan secara bertahap. Pendekatan yang dilakukan adalah melalui pengembangan daerah-daerah percontohan sesuai dengan program kesehatan yang didukung (misalnya membentuk posyandu percontohan). Daerah percontohan ini selain dapat



digunakan sebagai alat untuk advokasi guna replikasinya ke desa-desa, kelurahan-kelurahan, juga dapat digunakan sebagai lahan kerja lapangan dalam pelatihan petugas.

**Metode kedua** adalah dengan pelatihan-pelatihan, dilaksanakan secara berselang-seling antara kegiatan di kelas dan kegiatan di lapangan (*interrupted training*). Dengan *interrupted training* sekaligus dapat diperoleh dua hasil, yaitu petugas-petugas yang terampil dan adanya daerah percontohan. Pelatihan semacam ini dapat diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap petugas-petugas promosi kesehatan di Puskesmas wilayah kerjanya, atau oleh Dinas Kesehatan Provinsi terhadap petugas-petugas promosi kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas di wilayah kerjanya. Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas berikut ini disajikan gambar pelaksanaan pemberdayaan masyarakat oleh kader dengan kegiatan posyandu untuk memantau kesehatan balita.

## **J. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat**

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masyarakat dapat menggunakan Indikator yang mengacu kepada pendekatan sistem manajemen yang diawali dari input, proses, output dan *outcome* untuk lebih jelasnya perhatikan uraian di bawah ini.

### **1. Input**

Beberapa contoh indikator input pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Faktor sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat.

- b. Besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat, maupun dana yang diperoleh dari bantuan di luar masyarakat tersebut.
- c. Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk menyokong atau kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.

## 2. Proses

Beberapa contoh indikator proses pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Jumlah penyuluhan kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan.
- b. Frekuensi dan jenis pelatihan yang dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.
- c. Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang telah diintervensi atau dilatih sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.
- d. Pertemuan-pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan atau pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

## 3. Output

Beberapa contoh indikator output pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Jumlah dan jenis UKBM (upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat) misalnya: Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Dana Sehat, dan sebagainya.

- b. Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkat pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan.
- c. Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*).
- d. Meningkatnya fasilitas-fasilitas umum di masyarakat, dan sebagainya.

#### 4. Outcome

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi terhadap indikator-indikator di bawah ini, antara lain:

- a. Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat
- b. Menurunnya angka kematian umum dalam masyarakat.
- c. Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat.
- d. Meningkatnya status gizi anak balita dalam masyarakat.
- e. Lingkungan yang sesuai syarat kesehatan.

### RINGKASAN

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya menumbuhkan kesadaran, kemauan, kemampuan individu, keluarga dan masyarakat agar masyarakat tahu, mampu dan mau mempraktekkan serta dapat memelihara dan berperan serta mengatasi serta meningkatkan kesehatannya secara mandiri. Prinsip-prinsip dalam pemberdayaan masyarakat harus dapat menumbuhkan potensi masyarakat, mengembangkan gotong royong, menggali kontribusi masyarakat, menjalin kemitraan dengan sentralnya adalah masyarakat.

Untuk mendapatkan hasil yang baik dalam pemberdayaan masyarakat petugas harus dapat memanfaatkan, tokoh atau pemimpin masyarakat (*community leasers*), organisasi masyarakat (*community organisation*), pendanaan masyarakat (*community fund*), material masyarakat (*community material*), pengetahuan masyarakat (*community knowledge*), teknologi masyarakat (*community teknologi*) dengan langkah pertama adalah merancang program yang telah disepakati kemudian menentukan tujuan yang akan dicapai, memilih strategi yang tepat serta mengimplementasikan sesuai dengan rencana dan kegiatan terakhir adalah mengevaluasi dan monitoring kegiatan yang telah dilakukan.

Sasaran utama dari gerakan pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat, terutama masyarakat yang terkena masalah maupun berisiko terkena masalah, baik di kota maupun di desa. Pengorganisasian masyarakat sebagai salah satu metode pemberdayaan masyarakat yang bersifat komprehensif perlu dikembangkan di desa-desa/kelurahan-kelurahan/nagari-nagari secara bertahap tak kalah penting juga adalah pelatihan-pelatihan yang dilakukan. Indikator keberhasilan harus dilihat dari pendekatan sistem, input, proses, output dan outcome.

## **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Membantu individu dan kelompok memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan social dalam pengambilan tindakan, merupakan ...

- a. Pengertian pemberdayaan masyarakat
  - b. Tujuan pemberdayaan masyarakat
  - c. Prinsip pemberdayaan masyarakat
  - d. Ciri-ciri pemberdayaan masyarakat
  - e. Strategi pemberdayaan masyarakat
2. Berikut yang bukan prinsip pemberdayaan masyarakat adalah ...
  - a. Menumbuhkan potensi masyarakat
  - b. Mengembangkan gotong-royong dalam keluarga
  - c. Menggali kontribusi masyarakat
  - d. Menjalin kemitraan
  - e. Desentralisasi
3. Implementasi strategi serta manajemen program pemberdayaan dilakukan dengan cara meningkatkan peran serta *stakeholder*, merupakan salah satu langkah dalam pemberdayaan masyarakat, yaitu ...
  - a. Langkah pertama
  - b. Langkah kedua
  - c. Langkah ketiga
  - d. Langkah keempat
  - e. Langkah kelima
4. Berikut yang bukan sasaran pemberdayaan masyarakat adalah ...
  - a. Individu
  - b. Keluarga
  - c. Kelompok masyarakat
  - d. Tokoh masyarakat
  - e. Organisasi politik

5. Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat merupakan salah satu indikator hasil pemberdayaan masyarakat, termasuk dalam indikator ...
- Masukan
  - Input
  - Proses
  - Output
  - Outcome

### KUNCI JAWABAN

- A
- B
- C
- E
- E

### DAFTAR PUSTAKA

- Cholifah, dkk. 2019. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Sidoarjo: Umsida Press.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Marniati. 2021. *Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat*. Depok: PT Raja Grafindo Persada.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

## Bab 8

# PARTNERSHIP/KEMITRAAN

### A. Pengertian *Partnership*/Kemitraan

Ahli promosi kesehatan Notoatmojo (2005) telah menjelaskan mengenai pengertian kemitraan atau *partnership* adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun bukan pemerintah, untuk bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan prinsip dan peranan masing-masing.

Ahli lain Robert Davies mengatakan kemitraan adalah suatu kerja sama formal, individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu, dalam kerja sama tersebut ada kesepakatan dan komitmen dan harapan masing-masing.

Dari penjelasan tersebut dapat ditarik kesimpulan yaitu kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu yang diwujudkan dari kerja sama antar individu atau kelompok yang saling membantu, saling menguntungkan, dan bersama-sama untuk meringankan dalam mencapai suatu tujuan yang telah disepakati bersama.

## **B. Prinsip-prinsip Kemitraan**

Dalam membangun sebuah kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan, yaitu:

### **1. Kesetaraan (*Equity*)**

Individu, organisasi atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi” dengan yang lain. Bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi dan bagaimana kecilnya suatu institusi atau organisasi, apabila sudah bersedia menjalin kemitraan harus merasa setara atau sama, asas demokrasi harus dijunjung tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak adanya dominasi terhadap yang lain.

### **2. Keterbukaan (*Transparency*)**

Keterbukaan dalam arti apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Dengan saling keterbukaan ini, akan menimbulkan saling melengkapi dan saling membantu di antara anggota (mitra).

### **3. Saling Menguntungkan (*Mutual Benefit*)**

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dalam materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan di sini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama.



### C. Tujuan Kemitraan

Dari uraian tentang pengertian dan prinsip kemitraan di atas dapat disimpulkan bahwa secara *implicit* ada lima tujuan kemitraan dalam program kesehatan:

1. Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan. Inti kemitraan bidang kesehatan adalah kerja sama lintas program dan lintas sektoral untuk memecahkan suatu masalah kesehatan. Oleh sebab itu, fungsi koordinasi yang dilakukan oleh sektor kesehatan merupakan suatu keharusan.
2. Meningkatkan komunikasi antar sektoral pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan. Agar saling memahami di antara anggota atau mitra, maka diperlukan komunikasi yang efektif melalui pertemuan-pertemuan berkala, berdasarkan kesepakatan bersama.
3. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Tujuan utama kemitraan di bidang kesehatan adalah menggalang kekuatan untuk memecahkan atau menanggulangi masalah kesehatan masyarakat setempat. Oleh sebab itu, memaksimalkan manfaat atau keuntungan adalah merupakan harapan bersama dari sebuah kemitraan.
4. Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama. Komitmen adalah suatu kesediaan dan pengorbanan (waktu, pikiran, tenaga, dan sebagainya) masing-masing anggota kemitraan terhadap program atau upaya pemecahan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama. Dalam komitmen pasti ada pengorbanan dari masing-masing anggota, baik pengorbanan tenaga, pikiran, dana, dan sebagainya.

5. Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna. Penanggulangan masalah kesehatan melalui kemitraan harus lebih efektif dan efisien, apabila dilakukan secara sektoral atau sendiri-sendiri. Hal ini logis, karena ibarat mengangkat barang secara bersama-sama akan lebih ringan apabila dilakukan secara sendiri-sendiri.

#### **D. Persyaratan Kemitraan**

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerja sama maka setiap pihak yang terlibat di dalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerja sama dan melepaskan kepentingan masing-masing, kemudian membangun kepentingan bersama, oleh sebab itu kemitraan harus didasarkan pada hal-hal sebagai berikut:

1. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan

Dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama.

2. Saling mempercayai dan saling menghormati

Kepercayaan (*trust*) adalah merupakan modal dasar bagi setiap relasi atau hubungan antar manusia. Apabila seseorang tidak mempercayai orang lain, sudah pasti tidak akan terjadi hubungan yang baik di antara mereka.

3. Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan

Kemitraan bukanlah sekedar untuk mencari dukungan dana, melainkan yang lebih penting adalah mewujudkan kebersamaan antara anggota atau mitra untuk menghasilkan sesuatu yang menuju ke arah perbaikan kesehatan masyarakat pada khususnya, dan kesejahteraan masyarakat pada umumnya.

4. Harus ada kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai yang sama

Dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan, maka masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai yang sama tentang kesehatan.

5. Harus berpijak pada landasan yang sama

Prinsip lain yang perlu dibangun dalam kemitraan bidang kesehatan adalah bahwa kesehatan adalah merupakan aspek yang paling utama dalam kehidupan manusia.

6. Kesiediaan untuk berkorban

Dalam membangun kemitraan untuk mencapai tujuan bersama sudah pasti memerlukan sumber daya, baik tenaga, dana, dan sarana. Sumber daya ini dapat berasal dari masing-masing mitra dan dapat di upayakan bersama, dengan demikian jelas bahwa untuk mencapai tujuan bersama diperlukan pengorbanan.

#### **E. Landasan Kemitraan**

Dalam membangun kemitraan dengan mitra-mitra atau calon-calon mitra kesehatan perlu dilandasi dengan “7 saling”, yakni:

1. Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing (*structure*)

Kemitraan sebagai suatu organisasi jejaring kerja sudah barang tentu masing-masing anggota mempunyai peran dan fungsi yang berbeda sesuai dengan tugas dan

funksinya sehingga setiap anggota perlu saling memahami kedudukannya agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam menjalankan tugas.

2. Saling memahami kemampuan masing-masing anggota (*capacity*)

Kemampuan masing-masing anggota atau mitra itu berbeda, meskipun dalam kesetaraan. Oleh sebab itu, apabila dalam rangka kemitraan tersebut diperlukan kontribusi dari masing-masing anggota, maka kontribusi tersebut akan menimbulkan perbedaan kuantitas maupun kualitasnya, sehingga sangat diperlukan menghargai kemampuan masing-masing anggota.

3. Saling menghubungi (*linkage*)

Terhenti atau tidak berjalannya suatu organisasi apa pun sering terjadi karena tersumbatnya saluran komunikasi di antara anggota organisasi tersebut, oleh karena itu dalam kemitraan diperlukan komunikasi yang efektif di antara anggota atau mitra tersebut.

4. Saling mendekati (*proximity*)

Dalam kemitraan kedekatan di antara anggota atau mitra adalah salah satu persyaratan untuk memahami masing-masing anggota. Oleh sebab itu, masing-masing anggota harus berupaya saling mendekati agar hubungan dapat terjalin dengan baik.

5. Saling terbuka dan bersedia membantu (*openes*)

Dalam kemitraan selalu ada peran dan fungsi masing-masing anggota atau mitra. Oleh sebab itu akan selalu

terjadi mekanisme saling terbuka dan membantu untuk terwujudnya tujuan atau cita-cita bersama.

6. Saling mendorong dan saling mendukung (*synergy*)

Seperti halnya organisasi, sering terjadi anggota yang kurang bersemangat, tetapi sebaliknya ada yang sangat aktif dan bersemangat. Demikian pula dalam kemitraan apapun, sifat-sifat masing-masing anggota seperti itu juga muncul. Apabila terjadi gejala seperti ini, maka setiap anggota atau mitra harus saling mendorong dan saling mendukung, bagi yang memerlukan dukungan dan bagi yang memerlukan dorongan demi tercapai tujuan bersama.

7. Saling menghargai (*reward*)

Persahabatan yang sejati adalah apabila terjadi saling harga-menghargai di antara mereka. Dalam suatu kemitraan hal ini juga harus terjadi. Seberapa kecil pun peran dan kontribusi anggota suatu kemitraan perlu dihargai oleh anggota atau mitra yang lain. Oleh sebab itu, para anggota atau mitra suatu kemitraan harus saling menghargai.

## F. Langkah-langkah Kemitraan

Untuk mencapai tujuan kemitraan, perlu langkah-langkah yang strategis dalam pelaksanaannya, langkah-langkah pelaksanaan kemitraan ini dapat diuraikan seperti di bawah ini:

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah “Penjajakan” untuk mengembangkan kemitraan perlu melakukan penjajakan dengan para calon mitra kerja. Untuk itu sebelum dilakukan penjajakan, harus dilakukan identifikasi mitra-mitra yang potensial untuk diajak bermitra dalam rangka pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi bersama.

Langkah kedua adalah persamaan persepsi. Agar diperoleh persepsi atau pandangan yang sama dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi bersama, maka perlu pertemuan awal. Tujuan pertemuan ini adalah agar masing-masing mitra memahami satu dengan yang lainnya, terutama memahami kedudukan, tugas, peran, dan fungsi masing-masing mitra secara terbuka.

Langkah ketiga pengaturan peran. Peran masing-masing mitra dalam penanggulangan suatu masalah kesehatan berbeda satu dengan yang lain, namun sama-sama pentingnya. Oleh sebab itu, perlu pengaturan peran dan fungsi untuk masing-masing mitra tersebut. Pengaturan peran ini harus dibicarakan bersama, serta dituangkan dalam kesepakatan tertulis secara jelas.

Langkah keempat yang Anda lakukan komunikasi intensif. Untuk menjalin dan mengetahui perkembangan kemitraan dalam melaksanakan program kesehatan bersama, maka perlu dilakukan komunikasi antar mitra secara teratur dan terjadwal. Apabila terdapat permasalahan di lapangan, secara langsung dapat dilakukan langkah-langkah penanganan secara cepat dan tepat.

Langkah kelima melaksanakan kegiatan. Kegiatan yang disepakati bersama haruslah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan rencana kerja tertulis yang telah disepakati bersama.

Langkah keenam pemantauan dan penilaian. Kegiatan ini juga harus disepakati sejak awal yang mencakup cara pemantauan dan penilaian terhadap kemitraan dalam pelaksanaan upaya penanggulangan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama. Apabila dipandang perlu, dari hasil pemantauan dan penilaian ini dapat dipergunakan untuk penyempurnaan kesepakatan yang telah dibuat.

## G. Model-model Kemitraan

Dari berbagai pengalaman pengembangan kemitraan di sektor kesehatan, secara umum model-model kemitraan dikelompokkan menjadi 2 model yaitu;

### 1. Model 1

Model dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) atau sering juga disebut *building linkages*. Kemitraan semacam ini hanya dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) saja. Masing-masing mitra atau institusi telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya, melaksanakan, dan mengevaluasinya. Oleh karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik yang lain di antara mereka, maka dibentuklah jaringan kerja. Sifat kemitraan ini sering juga disebut koalisi, misalnya: Koalisi Indonesia Sehat dan Forum Promosi Kesehatan Indonesia.

### 2. Model 2

Model di mana masing-masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu, visi, misi dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama.

*Contoh:* Gerakan sayang Ibu, Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) TB Paru, dan Gebrak Malaria (Rollback Malaria). Gerdunas dan Gebrak Malaria adalah suatu program pemberantasan TB dan Malaria yang dirancang dan dilaksanakan bersama oleh lintas program dan sektor. Di dalam penanggulangan Demam Berdarah

Dengue (DBD) dikembangkan Pokjanal (Kelompok Kerja Nasional) di pusat sampai kecamatan, yang anggotanya adalah sektor terkait: kesehatan, swasta dan LSM.

## **H. Indikator Keberhasilan Kemitraan**

Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, bukan juga sebuah proses, namun suatu sistem, artinya dalam mengembangkan dan sekaligus untuk mengevaluasi kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem input, proses, output dan outcome yang diuraikan di bawah ini:

1. Input adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan terutama sumber daya manusia dan sumber daya yang lain. Disamping itu jumlah atau banyaknya mitra yang terlibat dalam jaringan kemitraan juga merupakan input.
2. Proses adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan antara lain, Pertemuan-pertemuan, Lokakarya, Kesepakatan bersama, Seminar.
3. Output adalah Terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi forum dan sebagainya serta tersusunnya program dan pelaksanaannya berupa kegiatan bersama dalam rangka pemecahan masalah kesehatan.
4. Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat itu dapat dilihat dari indikator membaiknya derajat kesehatan di masyarakat.

## **RINGKASAN**

Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu dengan memegang prinsip Persamaan atau *equality*,



Keterbukaan atau *transparancy* dan Saling menguntungkan atau mutual benefit.

Tujuan kemitraan adalah meningkatkan koordinasi, komunikasi antarsektoral dan kemampuan bersama dalam menanggulangi kesehatan, untuk mencapai apa yang menjadi komitmen bersama dan tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna dalam upaya meningkatkan kesehatan dengan pola kemitraan. Untuk mencapai tujuan tersebut setiap mitra harus mempunyai kesamaan perhatian (*common interest*), saling mempercayai dan saling menghormati, kepercayaan (*trust*), harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan, harus ada kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai yang sama, harus berpijak pada landasan yang sama dan kesediaan untuk berkorban. Landasan yang harus disepakati adalah, saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing, saling menghubungi (*linkage*), saling mendekati (*proximity*), saling terbuka dan bersedia membantu, saling mendorong dan saling mendukung (*synergy*), saling menghargai (*reward*).

Untuk mencapai tujuan kemitraan, perlu langkah-langkah yang strategis dalam pelaksanaannya, yang diawali mengidentifikasi mitra-mitra yang potensial untuk diajak bermitra dalam rangka pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi bersama, mengadakan pertemuan awal untuk penyamaan persepsi agar diperoleh persepsi atau pandangan yang sama dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi bersama, tujuan pertemuan ini adalah agar masing-masing mitra memahami satu dengan yang lainnya, terutama memahami kedudukan, tugas, peran, dan fungsi masing-masing mitra secara terbuka, pengaturan peran masing-masing mitra dalam penanggulangan suatu masalah kesehatan berbeda

satu dengan yang lain, namun sama-sama pentingnya. Oleh sebab itu, perlu pengaturan peran dan fungsi untuk masing-masing mitra tersebut.

Pengaturan peran ini harus dibicarakan bersama, serta dituangkan dalam kesepakatan tertulis secara jelas maka perlu dilakukan komunikasi antar mitra secara teratur dan terjadwal. Apabila terdapat permasalahan di lapangan, dilakukan langkah-langkah penanganan secara cepat dan tepat. Melaksanakan kegiatan Kegiatan yang disepakati bersama haruslah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan rencana kerja tertulis yang telah disepakati bersama. Pemantauan dan penilaian Kegiatan ini juga harus disepakati sejak awal yang mencakup cara pemantauan dan penilaian terhadap kemitraan dalam pelaksanaan upaya penanggulangan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama. Apabila dipandang perlu, dari hasil pemantauan dan penilaian ini dapat dipergunakan untuk penyempurnaan kesepakatan yang telah dibuat.

Dalam penerapan kemitraan ada dua model yang dapat dilaksanakan yang pertama model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaringan kerja (*networking*). Model ke dua adalah di mana masing-masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu, visi, misi dan kegiatan keanggotaan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Indikator keberhasilan dapat dilihat dari input, proses, output dan outcome dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan.

## LATIHAN SOAL

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Suatu kerjasama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu yang saling menguntungkan, merupakan ...
  - a. Pengertian kemitraan
  - b. Prinsip kemitraan
  - c. Tujuan kemitraan
  - d. Persyaratan kemitraan
  - e. Landasan kemitraan
2. Berikut yang merupakan prinsip kemitraan adalah ...
  - a. Rahasia dan saling menguntungkan
  - b. Rahasia dan kesetaraan
  - c. Kesetaraan dan fleksibel
  - d. Kesetaraan dan keterbukaan
  - e. Keterbukaan dan fleksibel
3. Berikut yang bukan merupakan tujuan kemitraan adalah ...
  - a. Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan.
  - b. Meningkatkan komunikasi antar sektoral pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan.
  - c. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak.
  - d. Bekerja masing-masing sesuai dengan kemampuannya.
  - e. Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna.

4. Berikut yang bukan merupakan persyaratan kemitraan adalah ...
  - a. Kesamaan perhatian atau kepentingan
  - b. Saling mempercayai dan saling menghormati
  - c. Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan
  - d. Harus ada kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai yang sama
  - e. Berpijak pada landasan yang diyakini oleh masing-masing pihak
5. Berikut yang bukan merupakan landasan kemitraan adalah ...
  - a. Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing
  - b. Saling memahami kemampuan masing-masing anggota
  - c. Saling rahasia dan bersedia membantu
  - d. Saling mendorong dan mendukung
  - e. Saling menghargai

### KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. D
4. E
5. C

### DAFTAR PUSTAKA

- Abbasiyah, dkk. 2023. *Promosi Kesehatan*. Banyumas: PT. Pena Persada Kerta Utama.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.

Marniati. 2021. *Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat*. Depok: PT Raja Grafindo Persada.

Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

~oOo~

Copyright © 2024  
PENERBIT NEM

## Bab 9

# PENDIDIKAN KESEHATAN

### A. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut Azrul Anwar, penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan sesuatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Departemen Kesehatan menyatakan penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, di mana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Wood menyatakan pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan dalam rangka mempermudah diterimanya secara sukarela perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan.

Steward menyatakan pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang di dalamnya

terkandung rencana untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Grout, pendidikan kesehatan adalah upaya menterjemahkan yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perseorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan.

Nyswander, pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perseorangan dan masyarakat.

Unsur penting yang terkandung dalam Pendidikan Kesehatan yaitu:

1. Pendidikan/penyuluhan adalah suatu kegiatan pendidikan dengan cara menyebarkan pesan agar masyarakat sadar, tahu dan mengerti, juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran, aspek ini sama dengan pengertian pendidikan kesehatan menurut Azrul Anwar jadi pada dasarnya hal ini menjelaskan pendidikan kesehatan adalah penyebaran pesan.
2. Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
3. Pendidikan kesehatan adalah suatu rencana untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Pendidikan kesehatan itu adalah penyebaran pesan kepada individu, keluarga dan kelompok untuk mengubah perilaku maka sekarang kita akan mempelajari tujuan dari pendidikan kesehatan agar pendidikan kesehatan yang Anda lakukan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

## **B. Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Tujuan merupakan gambaran harapan, sasaran yang menjadi acuan bagi semua aktivitas yang dilakukan untuk mencapainya. Istilah yang lebih populer saat ini yang digunakan sebagai tujuan, yaitu 'Kompetensi'.

Kompetensi merupakan rumusan kemampuan berhubungan dengan aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan yang harus direfleksikan dalam berpikir dan bertindak secara konsisten. Bila dilihat dari berbagai pengertian di atas, maka tujuan pendidikan kesehatan masyarakat yang paling pokok adalah:

1. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

## **C. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

Dari dimensi sarasannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3, yakni:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.



3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas pada individu dan kelompok masyarakat.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari *Leavel and Clark*, sebagai berikut:

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

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

2. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

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

3. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)

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

4. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan dalam tahap ini.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan maka perlu dilakukan pendidikan kesehatan.

**D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pendidikan Kesehatan**

Ada banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan, dari faktor petugas, sasaran, atau dalam proses pendidikan itu sendiri. Faktor-faktor di bawah ini yang

dapat memengaruhi berhasilnya suatu pendidikan kesehatan yang anda berikan.

1. Faktor Petugas

- a. Kurang persiapan
- b. Kurang menguasai materi yang akan dijelaskan
- c. Penampilan kurang meyakinkan sasaran
- d. Bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran karena terlalu banyak menggunakan istilah-istilah asing
- e. Suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar
- f. Penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton sehingga membosankan.

2. Faktor Sasaran

- a. Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan yang disampaikan
- b. Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan, karena lebih memikirkan kebutuhan-kebutuhan lain yang lebih mendesak
- c. Kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubah misalnya, makan ikan dapat menimbulkan cacingan
- d. Kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku. Misalnya masyarakat yang tinggal di daerah tandus yang sulit air akan sangat sukar untuk memberikan penyuluhan untuk hygiene sanitasi perseorangan.

### 3. Faktor Proses dalam Pendidikan

- a. Waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran
- b. Tempat penyuluhan dilakukan dekat tempat keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan kesehatan yang dilakukan
- c. Jumlah sasaran yang mendengar penyuluhan terlalu banyak sehingga sulit untuk menarik perhatian dalam memberikan penyuluhan
- d. Alat peraga dalam memberikan penyuluhan kurang ditunjang oleh alat peraga yang dapat mempermudah pemahaman sasaran
- e. Metode yang digunakan kurang tepat sehingga membosankan sasaran untuk mendengarkan penyuluhan yang disampaikan
- f. Lebih baik menggunakan bahasa keseharian sasaran.

Faktor-faktor yang memengaruhi pendidikan kesehatan ini harus di kuasai dengan baik, karena dalam memberikan pendidikan kesehatan anda harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut, sehingga pendidikan yang di berikan dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

### E. Langkah-langkah dalam Pendidikan Kesehatan

Dalam memberikan pendidikan kesehatan kita harus merencanakan dengan baik agar tidak membuat peserta menjadi bingung dan kita harus mengetahui apakah yang akan kita berikan betul yang dibutuhkan masyarakat. Apabila kita tidak mengikuti langkah-langkah pelaksanaan pendidikan kesehatan maka pendidikan kesehatan tersebut tidak berjalan

dengan baik. Secara umum ada beberapa langkah yang harus ditempuh dalam melaksanakan pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Mengkaji kebutuhan kesehatan
2. Menetapkan masalah kesehatan
3. Memprioritaskan masalah yang terlebih dahulu untuk ditangani melalui pendidikan kesehatan
4. Menyusun rencana pendidikan
  - a. Menetapkan tujuan
  - b. Penentuan sasaran
  - c. Menyusun materi/isi penyuluhan
  - d. Memilih metode yang tepat
  - e. Menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan
  - f. Penentuan kriteria evaluasi
  - g. Pelaksanaan penyuluhan
  - h. Penilaian hasil penyuluhan
  - i. Tindak lanjut dari penyuluhan.

#### **F. Metode Pendidikan Kesehatan**

1. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*), yaitu:
  - 1) Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif.
  - 2) Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Interview (wawancara)

- 1) Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan.
- 2) Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Metode pendidikan Kelompok harus memerhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

- 1) Ceramah; metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- 2) Seminar; hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok kecil

- 1) Diskusi kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk di antara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi,

tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

2) Curah pendapat (*brain storming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola salju (*snow balling*)

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

4) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu

permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

5) Memainkan peranan (*role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan simulasi (*simulation game*)

Merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

3. Metode Pendidikan Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh:

- a. Ceramah umum (*public speaking*) dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kesehatan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat Kesehatan lain.



- b. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa.
- d. Sinetron di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa.
- e. Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- f. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster, dan sebagainya adalah juga bentuk Pendidikan kesehatan massa. Contoh: Billboard “Ayo ke Posyandu”. Adalah yang dapat mencegahnya (Pemberantasan Sarang Nyamuk).

## **G. Alat Peraga/Media dalam Pendidikan Kesehatan**

### **1. Pengertian Alat Peraga**

Alat peraga (*audio visual aid*) adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim pesan (penyuluh) ke penerima pesan (sasaran) sehingga dapat menerangkan pikiran, perasaan, perhatian dan minat sasaran sedemikian rupa sehingga terjadi pemahaman, pengertian dan penghayatan dari apa yang diterangkan. Setelah anda mengetahui pengertian alat peraga, sekarang anda akan membahas tujuan dan kegunaan alat peraga dalam pendidikan kesehatan.

## 2. Tujuan dan Kegunaan Alat Peraga

- a. Tujuan dari penggunaan alat peraga dalam pendidikan kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:
  - 1) Sebagai alat bantu dalam pendidikan kesehatan
  - 2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah yang dijelaskan
  - 3) Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi
  - 4) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan
  - 5) Membuat penyajian materi ceramah lebih sistematis.
- b. Kegunaan alat peraga yaitu:
  - 1) Dapat menumbuhkan minat terhadap kelompok sasaran
  - 2) Membantu kelompok sasaran untuk mengerti lebih baik
  - 3) Membantu kelompok sasaran untuk mengingat lebih baik
  - 4) Membantu kelompok sasaran untuk menambah atau membina sikap baru
  - 5) Membantu kelompok sasaran untuk melaksanakan apa yang telah dipelajari
  - 6) Membantu kelompok sasaran untuk meneruskan apa yang diperoleh kepada orang lain
  - 7) Dapat membantu hambatan bahasa
  - 8) Dapat mencapai sasaran lebih baik.

### 3. Manfaat Alat Peraga/Media

#### a. Manfaat bagi pendidik

- 1) Memiliki bahan nyata yang ingin disampaikan
- 2) Menambah kepercayaan diri dalam memberikan pendidikan kesehatan
- 3) Menghindari kejenuhan dalam memberikan pendidikan kesehatan
- 4) Mengurangi kejenuhan bagi pihak-pihak yang dididik sehingga secara leluasa pendidik bisa menentukan variasi cara penyampaian
- 5) Sebagai alat yang dapat menuntun dalam penyampaian materi pendidikan.

#### b. Manfaat bagi sasaran

- 1) Dapat melihat nyata inti materi yang disampaikan sehingga lebih mudah untuk dicerna
- 2) Menghindari kejenuhan dan kebosanan
- 3) Mudah mengingat pesan yang disampaikan pendidik
- 4) Mempermudah pengertian sasaran dalam menangkap makna materi yang disampaikan.

### 4. Macam-macam Alat Peraga

#### a. Media cetak

- 1) Booklet: untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) Leaflet: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- 3) Flyer (selebaran): seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.

- 4) Flip chart (lembar balik): pesan/informasi Kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik/tulisan-tulisan: pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah Kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto: yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media elektronik

- 1) Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, kuis, atau cerdas cermat, dll.
- 2) Radio: bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
- 3) Video Compact Disc (VCD).
- 4) Slide: slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- 5) Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (bill board)

- 1) Papan/bill board yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan

atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

- 2) Papan pengumuman definisi papan pengumuman yang berukuran biasa yang dapat dipasang di puskesmas, rumah sakit, balai desa atau kantor kecamatan untuk menempelkan informasi kesehatan, biasanya berukuran 90 x 129 cm. Papan pengumuman tersebut dapat menempelkan gambar-gambar yang mengandung informasi kesehatan, tulisan-tulisan tentang prosedur pelayanan kesehatan.

## RINGKASAN

Departemen Kesehatan menyatakan penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, di mana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Pendidikan kesehatan adalah penyebaran pesan kepada individu, keluarga dan kelompok untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan, yaitu promosi kesehatan (*health promotion*), perlindungan khusus (*specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan segera (*early*

*diagnosis and prompt treatment*), pembatasan cacat (*disability limitation*) dan rehabilitasi (*rehabilitation*).

Faktor-faktor yang memengaruhi berhasilnya suatu pendidikan kesehatan adalah faktor petugas, faktor sasaran dan faktor proses dalam pendidikan.

Metode pendidikan kesehatan terdiri dari metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok dan metode pendidikan massa. Metode pendidikan individual ada 2 bentuk, yaitu bimbingan dan penyuluhan, dan interview. Metode pendidikan kelompok terdiri dari kelompok besar (ceramah dan seminar) dan kelompok kecil (diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil-kecil, memainkan peranan, permainan simulasi). Metode pendidikan massa contohnya ceramah umum, pidato tentang kesehatan, sinetron, tulisan di majalah/koran, *bill board*.

## LATIHAN SOAL

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi ...
  - a. Individual, kelompok, masyarakat
  - b. Sekolah, rumah sakit, tempat kerja
  - c. Promosi kesehatan, perlindungan khusus, diagnosis dini
  - d. Perlindungan khusus, diagnosis dini, pengobatan segera
  - e. Pengobatan segera, pembatasan cacat, rehabilitasi
2. Program imunisasi diperlukan terutama di negara-negara berkembang, merupakan tingkat pencegahan penyakit ...

- a. Promosi kesehatan
  - b. Perlindungan khusus
  - c. Diagnosis dini dan pengobatan segera
  - d. Pembatasan cacat
  - e. Rehabilitasi
3. Keberhasilan suatu pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, yang merupakan faktor ...
  - a. Petugas
  - b. Sasaran
  - c. Proses
  - d. Hasil
  - e. Tindak lanjut
4. Berikut ini merupakan metode pendidikan massa adalah ...
  - a. Wawancara dan kelompok besar
  - b. Curah pendapat dan bola salju
  - c. *Role play* dan permainan simulasi
  - d. Diskusi kelompok dan *bill board*
  - e. Ceramah umum dan pidato
5. Segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim pesan (penyuluh) ke penerima pesan (sasaran) sehingga dapat menerangkan pikiran dan perasaan disebut ...
  - a. Alat peraga
  - b. Booklet
  - c. Poster
  - d. Video
  - e. Slide

## KUNCI JAWABAN

1. A
2. B
3. C
4. E
5. A

## DAFTAR PUSTAKA

- Jamaliah, Naimatul dan Hartati, Irma. 2023. *Pendidikan Kesehatan*. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Manager.
- Sulaeman, Endang Sutisna. 2022. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Sleman: Gadjah Mada University Press.
- Widiyastuti Nurul Eko, dkk. 2022. *Promosi dan Pendidikan Kesehatan*. Serang: PT Sada Kurnia Pustaka.

~oOo~



## Bab 10

# **PELAYANAN KEBIDANAN BERBASIS MASYARAKAT**

### **A. Pengertian Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat**

Pelayanan kebidanan berbasis masyarakat identik dengan pelayanan kebidanan komunitas yang pengertiannya adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat (Syafudin, 2009).

Ahli lain juga menyatakan pelayanan kebidanan berbasis masyarakat adalah interaksi bidan dan pasien dalam suatu kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh bidan untuk menyelamatkan klien/pasien dari gangguan kesehatan.

Runjati (2011) menyatakan pelayanan kebidanan berbasis masyarakat juga berarti upaya yang dilakukan oleh bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu, bayi, dan anak balita di keluarga, dan di masyarakat. Pelayanan kebidanan mencakup upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan melalui kegiatan seperti posyandu, polindes, bidan di desa, petugas penyalur kontrasepsi dan lainnya.

### **B. Tujuan Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat**

Setelah Anda mengerti apa yang dinamakan pelayanan kebidanan berbasis masyarakat selanjutnya Anda harus mengetahui apa tujuan pelayanan kebidanan berbasis

masyarakat, tujuan umumnya adalah seorang bidan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan atau ibu, bayi, dan balita di wilayah kerjanya. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

1. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan sesuai dengan tanggung jawab bidan.
2. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal, serta bayi dan balita secara terpadu.
3. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan, nifas, dan perinatal.
4. Mendukung program pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu, bayi, dan anak.
5. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya.

### **C. Prinsip Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat/ Komunitas**

Pelayanan kebidanan berbasis masyarakat, prinsip pelayanan kebidanan berbasis masyarakat adalah:

1. Sifatnya multidisplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran, sosial, psikologi, ilmu kebidanan, dan lain-lain yang mendukung peran bidan di komunitas.
2. Bidan tetap berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan klien.
3. Bidan senantiasa memperhatikan dan memberi penghargaan terhadap nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, sepanjang tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan.

#### **D. Sasaran Kebidanan Berbasis Masyarakat**

Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menepati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas (Koentjaraningrat, 1990). Ciri-ciri komunitas adalah kesatuan wilayah, kesatuan adat istiadat, rasa identitas komunitas, dan loyalitas terhadap komunitas (Effendy, 1997: 5).

Sasaran pelayanan kebidanan berbasis masyarakat/komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga. Pelayanan kesehatan ibu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai pra-kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan, masa di luar kehamilan dan persalinan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra-sekolah, dan masa sekolah.

#### **E. Macam-macam Pelayanan Kebidanan Berbasis Masyarakat**

Pelayanan kebidanan berbasis masyarakat adalah bagian dari pelayanan kesehatan, secara umum Anda perlu mengetahui apa saja yang termasuk dalam pelayanan kebidanan berbasis masyarakat tersebut:

##### **1. Pembinaan Dukun Bayi dan Kader**

Dukun bayi adalah orang yang dianggap terampil dan di percaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai kebutuhan masyarakat. Kepercayaan masyarakat terhadap keterampilan dukun bayi berkaitan dengan sistem nilai budaya masyarakat. Dukun bayi diperlakukan sebagai

tokoh masyarakat setempat sehingga memiliki potensi dalam pelayanan kesehatan.

Pembinaan dukun bayi ada 2 macam, yaitu pembinaan keterampilan dukun bayi dan pembinaan hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh dukun bayi. Pembinaan dukun bayi ini dilakukan secara teratur, terus menerus, dan berkesinambungan untuk mencapai tujuan. Tujuan pembinaan secara tradisional agar dukun bayi dapat terampil dalam menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak. Diharapkan, keterampilan tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan masyarakat setempat dan pelayanan kesehatan.

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat, serta bekerja di tempat yang dekat dengan pemberian pelayanan kesehatan.

## 2. Desa Siaga

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud di sini adalah kelurahan atau istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan yang diakui dan dihormati dalam Pemerintah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Adapun siaga adalah,

*Si (siap)*, yaitu pendataan dan mengamati seluruh ibu hamil, siap mendampingi ibu, siap menjadi donor darah

siap memberi bantuan kendaraan untuk rujukan, siap membantu pendanaan dan bidan wilayah kelurahan selalu siap memberi pelayanan.

*A (antar)*, yaitu warga desa, bidan wilayah, dan komponen lainnya dengan cepat dan sigap mendampingi dan mengatur ibu yang akan melahirkan jika memerlukan tindakan gawat-darurat.

*Ga (jaga)*, yaitu menjaga ibu pada saat dan setelah ibu melahirkan serta menjaga kesehatan bayi yang baru dilahirkan.

### 3. Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan manajemen kesehatan ibu dan anak adalah meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga dan masyarakat tentang kesehatan reproduksi, terutama kesehatan ibu dan anak, serta untuk menumbuhkan sikap dan perilaku yang bertanggung jawab sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan gizi seluruh anggota keluarga (khususnya ibu dan anak). Selain itu, mendukung pula kegiatan pendidikan yang memadai bagi anak-anak dan pengetahuan bagi ibu dan anggota keluarga lainnya agar dapat menerapkan perilaku hidup sehat dalam keluarga.

### 4. Gerakan Sayang Ibu

Gerakan Sayang Ibu (GSI) adalah yang mengembangkan kualitas perempuan, khususnya melalui percepatan penurunan angka kematian ibu yang dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia dengan meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kepedulian

dalam upaya integrative dan sinergis. GSI didukung pula oleh Aliansi Pita Putih (*White Ribbon Alliance*), yaitu suatu aliansi yang ditunjukkan untuk mengenang semua wanita yang meninggal karena kehamilan dan melahirkan. Pita Putih merupakan simbol kepedulian terhadap keselamatan ibu yang menyatukan individu, organisasi, dan masyarakat yang bekerja sama untuk mengupayakan kehamilan dan persalinan yang aman bagi setiap wanita.

GSI diharapkan dapat menggerakkan masyarakat untuk aktif terlibat dalam kegiatan, seperti membuat tabulin, pemetaan bumil, donor darah dan ambulan desa. Untuk mendukung GSI, dikembangkan juga program suami SIAGA, yaitu suami yang sudah menyiapkan biaya pemeriksaan dan persalinan, siap mengantar istri ke tempat pemeriksaan dan tempat persalinan, serta siap menjaga dan menunggui istri melahirkan.

#### 5. Tabulin dan Dasolin

Tabulin adalah tabungan yang sifatnya incidental, keberadaannya terutama pada saat mulai kehamilan dan berakhir ketika ibu sudah melahirkan. Tabungan ini akan sangat membantu, terutama bagi ibu hamil dan keluarganya pada saat menghadapi persalinan karena masalah biaya dapat di atasi. Secara psikologis, ibu akan merasa tenang menghadapi persalinan. Tabulin ini biasanya dikoordinasi oleh tokoh masyarakat atau petugas kesehatan yang akan menjamin akses ibu ke pelayan kesehatan. Perlindungan pembiayaan kesehatan sendiri seharusnya dimiliki setiap individu selama fase kehidupannya.

Dana sosial ibu bersalin (dasolin) adalah untuk masyarakat yang merupakan pasangan usia subur. Ibu

yang mempunyai balita juga dianjurkan menabung. Hal ini akan membantu ibu tersebut ketika hamil lagi. Sementara itu, tabulin hanya untuk ibu hamil saja. Namun, jika tabulinnya sedikit, dapat dibantu dengan dasolin.

Dasolin merupakan suatu upaya pemeliharaan kesehatan diri oleh dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan atas usaha bersama dan kekeluargaan dengan pembiayaan secara pra-upaya dan bertujuan meningkatkan taraf kesehatan masyarakat, terutama ibu hamil.

Ciri khas dasolin adalah dana yang berasal dari masyarakat dalam bentuk uang atau modal dan benda yang dikelola oleh masyarakat untuk kepentingan dan kesehatan masyarakat, terutama ibu hamil.

#### 6. Posyandu

Posyandu adalah kegiatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan di suatu wilayah kerja Puskesmas, dimana program ini dapat dilaksanakan di balai dusun, balai kelurahan, maupun tempat-tempat lain yang mudah didatangi oleh masyarakat.

Tujuan posyandu adalah menurunkan angka kematian bayi, membudayakan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera), meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kesehatan, Wahana gerakan reproduksi keluarga sejahtera, menghimpun masyarakat untuk berperan serta secara aktif dalam kesehatan.

7. KPKIA (Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak)

Individu atau masyarakat yang yang perhatian dan mempunyai minat terhadap kesehatan ibu dan anak yang terbentuk dalam satu kelompok.

8. Polindes

Polindes adalah salah satu upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang dibentuk dalam upaya mendekatkan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan profesional kesehatan ibu dan anak dan keluarga berencana yang di kelola oleh bidan di desa.

9. POD/WOD (Pos Obat Desa atau Warung Obat Desa)

POD/WOD adalah wahana edukasi dalam rangka alih pengetahuan dan keterampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kepada kader dan dari kader ke masyarakat, guna memberikan kemudahan dalam memberi obat yang bermutu dan terjangkau.

## RINGKASAN

Pelayanan kebidanan berbasis masyarakat identik dengan pelayanan kebidanan komunitas yang pengertiannya adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan. Tujuan pelayanan kebidanan berbasis masyarakat adalah seorang bidan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan atau ibu, bayi, dan balita di wilayah kerjanya, dengan meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan sesuai dengan tanggung jawab bidan meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal, serta bayi dan balita secara terpadu, menurunkan



jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan, nifas dan perinatal, mendukung program pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu, bayi, dan anak, membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya.

Prinsip pelayanan kebidanan adalah sifatnya multidisplin, tetap berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan, bidan senantiasa memperhatikan dan memberi penghargaan terhadap nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, sepanjang tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan.

Sasaran Pelayanan Kebidanan adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga. Macam-macam Pelayanan Kebidanan berbasis Masyarakat adalah, Pembinaan dukun bayi dan kader, Desa siaga, Manajemen kesehatan ibu dan anak, Gerakan sayang ibu, Tabulan dan Dasolin, Posyandu, KPKIA (kelompok peminat kesehatan ibu dan anak), Polindes, Perkesmas (perawatan kesehatan masyarakat), POD/WOD (pos obat desa atau warung obat desa).

## **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat, serta bekerja di tempat yang dekat dengan pemberian pelayanan kesehatan disebut ...

- a. Dukun bayi
  - b. Dukun beranak
  - c. Kader kesehatan
  - d. Teanga kesehatan
  - e. Perangkat desa
2. Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri disebut ...
  - a. Desa siaga
  - b. Desa binaan
  - c. Desa wisata
  - d. Posyandu
  - e. Polindes
3. Menurunkan angka kematian bayi, meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kesehatan, menghimpun masyarakat untuk berperan serta secara aktif dalam kesehatan, merupakan tujuan dari ...
  - a. Desa siaga
  - b. Desa binaan
  - c. Desa wisata
  - d. Posyandu
  - e. Polindes
4. Tabungan yang sifatnya incidental, keberadaannya terutama pada saat mulai kehamilan dan berakhir ketika ibu sudah melahirkan disebut ...
  - a. Desa siaga
  - b. Polindes

- c. Tabulin
  - d. Dasolin
  - e. Pos Obat Desa
5. Suami sudah menyiapkan biaya pemeriksaan dan persalinan, siap mengantar istri ke tempat pemeriksaan dan tempat persalinan, serta siap menjaga dan menunggu istri melahirkan, disebut program ...
- a. Gerakan Sayang Ibu
  - b. Suami SIAGA
  - c. Tabulin
  - d. Dasolin
  - e. Desa siaga

### KUNCI JAWABAN

- 1. C
- 2. A
- 3. D
- 4. C
- 5. B

### DAFTAR PUSTAKA

- Ayue, Heri Ira. 2022. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Malang: Wineka Media.
- Juwita Sinta Dwi, dkk. 2023. *Kebidanan Komunitas: Teori dan Aplikasi Asuhan Kebidanan*. Bandung: Kaizen Media Publishing.
- Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

Saida dan Rahmawati. 2023. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Cilacap: PT Media Pustaka Indo.

~oOo~

Copyright © 2024  
PENERBIT NEM

## Bab 11

# **SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN**

### **A. Sistem Pelayanan**

#### **1. Pengertian Pelayanan Kesehatan**

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo (2001) pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan Kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat.

Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Yang dimaksud sub sistem di sini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yaitu input, proses, output, dampak, umpan balik.

## **2. Sistem Pelayanan Kesehatan**

Menurut Hidayat (2008) sistem pelayanan Kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan efektif, efisien dan tepat sasaran.

Menurut Hidayat (2008) keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan. Sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Sistem terdiri dari: input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan.

### **a. Input**

Merupakan sistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Input pelayanan kesehatan meliputi: potensi masyarakat, tenaga dan sarana kesehatan, dan sebagainya.

### **b. Proses**

Merupakan kegiatan merubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari system tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan meliputi berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

### **c. Output**

Merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan dapat berupa pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.

d. Dampak

Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan adalah masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.

e. Umpan balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Umpan balik dalam pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan.

f. Lingkungan

Adalah semua keadaan di luar sistem tetapi dapat memengaruhi pelayanan kesehatan.

**3. Faktor yang Memengaruhi Pelayanan Kesehatan**

Menurut Hidayat (2008) dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak segalanya tercapai sasaran, akan tetapi membutuhkan suatu proses untuk mengetahui masalah yang ditimbulkannya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan

pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit dapat digunakan penggunaan alat seperti laser, terapi perubahan gen dan lain-lain.

b. Pergeseran nilai masyarakat

Berlangsungnya sistem pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada dimasyarakat sebagai penggunaan jasa pelayanan, di mana dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda.

Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kondisi demikian akan sangat memengaruhi sistem pelayanan kesehatan.

c. Aspek legal dan etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memerhatikan nilai-nilai hukum dan etika yang ada di masyarakat.



d. Ekonomi

Pelaksanaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh tingkat ekonomi di masyarakat. Semakin tinggi ekonomi seseorang, pelayanan Kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau, demikian juga sebaliknya apabila tingkat ekonomi seseorang rendah, maka akan sulit menjangkau pelayanan kesehatan mengingat biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal. Keadaan ekonomi ini yang akan dapat memengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.

e. Politik

Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam system pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan.

## **B. Sistem Rujukan**

### **1. Pengertian Rujukan dan Sistem Rujukan**

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dan satu unit ke unit yang lebih lengkap/rumah sakit) untuk horisontal (dari satu bagian lain dalam satu unit) (Muchtar, 1977).

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi

antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

Rujukan Pelayanan Kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal.

## **2. Tujuan Rujukan**

Menurut Mochtar (1998), rujukan mempunyai berbagai macam tujuan antara lain:

- a. Agar setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan sebaik-baiknya
- b. Menjalin kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya
- c. Menjalin perubahan pengetahuan dan ketrampilan (transfer of knowledge & skill) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah perifer.

Sedangkan menurut Hatmoko (2000), Sistem rujukan mempunyai tujuan umum dan khusus, antara lain:

- a. Umum

Dihasilkannya pemerataan upaya pelayanan Kesehatan yang didukung kualitas pelayanan yang

optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna.

b. Khusus

- 1) Menghasilkan upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna
- 2) Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif secara berhasil guna dan berdaya guna.

**3. Jenis Rujukan**

Rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas masuk di dalamnya, pengiriman kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis.

Termasuk juga di dalamnya pengiriman bahan laboratorium. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan). Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim. Kemudian Bidan menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan internal dan rujukan eksternal.

- a. Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
- b. Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan medik dan rujukan Kesehatan

- a. Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah.

Jenis rujukan medik:

- 1) Transfer of patient. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- 2) Transfer of specimen. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- 3) Transfer of knowledge/personel. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.

Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melaluiceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (transfer of knowledge). Pengiriman

petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke umah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan Tingkat provinsi atau institusi pendidikan (transfer of personel).

- b. Rujukan Kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman dan pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah Kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja).

Masukkan persiapan-persiapan dan informasi berikut ke rencana rujukan:

- 1) Siapa yang akan menemani ibu dan bayi baru lahir
- 2) Tempat-tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga. (Jika ada lebih dari satu kemungkinan tempat rujukan, pilih tempat rujukan yang paling sesuai berdasarkan jenis asuhan yang diperlukan)
- 3) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya. Ingat bahwa transportasi harus tersedia segera, baik siang maupun malam
- 4) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah, jika transfusi darah diperlukan
- 5) Uang yang disisihkan untuk asuhan medis, transportasi, obat-obatan dan bahan-bahan

- 6) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak-anak yang lain pada saat ibu tidak di rumah.

#### 4. Tingkatan Rujukan

Tingkatan rujukan berdasarkan pada bentuk pelayanan:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*). Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini di dalam suatu populasi sangat besar (kurang lebih 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basib health services*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan balkesmas.
- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*). Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D dan memerlukan tersedianya tenaga spesialis.
- c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*). Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: RS tipe A dan B.

## **5. Langkah-langkah Rujukan dalam Pelayanan Kebidanan**

- a. Menentukan kegawatdaruratan penderita
  - 1) Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan Kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.
  - 2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.
- b. Menentukan tempat rujukan. Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
- c. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga. Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarga. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan, perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika ibu tidak siap dengan rujukan, lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang rencana tersebut. Bantu mereka membuat rencana rujukan pada saat awal persalinan.

- d. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
  - 1) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk
  - 2) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan
  - 3) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

- e. Persiapan penderita (BAKSOKUDA). Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu:

- 1) Bidan

Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

- 2) Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

- 3) Keluarga

Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu



dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.

4) Surat

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

5) Obat

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.

6) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk. Mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.

7) Uang

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperiukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fesilitas rujukan.

8) Darah

Siapkan darah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

## RINGKASAN

Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) Kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Sistem pelayanan kesehatan terdiri dari input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu ilmu pengetahuan dan teknologi baru, pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi, politik.

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dan satu unit ke unit yang lebih lengkap/rumah sakit) untuk horisontal (dari satu bagian lain dalam satu unit).

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

Rujukan Pelayanan Kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari rujukan internal dan rujukan eksternal. Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari rujukan medik dan rujukan kesehatan.

Tingkatan rujukan berdasarkan pada bentuk pelayanan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat kedua dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

### **LATIHAN SOAL**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat disebut ...
  - a. Pelayanan
  - b. Kesehatan
  - c. Pelayanan kesehatan
  - d. Sistem pelayanan kesehatan
  - e. Tenaga kesehatan
2. Sistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sistem pelayanan kesehatan disebut ...

- a. Input
  - b. Proses
  - c. Output
  - d. Dampak
  - e. Umpan balik
3. Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem dan terjadi dalam waktu yang relative lama disebut ...
  - a. Input
  - b. Proses
  - c. Output
  - d. Dampak
  - e. Umpan balik
4. Berikut ini bukan faktor yang memengaruhi pelayanan kesehatan, yaitu ...
  - a. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru
  - b. Pergeseran nilai masyarakat
  - c. Aspek lergal dan etik
  - d. Ekonomi
  - e. Transportasi
5. Rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) adalah ...
  - a. Rujukan internal
  - b. Rujukan eksternal
  - c. Rujukan medik
  - d. Rujukan kesehatan
  - e. Rujukan specimen

## KUNCI JAWABAN

1. C
2. A
3. D
4. E
5. C

## DAFTAR PUSTAKA

Anshari Zaim. 2023. *Pelayanan Kesehatan Primer*. Padang Sidempuan: PT Inovasi Pratama Internasional.

Maisyarah, dkk. 2021. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.

Notoatmodjo Soekidjo. 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Rahmadani Suci, dkk. 2019. *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Primer Era JKN*. Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia.

Rahmawati. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

~oOo~

## Tentang Penulis



**Bdn. Desy Qomarasari, S.ST., MPH** lahir di Boyolali pada tanggal 11 Desember 1989. Saat ini penulis tinggal di Pancoran Mas, Kota Depok. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Surakarta (lulus 2008), D-IV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Surakarta (lulus 2012), S-2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Ibu dan Anak di Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS) (lulus 2015), dan melanjutkan pendidikan profesi bidan di Politeknik Tiara Bunda (lulus 2022). Riwayat pekerjaan penulis dimulai pada tahun 2015 sampai 2017 menjadi dosen tetap di Universitas An Nuur Purwodadi. Pada tahun 2017 sampai dengan sekarang menjadi dosen tetap Politeknik Tiara Bunda, dan pada tahun 2020 sampai 2023 menjabat sebagai Wakil Direktur I di Politeknik Tiara Bunda. Saat ini penulis menjabat sebagai Wakil Direktur II di Politeknik Tiara Bunda. Jalin kerja sama dengan penulis via email [desy.qomarasari@gmail.com](mailto:desy.qomarasari@gmail.com).



**Ana Mufidaturrosida, S.ST., MPH** lahir di Karanganyar pada tanggal 19 Juli 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D4 pada Program Studi DIV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surakarta lulus pada tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret lulus pada tahun 2015. Penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ar-Rum sejak tahun 2015—sekarang, sebagai Dosen Tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan. Penulis mengampu beberapa mata kuliah, salah satunya adalah Kesehatan Masyarakat. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan editor jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail [mufidaana@gmail.com](mailto:mufidaana@gmail.com). Motto: “Keep Husnuzan”.

# Buku Ajar

# Ilmu Kesehatan Masyarakat

## untuk Mahasiswa Kebidanan

**B**uku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan diperuntukkan bagi mahasiswa bidang kesehatan terkhusus mahasiswa kebidanan. Buku ini disusun berdasarkan panduan buku kurikulum mahasiswa kebidanan. Setiap topik disusun secara sistematis serta dilengkapi dengan materi dan contoh soal. Sehingga memudahkan mahasiswa untuk belajar secara mandiri.

Adapun topik dalam buku ajar ini terdiri dari konsep dasar kesehatan masyarakat, konsep dasar epidemiologi, konsep pencegahan penyakit, isu kesehatan lingkungan, gizi kesehatan masyarakat, surveilans dalam praktik kebidanan, pemberdayaan masyarakat, *partnership*/kemitraan, pendidikan kesehatan, pelayanan kebidanan berbasis masyarakat, sistem pelayanan kesehatan, dan sistem rujukan. Buku ini menjadi referensi yang tepat sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa dalam kegiatan perkuliahan.



IKAPI  
IKATAN KEBIDAN PERSIT INDONESIA



TEMUKAN DI  
Google Play

ISBN 978-623-115-435-4



9

786231

154354