



UMSIDA Press
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Jl. Mojopahit No 666B
Sidoarjo, Jawa Timur

Cholifah., M. Kes
Umi Khoirun N., SKM., M. Epid
Paramitha Amelia K., M. Keb

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

ISBN 9786025914935



9 786025 914935

Buku Ajar ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Untuk Mahasiswa
DIV Manajemen Informasi Kesehatan

Cholifah., M. Kes
Umi Khoirun Nisak., SKM., M. Epid
Paramitha Amelia K., M. Keb



Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

BUKU AJAR MATA KULIAH ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh

Cholifah, SST., M.Kes.

Paramitha Ameli K, SST., M.Keb.

Umi Khoirun Nisak, SKM., M.Epid



Diterbitkan oleh
UMSIDA PRESS

BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Cholifah, SST., M.Kes.

Paramitha Ameli K, SST., M.Keb.

Umi Khoirun Nisak, SKM., M.Epid.

ISBN : 978-602-5914-93-5

Editor :

Septi Budi Sartika, M.Pd

Copy Editor :

Fika Megawati, S.Pd., M.Pd.

Design Sampul dan Tata Letak : Umi Khoirun

Nisak., SKM., M. Epid

Penerbit : UMSIDA

Press

Redaksi :

Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Jl. Mojopahit No 666B Sidoarjo,

Jawa Timur

Cetakan pertama, Juni 2019

© Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dengan suatu apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

CP MATA KULIAH

Mahasiswa mampu menguasai dan memahami Jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan, Alur pelayanan kesehatan, Jenis tenaga kesehatan, Konsep sehat sakit, Level / tingkat pencegahan penyakit, dan Promosi kesehatan.

KATA PENGANTAR

Assalammu'alaikum Wr.Wb

Ilmu kesehatan masyarakat adalah salah satu ilmu bidang ilmu yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tujuan tersebut tidak akan tercapai apabila tidak didukung dengan kajian ilmu kesehatan yang baik. Buku ini ditujukan untuk mahasiswa DIV Manajemen Informasi Kesehatan sebagai bentuk pembelajaran mengenai pengkajian serta penanganan permasalahan kesehatan masyarakat serta mendukung tenaga kesehatan terutama perekam medis dan informasi kesehatan yang profesional

Buku ajar dalam mata kuliah merupakan keinginan para dosen guna membantu mahasiswa dalam proses pembelajaran. Buku ini terdiri dari 5 Bab antara lain membahas konsep kesehatan masyarakat, konsep sehat sakit, tingkat pencegahan penyakit, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa perekam medis dan informasi kesehatan yang disusun berdasarkan silabus mata kuliah terkait.

Penyusunan buku ajar ilmu kesehatan masyarakat ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta motivasi dari semua pihak. Kami berharap dapat membawa manfaat bagi seluruh mahasiswa. Kami mengharapkan saran dan masukan dari para pembaca, sehingga dapat memperbaiki dikemudian hari.

Wassalamualaikum Wr.Wb

Sidoarjo, Juni 2019

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	i
PRAKATA	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT	
A. Sejarah Kesehatan Masyarakat	1
B. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia	8
C. Definisi Kesehatan Masyarakat	13
BAB 2 KONSEP SEHAT SAKIT	
A. Konsep Sehat Dan Sakit	23
B. Hubungan Sehat – Sakit	26
C. Dimensi Kesehatan Prima	29
D. Determinan Kesehatan (Faktor Pengaruh Terhadap Kesehatan)	31
E. Indikator Derajat Kesehatan Masyarakat	36
F. Rentang Sehat Dan Sakit	40
G. Tahapan Proses Sakit	41
H. Perilaku Peran Sakit	43
I. Dampak Sakit Dan Dirawat	45

BAB 3 TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

- A. Konsep Dasar Penyakit 47
- B. Tingkat Pencegahan Penyakit 48
- C. Prinsip – Prinsip Dasar Pencegahan 54

BAB 4 PROMOSI KESEHATAN

- A. Konsep Promosi Kesehatan 55
- B. Strategi Promosi Kesehatan 58
- C. Sasaran Promosi Kesehatan 62
- D. Ruang Lingkup 63
- E. Jenis Kegiatan 73
- F. Kode Etik Dan Hambatan Dalam Promosi Kesehatan 80
- G. Pendekatan Promosi Kesehatan 83
- H. Model Promosi Kesehatan 87

BAB 5 PELAYANAN KESEHATAN

- A. Konsep Pelayanan Kesehatan 109
- B. Tujuan Pelayanan Kesehatan 111
- C. Jenis Pelayanan Kesehatan 112
- D. Bentuk Pelayanan Kesehatan 114

E. Syarat Pelayanan Kesehatan 115

F. Jenis Tenaga Kesehatan 116

DAFTAR PUSTAKA

BIODATA PENULIS

RINGKASAN

BAB I KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

A. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah panjang perkembangan masyarakat tidak hanya dimulai pada munculnya ilmu pengetahuan saja, tetapi sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Tidak dapat dipungkiri bahwa sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari tokoh mitologi Yunani, yaitu Asclepius dan Hygeia. Berdasarkan mitos Yunani, Asclepius adalah seorang dokter yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikannya bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur – prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Hygeia adalah asisten sekaligus istri Asclepius. Keduanya memiliki perbedaan dalam memberikan pengobatan pada masyarakat. Perbedaan tersebut berupa cara pendekatan atau penanganan masalah kesehatan. Untuk jelasnya dapat dilihat pada Tabel 1.1

Tabel 1.1 Perbedaan Penanganan Masalah Kesehatan antara Asclepius dan Hygeia

Menurut	Cara Penanganan Masalah Kesehatan Masyarakat
Asclepius	Dilakukan setelah penyakit terjadi pada seseorang
Hygeia	<ul style="list-style-type: none">• Penanganan masalah melalui hidup seimbang• Menghindari makanan atau minuman beracun• Makan – makanan yang bergizi (cukup)• Istirahat yang cukup dan olahraga

Perbedaan penanganan antara Asclepius dan Hygeia tersebut akhirnya menimbulkan dua pendekatan penanganan masalah – masalah kesehatan pada masyarakat, yaitu kelompok pertama dan kelompok kedua. Kelompok pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit atau setelah orang jatuh sakit, dikenal dengan pendekatan kuratif. Kelompok tersebut terdiri atas dokter, psikiater, dan praktisi – praktisi lain yang melakukan perawatan atau pengobatan penyakit, baik fisik, psikologis, mental. Kelompok kedua cenderung melakukan upaya – upaya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promosi kesehatan) sebelum terjadinya penyakit. Kelompok ini antara lain para petugas kesehatan masyarakat.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin maju, seolah – olah timbul garis pemisah dalam masyarakat yang luas antara kedua kelompok profesi tersebut, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*Currative Health Care*) dan pelayanan preventif (*Preventif Health Care*) sebagaimana dalam Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Perbedaan Pelayanan Kesehatan Kuratif dan Preventif

	Tingkat Pelayanan	
	Pelayanan Kesehatan Kuratif	Pelayanan Kesehatan Preventif
Cara Penanganan Masalah Kesehatan	1. Sasaran individual	1. Sasaran masyarakat sebagai klien
	2. Kontak pada klien hanya satu kali	2. Masalah yang ditangani adalah masalah yang dirasakan oleh masyarakat, bukan masalah individual

3. Jarak petugas kesehatan dengan	3. Hubungan petugas kesehatan dengan
klien jauh	masyarakat bersifat kemitraan
<p>4. Cara pendekatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Bersifat reaktif, artinya bersifat hanya menunggu masalah datang. Dianggap masalah kesehatan apabila sudah ada penyakit. Di sini petugas kesehatan hanya menunggu klien datang 	<p>4. Cara Pendekatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Bersifat proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari apa penyebab masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu datangnya klien, tetapi harus turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi dan selanjutnya melakukan tindakan

<ul style="list-style-type: none"> • Cenderung melihat dan menangani masalah klien lebih pada sistem biologis. Hal ini berarti manusia atau klien hanya di lihat secara partial, padahal manusia terdiri atas aspek bio-psiko-sosial dan spiritual 	<ul style="list-style-type: none"> • Melihat klien sebagai makhluk yang utuh, artinya melihat manusia atau klien melalui pendekatan holistik. Terjadinya penyakit tidak semata – mata karena terganggunya salah satu aspek, aspek biologis atau aspek yang lain dapat saling mempengaruhi. Cara pandang pada pendekatan ini
	<p>adalah dengan pendekatan yang utuh pada semua aspek, baik biologis, psikologis, sosiologis, spiritual dan sosial.</p>

Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (Pre-Scientific Period)

Perkembangan kesehatan masyarakat sebelum ilmu pengetahuan tidak dapat dipisahkan dari sejarah kebudayaan yang ada di dunia. Salah satunya adalah budaya dari negeri Babilonia, Mesir, Yunani dan Roma. Catatan sejarah peradaban menunjukkan bahwa manusia telah melakukan usaha untuk penanggulangan masalah – masalah kesehatan masyarakat dan penyakit. Masyarakat pada periode ini telah

membangun tempat pembuangan kotoran umum (*Latrin*) untuk menampung tinja atau kotoran manusia. Pada waktu itu *latrin* dibangun dengan tujuan agar tinja tidak menimbulkan bau yang tidak sedap dan pandangan yang tidak menyenangkan, bukan karena alasan kesehatan (pencegahan penularan penyakit karena tinja). Selain itu alasan pembuatan sumur pada waktu itu karena air sungai yang mengalir sudah kotor dan terasa tidak enak, bukan karena minum air sungai dapat menyebabkan penyakit (Green, 1984). Dari dokumen lain juga tercatat bahwa pada zaman Romawi Kuno telah dikeluarkan suatu peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat pembangunan rumah, melaporkan adanya binatang – binatang yang berbahaya, dan melaporkan binatang peliharaan yang dapat menimbulkan bau. Selain itu, pemerintah juga melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat – tempat minuman (*public bar*), warung makanan, tempat prostitusi dan lain- lain (hanlon, 1974).

Di permulaan abad ke 7, pentingnya kesehatan masyarakat semakin dirasakan karena berbagai penyakit menular mulai menyerang penduduk dan telah terjadi epidemi, bahkan ada yang menjadi endemik. Asia, khususnya Timur Tengah dan Asia Selatan, sampai dengan Afrika terdapat penyakit kolerayang telah tercatat sejak abad ke 7, bahkan di India penyakit kolera telah menjadi endemik. Penyakit lepra telah menyebar ke Mesir, Asia Kecil dan Eropa melalui para emigran.

Upaya – upaya yang dilakukan masyarakat untuk mengatasi kasus epidemi dan endemik adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan, terutama higiene dan sanitasinya
2. Pembuangan kotoran manusia
3. Mengusahakan air minum bersih
4. Pembuangan sampah
5. Pembuatan ventilasi yang memenuhi syarat

Pada abad ke – 14, mulai terjadi wabah pes yang paling dahsyat, yaitu di Cina dan India. Pada 1340 telah tercatat 13 juta orang meninggal karena wabah pes. Di India, Mesir dan Gaza dilaporkan bahwa 13.000 orang meninggal tiap harinya karena serangan pes. Berdasarkan catatan, jumlah orang yang meninggal karena wabah penyakit pes di seluruh dunia pada waktu itu mencapai lebih dari 60 juta orang sehingga peristiwa ini disebut dengan “*The Black Death*”. Keadaan atau serangan wabah penyakit menular ini berlangsung sampai abad ke 18. Di samping wabah pes, wabah kolera dan tiroid juga masih berlangsung. Pada 1603, lebih dari 1 di antara 6 orang dilaporkan meninggal. Pada 1665, sekitar 1 di antara 5 orang meninggal karena penyakit menular. Pada tahun 1759, dilaporkan 70.000 orang penduduk di kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit lain yang menjadi wabah antara lain difteri, tiroid, disentri dan lain – lain.

Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period)

Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, bangkitnya ilmu pengetahuan mempunyai dampak yang sangat luas pada segala aspek kehidupan manusia, termasuk aspek kesehatan. Pada abad ini pendekatan dalam penanganan masalah kesehatan tidak hanya pada aspek biologis saja, tetapi sudah komprehensif dan multisektoral. Pada abad ini telah ditemukan berbagai macam penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegahan penyakit sebagaimana ditunjukkan pada tabel 1.3

Tabel 1.3 Penemu dan Hasil Temuan Dalam Penanggulangan Penyakit

Penemu	Hasil Temuan
Louis Pasteur	Vaksin untuk mencegah penyakit cacar
Joseph Lister	Asam Karbol (<i>carbolic acid</i>) untuk sterilisasi ruang operasi
William Marton	Eter sebagai anestesi pada waktu operasi

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

- 1) Masyarakat yang hidup dalam kondisi sanitasi yang jelek
- 2) Sumur penduduk berdekatan dengan aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia
- 3) Adanya aliran air limbah terbuka yang tidak teratur
- 4) Makanan yang dijual di pasar tidak bersih (terkontaminasi lalat dan kecoa)
- 5) Sebagian besar kondisi masyarakat miskin
- 6) Bekerja rata – rata 14 jam per hari
- 7) Gaji di bawah kebutuhan hidup

Hasil laporan Edwin Chadwich ini dilengkapi dengan analisis data yang lengkap dan terpercaya. Oleh karena itu, parlemen akhirnya mengeluarkan undang – undang yang mengatur upaya – upaya peningkatan kesehatan penduduk serta tentang sanitasi lingkungan, tempat kerja, pabrik dan lain – lain. Sejak saat itu Edwin Chadwich

mendalami bidang kesehatan masyarakat sehingga pada waktu itu ia menjadi orang pertama dalam ilmu kesehatan masyarakat.

Generasi setelah Chadwich adalah Winslow, yaitu muridnya yang kemudian dikenal sebagai pembina kesehatan masyarakat modern (*public health modern*). Ia membuat definisi kesehatan masyarakat yang diadaptasi oleh WHO yang kemudian melahirkan berbagai definisi sehat. Selain Winslow, nama John Snow (1854) tidak asing dalam dunia kesehatan masyarakat. John melakukan usaha sukses dalam mengatasi penyakit kolera yang melanda kota London. Hal yang perlu dicatat disini adalah bahwa ia menerapkan pendekatan epidemiologi dengan menganalisis faktor : tempat, orang, waktu dan lingkungan. Oleh karena itu, dia dianggap sebagai Bapak Epidemiologi.

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

Masalah Kesehatan Masyarakat telah menjadi perhatian pada perkembangan kurikulum sekolah kedokteran. Hal ini berdasarkan asumsi bahwa penyakit dan kesehatan merupakan hasil interaksi yang dinamis antara faktor genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial (termasuk kondisi kerja), kebiasaan perorangan, serta pelayanan kesehatan. Sebagai wujud perbaikan faktor pelayanan kesehatan, pada 1855 pemerintah Amerika membentuk departemen kesehatan pertama kali yang bertujuan menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk atau publik, termasuk melaksanakan perbaikan serta pengawasan sanitasi lingkungan.

B. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

1. Perkembangan kesehatan di Indonesia dimulai pada abad ke 16, yaitu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan penyakit cacar dan kolera yang sangat di takuti oleh masyarakat pada waktu itu. Peristiwa wabah kolera tersebut membuat pemerintah Belanda (pada waktu itu Indonesia masih dalam penjajahan Belanda) melakukan upaya – upaya kesehatan masyarakat.
2. Pada saat pemerintahan Gubernur Jendral Deandels (1807), telah dilakukan upaya pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian bayi (*infant mortality rate*). Namun upaya ini tidak bertahan lama dikarenakan langkanya tenaga pelatih bidan. Pada tahun 1930, dimulai lagi program pelatihan dukun bayi dengan didaftarkan para dukun bayi sebagai penolong dan perawat persalinan.
3. Pada 1851 berdiri sekolah dokter Jawa oleh dr. Bosch dan dr. Bleecker sebagai kepala pelayanan kesehatan sipil dan militer di Indonesia. Sekolah ini kemudian dikenal dengan nama *School Tot Opleiding Van Indische Arsten* (STOVIA) atau sekolah pendidikan dokter pribumi. Pada 1913 didirikan sekolah dokter yang kedua di Surabaya dengan nama *Nederland Indische Arsten School* (NIAS). Pada 1927 STOVIA berubah menjadi sekolah kedokteran. Sekolah kedokteran berubah menjadi Universitas Indonesia pada 1947 dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
4. Pada 1888, terjadi pengembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dengan berdirinya pusat laboratorium kedokteran di Bandung. Kemudian pada 1938, pusat laboratorium ini berubah menjadi lembaga Eijkman. Selanjutnya disusul

dengan berdirinya laboratorium – laboratorium lain di Medan, Semarang, Makasar, Surabaya dan Yogyakarta dalam rangka menunjang pemberantasan penyakit, seperti : malaria, lepra, cacar dan penyakit lainnya. Selain itu cabang bidang kesehatan masyarakat yang lain juga berdiri seperti gizi dan sanitasi.

5. Pada 1922, penyakit pes masuk ke Indonesia dan pada tahun 1933 - 1935 terjadi wabah epidemi di beberapa tempat, terutama di pulau Jawa.
6. Pada tahun 1925, Hydrich seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda melakukan pengamatan terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Banyumas, Purwokerto pada saat itu. Dari hasil pengamatan dan analisisnya disimpulkan bahwa tingginya angka kesakitan dan kematian dikarenakan jeleknya kondisi sanitasi lingkungan, pembuangan kotoran atau tinja sembarangan tempat dan penggunaan air minum dari sungai yang sudah tercemar. Hasil kesimpulan menunjukkan bahwa penyebab mewabahnya penyakit disebabkan rendahnya sanitasi lingkungan oleh perilaku penduduk yang jelek. Oleh karena itu, Hydrich memulai upaya kesehatan masyarakat dengan cara mengembangkan daerah percontohan. Dia juga melakukan pendidikan dan penyuluhan kesehatan. Sampai saat ini, usaha Hydrich dianggap sebagai awal kesehatan masyarakat di Indonesia.
7. Pada 1935, dilakukan program pemberantasan penyakit pes dengan cara melakukan penyemprotan DDT terhadap rumah – rumah penduduk dan juga vaksin massal.
8. Memasuki zaman kemerdekaan, diperkenalkan konsep Bandung (*Bandung Plan*). Konsep ini memperkenalkan

bahwa aspek preventif dan kuratif tidak dapat dipisahkan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini berarti dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, kedua aspek ini tidak boleh dipisahkan, baik di rumah sakit ataupun puskesmas. Konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit – unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap Kecamatan yang mulai dikembangkan dan kemudian disebut sebagai PUSKESMAS.

9. Pada 1952, pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan.
10. Pada 1956 dimulai kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat oleh dr. Y Sulianti dengan berdirinya Proyek Bekasi sebagai proyek percontohan. Proyek ini juga menekankan pada pendekatan tim dalam pengelolaan program kesehatan.
11. Pada bulan November 1967, dilakukan seminar yang membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan kondisi dan kemampuan rakyat Indonesia. Seminar ini membahas konsep puskesmas yang mengacu pada Konsep Bandung dan Proye Bekasi. Seminar ini menyepakati bahwa sistem puskesmas terdiri atas tipe A, B, dan C.
12. Akhirnya pada tahun 1968 dalam rapat kerja kesehatan nasional dicetuskan bahwa puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah. Puskesmas disepakati sebagai unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh

dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagai kecamatan di kotamadya atau kabupaten. Sebagai lini terdepan pembangunan kesehatan, puskesmas di harapkan selalu tegar. Kegiatan pokok dalam program dasar dan utama puskesmas mencakup delapan belas kegiatan berikut :

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Gizi
- d. Kesehatan Lingkungan
- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta imunisasi
- f. Penyuluhan kesehatan masyarakat
- g. Pengobatan
- h. Usaha kesehatan sekolah
- i. Perawatan kesehatan masyarakat
- j. Kesehatan gigi dan mulut
- k. Usaha kesehatan jiwa
- l. Optometri
- m. Kesehatan geriatrik
- n. Latihan dan olahraga
- o. Pengembangan obat – obatan tradisional
- p. Keselamatan dan kesehatan kerja
- q. Laboratorium dasar
- r. Pengumpulan informasi dan pelaporan untuk sistem informasi kesehatan.

13. Pada 1969, hanya ada dua sistem puskesmas yang disepakati, yaitu puskesmas tipe A yang dikelola oleh dokter dan puskesmas tipe B yang dikelola oleh seorang paramedis.
14. Pada 1979 tidak dibedakan antara puskesmas tipe A dan tipe B. Hanya ada satu tipe puskesmas saja dengan dikepalai oleh seorang dokter. Untuk mengembangkan manajerial puskesmas, digunakan alat penilaian berupa stratifikasi puskesmas yang dibedakan menjadi tiga.
 - a. Strata Satu, puskesmas dengan prestasi sangat baik
 - b. Strata Dua, puskesmas dengan prestasi rata – rata atau standart
 - c. Strata Tiga, puskesmas dengan prestasi dibawah rata – rataPerangkat manajerial puskesmas yang lain adalah berupa *micro planning* untuk perencanaan dan lokakarya mini sebagai pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.
15. Pada 1984 tanggung jawab puskesmas ditingkatkan lagi dengan berkembangnya program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana (POSYANDU) yang mencakup kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi dan penanggulangan penyakit diare serta imunisasi.
16. Awal 1990an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat.
17. Pada tahun 2000an, pemimpin Puskesmas tidak harus seorang dokter, tetapi dipegang oleh sarjana kesehatan masyarakat. Perubahan diharapkan dapat membawa perubahan positif.

18. Sampai tahun 2002 jumlah Puskesmas di Indonesia sudah mencapai 7.309. Jumlah desa di Indoensia mencapai 70. 921. Jumlah ini masih harus dikembangkan dan diatur lebih lanjut untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang prima. Jumlah Puskesmas masih jauh dari memadai, terutama didaerah terpencil. Untuk sebagian penduduk, lokasi Puskesmas masih terlalu jauh untuk dicapai.

C. Definisi Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat berasal dari bahasa inggris "*public health*". Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, serta meningkatkan efisiensi hidup melalui usaha – usaha pengorganisasian masyarakat untuk :

- a. Meningkatkan sanitasi lingkungan
- b. Kontrol infeksi di masyarakat
- c. Pendidikan individu tentang kebersihan perorangan
- d. Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan
- e. Diagnosis dini, pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standart kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

(Leavel dan Clark, 1958)

Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Beberapa disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain : biologi, kedokteran, kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosial, antropologi, psikologi, dan ilmu pendidikan. Oleh karena itu, ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu multidisiplin. Ilmu yang secara garis besar menopang ilmu kesehatan masyarakat (disebut sebagai

pilar utama ilmu kesehatan masyarakat) adalah epidemiologi, biostatistik/ statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, serta ilmu kesehatan kerja.

Faktor – Faktor Penyebab Terjadinya Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia

1. Faktor Lingkungan

Penyebab masalah kesehatan di masyarakat adalah kurangnya peran serta masyarakat dalam mengatasi kesehatan dan kurangnya rasa tanggungjawab sebagian besar masyarakat dalam bidang kesehatan.

2. Faktor Perilaku dan Gaya hidup Masyarakat

Masih banyaknya kebiasaan masyarakat yang dapat merugikan kesehatan dan adat istiadat yang kurang atau bahkan tidak menunjang kesehatan.

3. Faktor Sosial Ekonomi

- a. Tingkat pendidikan masyarakat di Indonesia sebagian besar masih rendah.
- b. Kurangnya kesadaran dalam pemeliharaan kesehatan
- c. Penghasilan masih rendah dan pengangguran. Angka pengangguran yang terus meningkat setiap tahunnya. Terdapat dua faktor penyebab meningkatnya pengangguran di Indonesia, *pertama* disebabkan oleh bencana alam. *Kedua* disebabkan oleh angkatan kerja baru yang menganggur.
- d. Kemiskinan. Mayoritas masyarakat di Indonesia masih tergolong miskin dan GNP perkapitanya hanya bisa disejajarkan dengan Vietnam

4. Faktor Sitem Pelayanan Kesehatan

Cakupan pelayanan kesehatan belum menyeluruh, upaya pelayanan kesehatan sebagian masih berorientasi pada upaya kuratif dan sarana dan prasarana belum dapat menunjang pelayanan kesehatan.

Sasaran Kesehatan Masyarakat

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

Individu

Individu adalah anggota keluarga sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikososial, sosial, dan spiritual. Jika individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh karena suatu hal, maka akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya dan keluarga yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggal mereka. Maka peran perawat kesehatan disini adalah membantu individu agar dapat memenuhi kebutuhan dasar yang tidak dipenuhi sendiri karena kelemahan fisik dan mental, ketrbatasan pengetahuan, atau kurangnya kemauan menuju kemandirian.

Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta anggota keluarga lain yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah karena pertalian darah atau ikatan pernikahan atau adopsi. Antar anggota keluarga saling bergantung dan berinteraksi.

Berikut merupakan alasan yang menyebabkan keluarga menjadi fokus pelayanan.

1. Keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan
2. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga
3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan
4. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha – usaha kesehatan masyarakat.

Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah sekumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur dan permasalahan. Kegiatan yang terorganisasi atau sekelompok masyarakat/ individu sangat rawan terhadap masalah kesehatan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan merawat diri sendiri. Kelompok khusus yang ada di masyarakat dan di institusi dapat dikelompokkan atau di klasifikasikan berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka hadapi, yaitu sebagai berikut :

1. **Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan (*growth and development*)**
 - a. Kelompok ibu hamil dan kelompok ibu bersalin (melahirkan).
 - b. Kelompok ibu nifas
 - c. Kelompok bayi. Sasarannya adalah penurunan angka kelahiran dengan berat badan rendah yaitu kurang dari sama dengan 2.500 gr. Pemerintah bekerja sama dengan badan dunia yang bergerak dalam penanganan gizi, *World Food Program* untuk

membantu status gizi masyarakat melalui program pangan, perbaikan sanitasi lingkungan dan lain sebagainya.

- d. Kelompok anak balita.
- e. Kelompok anak usia sekolah. Pada umumnya kelompok usia anak sekolah mempunyai kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan kesehatan anak balita. Masalah – masalah yang timbul pada kelompok ini antara lain berat badan rendah, defisiensi Fe dan vitamin E. Masalah ini timbul karena anak sangat aktif bermain dan banyak kegiatan disekolah maupun dilingkungan rumah.
- f. Kelompok usia lanjut. Kelompok usia ini mengalami penurunan fungsi sehingga terjadi gangguan gizi.

2. Kelompok khusus dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan

a. Penderita penyakit menular

- Kelompok penderita penyakit kusta
- Kelompok penderita penyakit TBC. Angka kesakitan yang disebabkan penyakit TB Paru saat ini mencapai 3 per 1000 penduduk.
- Kelompok penderita penyakit diare. Diare masih menjadi penyakit yang mematikan di Indonesia.
- Penyakit malaria di Indonesia masih tergolong penyakit yang berbahaya dan mematikan.
- Kelompok penderita penyakit kelamin (gonore atau sifilis) dan penyakit HIV/AIDS.

b. Penderita penyakit tidak menular

- Kelompok penderita penyakit hipertensi
- Kelompok penderita penyakit diabetes melitus

- Kelompok penderita penyakit Jantung
- Kelompok penderita penyakit Kanker
- Kelompok penderita penyakit Stroke
- Kecelakaan lalu lintas

Angka kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular seperti penyakit kanker dan kardiovaskuler cenderung meningkat.

c. Kelompok cacat yang memerlukan rehabilitasi

- Kelompok cacat fisik, seperti kebutaan. Tingkat kebutaan di Indonesia sudah sangat mengkhawatirkan dimana saat ini rasio orang buta sudah mencapai 1,5% dari total populasi, sehingga menempatkan Indonesia berada pada tingkat kebutaan tertinggi di Asia. Faktor pemicu adalah kebiasaan bermain game setiap hari dan orang – orang yang setiap hari beraktivitas dengan komputer atau televisi.
- Kelompok cacat mental. Angka kesakitan penderita kelainan jiwa dapat dipertahankan pada rasio 1-3 per 1000 penduduk dan jumlah penderita gangguan jiwa yang relatif ringan dan gangguan perilaku pada rasio 20-60 per 1000 penduduk.
- Kelompok cacat sosial.

3. Kelompok khusus yang mempunyai resiko tinggi terserang penyakit

a. Kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika

Penyalahgunaan obat dan narkotika merupakan suatu penyelewengan penggunaan obat yang bukan ditujukan untuk medis atau tidak sesuai dengan indikasinya. Obat terlarang mencakup psikotropika, alkohol, tembakau, dan zat adiktif yang memabukkan. Penggunaan obat – obatan ini apabila digunakan secara tidak benar akan menyebabkan perubahan pemikiran,

perasaan dan tingkah laku pemakainya serta menyebabkan gangguan fisik, psikis, dan susunan saraf pusat bahkan sampai menyebabkan kematian.

Ketergantungan ini mengganggu fisik dan psikisnya. Intoksikasi timbul akibat dosis yang dipakai secara berlebihan sehingga terjadi keracunan. Intoksikasi ini umumnya menyebabkan kematian. Gejala putus obat (*withdrawal syndrome*) adalah gejala – gejala yang timbul akibat dihentikannya pemakaian obat – obatan terlarang tersebut.

Dalam keadaan ini fungsi normal tubuh menjadi terganggu seperti, berkeringat, nyeri seluruh tubuh, demam, mual, sampai muntah. Gejala ini akan menghilang kalau obat – obatan itu diberikan kembali. Semakin lama gejala ini akan menjadi semakin berat.

- b. Kelompok wanita tunasusila (WTS) atau pekerja sek komersial WTS merupakan salah satu bentuk perilaku yang menyimpang di masyarakat karena tidak berhasil menyesuaikan diri dengan kehendak masyarakat atau kelompok tertentu dalam masyarakat. Penyimpangan adalah perbuatan yang mengabaikan norma atau tidak mematuhi patokan baku dalam masyarakat. Meskipun bekerja sebagai WTS dianggap melanggar norma dan moralitas namun sebagai individu mereka tidak dapat terlepas dari lingkungan sosialnya. Untuk itu diperlukan adanya proses penyesuaian diri. Mereka berusaha menutupi pekerjaan sebagai WTS, terutama di lingkungan keluarga atau tempat tinggal, untuk meghindari keterasingan dari lingkungan tersebut. Mereka menyesuaikan diri dengan bersikap dan bertingkah laku layaknya individu lain di lingkungan tersebut. Ditinjau dari teori Haber dan Runyon,

penyesuaian diri yang mereka lakukan tidak memenuhi keseluruhan karakteristik penyesuaian diri yang sehat.

- c. Kelompok pekerja tertentu. Penyakit akibat kerja dapat menyerang semua tenaga kerja, misal di rumah sakit akibat pajanan berbagai bahan biologis, kimia atau fisik yang berbahaya dalam lingkungan kerjanya. Diperlukan pencegahan berupa upaya kesehatan dan keselamatan kerja (K3) yang telah di dukung oleh perangkat hukum untuk mewujudkan produktivitas kerja optimal.

Ruang lingkup kegiatan pada kelompok khusus mencakup upaya – upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan resosialitatif melalui kegiatan – kegiatan yang terorganisasi berikut.

1. Pelayanan kesehatan dan perawatan
2. Penyuluhan kesehatan
3. Bimbingan dan pemecahan masalah terhadap anggota kelompok, kader kesehatan dan petugas panti.
4. Penemuan kasus secara dini
5. Melakukan rujukan medis dan kesehatan
6. Melakukan koordinasi dan kerjasama dengan masyarakat
7. Alih teknologi dalam bidang kesehatan dan keperawatan kepada petugas panti serta kader kesehatan.

Prinsip dasar kelompok khusus adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian kelompok khusus
2. Menekankan pada upaya preventif dan promotif
3. Pendekatan yang menyeluruh menggunakan proses keperawatan secara konsisten dan berkesinambungan

4. Melibatkan peran serta aktif petugas panti, kader kesehatan dan kelompok sebagai subjek maupun objek pelayanan.
5. Dilakukan di institusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kelompok khusus.
6. Ditekankan kepada pembinaan perilaku penghuni panti, petugas panti, lingkungan panti bagi yang dinstitusi dan masyarakat yang mempunyai masalah yang sama ke arah perilaku sehat.

Tahap – tahap perawatan kelompok khusus adalah sebagai berikut.

1. Tahap Persiapan

- a. Mengidentifikasi jumlah kelompok khusus yang ada di masyarakat dan jumlah panti atau pusat – pusat rehabilitasi yang ada di suatu wilayah binaan.
 - b. Mengadakan pendekatan sebagai awal pembinaan kelompok khusus yang ada di masyarakat
 - c. Identifikasi masalah kelompok khusus di masyarakat dan di panti atau institusi melalui pengumpulan data.
 - d. Menganalisis data kelompok khusus di masyarakat dan di institusi
 - e. Merumuskan masalah dan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan kelompok khusus di masyarakat dan di institusi.
 - f. Mulai dari tahap identifikasi masalah, analisis data, perumusan masalah, serta prioritas masalah kesehatan atau keperawatan kelompok khusus, semua melibatkan kader kesehatan dan petugas panti.
2. Tahap Perencanaan, meliputi jadwal kegiatan dan kunjungan serta tenaga pelaksana pengorganisasian kegiatan.

3. Tahap pelaksanaan
 - a. Pendidikan dan pelatihan kader dan petugas panti
 - b. Pelayanan kesehatan dan keperawatan
 - c. Penyuluhan kesehatan
 - d. Imunisasi
 - e. Penemuan kasus dini
 - f. Rujukan bila dianggap perlu
 - g. Pencatatan dan pelaporan¹
-

¹ Mubarak, Wahid Iqbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

BAB II KONSEP SEHAT DAN SAKIT

A. KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Definisi Sehat

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, atau dengan istilah lain saling berinteraksi. Kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinue dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama.² Sehat merupakan kondisi yang bukan hanya bebas dari penyakit akan tetapi juga meliputi seluruh aspek kehidupan manusia yang meliputi aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual. Menurut WHO, sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.³

Kesehatan merupakan konsep yang sering digunakan tetapi artinya sulit untuk dijelaskan. Meskipun demikian, kebanyakan sumber ilmiah sepakat bahwa definisi kesehatan apapun harus mengandung paling tidak komponen biomedis, personal, dan sosiokultural.⁴ Kesehatan adalah suatu hal yang kontinue yang berada dari titik ujung sehat walafiat sampai dengan titik pangkal sakit

² Mubarak, Wahid iqbal. Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika

³ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

⁴ Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC

serius.⁵

Berdasarkan pengertian sehat tersebut maka sehat memiliki **karakteristik** sebagai berikut.

1. Memiliki kemampuan untuk merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia.
2. Memiliki pandangan terhadap sehat dalam konteks lingkungan baik secara internal maupun eksternal.
3. Memiliki hidup yang kreatif dan produktif.⁶

Adapun ciri – ciri masyarakat dikatakan sebagai masyarakat sehat yaitu sebagai berikut.

1. Adanya peningkatan kemampuan dari masyarakat untuk hidup sehat
2. Mampu mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya pengangkatan kesehatan (*health promotion*), pencegahan penyakit (*health prevention*), penyembuhan penyakit (*currative health*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif health*), terutama untuk ibu dan anak.
3. Berupaya untuk meningkatkan kesehatan lingkungan, terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.

⁵ Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

⁶ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

4. Selalu meningkatkan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat.
5. Berupaya selalu menurunkan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit.⁷

Definisi Sakit

Kesakitan (*illness*) sangat berkaitan dengan penyakit (*diseases*), tetapi kedua istilah tersebut sangat berkaitan dengan suatu perbedaan mednasar dan konsepsional tentang periode sakit. Menurut Sahlan dalam Maulana (2009) menggambarkan kesakitan sebagai reaksi personal, interpersonal serta kultural terhadap penyakit atau perasaan kurang nyaman, sedangkan penyakit adalah gangguan fungsi atau adaptasi dari proses – proses biologis dan psikologis pada seseorang. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesakitan adalah suatu yang dimiliki oleh seseorang, sedangkan penyakit adalah sesuatu yang dimiliki oleh suatu organ.⁸

Sakit diartikan suatu keadaan terganggunya seseorang dalam proses tumbuh kembang fungsi tubuh secara keseluruhan atau sebagian serta terganggunya proses penyesuaian diri manusia. Sakit dapat juga diartikan sebagai gangguan dalam fungsi yang normal dimana individu sebagai totalitas dari keadaan organisme sebagai sistem biologis dan adaptasi sosial. Sehingga sakit dapat dilihat dari

⁷ Mubarak, Wahid iqbal. Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika

⁸ Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC ⁹

Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

adanya gejala yang dirasakan serta terganggunya kemampuan individu untuk melaksanakan aktivitas sehari – hari.⁹

Kesehatan dan kesakitan dapat didefinisikan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengetahuan masyarakat tentang sakit dapat mempengaruhi pembentukan konsep sehat seseorang. Pengetahuan yang terbentuk pada dasarnya merupakan warisan budaya yang diturunkan dari generasi ke generasi. Hal ini juga akan mempengaruhi perilaku mereka selanjutnya serta jenis perawatan yang dicari.

Persepsi individu tentang sehat dan merasa sehat sangat bervariasi dan dibentuk oleh pengalaman, pengetahuan, nilai dan harapan – harapan. Disamping itu pandangan tentang apa yang akan dilakukan dalam kehidupan sehari – hari dan kebugaran yang mereka perlukan untuk menjalankan peran mereka memengaruhi persepsi.⁹ Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sehat dan sakit tidak dapat di bedakan seperti hitam dan putih.

B. HUBUNGAN SEHAT – SAKIT

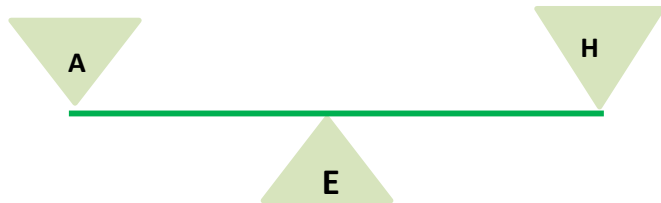
Sehat dan sakit memiliki suatu hubungan. Hubungan sehat dan sakit dapat dijelaskan melalui beberapa model konsep sehat sakit, diantaranya adalah dengan model ekologi, model *the health field concept*, dan *the environment of health*.

1. Model Ekologi

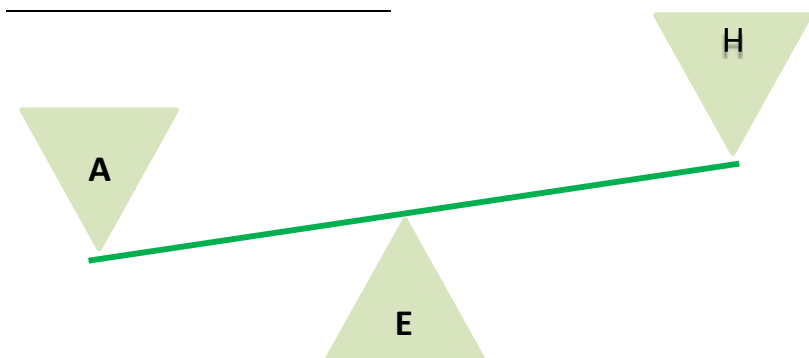
Model ekologi dikenal dengan *the Traditional Ecological Model*, merupakan model status kesehatan seseorang ditentukan adanya hasil interaksi antara host (tuan rumah), agent dan

⁹ Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC

lingkungan, hubungan interaksi yang positif akan menimbulkan kondisi yang seimbang maka ada salah satu yang mengalami kemampuan yang menurun yang menimbulkan sakit, sebagai mana gambar berikut.



Gambar 2. 1 Kondisi Seimbang (Equilibrium) = Sehat

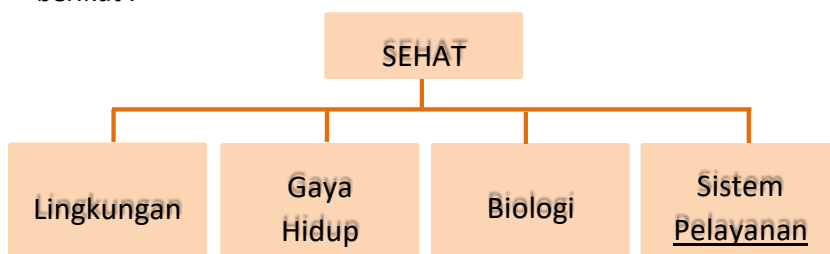


Gambar 2. 2 Kondisi Tidak Seimbang = Sakit

2. Model *The Health Field Concept*

Model *the health field concept* adalah suatu model yang dikembangkan oleh HL Lamfframboise, yang menjelaskan bahwa ada empat faktor yang berperan dalam kondisi status kesehatan diantaranya adalah faktor lingkungan, gaya hidup, biologis dan

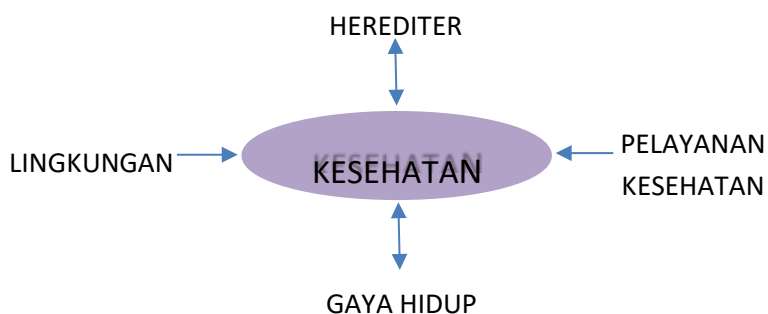
sistem pelayanan kesehatan. Model ini digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. 3 Model The Health Field Concept

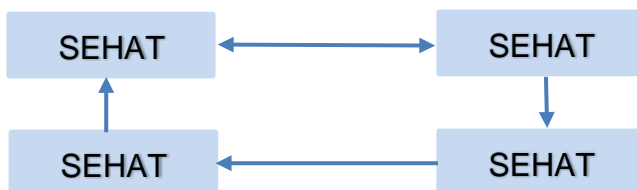
3. *The Environment Of Health*

Model *the environment of Health* ini dikembangkan oleh HL. Blum, model ini merupakan pengembangan model sebelumnya dengan memberikan penjelasan mengenai peranan atau faktor penyebab kondisi sehat dan sakit, diantaranya : faktor herediter, faktor pelayanan kesehatan, gaya hidup dan faktor lingkungan yang merupakan memiliki peran yang sangat besar. Model ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2. 4 The Environment of Health

Dari beberapa model diatas muncul istilah penyakit yang menurut pandangan medis memiliki arti suatu gangguan fungsitubuh yang mengakibatkan berkurangnya kapasitas tubuh sehingga responnya berupa sakit. Selanjutnya hubungan sehat sakit dapat digambarkan sebagai berikut.¹⁰



Gambar 2. 5 Hubungan Sehat dan Sakit

C. DIMENSI KESEHATAN PRIMA

Sehat prima adalah kemampuan individu untuk memilih jalan hidupnya, mampu berproses, menggunakan energi secara efisien, terjadinya integrasi yang baik antara tubuh, akal, dan perasaan serta dapat menerima dan mencintai apa yang dimilikinya. Kesehatan prima adalah suatu keadaan yang sejahtera, yang berarti adanya sikap dan perilaku yang mencerminkan kualitas hidup yang tinggi serta adanya tingkat potensi yang maksimal dari individu. Optimasi kesehatan dan kesejahteraan prima manusia harus memenuhi lima dimensi antara lain sebagai berikut.

¹⁰ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

1. Dimensi Fisik

Secara umum, manusia dalam dimensi ini mampu mempraktikkan gaya hidup yang positif. Kemampuan fisik adalah kemampuan menyelesaikan tugasnya sehari – hari, pencapaian kebugaran tubuh, menjaga nutrisi tetap adekuat, dan ketepatan proporsi tubuh dari timbunan lemak, bebas dari penggunaan obat – obatan, alkohol dan rokok.

2. Dimensi Sosial

Kemampuan sosial adalah kemampuan berinteraksi secara baik dengan sesama dan lingkungannya, dapat menjaga dan mengembangkan keakraban individu, dan dapat menghargai serta toleran terhadap setiap pendapat dan kepercayaan yang berbeda.

3. Dimensi Emosional

Kemampuan emosional adalah kemampuan mengelola stress dan mengekspresikan emosinya yang dapat diterima oleh orang lain. Kesehatan emosi mencakup kemampuan untuk bertanggung jawab, menerima, dan menyampaikan perasaannya serta dapat menerima keterbatasan orang lain.

4. Dimensi Intelektual

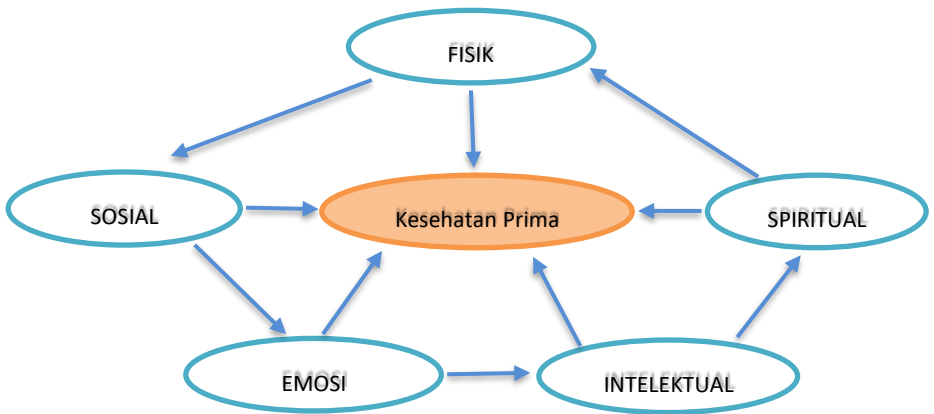
Kemampuan belajar dan menggunakan informasi secara efektif antarpersonal, keluarga, dan pengembangan karier. Kesehatan intelektual meliputi usaha untuk secara terus menerus tumbuh dan belajar untuk beradaptasi secara efektif dengan perubahan baru.

5. Dimensi Spiritual

Percaya adanya beberapa kekuatan (seperti alam, ilmu pengetahuan, agama dan bentuk kekuatan lain) yang diperlukan manusia dalam mengisi kehidupannya. Setiap individu memiliki nilai, moral dan etika yang dianutnya.

Setiap komponen dalam dimensi diatas dapat mengalami tumpang tindih karena faktor dalam komponen satu secara langsung mempengaruhi faktor lain. Seseorang yang belajar mengontrol tingkat stress dari fisiknya diharapkan juga dapat menjaga stamina emosinya yang digunakan dalam menanggulangi krisis. Kesehatan prima mencakup semua aspek kerja dalam model. Identifikasi kesehatan dari berbagai dimensi merupakan hal penting dalam meningkatkan kesadaran kompleksitas konsep sehat.¹¹

¹¹ Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC



Gambar 2. 6 Dimensi Kesehatan Prima

D. DETERMINAN KESEHATAN (FAKTOR PENGARUH TERHADAP KESEHATAN)

Teori klasik yang dikembangkan oleh Blum mengatakan bahwa ada empat determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Empat determinan tersebut diurut berdasarkan berdasarkan besar pengaruh terhadap kesehatan, adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan, baik lingkungan fisik (cuaca, iklim, sarana dan prasarana, dan sebagainya) maupun lingkungan nonfisik (sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya)
2. Perilaku
3. Pelayanan kesehatan 4. Keturunan dan heriditer.

Derajat kesehatan dalam pengertian tersebut jelas dibedakan antara derajat kesehatan individu, kelompok, atau komunitas

(masyarakat). Hal ini dapat dipahami karena derajat kesehatan perorangan (individu), kelompok, dan masyarakat memang berbeda. Determinan untuk kesehatan kelompok atau komunitas mungkin sama, tetapi untuk kesehatan individu, disamping empat faktor tersebut, faktor internal individu juga berperan, misalnya : umur, gender, pendidikan, dan sebagainya, selain faktor heriditer. Oleh sebab itu, bila kita analisis lebih lanjut detrminan kesehatan itu sebenarnya adalah semua faktor di luar kehidupan manusia, baik secara individual, kelompok maupun komunitas yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kehidupan manusia itu. Hal ini berarti, disamping determinan – determinan derajat kesehatan yang telah dirumuskan oleh Blum tersebut masih terdapat faktor lain yang mempengaruhi atau menentukan terwujudnya kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat.

Faktor – faktor atau determinan yang menentukan atau mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat ini dalam Piagam Ottawa (Ottawa Charter) disebut prasyarat untuk kesehatan (*prerequisites for Health*). Piagam Ottawa mengidentifikasi prasyarat untuk kesehatan ini dalam sembilan faktor, yakni :

1. Perdamaian atau keamanan (*peace*)
2. Tempat tinggal (*shelter*)
3. Pendidikan (*educton*)
4. Makanan (*food*)
5. Pendapatan (*income*)
6. Ekosistem yang stabil dan seimbang (*a stable ecosystem*)
7. Sumberdaya yang berkesinambungan (*sustainable resource*)
8. Keadilan sosial (*social justice*)

9. Pemerataan (*equality*)¹²

Faktor – faktor lain yang mempengaruhi status kesehatan. Status kesehatan merupakan suatu keadaan kesehatan seseorang dalam batas rentang sehat – sakit yang bersifat dinamis yang dapat dipengaruhi oleh perkembangan, sosial kultural, pengalaman masa lalu, harapan seseorang tentang dirinya, keturunan, lingkungan dan pelayanan.

1. Perkembangan

Status kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor perkembangan yang mempunyai arti bahwa perubahan status kesehatan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini usia tumbuh kembang, mengingat proses perkembangan itu dimulai dari usia bayi sama umsia lanjut yang memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda – beda. Respon dan pemahaman itulah yang dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang. Apabila seseorang merespon dengan baik terhadap perubahan kesehatan, maka akan memiliki kesehatan yang baik sehingga mencapai kesehatan yang optimal, demikian yang sebaliknya apabila seseorang merespon dengan tidak baik terhadap perubahan status kesehatan bagi dirinya, maka dapat menimbulkan perubahan status kesehatan yang kurang.

Sebagai contoh perubahan status kesehatan yang dipengaruhi oleh status perkembangan pada bayi atau anak – anak yang tahap perkembangannya belum mencapai kematangan, maka status kesehatannya sangat rentan terhadap berbagai penyakit. Bayi dan anak mudah sekali terkena penyakit

¹² Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

apabila dibandingkan dengan orang dewasa yang sudah memiliki perkembangan yang matang. Demikian pula juga pada usia lanjut dimana daya imunitas akan menurun, maka akan mempengaruhi status kesehatan sehingga orang yang sudah lanjut usia akan rentan sekali terhadap penyakit dan mudah terjadi perubahan status kesehatan.

2. Sosial Kultural

Status sosial kultural dapat juga mempengaruhi proses perubahan status kesehatan seseorang karena akan mempengaruhi pemikiran dan keyakinan sehingga dapat menimbulkan perubahan dalam perilaku kesehatan. Contohnya seseorang yang memiliki lingkungan tempat tinggal yang kotor namun jarang terjadi penyakit pada lingkungan itu, akan timbul anggapan bahwa mereka dalam keadaan sehat.

3. Pengalaman Masa Lalu

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Hal ini dapat diketahui jika ada pengalaman kesehatan yang tidak diinginkan atau pengalaman kesehatan yang buruk sehingga berdampak besar dalam status kesehatan selanjutnya. Contohnya seseorang yang pernah mengalami diare karena pengalaman masa lalu yang salah dalam mengatasi diare yang menyebabkan dirinya masuk rumah sakit maka dalam kehidupannya sehari – hari seseorang tersebut akan selalu berupaya untuk tidak mengulangi pengalaman masa lalu dengan mencegah hal – hal yang dapat menyebabkan diare.

4. Harapan Seseorang Tentang Dirinya

Harapan merupakan salah satu bagian yang penting dalam meningkatkan perubahan status kesehatan kearah yang optimal. Harapan dapat menghasilkan status kesehatan ke tingkat yang lebih baik secara fisik maupun psikologis, karena melalui harapan – harapan akan timbul motivasi bergaya hidup sehat dan selalu menghindari hal – hal yang dapat mempengaruhi kesehatan dirinya.

5. Keturunan

Keturunan dapat memberikan pengaruh terhadap status kesehatan seseorang mengingat potensi perubahan status kesehatan telah memiliki melalui faktor genetik, walaupun tidak terlalu besar tetapi akan mempengaruhi respon terhadap berbagai penyakit.

6. Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik, seperti sanitasi lingkungan, kebersihan diri, tempat pembuangan limbah atau kotoran, serta rumah kurang memenuhi persyaratan kesehatan sehingga dapat mempengaruhi hidup sehat yang dapat merubah status kesehatan.

7. Pelayanan

Pelayanan kesehatan dapat berupa tempat pelayanan atau sistem pelayanan yang dapat mempengaruhi status kesehatan. Hal ini dapat dijumpai apabila tempat pelayanan kesehatan terlalu jauh atau kualitas dalam memberikan pelayanan kurang baik, maka dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku sehat.¹³

¹³ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1* :

E. INDIKATOR DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Menurut Fashel dan Bush (1970) dalam Notoatmodjo (2012) menjabarkan kesehatan kedalam sebelas tingkatan atau keadaan. Dari kesebelas tingkatan tersebut mereka membuat indikator – indikator kesehatan sebagai berikut :

1. *Well Being* (Sehat Sempurna)

Pada keadaan ini individu bebas gejala, keadaan kesehatannya sesuai dengan definisi sehat WHO, yaitu : sehat fisik, mental, spiritual, sosial dan ekonomi.

2. *Dissatisfaction* (Kurang Memuaskan)

Keadaan kesehatan individu dalam batas – batas tertentu dapat diterima, namun ada penyimpangan ringan dari keadaan *well being*, misal : *caries dentis*

3. *Discomfort* (Tidak Nyaman)

Aktivitas sehari – hari dapat dilaksanakan tanpa pengurangan, walaupun beberapa gejala mulai nampak.

4. *Minor Disability* (Ketidakmampuan Minor)

Aktivitas sehari – hari dapat dilaksanakan, namun berkurang secara bermakna karena adanya gangguan kesehatan.

5. *Major Disability (Ketidakmampuan Mayor)*

Aktivitas sehari – hari masih dapat dilaksanakan, namun berkurang secara bermakna.

6. *Disabled (Cacat)*

Individu tidak mampu melaksanakan kegiatan sehari – harinya, tetapi masih bergerak bebas dalam masyarakat.

7. *Confined (Keterbatasan)*

Individu berada di tempat tidur, tetapi tidak masuk rumah sakit (dirawat).

8. *Confined + Bedridden (Tinggal di Tempat Tidur)*

Kemampuan kegiatan individu hanya terbatas di tempat tidurnya.

9. *Isolated (Terisolasi)*

Individu terpisah dari sanak saudara dan kawan – kawan (dirawat)

10. *Coma*

Individu hampir mati namun masih ada kemungkinan bisa sembuh dan jadi lebih sehat lagi.

11. *Mati*

Individu tidak mampu sama sekali.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sehat dan sakit tidak dapat di bedakan seperti hitam dan putih. Sehat dan sakit adalah

suatu bentangan dan sesuatu yang kontinum mulai dari *well being* (sehat walafiat) sampai dengan mendekati titik nadir atau kematian.¹⁴

Selain indikator – indikator yang sudah tersebut diatas, masih terdapat beberapa indikator yang menentukan derajat kesehatan seseorang. Berikut ini adalah indikator yang berhubungan dengan derajat kesehatan masyarakat.

1. **10 Indikator Menurut Sistem Kesehatan Nasional atau 12 Indikator Menurut HL. Blum**

- a. *Life span*, yaitu lamanya usia harapan untuk hidup dari masyarakat atau juga dapat di pandang sebagai derajat kematian masyarakat yang bukan karena mati tua.
- b. *Disease or Infirmary*, yaitu keadaan sakit atau cacat secara fisiologis dan anatomis dari masyarakat.
- c. *Discomfort or Illness*, yaitu keluhan sakit dari masyarakat tentang keadaan somatik, kejiwaan, maupun sosial dari dirinya.
- d. *Disability or Incapability*, yaitu ketidakmampuan seseorang dalam masyarakat daam melakukan pekerjaan dan menjalankan peranan sosialnya karena sakit.
- e. *Partipation in Health Care*, yaitu kemampuan dan kemauan masyarakat untuk berpartisipasi dalam menjaga dirinya untuk selalu dalam keadaan sehat.
- f. *Health Behaviour*, yaitu perilaku nyata dari anggota masyarakat secara langsung berkaitan dengan kesehatan.

¹⁴ Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

- g. *Ecologic Behaviour*, yaitu perilaku masyarakat terhadap lingkungan, spesies lain, sumber daya alam, dan ekosistem
- h. *Social Behaviour*, yaitu perilaku anggota masyarakat terhadap sesamanya, keluarga, komunitas dan bangsanya.
- i. *Interpersonal Relationship*, yaitu kualitas komunikasi anggota masyarakat terhadap sesamanya.
- j. *Reserve or Positive Health*, yaitu daya tahan anggota masyarakat terhadap penyakit, atau kapasitas anggota masyarakat dalam menghadapi tekanan – tekanan somatik, kejiwaan dan sosial.
- k. *Eksternal Satisfaction*, yaitu rasa kepuasan anggota masyarakat terhadap lingkungan sosialnya meliputi rumah, sekolah, pekerjaan, rekreasi, transportasi, dan sarana prasarana pelayanan kesehatan yang ada.
- l. *Internal Satisfaction*, yaitu kepuasan anggota masyarakat terhadap seluruh aspek kehidupan dirinya sendiri.

2. Indikator Secara Umum

- a. Usia harapan hidup yang diharapkan meningkat
- b. Menurunnya angka kematian bayi dan balita
- c. Menurunnya angka kematian ibu bersalin
- d. Meningkatnya angka kecerdasan penduduk dengan ditandainya penurunan angka buta huruf pada masyarakat
- e. Menurunnya bayi lahir dengan berat lahir rendah
- f. Menurunnya angka kesakitan

Namun status kesehatan ini masih tertinggal apabila di bandingkan dengan kemajuan yang dicapai oleh negara – negara di ASEAN lainnya.

3. Indikator yang Berhubungan dengan Upaya Kesehatan

- a. Angka cakupan imunisasi untuk anak – anak di bawah 14 bulan 40% pada tahun 1980 meningkat menjadi 80% pada tahun 2000.
- b. Angka cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih 40% pada tahun 1980 meningkat menjadi 80% pada tahun 2000.
- c. Angka cakupan persediaan air bersih 18% penduduk pedesaan dan 40% penduduk kota pada tahun 1980 meningkat menjadi 100% pada tahun 2000.

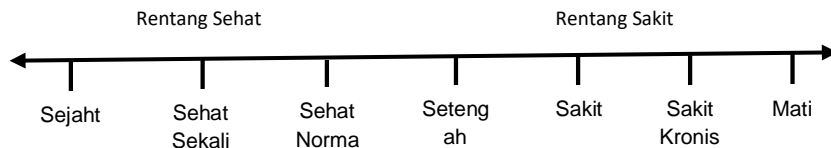
4. Indikator Sehat Menurut WHO

- a. Indikator yang berhubungan dengan keadaan status kesehatan masyarakat meliputi :
 - Indikator komprehensif, angka kematian kasar atau CDR (*crude date rate*) menurun, rasio angka kematian proporsional menurun, dan usia harapan hidup meningkat.
 - Indikator spesifik, angka kematian ibu dan anak menurun, angka kematian karena penyakit menular menurun dan angka kelahiran menurun.
- b. Indikator pelayanan kesehatan
 - Rasio antara tenaga kesehatan dan jumlah penduduk seimbang
 - Distribusi tenaga kesehatan merata

- Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain
- Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan, diantaranya rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, poliklinik, dan pelayanan kesehatan lainnya.

F. RENTANG SEHAT DAN SAKIT

Rentang sehat terdiri atas rentang sehat dan rentang sakit. Rentang sehat dapat digambarkan mulai dari sejahtera, sehat sekali, sehat normal, sedangkan untuk rentang sakit dimulai dari setengah sakit, sakit kronis dan berakhir pada kematian. Rentang ini merupakan alat ukur status kesehatan yang bersifat dinamis dan selalu berubah setiap waktu. Melalui rentang ini dapat diketahui batasan tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan yang jelas..¹⁵



Gambar 2. 7 Rentang Sehat Sakit

¹⁵ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

G. TAHAPAN PROSES SAKIT

1. Tahap Gejala

Tahap ini merupakan tahapan awal seseorang yang mengalami proses sakit dengan ditandainya adanya perasaan tidak nyaman dirinya karena timbulnya suatu gejala yang dapat meliputi gejala fisik seperti adanya perasaan nyeri, panas dan lain – lain. Sebagai manifestasi terjadinya ketidakseimbangan dalam tubuh. Setiap gejala timbul sebagai manifestasi fisik.

2. Tahap Asumsi Terhadap Sakit

Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang dialaminya dan merasakan keragu – raguan pada kelainan atau gangguan yang dirasakan pada tubuhnya. Setelah menginterpretasikan gejala tersebut, maka seseorang akan merespons dalam bentuk emosi terhadap gejala tersebut, seperti merasakan ketakutan atau kecemasan. Untuk mengatasi ketakutan dan kecemasan tersebut kemudian dilakukan proses konsultasi dengan orang – orang sekitar atau dengan orang – orang yang dianggap mengetahui atau datang ke tempat pengobatan. Tahap ini dapat berakhir dengan ditemukan gejala yang pasti dan terjadi perubahan dari sekitarnya. Proses ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antaranya pengetahuan atau pengalaman masa lalu. Dalam kondisi seseorang dapat melakukan peran selama sakit dengan tujuan mendapat kesehatan, peran tersebut menurut Parsons dapat meliputi :

- a. Klien tidak memegang tanggung jawab untuk kondisi selama sakit
- b. Klien dibebaskan dari tugas dan fungsi sosial

- c. Klien diharuskan untuk berusaha memperoleh kondisi sehat secepat mungkin
- d. Klien dan keluarga mencari bantuan orang yang kompeten.

3. Tahap Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

Tahapan ini seseorang telah mengadakan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasehat dari profesi kesehatan seperti dokter, bidan atau lainnya yang dilakukan atas inisiatif dirinya sendiri. Proses pencarian informasi dilakukan untuk mencari pembenaran keadaan sakitnya, kemudian untuk mengetahui gejala – gejala yang tidak dimengerti oleh klien dan adanya keyakinan bahwa dirinya akan lebih baik. Jika setelah konsultasi tidak ditemukan lagi gejala yang ada, maka klien menganggap dirinya telah sembuh. Namun apabila gejala tersebut muncul kembali maka dirinya akan kembali datang ke pelayanan kesehatan.

4. Tahap Ketergantungan

Tahapan ini terjadi seseorang dianggap mengalami suatu penyakit yang tentunya akan mendapatkan bantuan pengobatan sehingga kondisi seseorang sudah mulai ketergantungan dalam pengobatan, akan tetapi tidak semua orang mempunyai tingkat ketergantungan yang sama melainkan berbeda berdasarkan tingkat kebutuhannya. Konsis ini juga dipengaruhi oleh tingkat penyakitnya. Tahapan ini dapat dilakukan dengan pengkajian kebutuhan terhadap ketergantungan dan dapat diberikan support agar seseorang mengalami kemandirian.

5. Tahap Penyembuhan

Tahapan ini merupakan tahapan terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi, diaman seseorang akan melakukan proses belajar untuk melepaskan perannya selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit serta danya persiapan untuk berfungsi dalam kehidupan sosial. Peran tenaga kesehatan disini dengan membantu klien untuk meningkatkan kehidupan kemandirian serta memberikan harapan dan kehidupan menuju kesejahteraan.

H. PERILAKU PERAN SAKIT

Seseorang selama mengalami sakit, akan mengalami berbagai perubahan perilaku pada dirinya, diantaranya :

1. Adanya Perasaan Ketakutan

Perubahan perilaku ini dapat terjadi pada semua orang yang sakit di tandai dengan adanya perasaan takut sebagai dampak dari sakit. Apabila sikap penerimaan terhadap sakitnya serta dampak yang ditimbulkan dapat diterima secara penuh pada seseorang yang mengalami sakit maka orang tersebut akan terhantui perasaan ketakutan padahal apabila dibiarkan akan mengganggu status mental seseorang.

2. Menarik Diri

Pada orang sakit akan selalu mengalami proses kecemasan. Tingkat kecemasan yang dialami seseorang akan berperilaku menarik diri, seperti diam jika tidak diberi pertanyaan hal tersebut dilakukan dalam upaya menghindari kecemasan.

3. Egosentris

Perilaku ini dapat terjadi pada orang sakit yang ditunjukkan dengan selalu banyak mempersoalkan dirinya sendiri dan tidak mau mendengarkan orang lain atau memikirkan orang lain. Perilaku ini juga ditunjukkan dengan selalu ingin bercerita tentang penyakitnya.

4. Sensitif Terhadap Persoalan Kecil

Pada orang sakit perubahan perilaku ini biasanya selalu di timbulkan dengan selalu mempersoalkan hal – hal yang kecil sebagai dampak terganggunya psikologis, seperti selalu mengomel jika keadaan tersebut tidak sesuai dengan dirinya.

5. Reaksi Emosional Tinggi

Perilaku ini dapat ditunjukkan dari seseorang yang mengalami sakit dengan mudah menangis, tersinggung, marah serta tuntutan perhaiannya yang lebih dari orang sekitarnya.

6. Perubahan Persepsi

Terjadinya perubahan persepsi selama sakit ini dapat ditunjukkan dengan timbul persepsi bahwa dokter, perawat, bidan adalah orang yang membantu menyembuhkannya sehingga menaruh harapan sangat besar pada tenaga kesehatan tersebut.

7. Berkurangnya Minat

Perubahan perilaku yang ditunjukkan pada seseorang yang mengalami sakit ini adalah berkurangnya minat karena terjadi ketegangan (stres) yang diakibatkan penyakit yang dirasakan serta menurunnya kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari

– hari.

I. DAMPAK SAKIT DAN DIRAWAT

Dampak yang dialami pada individu yang telah mengalami sakit baik dirawat dirumah sakit maupun dirumah, diantaranya terjadi perubahan peran dalam keluarga, gangguan psikologis, masalah keuangan, kesepian, perubahan kebiasaan sosial, terganggunya privasi seseorang, otonomi dan terjadi perubahan gaya hidup.

1. Perubahan peran keluarga, selama sakit peran dalam keluarga akan mengalami gangguan mengingat terjadi pergantian peran dari salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit.
2. Gangguan psikologis, keadaan ini dapat mengakibatkan terjadinya stress (ketegangan) sampai mengalami kecemasan yang berat, apabila psikologisnya tidak disiapkan dengan baik. Proses terganggunya psikologi ini diawali dengan adanya konflik terhadap dirinya seperti kecemasan, ketakutan dan lain – lain.
3. Masalah keuangan, dampak ini jelas akan terjadi karena adanya beberapa pengeluaran keuangan yang sebelumnya tidak terduga selama sakit mengingat biaya perawatan dan obat – obatan cukup mahal.
4. Kesepian, terjadi akibat perpisahan dampak ini terjadi pada seseorang yang sebelumnya berkumpul dengan keluarganya, namun ketika sakit orang tersebut harus dirawat dan berpisah dari keluarga.
5. Perubahan kebiasaan sosial, ini jelas terjadi mengingat selama di rumah interaksi dengan lingkungan masyarakat selalu terjadi akan tetapi ketika seseorang sakit seluruh aktivitas sosialnya mengalami perubahan.

6. Terganggunya privasi seseorang dapat ditunjukkan pada perasaan menyenangkan yang merefleksikan tingkat penghargaan seseorang. Perasaan menyenangkan ini akan mengalami gangguan karena aktivitasnya terbatas dengan kehidupan di rumah sakit serta kebutuhannya terganggu sehingga membuat perasaan menjadi tidak menyenangkan yang mengakibatkan penghargaan sosial sulit dicapai.
7. Otonomi, telah disediakan segala kebutuhan bagi pasien di rumah sakit mengakibatkan menurunnya kemampuan aktivitas pasien karena keadaan untuk mandiri dan mengatur sendiri sulit dicapai sehingga pasien akan selalu memiliki ketergantungan.
8. Perubahan gaya hidup, adanya peraturan dan ketentuan dari rumah sakit khususnya perilaku sehat serta aturan dalam makanan, obat dan aktivitas agar seseorang akan mengalami perubahan dalam gaya hidupnya yakni selalu hati – hati dan menghindari hal – hal yang dilarang sesuai dengan ketentuan proses pengobatan dan perawatan.¹⁶

¹⁶ Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

BAB III TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

Tanpa pemahaman tentang berbagai konsep penyakit, kita tidak mempunyai dasar pemikiran yang kuat untuk mendeteksi serta mengenal setiap perbedaan yang ditemukan pada pelayanan

kesehatan pada masa kini. Kesenjangan antara konsep penyakit yang dianut oleh petugas kesehatan dan yang dianut oleh masyarakat sering menyebabkan gagalnya upaya meningkatkan kesehatan di masyarakat.

Para petugas kesehatan memiliki harapan yang lebih pada masyarakat untuk memahami konsep penyakit tanpa sedikitpun memahami konsep yang ada dalam masyarakat sekitarnya. Sikap yang apriori dan perbedaan pandang yang tajam tentang pengobatan alternative sangat banyak dijumpai saat ini. Hal ini membuktikan ketidakpahaman tentang konsep penyakit di masyarakat.

Konsep tentang penyakit dipengaruhi oleh budaya, tingkat perkembangan ilmu pengetahuan, dan teknologi. Pada masyarakat primitif yang masih awam dan pengaruh ilmu pengetahuan, konsep penyakit tidak dapat dijelaskan secara rasional. Berbeda dengan masyarakat sekarang ini yang sangat dipengaruhi oleh era komunikasi global yang lebih banyak mengenal konsep penyakit secara umum tetapi tidak mendetail.

Perkembangan konsep timbulnya penyakit lebih banyak dipengaruhi oleh kekuatan nalar manusia pada zaman ia hidup. Kekuatan manusia adalah pada kemampuan nalarnya yang tinggi dalam memecahkan berbagai mistero alam semesta untuk kemudian mengendalikannya. Tanpa nalar manusia terbukti akan memposisikan

47

dirinya sebagai manusia yang lemah, tidak berdaya yang akhirnya kalah. Dalam membahas timbulnya penyakit, tidak terlepas dan adanya konsep sehat-sakit karena kedua konsep ini berkaitan erat dengan epidemiologi dalam hal pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Penyakit/sakit adalah kegagalan mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau

tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi atau struktur organ atau sistem tubuh. Penyakit/sakit adalah suatu keadaan terdapat gangguan terhadap bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada dalam keadaan tidak normal. Definisi ini dapat disimpulkan bahwa penyakit/sakit berbeda dengan rasa sakit.¹⁷

B. TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Dalam kesehatan masyarakat ada lima tingkat pencegahan penyakit dan *Leavel and Clark*. yaitu:

1. Peningkatan kesehatan
2. Perhdungan umum dan khusus terhadap penyakit-penyakit tertentu
3. Menegakkan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepal dan tepat
4. Pembatasan kecacatan
5. Pemulihan kesehatan.

Kegitan dari kelima tingkat pencegahan penyakit tersebut adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan kesehatan

- a. Melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan

- b. Memberi nutrisi yang sesuai dengan standar
- c. Meningkatkan kesehatan mental
- d. Penyediaan perumahan yang sehat
- e. Rekreasi yang cukup

¹⁷ Rajab, Wahyudi.2009.*Buku Ajar Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : Penerbit EGC

- f. Pekerjaan yang sesuai
- g. Melakukan konseling perkawinan
- h. Melaksanakan pemeriksaan berkala

2. Perlindungan umum dan khusus

- a. Pemberian imunisasi
- b. Kebersihan perorangan
- c. Perlindungan sanitasi
- d. Perlindungan kecelakaan
- e. Perlindungan terhadap kecelakaan kerja
- f. Penggunaan nutrisi khusus.
- g. Perlindungan terhadap bahan karsinogen
- h. Menghindari zat-zat alergen.

3. Diagnosis dini dan pengobatan cepat dan tepat

- a. Mencari kasus sedini mungkin
- b. Pemeriksaa umum secara rutin
- c. Survei selektif penyakit khusus
- d. Meningkatkan keteraturan pengobatan
- e. Mencari orang yang pernah berhubungan dengan penderita penyakit menular
- f. Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.

4. Pembatasan ketidakrampuan

- a. Penyempurnaan dan intensitas pengobatan lanjutan agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi
- b. Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan
- c. Perbaikan fasilitas kesehatan sebagai penunjang untuk pengobatan dan perawatan yang intensif.

5. Rehabilitasi

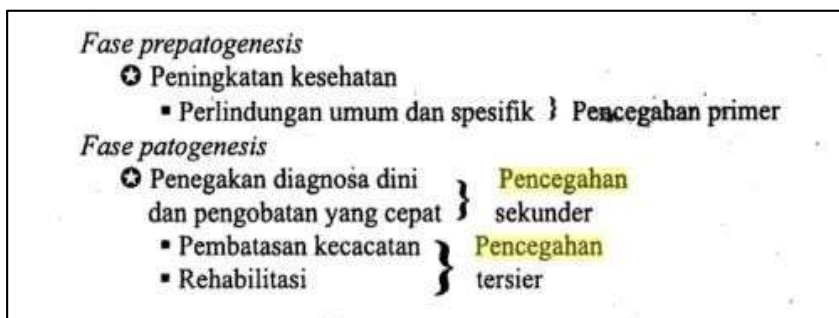
- a. Dipertukan sarana untuk pelatihan dan pendidikan di rumah sakit dan tempat-tempat umum
- b. Memanfaatkan dan memelihara sebaik-baiknya kapasitas yang tersisa pada seseorang
- c. Melakukan pendidikan dan penyuluhan pada masyarakat umum dan industry
- d. Menyediakan tempat perlindungan khusus¹⁸.

Peningkatan kesehatan dan perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit - penyakit tertentu adalah usaha-usaha yang dilakukan sebelum sakit (pre patogenesis), dan disebut dengan pencegahan primer. Penegakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepal dan tepat, pembatasan kecacatan dan pemulihan kesehatan adalah usaha-usaha yang dilakukan pada waktu sakit (patogenesis). Penegakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang

¹⁸ Rajab, Wahyudi. 2009. *Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : EGC

cepat dan tepat disebut pencegahan sekunder (secondar preventive). Sedangkan pembatasan kecacatan dan pemulih kesehatan disebut

pencegahan tersier (tertiary prevention). Agar mudah dipahami dapat dilihat skema di bawah ini.¹⁹



Sumber : Effendy, Nasrul (1998)

1. Tahap Prepatogenesis

Pada tahap ini dapat dilakukan pencegahan primer (*primary prevention*). Pencegahan primer ini dapat dilaksanakan selama masa prepatogenesis suatu kejadian penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan primer dilakukan melalui dua kelompok a. Peningkatan kesehatan (health promotion)

b. Perlindungan umum dan khusus (general and specific protection)

¹⁹ Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar – Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Penerbit EGC

Pencegahan Primer

Pencegahan tingkat pertama ini merupakan upaya untuk mempertahankan orang yang sehat agar tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit. Secara garis besar, upaya pencegahan ini dapat berupa pencegahan umum dan pencegahan khusus.

Pencegahan umum dimaksudkan untuk mengadakan pencegahan pada masyarakat umum, misalnya pendidikan kesehatan masyarakat

dan kebersihan lingkungan. Pencegahan khusus ditujukan pada orang-orang yang mempunyai risiko dengan melakukan imunisasi. misalnya imunisasi terhadap:

1. diftheritis,
2. pertusis,
3. tetanus,
4. poliomielitis,
5. morbilla,
6. hepatitis,
7. sanitasi lingkungan seperti.
 - a. penjerntan air minum,
 - b. pencegahan terhadap kecelakaan.
 - c. keselamatan kerja, dll.

2. Tahap Patogenesis

Pada tahap patogenesis dapat dilakukan dua kegiatan pencegahan, yaitu:

- a. **Pencegahan sekunder (secondary prevention)**, yaitu pencegahan terhadap masyarakat yang masih sedang sakit dengan dua kelompok kegiatan berikut ini.

- Diagnosis dini dan pengobatan segera/adekuat (early diagnosis and prompt treatment)
- Pembatasan kecacatan (disability limitation).

Tingkat pencegahan kedua ini merupakan upaya manusia untuk mencegah orang yang telah sakit agar sembuh, menghambat progresifitas penyakit, menghindari komplikasi. dan mengurangi ketidak mampuan.

Pencegahan sekunder ini dapat dilakukan dengan cara mendeteksi penyakit secara dini dan mengadakan pengobatan yang cepat dan tepat. Deteksi penyakit secara dini dapat dilakukan dengan cara:

1. penyaringan,
2. pengamatan epidemiologis.
3. survei epidemiologis, dan
4. memberi pelayanan kesehatan sebaik-baiknya pada sarana pelayanan umum atau praktek dokter swasta.

Mengadakan pengobatan penyakit menular yang terdapat di masyarakat seperti penyakit akibat hubungan seksual dapat melindungi orang lain terkena penyakit tersebut. Dengan cara demikian, kita mengadakan pencegahan sekunder bagi penderita dan pencegahan primer bagi orang yang potensi terkena penyakit. Pencegahan sekunder banyak dilakukan pada penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes melirns. Hal ini karena kesulitan urituk mengadakan pencegahan primer.

- b. **Pencegahan tersier (tertiary prevention)** yaitu usaha pencegahan terhadap masyarakat yang telah sembuh dan sakit

serta mengalami kecacatan.²⁰ Pencegahan ini dimaksudkan untuk mengurangi ketidakmampuan dan mengadakan rehabilitasi. Upaya pencegahan tingkat ketiga ini dapat dilakukan dengan memaksimalkan fungsi organ yang cacat, membuat proteza eksiremitas akibat amputasi. Dan mendirikan pusat-pusat rehabilitasi medik. Pencegahan

penyakit ini terus diupayakan selama orang yang menderita belum meninggal dunia²¹.

Pencegahan tersier terdiri atas upaya mencegah atau membatasi ketidakmampuan serta membantu memulihkan kiiien yang tidak mampu agar dapat berfungsi secara optimal. Langkah pencegahan ini antara lain dilakukan melalui upaya pembatasan ketidakmampuan (disability limitation) dan rehabilitasi. Untuk pembatasan ketidakmampuan, langkah yang biasa diambil adalah pelatihan tentang cara perawatan din dan penyediaan fasilitas. Untuk rehabilitasi, upaya yang dilakukan, antara lain pendidikan khusus yang disesuaikan dengan kondisi klien yang direhabilitasi, penempatan kiiien sesuai dengan keadaannya (selective places), terapi kerja, dan pembentukan kelompok paguyuban khusus bagi kiiien yang memiliki kondisi yang sama²².

²⁰ Harnilawati, 2013. *Pengantar Ilmu Pengantar Komunitas*. Sulawesi : Penerbit Pustaka As Salam

²¹ Budiarto, Eko. Tammy Maulany. 2003. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta : EGC

²² Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC

C. PRINSIP – PRINSIP DASAR

Untuk menatalaksanakan suatu usaha kesehatan masyarakat perlu memperhatikan beberapa prinsip pokok sebagai berikut:

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan usaha promotif dan preventif dari pada kuratif
2. Dalam melaksanakan usaha promotif dan preventif selalu mempergunakan biaya yang serendah-rendahnya dengan mengharapkan hasil yang sebaik baiknya
3. Usaha kesehatan masyarakat berlandaskan kepada kegiatan masyarakat sebagai pelaku (subjek) maupun sasaran (objek),

dengan kata lain usaha kesehatan masyarakat dan masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat

4. Dalam usaha kesehatan masyarakat selalu melibatkan masyarakat sebagai pelaku melalui kegiatan masyarakat secara terorganisasi
5. Usaha-usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan harus diangkat dan masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat, jika masalah tersebut tidak berhasil ditanggulangi maka akan dapat mengancam kesehatan dan keselamatan masyarakat itu sendiri.

BAB IV PROMOSI KESEHATAN

A. KONSEP PROMOSI KESEHATAN

Defisini Promosi Kesehatan

Sebenarnya istilah promosi kesehatan adalah perwujudan dari perubahan konsep pendidikan kesehatan yang secara struktural tahun 1984 WHO dalam salah satu divisinya, yaitu Divisi Pendidikan Kesehatan (*Division Health Education*) diubah menjadi Divisi Promosi Kesehatan dan Pendidikan (*Division on Health Promotion and Education*). Konsep ini oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2000 mulai disesuaikan dengan merubah Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat menjadi Direktorat Promosi Kesehatan dan sekarang menjadi Pusat Promosi Kesehatan.

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu, dimana dalam konsep promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan saja, melainkan juga upaya bagaimana mampu menjembatani adanya perubahan perilaku seseorang. Hal ini berarti promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang di rancang untuk membawa perbaikan berupa perubahan perilaku, baik didalam masyarakat maupun lingkungan organisasi, lingkungan fisik, non fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya.

Untuk mewujudkan perubahan ke arah perilaku hidup sehat dimasyarakat tidak mudah begitu saja diwujudkan. Fakta membuktikan dari pengalaman negara maju dan negara berkembang banyak faktor yang menghambat dan salah satu

faktor terbesar yang dirasakan adalah kurangnya faktor pendukung berupa sarana dan prasarana di masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Walaupun kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang sanitasi lingkungan, pentingnya gizi yang baik, manfaat imunisasi, pelayanan kesehatan, perumahan sehat, ventilasi rumah, pencahayaan yang baik dan lain sebagainya sudah cukup tinggi, tetapi apabila tidak di dukung oleh fasilitas yaitu tersedianya jamban sehat, air bersih, makanan yang bergizi, fasilitas imunisasi, adanya pelayanan kesehatan, kemudahan memperoleh perumahan yang layak, dan lain sebagainya maka rasanya sangat sulit bagi mereka untuk dapat mewujudkan perilaku hidup sehat sebagaimana diharapkan tersebut.

Konsep promosi kesehatan muncul ke permukaan karena semakin nyata dalam masyarakat kita bahwa kesehatan dapat dan harus ditingkatkan pada setiap orang, dan sehat adalah aset paling berharga sekaligus menjadi aset masyarakat. Promosi kesehatan lebih dari sekedar hanya memberikan penyuluhan kepada masyarakat dan komunitas tentang kesehatan. WHO pada tahun 1984 mendefinisikan promosi kesehatan sebagai berikut :

“Promosi kesehatan merupakan proses yang mampu meningkatkan pengendalian individu terhadap meningkatkan kesehatan..... Promosi kesehatan adalah konsep positif yang menekankan pada sumber sosial dan personal serta kapasitas fisik. Oleh sebab itu, promosi kesehatan tidak hanya mencakup tanggung jawab di sektor kesehatan, namun lebih kearah gaya hidup sehat sampai kondisi sejahtera”

WHO menginterpretasikan definisi ini kedalam program promosi kesehatan utama yang disebut *Health for All in the 21st Century*. Tujuan utama program tersebut adalah menurunkan tingkat ketimpangan kesehatan diantara negara – negara dunia.

Jelaslah bahwa promosi kesehatan menuntut tanggung jawab bersama antara masyarakat, pemerintah, dan tentu saja dunia untuk meningkatkan kesehatan individu dan komunitas.

Untuk mencapai hal tersebut, istilah “promosi kesehatan” harus dipandang sebagai istilah yang menaungi aktivitas lain yang memfasilitasi promosi kesehatan.

Promosi kesehatan juga harus mengakui peran individu, komunitas, dan masyarakat dalam memelihara kesehatan, dukungan sosial dan perkembangan otonomi serta pemberdayaan semua anggota dan semua orang dapat meraih kesehatan yang baik. Hal yang krusial bila kesehatan ditingkatkan pada seluruh komponen masyarakat termasuk yang paling penting adalah masyarakat marginal, setidaknya mereka mampu menjangkau informasi dan pelayanan dan atau secara aktif memilih pola hidup sehat; mencakup ibu remaja muda, ibu dan keluarga yang hidup dalam kemiskinan, serta kelompok etnic minoritas dan tunawisma.

Tujuan Promosi Kesehatan

Setelah selesai melakukan pengkajian kebutuhan kesehatan, tahap berikutnya dari perencanaan adalah mengidentifikasi tujuan yang ingin dicapai oleh program promosi kesehatan. Tidak banyak pernyataan yang digunakan untuk menggambarkan apa yang ingin dicapai (maksud, tujuan, misi, proposal, target, objektif, dan kriteria hasil). Akan tetapi, apapun namanya harus ditekankan pentingnya istilah – istilah tersebut menunjukkan pencapaian program yang diharapkan. Selain itu, istilah tersebut memungkinkan dilakukannya evaluasi yang dapat mengukur keberhasilan atau kegagalan yang dicapai. Oleh sebab itu, tujuan yang ditetapkan harus sederhana, dapat dicapai, dan sebening kristal, sehingga memungkinkan evaluasi mengenai apa

yang telah terjadi dibandingkan dengan hal yang diharapkan promotor kesehatan untuk muncul dan diharapkan program ini dinilai sukses.

Tujuan biasanya merupakan hal yang paling penting dalam proses dan produk. “Proses” promosi kesehatan mencakup cara individu mendapatkan informasi dan wawasannya, serta bagaimana kemampuan pengambilan keputusan mengalami kemajuan sejak menggunakan atau membuang informasi yang ia anggap tepat. “Proses” promosi kesehatan meski tujuan yang ingin dicapai spesifik, namun dikenal “mengandung unsur tipu muslihat” ketika dilakukan pengukuran. “Produk” promosi kesehatan atau hasil akhir, seringkali tidak dapat dihitung sehingga sulit untuk di ukur, tanpa memperhatikan secara signifikan jumlah sampel, dan jutaan faktor lain yang dapat menyebabkan efek yang tidak di perhitungkan.

B. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Untuk dapat mewujudkan promosi kesehatan, diperlukan suatu strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan dalam mencapai apa yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang program – program kesehatan yang lain, seperti : pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, status gizi masyarakat, pelayanan kesehatan dan lain sebagainya. Strategi ini diperlukan untuk mewujudkan visi dan misi dari promosi kesehatan. Adapun strategi yang digunakan dalam mewujudkan promosi kesehatan di antaranyaa adalah dengan strategi global.

Berikut ini adalah tiga langkah strategi global :

1. **Advokasi (*advocacy*)**. Kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan (*decision maker*)

dan penentu kebijakan (*policy makers*) dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat. Dengan demikian, para pembuat keputusan akan mengadakan atau mengeluarkan kebijakan – kebijakan dalam bentuk peraturan, undang – undang, instruksi yang diharapkan menguntungkan bagi kesehatan masyarakat umum. Strategi ini akan berhasil jika sasarannya tepat dan sasaran advokasi ini adalah pejabat eksekutif dan legislatif, para pejabat pemerintah, swastam pengusaha, partai politik dan organisasi masyarakat atau LSM di tingkat pusat sampai daerah. Bentuk dari advokasi adalah *lobbying* melalui pendekatan atau pembicaraan – pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, penyajian isu – isu atau masalah – masalah kesehatan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat setempat, dan seminar – seminar kesehatan.

2. **Dukungan Sosial (*social support*)**. Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai elemen yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat antara lain berasal dari unsur informal (tokoh agama dan tokoh adat yang mempunyai pengaruh di masyarakat), unsur formal (petugas kesehatan, pejabat pemerintah). Dengan adanya dukungan dari kedua unsur tersebut, diharapkan promosi kesehatan dapat dijumpai baik dari pihak pengelola program kesehatan dan masyarakat. Sehingga apabila kedua unsur tersebut telah mempunyai perilaku sehat maka akan mudah ditiru oleh anggota masyarakat yang lain.
3. **Pemberdayaan Masyarakat (*empowerment community*)**. Pemberdayaan masyarakat dibutuhkan dalam kaitannya supaya masyarakat memperoleh kemampuan dalam

memelihara dan meningkatkan kesehatan. Upaya ini dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, pengorganisasian penggunaan masyarakat (PPM) dalam bentuk pelatihan ketrampilan dalam rangka meningkatkan pendapatan masyarakat (keluarga) seperti ketrampilan beternak, berdagang, menukang dan lain sebagainya. Oleh karena itu, kegiatan pemberdayaan masyarakat lebih pada kegiatan penggerakan masyarakat untuk kesehatan, seperti dana sehat, pengobatan gratis, kerja bakti dan lain sebagainya. Kegiatan ini sering disebut sebagai **Gerakan Masyarakat Untuk Kesehatan**.

Berikut ini adalah lima rumusan strategi promosi kesehatan berdasarkan **Piagam Ottawa**

1. **Kemampuan/ Ketrampilan Individu.** Diharapkan setiap individu yang berada didalam masyarakat mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik dalam memelihara kesehatannya, mengenai penyebab penyakit, mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya dan mampu mencari pengobatan yang layak bilamana mereka atau anak – anak mereka sakit. Oleh sebab itu, meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*personal skill*) adalah hal yang sangat penting.
2. **Gerakan Masyarakat.** Perwujudan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi lebih efektif jika unsur – unsur yang ada di masyarakat melakukan kegiatan bersama – sama. Kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan secara bersama – sama merupakan upaya peningkatkan kesehatan mereka sendiri sebagai wujud dari gerakan masyarakat.

- 3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan.** Titik berat pelayanan kesehatan saat ini masih bertumpu pada pemerintah dan swasta, kurang melibatkan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan. Melibatkan masyarakat dalam pelayanan kesehatan berarti memberdayakan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Karena kesehatan masyarakat bukan hanya masalah pihak provider, dalam hal ini pemerintah dan pihak swasta juga menjadi tanggung jawab masyarakat (konsumen). Oleh sebab itu, penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga merupakan tanggungjawab bersama antara pihak pemberi pelayanan dan pihak penerima pelayanan.
- 4. Kebijakan Berwawasan Kesehatan.** Kebijakan yang dimaksudkan disini adalah semua kebijakan pembangunan di bidang apa saja harus mempertimbangkan dampak kesehatan bagi masyarakat, oleh karenanya kebijakan ini akan berhasil jika dituangkan dalam bentuk aturan atau undang – undang. Jika ini dapat dilaksanakan oleh semua orang yang mempunyai kewenangan dalam menentukan kebijakan maka pembangunan yang berwawasan kesehatan (*development health public*) akan dapat diwujudkan.
- 5. Lingkungan yang Mendukung.** Hendaknya setiap aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat harus memperhatikan dampak pada lingkungan sekitar. Oleh karenanya, *supportive environment* (lingkungan yang mendukung) akan mempermudah promosi kesehatan. Lingkungan yang dimaksud disini bukan saja lingkungan fisik, tetapi juga lingkungan non-fisik yang kondusif terhadap kesehatan masyarakat.

C. **SASARAN PROMOSI KESEHATAN**

Sasaran promosi kesehatan diarahkan pada individu/ keluarga, masyarakat, pemerintah/ lintas sektor/ politisi/ swasta dan petugas atau pelaksana program.

Individu/ Keluarga diharapkan :

- Memperoleh informasi kesehatan melalui berbagai saluran, baik secara langsung atau melalui media masa.
- Mempunyai pengetahuan dan kemauan untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.
- Mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
- Berperan serta dalam kegiatan sosial, khususnya yang berkaitan dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) kesehatan

Masyarakat diharapkan :

- Menggalang potensi untuk mengembangkan gerakan atau upaya kesehatan.
- Bergotong royong mewujudkan lingkungan sehat.

Pemerintah/ Lintas Sektor/ Politisi/ Swasta diharapkan :

- Peduli dan mendukung upaya kesehatan, minimal dalam mengembangkan perilaku lingkungan sehat.
- Membuat kebijakan sosial yang memerhatikan dampak di bidang kesehatan.

Petugas atau Pelaksana Program diharapkan :

- Memasukkan komponen – komponen promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan.
- Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang memberi kepuasan kepada masyarakat.

Sasaran promosi kesehatan perlu dikenali secara khusus, rinci dan jelas agar promosi kesehatan lebih efektif. Oleh karena itu, sasaran promosi kesehatan tersebut dihubungkan dengan tatanan rumah tangga, tatanan tempat umum. Program promosi dikembangkan dalam tiga daerah utama, yaitu sekolah, tempat kerja dan kelompok masyarakat. Dalam pelaksanaan program promosi kesehatan, telah terbukti bahwa promosi kesehatan di masyarakat, sekolah dan tempat kerja cenderung paling efektif. Kolbe (1988) menambahkan sasaran lain dalam promosi kesehatan adalah pelayanan medis dan media.

Agar lebih spesifik, sasaran dibagi lagi menjadi sasaran primer, sekunder dan tersier.

D. RUANG LINGKUP

Cakupan promosi kesehatan, baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas. Cakupan tersebut dapat dilihat dari dua dimensi, yakni: a) dimensi aspek kesehatan, dan b) dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.

1. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok, yakni: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ahli lain hanya membaginya menjadi dua aspek, yakni: a) aspek promotif, preventif dengan sasaran kelompok orang sehat, dan b) aspek kuratif (penyembuhan) dan rehabilitasi dengan sasaran kelompok orang yang beresiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Sejalan dengan uraian ini, maka ruang lingkup pendidikan promosi kesehatan juga dikelompokkan menjadi dua.

a. *Promosi kesehatan pada aspek preventif – promotif*

Sasaran promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat di suatu komunitas sekitar 80-85% dari populasi. Apabila jumlah ini tidak dibina kesehatannya, maka jumlah ini akan meningkat. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan dan dibina agar tetap sehat, atau lebih ditingkatkan lagi. Derajat kesehatan bersifat dinamis, oleh sebab itu meskipun seorang sudah dalam kondisi sehat, tetap perlu ditingkatkan dan dibina kesehatannya.

b. *Promosi kesehatan pada aspek penyembuhan dan pemulihan (kuratif – rehabilitatif)*

Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup tiga upaya atau kegiatan, yakni:

1. Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)
Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (*high risk*) misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok obesitas (orang-orang yang kegemukan), para pekerja seks (wanita atau pria), dan sebagainya. Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.
2. Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)
Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, misalnya asma, diabetes melitus, tuberkulosis, rematik, tekanan darah tinggi, dan sebagainya. Tujuan upaya promosi kesehatan pada

kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakit-penyakitnya menjadi lebih baik.

3. Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuannya adalah agar mereka segera pulih kembali kesehatannya. Dengan kata lain menolong pada penderita yang baru sembuh dari penyakitnya ini agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin (rehabilitasi).

2. Ruang Lingkup Promisi Kesehatan Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Berdasarkan tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan ini dapat dikelompokkan menjadi:

a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai di masing-masing keluarga. Di dalam keluarga mulai terbentuk perilaku-perilaku masyarakat. Orang tua (ayah dan ibu) merupakan sasaran utama dalam promosi kesehatan pada tatanan ini. Karena orang tua terutama ibu, merupakan peletak dasar perilaku dan terutama perilaku kesehatan bagi anak-anak mereka.

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan

sosial yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid). Kunci kesehatan pendidikan di sekolah adalah guru, oleh sebab itu perilaku guru harus dikondisikan, melalui perhatian-perhatian, seminar, lokakarya, dan sebagainya.

c. Promosi kesehatan di tempat kerja

Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerjayang sehat (fisik dan nonfisik) akan mendukung kesehatan pekerja atau karyawannya danakhirnyaakan menghasilkan produktifitasyang optimal. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidaksehat dan rawan kecelakaankerja akan menurunkan derajat kesehatan pekerjanya dan akhirnya kurang produktif. Oleh sebab itu pemilik, pemimpin atau manajer dari institusi tempat kerja termasuk perkantoran merupakan sasaran promosi kesehatan sehingga mereka peduli terhadap kesehatan para pekerjanya dan mengembangkan unit pendidikan sehatan di tempat kerja.

d. Promosi di tempat-tempat umum

Tempat-tempat umum di sini mencakuppasar, terminal bus, bandar udara, tempat-tempet perbelanjaan, tempat-tempat olahraga,taman-taman kota, dan sebagainya. Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi, terutamaWC umumdan saluran air bersih, serta tempat sampah. Para pengelola tempat-tempat umum merupakan sarana promosi kesehatan agar

mereka melengkapi tempat-tempat umum dengan fasilitas yang dimaksud, di samping melakukan imbauan-imbauan kebersihan kesehatan bagi pemakai tempat umum atau masyarakat melalui pengeras suara, poster, *leaflet*, dan sebagainya.

e. Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas kesehatan ini mencakup rumah sakit (RS), puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya. Kadang-kadang sangat ironis, di mana rumah sakit atau puskesmas tidak menjaga kebersihan fasilitas pelayanan kesehatan. Keadaan fasilitas tersebut kotor, bau, tidak ada air, tidak ada tempat sampah, dan sebagainya. Oleh sebab itu pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini. Mereka inilah yang bertanggung jawab atas terlaksananya pendidikan atau promosi kesehatan institusinya. Kepada para pemimpin atau manajer institusi pelayanan kesehatan ini diperlukan kegiatan advokasi. Beberapa rumah sakit memang telah mengembangkan unit pendidikan (penyuluhan) tersendiri yang disebut PKMRS (Penyuluhan/Promosi Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit).

3. Ruang Lingkup Berdasarkan Pelayanan

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkatan pencegahan (*five level of Prevention*) dari Leavel dan Clark.

a. *Promosi kesehatan(Health promotion)*

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

b. *Perlindungan khusus (spesifik protection)*

Dalam program imunisasi sebagai benuk pelayanan perlindungan khusus ini, promosikesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini dikarenakan kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada orang dewasa maupun pada anak-anaknya, masih rendah.

c. *Diagnosis dini dan pengobatan segera (Earl diagnosis and prompt treatment)*

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi masyarakat sering sulit dideteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu promosi kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

d. *Pembatasan cacat (disability limitation)*

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatan sampai tuntas.

Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layan dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidak mampuan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu promosi kesehatan juga

diperlukan pada tahap ini, agar masyarakat mau memeriksakan kesehatan secara rutin.

e. Rehabilitasi(Rehabilitation)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadangkadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, maka ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang merasa malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, jelas, promosi kesehatan diperlukan bukan saja untuk yang cacat tersebut, tetapi juga untuk masyarakat.

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.

1. Dimensi sasaran. Pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan mejadi tiga dimensi.
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
 - b. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran kelompok
 - c. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran masyarakat luas

2. Dimensi tempat pelaksanaan. Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid;
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas, dan sebagainya;
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat terjadinya sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five level of prevention*) menurut Leavel dan Clark adalah sebagai berikut:
 - a. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).

Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan melalui berbagai kegiatan berikut ini.

 - Pendidikan kesehatan (*health education*)
 - Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan tentang masalah gizi.
 - Pengamatan tumbuh kembang anak (*growth and development mentoring*)
 - Pengadaan rumah sehat
 - Konsultasi perkawinan (*marriage counselling*)
 - Pendidikan sex (*sex education*)
 - Pengendalian lingkungan
 - Program P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) melalui kegiatan imunisasi dan pemberantasan vektor

- Stimulasi dan bimbingan dini dalam kesehatan keluarga dan asuhan keperawatan pada anak atau balita serta penyuluhan tentang pencegahan terhadap kecelakaan
- Program kesehatan lingkungan dengan tujuan menjaga lingkungan hidup manusia agar aman dari bibit penyakit seperti bakteri, virus, dan jamur serta mencegah kemungkinan berkembangnya vektor.
- Asuhan keperawatan *pre-natal* dan pelayanan keluarga berencana (KB)
- Perlindungan gigi
- Penyuluhan untuk pencegahan keracunan

Masalah kesehatan yang dicegah bukan hanya penyakit infeksi yang menular, tetapi juga masalah kesehatan yang lainnya seperti kecelakaan, kesehatan jiwa, kesehatan kerjan, dan lain sebagainya. Besarnya masalah kesehatan masyarakat dapat diukur dengan menghitung tingkat *morbiditas* (kejadian sakit), *mortalitas* (kematian), *fertilitas* (tingkat kelahiran), dan *disability* (tingkat kecacatan) pada kelompok-kelompok masyarakat.

- b. Perlindungan umum dan khusus (*general and spesifik protectiton*). Perlindungan umum dan khusus merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya perlindungan umum dan khusus sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anaknya masih rendah. Bentuk perlindungan tersebut sebagai berikut.

- Imunisasi dan higiene perseorangan (*personal hygiene*)
 - Perlindungan diri dari kecelakaan (*accidental safety*)
 - Perlindungan diri dari lingkungan (*protrctif self environment*)
 - Kesehatan kerja (*occupational healyh*)
 - Perlindungan diri dari karsinogen, toksin, dan alergen
 - Pengendalian sumber-sumber pencemaran dan lainlain
- c. Diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat (*Earl diagnosis prompt treatment*). Usaha ini dilakukan karena rnedahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan penyakit. Sehingga sering kesulitan mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau periksa dan diobati penyakitnya. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Bentuk usaha tersebutdapat dilakukan melalui:
- Penemuan kasus secara dini (*Earl case finding*)
 - Pemeriksaan umu lengkap (*general check up*)
 - Pemeriksaan masal (*mass sceening*)
 - Survei terhadap kontak, sekolah, dan rumah (*contact survei, school survei, household survei*)
 - Penanganan kasus (*case holding*) dan pengobatan adekuat (*adekuate treatment*)

- d. Pembatasan kecacatan (*disability limitation*). Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain, mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan antara lain sebagai berikut.
- Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan
 - Pencegahan komplikasi
 - Perbaikan fasilitas kesehatan
 - Penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain
- e. Rehabilitasi (*rehabilitation*). Setelah sembuh darisuatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena itu, kurangnya pengertiannya dan kesadaran membuat masyarakat tidak mau atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Disamping itu orang yang cacat karena suatu penyakit kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Masyarakat sering tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan diperlukan tidak hanya untuk orang yang cacat tetapi juga untuk masyarakat.

4. Sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran.
- a. Sasaran primer (*primary target*), sasaran langsung pada masyarakat berupa segalaupaya pendidikan/promosi kesehatan
 - b. Sasaran sekunder (*secondary target*), sasaran ditujukan pada tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat sekitar
 - c. Sasaran tersier (*tersier target*), sasaran ditujukan pada pembuat Keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkatdaerah, diharapkan dengan Keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

E. JENIS KEGIATAN

Promosi kesehehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna (komprehensif), khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan nasional promosi kesehatan telah menetapkan tiga strategi dasar promosi, yaitu gerakan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat. Ketiga strategi ini harus dilaksanakan secara lengkap dan berkesinambungan dalam menangani setiap perilaku baru masyarakat yang di perlukan oleh program kesehatan. Misalnya bila program kesehatan kesehatan ibu dan anak menghendaki agar setiap ibu hamil memeriksakan kandungannya secara teratur

di puskesmas. Untuk itu terhadap para ibu hamil harus dilakukan pemberdayaan, pembinaan suasana lingkungan sosialnya, dan advokasi kepada pihak-pihak yang dapat mendukung perilaku mereka.

Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (*aspek knowledge*) dari tahu menjadi mau (*aspek attitude*), dan dari mau mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (*aspek practice*). Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat. Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu (misalnya diare) adalah masalah diri dan masyarakatnya. Sepanjang orang yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apapun lebih lanjut. Saat ia telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kedepannya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang bersangkutan.

Perubahan dari "tahu" ke "mau" pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut dapat dicegah dan atau diatasi. Di sini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan (misalnya tentang seorang tokoh agama yang dia sendiri dan keluarganya tak pernah terserang diare karena perilaku yang dipraktikkannya). Saat sasaran sudah akan pindah dari "mau" ke "mampu", pelaksanaannya boleh jadi akan

dihambat oleh dimensi ekonomi. Dalam hal ini kepada yang bersangkutan dapat diberikan bantuan langsung, tetapi yang sering kali dipraktikkan adalah dengan mengajaknya ke dalam proses pengorganisasian masyarakat (*Community organization*) atau pembangunan masyarakat (*Community development*). Untuk itu, sejumlah individu yang telah mau, dihimpun dalam atau kelompok untuk bekerjasama memecahkan kesulitan yang dihadapi. Tidak jarang kelompok ini pun masih juga memerlukan bantuan dari luar (misalnya dari pemerintah atau dermawan). Disinilah letak pentingnya sinkronisasi promosi kesehatan dengan program kesehatan yang didukungnya.

Hal-hal yang akan diberikan kepada masyarakat oleh program kesehatan sebagai bantuan, hendaknya disampaikan kepada fase ini, bukan sebelumnya. Bantuan hendaknya sesuai dengan apa yang dibutuhkan masyarakat. Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai lembaga-lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. Kerja sama LSM ini harus di galang, baik di antara mereka maupun antara mereka dan pemerintah, agar supaya pemberdayaan masyarakat dapat berdaya guna dan berhasil guna.

Bina Suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang di perkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di manapun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain lain, bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif

terhadap perilaku tersebut. Oleh karena itu untuk mendukung proses pemberdayaan masyarakat khususnya dalam upaya mengajak para individu meningkat dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana. Tiga pendekatan dalam bina suasana, yaitu: pendekatan individu, pendekatan kelompok, dan pendekatan masyarakat umum.

1. Bina suasana individu.

Pendekatan ini diharapkan mereka akan menyebarkan opini yang positif terhadap perilaku yang diperkenalkan. Di samping itu, mereka juga diharapkan dapat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan, yaitu dengan bersedia atau mau mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut seperti seorang pemuka agama yang rajin melaksanakan 3M yaitu menguras, menutup, dan mengubur demi mencegah munculnya wabah demam berdarah. Lebih lanjut bahkan dapat di upayakan agar mereka bersedia menjadi kader dan turut menyebarkan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perubahan perilaku individu.

2. Bina suasana kelompok. Hal ini di tunjukan kepada masyarakat, seperti pengurus RT, RW, majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi provinsi, organisasi siswa/mahasiswa, organisasi pemuda, dan lain lain. Pendekatan ini dapat di lakukan oleh dan atau bersama-sama pemuda/tokoh masyarakat yang telah peduli. Dengan pendekatan ini kelompok tersebut menjadi peduli terhadap perilaku yang sedang di perkenalkan dan menyetujui atau mendukungnya. Bentuk pendukungan ini dapat berupa kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan,

mengadvokasi pihak-pihak yang terkait dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

3. Bina suasana masyarakat umum. Dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dengan pendekatan ini diharapkan media-media masa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media masa tersebut lalu bersedia menjadi mitra dalam rangka menyebarluaskan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum (opini publik) yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau penekan (*social pressure*) oleh individu-individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang sedang diperkenalkan.

Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak terkait (*stakeholders*). Berbeda dengan bina suasana, advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana, dan lain sejenisnya. Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan yaitu dengan membentuk jejaring atau forum kerja sama. *Stakeholders* yang dimaksud dapat berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintah dan penyandang dana pemerintah. Juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal, misalnya tokoh agama, tokoh adat, dan lain-lain yang umumnya

dapat berperan sebagai penentu kebijakan (tidak tertulis) di bidangnya. Hal ini juga tidak boleh dilupakan adalah tokoh-tokoh dunia usaha yang diharapkan dapat berperan sebagai penyandang dana nonpemerintah. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan, yaitu:

1. Mengetahui atau menyadari adanya masalah
2. Tertarik ikut mengatasi masalah
3. Peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah
4. Sepakat memecahkan masalah dengan milih salah satu alternatif pemecahan masalah, dan
5. Memutuskan tindak lanjut kesepakatan

Dengan demikian advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat, dan tepat. Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang, antara lain:

1. Sesuai minat perhatian sasaran advokasi
2. Memuat rumusan masalah dan alternatif pemecahan masalah
3. Memuat peran sasaran dengan pemecahan masalah
4. Berdasarkan terhadap fakta atau *evidence-based*
5. Dikemas secara menarik dan jelas
6. Sesuai dengan waktu yang tersedia

Kemitraan

Kemitraan perlu adanya penggalangan dengan individu-individu, keluarga, pejabat, instansi pemerintahan yang terkait dengan urusan kesehatan (lintas sektor), pemuka atau tokoh masyarakat, media masa, dan lain-lainnya dalam rangka pemberdayaan dan

bina suasana , serta advokasi. Kemitraan yang digalang harus berlandaskan pada tiga prinsip dasar: kesehatan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

1. Kesetaraan. Kesetaraan berarti tidak diciptakan hubungan yang bersifat hierarki. Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada pada kedudukan yang sama (berdiri sama tinggi, duduk sama rendah). Keadaan ini dapat dicapai apabila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan yaitu hubungan yang dilandasi kebersamaan/kepentingan bersama. Bila kemudian dibentuk struktur yang hierarki (dalam organisasi kelompok kemitraan) misalnya berdasarkan kesepakatan.
2. Keterbukaan. Dalam setiap langkah diperlukan adanya kejujuran dari masing-masing pihak. Setiap usul/saran/komentar harus disertai dengan alasan yang jujur, sesuai fakta, dan tidak menutup-nutupi sesuatu. Pada awalnya hal ini akan menimbulkan diskusi yang seru layaknya pertengkaran. Akan tetapi kesadaran akan kekeluargaan dan kebersamaan akan mendorong timbulnya solusi yang adil dari pertengkaran tersebut.
3. Saling ketergantungan. Solusi yang adil akan dikaitkan dengan adanya keuntungan yang didapat oleh semua pihak yang terlibat. Perilaku sehat dan kegiatan-kegiatan kesehatan dengan demikian harus dapat dirumuskan keuntungankeuntungan (baik langsung maupun tidak langsung)bagi semua pihak yang terkait. Termasuk keuntungan ekonomis, bila mungkin.

Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Kadarzi adalah keluarga yang mampu mengenali masalah gizi setiap anggota keluarganya dan mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi anggota keluarganya, serta berperilaku makan yang beraneka ragam. Penentuan dan pertumbuhan balita.

F. KODE ETIK DAN HAMBATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Kode Etik Promosi Kesehatan

Banyak profesi memiliki kode etik praktik yang memang membantu. Ewles dan Simnett (1994:71-73), menyarankan beberapa pertimbangan sebagai gerakan menuju kode etik praktik bagi promotor kesehatan.

Hubungan dengan klien

1. Lebih baik berkonsultasi dengan klien ketika merencanakan dan mengevaluasi kegiatan promosi kesehatan
2. Promosi harga diri dan otonomi di antara kelompok-kelompok klien harus merupakan prinsip mendasar dari semua praktik promosi kesehatan
3. Semua praktik promosi kesehatan harus mendorong sikap saling menghargai, tanpa memandang umur, kemampuan, kecacatan, suku, agama, gender, dan melawan diskriminasi jika ada. Promotor kesehatan akan mendukung prinsip pemberian kesempatan yang sama dan mengambil langkah positif untuk mengurangi ketidakmerataan dalam kesehatan atau pelayanan kesehatan.

Kepedulian terhadap determinan sosial dan lingkungan

1. Semua program promosi kesehatan harus peka terhadap kerangka sosial, ekonomi, ras, dan budaya dan kelompok klien yang menjadi sasaran. Program-program harus selalu dipertimbangkan dalam konteks latar belakang sosial, ekonomi, dan lingkungan yang lebih luas.
2. Semua kegiatan promosi kesehatan harus memahami bahwa determinan sosial, ekonomi, dan lingkungan terhadap kesehatan sering berada di luar kontrol individu, dan harus berupaya memperhitungkan determinan-determinan ini.
3. Promosi kesehatan akan efektif jika kegiatan promosi kesehatan memasukkan metode-metode yang mendorong keterlibatan dan partisipasi masyarakat umum. Upaya lain adalah memberdayakan masyarakat untuk mengambil lebih banyak kontrol dan tanggung jawab atas kesihatannya sehingga dapat memengaruhi sistem dan organisasi yang berdampak bagi kesehatan.

Praktik Promosi Kesehatan

1. Evaluasi yang memadai adalah komponen penting dan semua kegiatan promosi kesehatan dan harus dilakukan dalam integritas yang baik. Hal ini mencakup pemberian perhatian pada validitas dan pentingnya hasil-hasil yang negatif. Evaluasi harus memerhatikan input (masukan), proses, dan outcome (hasil) jangka pendek dan jangka panjang, agar dapat membantu memodifikasi kegiatan di masa yang akan datang.
2. Promotor kesehatan harus mendorong semua pelayanan dan organisasi untuk mempertimbangkan peran promosi kesehatan mereka dan mengadopsi kode etik praktik. Kerja

sama antar lembaga untuk promosi kesehatan harus didukung.

3. Promotor kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk memastikan arus informasi yang akurat dan tepat tentang hal-hal kesehatan antara masyarakat umum, profesional, dan lembaga lembaga lokal dan nasional.

Pertimbangan-Pertimbangan Etis

1. Promotor kesehatan tidak akan secara sengaja menunda layanan atau informasi, dilihat dari status pengetahuan sekarang yang dapat memberi manfaat kepada klien. Mereka berusaha mengikuti perkembangan dalam promosi kesehatan
2. Promotor kesehatan akan menghargai kerahasiaan informasi yang dapat mereka akses, kecuali atas permintaan hukum dan demi kepentingan klien
3. Promotor kesehatan tidak melakukan kegiatan promosi kesehatan yang hukan kompetensinya.

Hambatan dalam Promosi Kesehatan

Penelitian tentang tujuan kesehatan selama tahun 1990-an (di Amerika) memperlihatkan semakin pentingnya promosi kesehatan. Kurangnya program promosi kesehatan tampaknya merupakan alasan masih banyaknya hambatan yang muncul. Menurut Taylor (1991), hambatan dalam penyelenggaraan tersebut diuraikan berikut ini.

Struktur dan sikap *medical establishment*. Hal ini berarti lebih mendorong menyembuhkan dari pada mencegah, akibatnya upaya pendidikan, pencegahan, dan promosi kesehatan diabaikan. Lebih lanjut, kadang-kadang menemukan orang yang berisiko memerlukan waktu serta biaya dan bagi seorang dokter

lebih mudah memberikan pengobatan kepada para pasien untuk menurunkan tekanan darah daripada meyakinkan pasien untuk berhenti merokok.

Hambatan Individual

Hal ini berkaitan dengan kebiasaan dan persepsi risiko. Kebiasaan kesehatan yang dipelajari sejak kecil terkadang sulit diubah, demikian juga persepsi.

Jaring Koperasi dan Perencanaan yang Rumit

Hal ini mencakup pelaku riset dan praktisi dan berbagai disiplin ilmu yang berbeda, serta *policy makers* (pembuat kebijakan) pada masing-masing tingkat. Sebelum program dianggap efektif, diperlukan studi, perencanaan yang cermat, pelaksanaan, dan penilaian, kemudian direncanakan kembali.

Terdapat jurang pemisah antara pengembangan teknologi perubahan yang efektif dan penggunaan teknologi oleh pelaksana. Hal ini berkaitan dengan penggunaan model, metode, dan media yang sesuai. Pemberian contoh dalam menangani kesehatan individu melalui diskusi empat mata atau kelompok kecil dapat efektif menangani masalah emosional, tetapi tidak dapat diharapkan berhasil mengubah perilaku kesehatan. Oleh sebab itu, perlu dikembangkan intervensi yang tidak hanya efektif secara pribadi, tetapi dipolakan untuk konsumsi massa²³.

G. PENDEKATAN PROMOSI KESEHATAN

Dalam promosi kesehatan, tidak ada satu pun tujuan dan pendekatan atau serangkaian kegiatan yang benar. Hal

²³ Maulana, Heri.D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC

terpenting adalah bahwa kita harus mempertimbangkan tujuan dan kegiatan yang kita miliki, sesuai dengan nilai-nilai dan penilaian kita terhadap kebutuhan klien. Hal ini berarti bahwa nilai kita sebagai seorang promotor kesehatan dan kebutuhan klien di sisi lain harus berada dalam suatu kesamaan persepsi agar tujuan dan kegiatan yang dilakukan dapat berfungsi optimal.

Beberapa model promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah alat analisis yang berguna, yang dapat membantu memperjelas tujuan dan nilai-nilai yang dianut. Menurut Ewles dan Simnett (1994), terdapat kerangka lima pendekatan yang menunjukkan nilai-nilai yang melekat pada masing-masing pendekatan tersebut. Pendekatan itu meliputi pendekatan medik, perubahan perilaku, pendidikan, pendekatan berpusat pada klien, dan perubahan sosial.

1. Pendekatan Medik

Tujuan pendekatan medik adalah membebaskan dan penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan menggunakan metode persuasif atau paternalistik (misal, memberi tahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan KB, dan pria umur pertengahan untuk melakukan skrining tekanan darah). Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik, dan merupakan tanggung jawab profesi kedokteran membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

2. Pendekatan Perubahan Perilaku

Perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Pendekatan perubahan perilaku bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat.

Orang-orang yang menggunakan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa gaya hidup sehat merupakan hal paling baik bagi klien, dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang guna mengadopsi gaya hidup sehat yang mereka anjurkan. Contoh penggunaan pendekatan perubahan perilaku antara lain mengajari orang bagaimana menghentikan merokok, pendidikan tentang minum alkohol, mendorong orang melakukan kegiatan olahraga, memelihara kesehatan gigi, dan mengonsumsi makanan yang baik.

3. Pendekatan Pendidikan

Pendekatan pendidikan lebih dikenal sebagai pendidikan kesehatan yang bertujuan memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan, dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Pendekatan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan, dan membantu individu menggali nilai dan sikap dan membuat keputusan mereka sendiri. Bantuan dalam melaksanakan keputusan itu dan mengadopsi praktik kesehatan baru dapat pula ditawarkan.

Program pendidikan kesehatan sekolah, misalnya menekankan upaya membantu murid mempelajari keterampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuan saja. Orang-orang yang mendukung pendekatan ini akan memberi arti tinggi proses pendidikan, menghargai hak individu untuk memilih perilaku mereka sendiri, dan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka mengangkat bersama persoalan-persoalan kesehatan yang mereka anggap menjadi hal paling baik bagi diri mereka.

4. Pendekatan Berpusat Pada Klien

Tujuan pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka.

Promotor berperan sebagai fasilitator, membantu individu mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan supaya memungkinkan terjadi perubahan. Pemberdayaan diri sendiri klien menjadi sentra tujuan ini. Klien dihargai sebagai individu yang mempunyai pengetahuan, keterampilan, kemampuan berkontribusi, dan memiliki hak absolut untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

5. Perubahan Sosial

Ruang lingkup perubahan sosial menurut William F. Ogburn (1922), meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur imaterial. Kecenderungan

terjadi perubahan—perubahan sosial merupakan gejala wajar yang timbul dan pergaulan hidup manusia.

Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi dalam upaya membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat daripada pembentukan kehidupan sehari-hari individu yang tinggal di tempat itu.²⁴

H. MODEL PROMOSI KESEHATAN

1. Model Kesehatan Terapan

Pendekatan dengan cara ini dapat menjadi dasar untuk kegiatan-kegiatan promosi kesehatan profesional. Beberapa model kesehatan yang digunakan adalah *Health belief model* dan *Theory of reasoned Action*. **a. Health belief model**

Health belief model (HBM) dikembangkan sejak tahun 1950 oleh kelompok ahli psikologi sosial dalam pelayanan kesehatan masyarakat Amerika. Model ini digunakan sebagai upaya menjelaskan secara luas kegagalan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit (Houchbaum, 1958; Rosenstock, 1974,

²⁴ Maulana, Heri.D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC

dalam Glanz dkk; 1997) dan sering kali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia (Krischt, 1988; Schmidt dkk; 1990) yang dimulai dari pertimbangan orang-orang tentang kesehatan (Damoiseaux, 1987 dalam Smet, 1994).

Selain itu, HBM digunakan untuk mengidentifikasi beberapa faktor prioritas penting yang berdampak terhadap pengambilan keputusan secara rasional dalam situasi yang tidak menentu (Rosenstock, 1990). Pada tahun 1974, pendidikan kesehatan mencurahkan seluruh perhatian terhadap isu HBM dan perilaku kesehatan individu (Becker, 1974 dalam Glanz dkk; 1997). Isu tersebut merupakan kesimpulan yang ditemukan dari riset HBM untuk memahami mengapa individu melakukan atau tidak melakukan, berkaitan dengan berbagai variasi yang lebih luas hubungannya dengan tindakan kesehatan. Hal tersebut juga memberikan dukungan penting untuk model ini dalam menjelaskan perilaku pencegahan dan respons terhadap gejala atau diagnosis penyakit.

HBM merupakan model kognitif, yang digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Menurut HBM, kemungkinan seseorang melakukan pencegahan dipengaruhi dengan langsung dari hasil keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*), antara lain sebagai berikut.

1. ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka (*perceived threat of injury or illness*).

Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman bagi dirinya. Oleh karena itu, jika ancaman yang dirasakan meningkat, perilaku pencegahan juga

akan meningkat. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan didasarkan pada hal-hal berikut.

- Ketidakkebalan yang dirasakan (*perceived vulnerability*). Individu mungkin dapat menciptakan masalah kesehatannya sendiri sesuai dengan kondisi.
 - Keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*). Individu melakukan evaluasi terhadap penyakit jika penyakit tersebut muncul akibat ulah individu tersebut atau penyakit dibiarkan tidak ditangani.
2. Keuntungan dan kerugian (*benefits and costs*)
Pertimbangkan antara keuntungan dan kerugian perilaku untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak.
 3. Petunjuk perilaku juga diduga tepat untuk memulai proses perilaku, yang disebut sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol (*salient position*). Hal ini berupa berbagai informasi dari luar atau nasihat mengenai permasalahan kesehatan (misalnya media massa, kampanye, nasihat orang lain, penyakit dari anggota keluarga yang lain atau teman).

Ancaman, keseriusan, ketidakkebalan, pertimbangan keuntungan, dan kerugian, dipengaruhi oleh 1) variabel demografi (umur, jenis kelamin, latar belakang budaya), 2) variabel *sosiopsikologis* (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), 3) variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman sebelumnya). Sebagai contoh orang tua akan memandang secara berbeda risiko kanker dan penyakit jantung daripada remaja. Orang yang memiliki pengalaman

dengan penyakit tertentu akan bersikap lain terhadap penyakit tersebut dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki pengalaman ini, demikian juga dengan variabel *sosiopsikologis* akan dinilai secara berbeda sesuai struktur *sosiopsikologis*-nya.

Selanjutnya, penilaian terhadap masalah kesehatan terdahulu untuk sebagai petunjuk untuk berperilaku (*cues to action*) diduga tepat untuk memulai proses perilaku, disebut sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol (*salient position*). Hal ini dapat berupa bermacam-macam informasi dari luar atau nasihat mengenai permasalahan kesehatan, misalnya media massa, kampanye, nasihat orang lain, dan penyakit anggota keluarga lain atau teman.

Penerapan HBM

HBM adalah perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai perilaku, seperti *check up* pencegahan dan skrining, dan imunisasi.

Contohnya kegunaan HBM dalam imunisasi memberikesan bahwa orang yang mengikuti program imunisasi, percaya hal-hal berikut.

- Kemungkinan terkena penyakit tinggi (ketidakkebalan)
- Jika terjangkit, penyakit tersebut membawa akibat serius
- Imunisasi merupakan cara paling efektif untuk pencegahan penyakit
- Tidak ada hambatan serius untuk imunisasi, tetapi hasil beberapa penelitian HBM menunjukkan kebalikannya.

Dalam perkembangannya, HBM telah menggunakan ketertarikan dalam kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari kondisi kronis, termasuk gaya hidup tertentu seperti merokok, diet, olahraga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, dan gosok gigi. Penekanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti oleh kontrol risiko, dan HBM telah diterapkan pada perilaku itu sendiri dan lebih penting untuk mencegah perubahan dalam perilaku.

Perluasan HBM melebihi pencegahan, terjadi untuk keadaan kesakitan dan perilaku peran sakit. Penelitian terjadinya gejala dan respons terhadap gejala, menggambarkan secara lengkap bagaimana berperilaku selektif. Hal ini berarti gambaran tentang kesakitan diterjemahkan ke dalam variabel-variabel HBM, selanjutnya variabel-variabel ini digunakan untuk meramalkan perilaku berikutnya.

Kekuranga/kelemahan HBM

Secara teoritis, terdapat empat kelemahan HBM. **Pertama**, HBM lebih didasarkan terhadap penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada penelitian akademis. **Kedua**, HBM didasarkan pada beberapa asumsi yang dapat digunakan seperti pemikiran bahwa setiap pemilihan perilaku selalu berdasarkan pertimbangan rasional. Selain rasionalisasinya diragukan HBM juga tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi ketika individu membuat pertimbangan tertentu. **Ketiga**, HBM hanya memperhatikan keyakinan kesehatan.

Kenyataannya, orang dapat membuat banyak pertimbangan tentang perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan, tetapi masih memengaruhi kesehatan.

Sebagai contoh, seseorang dapat bergabung dengan kelompok olahraga karena kontak sosial atau ketertarikan pada seseorang dalam kelompok tersebut. Keputusan yang diambil tidak ada kaitannya dengan kesehatan, tetapi memengaruhi kondisi kesehatan. **Keempat**, berkaitan dengan ukuran dari komponen-komponen HBM. Banyak studi menggunakan konsep operasional dan pengenalan yang berbeda sehingga sulit dibandingkan. Hal ini menunjukkan hasil yang tercampur dan prediksi yang tidak konsisten. Analisis model ini menunjukkan bahwa berbagai prediktor dapat berubah-ubah sewaktu-waktu.

b. Theory of reasoned Action

Seperti HBM, model ini memakai pendekatan *kognitif* (pengetahuan), tetapi memiliki keuntungan lebih dibandingkan HBM. Teori kehendak perilaku merupakan teori perilaku manusia secara umum. Sebenarnya, teori ini digunakan dalam berbagai perilaku manusia, khususnya berkaitan dengan masalah sosiopsikologis, kemudian berkembang dan banyak digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.

Teori ini menghubungkan antara keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), kehendak (*intention*), dan perilaku. Artinya, jika ingin mengetahui perilaku yang dilakukan seseorang, cara terbaik adalah dengan mengetahui kehendak orang tersebut. Namun, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sesekali berbeda (tidak selalu berdasarkan kehendak). Konsep penting dalam

teori ini adalah fokus perhatian (*salience*), yaitu mempertimbangkan sesuatu yang dianggap penting.

Kehendak (intensi) ditentukan oleh sikap dan norma subjektif. Komponen sikap merupakan hasil pertimbangan untung-rugidari perilaku tersebut (*outcome of the behavior*), dan pentingnya konsekuensi-konsekuensi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*). Di lain pihak, kompeni norma subjektif atau sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut.

Contohnya, orang tua memiliki harapan tentang keikutsertaan pada program imunisasi bagi anak-anaknya. Mereka percaya imunisasi dapat melindungi serangan penyakit (keuntungan), tetapi juga menyebabkan rasa sakit atau tidak enak badan (kerugian). Orang tua akan mempertimbangkan mana yang paling penting, perlindungan kesehatan atau tangisan anak, atau mungkin panas. Jika orang yang dianggap penting (kelompok referensi) setuju (atau sebatas menasihati) dan orang tua ingin mengikuti petunjuk tersebut, terdapat kecenderungan positif untuk berperilaku. Pertanyaannya, atas dasar apa seseorang mempunyai keyakinan dan mengevaluasi perilaku dan norma sosial? Respons terhadap pertanyaan itu harus mencakup variabel eksternal, seperti variabel demografi, jenis kelamin, dan usia yang tidak muncul pada teori ini.

Menurut Fisgbein dan Middlestadt (1989) dalam Smet (1994), variabel ini bukan tidak penting, tetapi efeknya pada intensi dianggap diperantarai sikap, norma subjektif, dan berat relatif dari kelompok-kelompok ini.

Menurut TRA, “keyakinan kesehatan” (seperti digambarkan dalam HBM) yang meliputi konsep ketidakkebalan (mudah terjangkit penyakit), keseriusan, keuntungan atau kerugian, sebagai variabel yang secara langsung, dapat penting atau tidak, memengaruhi perilaku. Contohnya, TRA menganggap persepsi kekebalan akan mempengaruhi jika hal itu memengaruhi sikap atau norma subjektif, dan jika pengaruh komponen ini merupakan penentu intensi.

Aprlikasi TRA

Theory of reasoned Action (TRA) merupakan model untuk meramalkan perilaku preventif dan telah digunakan dalam berbagai jenis perilaku sehat yang berlainan, seperti pengaturan penggunaan substansi tertentu (merokok, alkohol, dan narkotika), perilaku makan dan pengaturan makan, pencegahan AIDS, dan penggunaan kondom, perilaku merokok, penggunaan alkohol, penggunaan alat kontrasepsi, latihan kebugaran (*fitnes*) dan praktik olahraga. Norma subjektif menjadi perhatian penelitian (mengenai) dukungan sosial dan analisis jaringan sosial. TRA juga banyak digunakan untuk memenuhi persyaratan penindakan keselamatan dari kesehatan kerja (K3), seperti tindakan keselamatan dalam pertambangan batu bara, *obsenteeism* karyawan, dan perilaku konsumen.

Berdasarkan sudut pandang yang berbeda, usulan-usulan untuk meningkatkan penggunaan praktis (Smet, 1994) adalah sebagai berikut.

1. Beberapa peneliti tidak menggunakan model secara komplit, tetapi hanya untuk memahami dan menerangkan perilaku manusia. Akan tetapi, perubahan

perilaku, model lain lebih disukai karena perubahan perilaku memerlukan pengambilan keputusan secara pribadi, atau paling tidak, TRA digunakan sebagai pelengkap model sebelumnya (HBM). sebagai contoh, setelah tahap perubahan perilaku dan pemeliharaan perilaku, digunakan model lain, seperti model dari McGuire dan Rogers.

2. Konsep representasi mental dari kesaktian, kontrol yang dirasakan, dukungan sosial, *self-efficacy*, ketidakberdayaan yang dipelajari, dianggap sebagai variabel atau teori sosial kognitif perantara yang menawarkan lebih banyak kesempatan untuk menerangkan hubungankesehatan dengan hasil kesehatan (*health outcome*).
3. Untuk memperbaiki HBM dan TRA, dapat digunakan konsep *self-efficacy*

Keuntungan TRA

Teori ini memberikan pegangan untuk menganalisis komponen perilaku dalam item yang operasional. Fokus sasaran adalah prediksi dan pengertian perilaku yang dapat diamati secara langsung dan berada pada kendali seseorang, artinya perilaku sasaran harus diseleksi dan diidentifikasi secara jelas. Tuntutan ini memerlukan pertimbangan mengenai perbedaan tindakan (*action*), sasaran (*target*), konteks, dan perbedaan waktu serta komponen model sendiri termasuk intensi, sikap, norma subjektif, dan keyakinan.

Konsep penting dalam TRA adalah fokus perhatian. Hal ini berarti, sebelumnya mengembangkan intervensi yang

efektif, pertama-tama harus menentukan hasil dan kelompok referensi yang penting bagi perilaku populasi. Dengan demikian harus diketahui nilai dan norma kelompok sosial yang diselidiki (yang penting bukan budaya itu sendiri, tetapi cara budaya memengaruhi sikap, intensi, dan perilaku).

Contohnya, terdapat nilai dan norma di masyarakat bahwa diare bukan termasuk penyakit, tetapi sebagai hal yang alami dari tumbuh kembang anak. Hal tersebut berarti masyarakat memandang diare bukan fokus perhatian yang penting. Contoh lain, fokus perhatian seksual dan pencegahan AIDS tidak sama antara kelompok homoseksual dan kelompok lain tentang penggunaan kondom. Kelompok homoseksual percaya kondom dapat mencegah mereka terkena AIDS, tetapi bagi kelompok lain penggunaan kondom justru akan menyebarkan perilaku seksual.

Kelemahan TRA

Kelemahan TRA adalah bahwa kehendak dan perilaku hanya berkorelasi sedang, intensi tidak selalu menuju pada perilaku itu sendiri, terdapat hambatan-hambatan yang mencampuri atau memengaruhi intensi dan perilaku (Van Oost, 1991 dan Smet, 1994). Selain itu, TRA tidak mempertimbangkan pengalaman sebelumnya dengan perilaku dan mengabaikan akibat-akibat jelas dari variabel eksternal (variabel demografi, gender, usia, dan keyakinan kesehatan) terhadap pemenuhan intensi perilaku.

Meskipun demikian, kelebihan TRA dibandingkan HBM adalah bahwa pengaruh TRA berhubungan dengan norma subjektif. Menurut TRA, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali

berbeda. Hal ini berarti keputusan seseorang untuk melakukan suatu tindakan tidak dibatasi pertimbangan-pertimbangan kesehatan.

2. Model PRECED-PROCEED

Model ini merupakan bentuk operasionalisasi perencanaan promosi kesehatan.

a. Identifikasi Kebutuhan dan Prioritas Kesehatan Konsep tentang kebutuhan

Upaya mengidentifikasi individu yang menjadi sasaran kegiatan promosi kesehatan merupakan proses yang kompleks. Pada beberapa kasus, individu lebih bersifat menerima pertolongan daripada menggunakannya, seperti menerima anjuran, informasi, atau penyuluhan kesehatan. Selain itu, suatu pelayanan dapat tidak terjangkau atau tidak menarik minat kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Tindakan positif mungkin diperlukan agar setiap individu mendapat kesempatan yang sama terhadap promosi kesehatan.

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan adalah mengidentifikasi kebutuhan dan membuat prioritas dari kegiatan promosi kesehatan. Menurut Supranto (2001), maksud menentukan kebutuhan adalah membentuk suatu daftar semua dimensi mutu (*availability, responsiveness, time lines, completeness, profesionalism, dan overall satisfaction*) yang penting dalam menguraikan barang atau jasa. Lebih lanjut, kebutuhan pelanggan (*konsumer requirement*) sama dengan istilah dimensi mutu yang dapat diartikan sebagai karakteristik barang atau jasa yang

mewakili dimensi yang menjadi pegangan mereka dalam memandang barang atau jasa.

Pentingnya atau prioritas tidaknya suatu kegiatan promosi kesehatan dengan jasa yang dihasilkan bagi sasaran bergantung pada persepsi sasaran terhadap kebutuhan promosi kesehatan itu sendiri sebagai pengguna dan penerima promosi kesehatan. Ibaratnya "*kebutuhan itu seperti kecantikan, terletak di mata yang melihat*".

Secara umum, kebutuhan terdiri atas lima tingkatan yang digambarkan pada bentuk piramida, yang lebih dikenal "*piramida Maslow*". Tingkatan kebutuhan ini banyak digunakan untuk mengidentifikasi alasan timbulnya perilaku. Hal ini berarti individu akan melakukan apa saja jika kebutuhan dasar (makan dan minum) belum terpenuhi (lain-lain adalah sekunder). Namun, seperti dikatakan oleh Azawar (1983), terciptanya keadaan sehat sebenarnya termasuk kebutuhan dasar manusia. Tingkat kebutuhan menurut Maslow terdiri atas beberapa faktor berikut.

- Kebutuhan dasar hidup (*psikological needs*), yakni makan, minum, tidur, istirahat, dan seksual.
- Kebutuhan rasa aman (*Safety needs*), merasa jaur dari ancaman dan bahaya, termasuk bahaya ekonomi dan sosial.
- Kebutuhan cinta dan kasih sayang dalam kehidupan sosial (*social needs or the belonging and love*).
- Kebutuhan dihargai dan dihormati (*the esteem needs*)
- Kebutuhan penampilan diri (*self actualization needs*)

Jenis kebutuhan

Menurut Ewles dan Simnett (1994), kebutuhan di bagi menjadi empat jenis

Kebutuhan normatif

Kebutuhan normatif adalah kebutuhan yang ditetapkan oleh orang ahli atau profesional sesuai dengan standar dirinya. Kebutuhan tersebut berdasarkan pertimbangan nilai dari ahli atau profesional. Keadaan ini dapat menimbulkan dua masalah. **Pertama**, pendapat ahli yang berbeda-beda dalam standar yang dipakai. **Kedua**, nilai dan standar para ahli dapat berbeda mengenai masalah yang sama menurut klien. Beberapa kebutuhan normatif ditetapkan oleh hukum.

Kebutuhan yang dirasakan

Kebutuhan yang dirasakan adalah kebutuhan yang diidentifikasi individu sebagai suatu yang ia inginkan (misalnya ibu hamil merasakan adanya kebutuhan informasi tentang melahirkan anak dan menghendaki informasi tersebut). Banyak sedikitnya kebutuhan yang dirasakan bergantung pada kesadaran yang pengetahuan individu tentang apa yang tersedia.

Kebutuhan yang dinyatakan

Kebutuhan yang dinyatakan adalah apa yang dikatakan orang sebagai suatu yang mereka butuhkan. Dengan kata lain, kebutuhan yang dinyatakan adalah kebutuhan yang dirasakan yang telah diubah menjadi permintaan yang diungkapkan atau *demand*. Perlu dipahami, tidak semua

kebutuhan yang dirasakan dapat berubah menjadi kebutuhan yang dinyatakan. Tidak ada kesempatan, motivasi atau keberanian menyatakan sesuatu dapat menjadi hambatan pengungkapan kebutuhan yang dirasakan. *Tidak ada permintaan belum tentu menunjukkan tidak ada kebutuhan yang dirasakan.*

Kebutuhan yang dirasakan dapat bertentangan dengan kebutuhan normatif profesional atau petugas. Sebagai contoh, seorang pasien mengungkapkan kebutuhan banyak informasi tentang kondisi penyakitnya, melebihi apa yang dapat diberitahukan oleh perawat atau sebaliknya, perawat menyampaikan lebih banyak dari apa yang pasien inginkan.

Kebutuhan komparatif

Kebutuhan komparatif ditetapkan dengan membandingkan di antara kelompok klien yang sama. Sebagai contoh, terdapat dua kelompok klien yang telah dan belum mendapat program promosi kesehatan.

Kelompok yang belum mendapat program kemudian ditetapkan sebagai kelompok yang memiliki kebutuhan. Jika perusahaan A memiliki kebijakan tentang merokok di tempat kerja dan makanan sehat, tetapi perusahaan B tidak, dikatakan bahwa terdapat kebutuhan komparatif untuk promosi kesehatan di perusahaan B.

b. Identifikasi Kebutuhan Promosi Kesehatan

Bagaimana dan kapan seorang promotor kesehatan mulai mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan masyarakat? Menurut Ewles dan Simnett (1994), empat hal yang perlu

dipertimbangkan antara lain ruang lingkup tugas, perimbangan antara sikap relatif dan proaktif, sejauh mana menempatkan kepentingan klien lebih dulu, dan manfaat mengadopsi filosofi pemasaran.

Ruang lingkup tugas

Bagi sebagian petugas, tugas mengidentifikasi kebutuhan dalam batas tertentu telah dilakukan. Sebagai contoh, seorang perawat telah melakukan identifikasi yang jelas terhadap upayanya memberi tahu pasien tentang perawatan penyakitnya. Akan tetapi, bagaimana ia akan melakukan pelayanan yang berorientasi kepada pasien yang bersangkutan? Tentu saja, ia perlu mengidentifikasi dan memberi tanggapan kebutuhan-kebutuhan individual setiap pasien.

Semua promotor kesehatan memerlukan kompetensi untuk bersikap responsif terhadap kebutuhan promosi kesehatan dari klien mereka. Selain ini, mereka juga membutuhkan kejelasan ruang lingkup pekerjaan mereka, mana yang dapat mereka lakukan dan mana yang tidak, meski kegiatan tersebut dapat dilakukan. Oleh karena itu, meskipun promotor kesehatan mampu melakukan kegiatan tertentu, tetapi perlu pertimbangan apakah kegiatan tersebut dalam ruang lingkup tugasnya sebagai promotor kesehatan.

Reaktif atau proaktif?

Dalam mengidentifikasi kebutuhan, perlu dibedakan antara reaktif dengan proaktif. Bersikap reaktif adalah memberikan tanggapan (bereaksi) terhadap kebutuhankebutuhan dan permintaan orang lain. Bersikap

proaktif berarti mengambil inisiatif dan keputusan tentang kawasan pekerjaan yang akan dilakukan. Individu dapat mengatakan “tidak” terhadap permintaan orang lain jika permintaan itu tidak cocok dengan kebijakan dan prioritas yang ada.

Bersikap reaktif dan proaktif berhubungan dengan pendekatan-pendekatan promosi kesehatan. Sebagai contoh, penggunaan pendekatan *berpusat pada klien* berarti bersikap reaktif terhadap kebutuhan yang dinyatakan klien, sedangkan pendekatan *perubahan perilaku* atau *medikal* berarti bersikap proaktif. Dalam praktik, selalu ada pertimbangan yang harus diterima antara bersikap reaktif atau proaktif.

Menempatkan kebutuhan pengguna atau sasaran lebih dulu

Kebutuhan siapa yang harus didahulukan, pihak pengguna (sasaran) atau pemberi layanan? Mungkin terdapat konflik di antara kebutuhan seperti sasaran ingin pelayanan KB buka hari Sabtu, tetapi pihak pemberi layanan tidak dapat melakukannya karena kesulitan memperoleh staf yang bekerja di akhir pekan.

Meski demikian, terdapat kecenderungan yang berupaya menempatkan pandangan dan kebutuhan pihak pengguna atau sasaran sebagai pusat kegiatan pelayanan promosi kesehatan, antara lain sebagai berikut.

1. Penekanan pada pemakai sebagai individu yang unik
2. Kecenderungan profesional bermitra dengan sasaran

3. Penekanan pada peningkatan penyediaan dan jangkauan terhadap pelayanan yang mempromosikan kesehatan
4. Kecenderungan ke arah pendekatan berorientasi klien dalam penyuluhan kesehatan, dengan pemberdayaan diri klien sebagai tujuan
5. Kecenderungan partisipasi pengguna dalam perencanaan dan evaluasi kegiatan-kegiatan promosi kesehatan

Suatu cara paling penting dalam *menempatkan* kegiatan-kegiatan yang lebih responsif bagi pengguna dan penerima adalah memberi kesempatan kepada mereka untuk mengendalikan diri terhadap apa yang terjadi dalam dirinya. Hal ini dapat dilakukan dengan memberi pemahaman dan pengertian pada pengguna dan penerima berkaitan dengan ruang lingkup kebutuhan promosi kesehatan.

c. Adopsi Pendekatan Pemasaran

Pemasaran merupakan istilah yang sering dipakai dalam promosi kesehatan, sebagai pendekatan yang paling efektif dan efisien. Pemasaran dalam konteks promosi kesehatan adalah keterampilan manajemen dalam mengidentifikasi kesempatan untuk memenuhi permintaan konsumen atau klien. Hal ini memberikan perlindungan secara maksimal serta/atau perbaikan dalam kesehatan mereka (Ewles dan Simnett, 1994). Dengan demikian, *output* pemasaran adalah kesehatan bukan keuntungan.

Pemasaran adalah suatu sikap batin. Pemasaran adalah upaya untuk mengidentifikasi kebutuhan konsumen dan memuaskan mereka dengan cara yang paling efisien agar dapat mencapai *output* yang maksimal dari sudut kesehatan masyarakat. Melalui pendekatan pemasaran, kegiatan promosi kesehatan dapat mengambil manfaat dari efektivitas dan efisiensi kegiatan dan dari perbaikan kepuasan konsumen. Pemasaran melibatkan teknik pemasaran khusus, seperti riset pasar, pengembangan produk penentuan harga (keterjangkauan) serta periklanan dan promosi. Hal ini berarti bahwa upaya menjalankan pemasaran memberi respons sifatas lebih terhadap kebutuhan dan keinginan konsumen dibandingkan menuruti gagasan pemberi pelayanan mengenai kebutuhan apa yang harus dimiliki individu. Pertanyaannya, “bagaimana kebutuhan-kebutuhan promosi dapat diidentifikasi?” titik awal penetapan kebutuhan promosi kesehatan adalah berbagai informasi dari berbagai sumber.

Jenis-jenis informasi yang dapat digunakan, yaitu data epidemiologi, data sosial ekonomi, pandangan profesional, pandangan publik/masyarakat, dan media lokal.

DATA EPIDEMIOLOGI. Epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan determinan kesehatan dalam masyarakat. Data epidemiologi memberikan informasi yang mendasar tentang kesehatan penduduk, penyebab, dan faktor risiko yang berkaitan dengan kesakitan. Informasi-informasi tersebut dapat memberikan gambaran tentang potensi pencegahan dan promosi kesehatan.

DATA SOSIAL EKONOMI. Data mencakup informasi

tentang perumahan, pekerjaan, lapisan sosial dan fasilitas-fasilitas sosial, hiburan, rekreasi atau perbelanjaan. Dengan mencocokkan penyakit menurut data sosial ekonomi, kita dapat melihat pola khusus dalam ketidakmerataan kesehatan. Hal ini sangat membantu dalam menentukan kebutuhan promosi kesehatan pada sasaran tertentu.

PANDANGAN PROFESIONAL. Pandangan-pandangan kolega petugas promosi kesehatan mencerminkan pengalaman dan persepsi berbagai pandangan dari petugas lain, terutama tentang masalah kesehatan yang utama. Pandangan publik dapat diperoleh dengan cara diskusi, wawancara informal hingga survei besar dengan kuesioner atau teknik-teknik *indept interview*. Identifikasi kelompok prioritas dan berpikir dengan jelas mengenai kelompok tersebut, akan memengaruhi metode yang digunakan untuk menghubungi dan mengikutsertakan kelompok tersebut. Terhadap awal yang paling baik untuk dilakukan adalah indentifikasi ciri-ciri kelompok, kemudian merancang pendekatan yang sesuai. Contohnya, besar kelompok, pola umur, struktur sosial atau etnik, letak geografis, pelayanan atau fasilitas tertentu, tingkat mobilitas, akses transportasi, dan waktu senggang masyarakat.

MEDIA LOKAL. Pendapat dan data yang dikumpulkan akan memberi gambaran tentang sesuatu pada waktu dan tempat tertentu. Akses media informasi menyediakan gambaran dalam masyarakat. Semua ini dapat melengkapi

data profil informasi lokal yang dikumpulkan dan dapat menjadi dasar bagi perencanaan promosi kesehatan.

d. Penilaian Kebutuhan Promosi Kesehatan

Penilaian kebutuhan promosi kesehatan dapat dilakukan secara sistematis dengan menanyakan beberapa hal kunci. Hasil penilaian yang dilakukan dapat membantu memutuskan perlu tidaknya memberikan respons terhadap kebutuhan masyarakat atau dilakukan atau tidaknya kegiatan promosi kesehatan. Langkah pertama yang dapat dilakukan dalam menilai kebutuhan adalah menentukan hal-hal sebagai berikut.

Apa jenis kebutuhan sasaran

Identifikasi jenis kebutuhan masyarakat, apakah kebutuhan normatif, yang dirasakan, yang dinyatakan, atau kebutuhan komparatif. Contohnya, di dalam kelas pendidikan orang tua, tentukan jenis kebutuhan yang sudah terpenuhi, apakah kebutuhan normatif yang ditetapkan profesi kesehatan, kebutuhan yang dirasakan atau dinyatakan orang tua, atau kebutuhan komparatif yang ditetapkan setelah melihat kebutuhan yang tersedia.

Siapa yang memutuskan adanya kebutuhan

Tentukan siapa yang memutuskan kebutuhan tersebut, promotor kesehatan, klien, atau keduanya. Terkadang jawaban tersebut tidak mudah, karena kebutuhan itu muncul setelah diskusi antara promotor kesehatan dan klien. Masyarakat tidak selalu mengetahui apa yang

dibutuhkan atau inginkan, karena kesadaran dan pengetahuan tentang kemungkinan yang tersedia terbatas. Promotor kesehatan dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan kesehatan sehingga dapat menimbulkan permintaan (kebutuhan yang dinyatakan) untuk promosi kesehatan. Situasi yang ideal adalah bahwa keputusan kebutuhan ditetapkan bersama oleh klien dan promotor kesehatan.

Apa alasan penetapan suatu kebutuhan

Penetapan kebutuhan harus didukung bukti objektif seperti fakta dan angka sehingga kebutuhan yang timbul merupakan suatu masalah yang nyata dan cukup beralasan untuk dilakukan dalam bentuk kegiatan promosi kesehatan. Sebagai contoh, hasil survei menunjukkan bahwa para lansia mengalami kesulitan pergi ke pelayanan kesehatan yang dilayani oleh sistem transportasi yang buruk. Cukup beralasan untuk berasumsi bahwa hal ini berlaku di sebagian besar daerah dengan transportasi umum yang buruk lalu apakah pandangan klien diketahui? Apakah mereka melihat hal ini sebagai kebutuhan?

Apa tujuan dan tanggapan yang tepat terhadap kebutuhan tersebut

Promosi kesehatan tidak dapat memecahkan semua masalah atau memuaskan kebutuhan kesehatan. Pertamapertama harus jelas apa kebutuhannya, kemudian apa tujuan dalam memuaskan kebutuhan itu, dan cara apa yang paling tepat untuk memenuhinya. Sebagai contoh, hasil identifikasi menunjukkan bahwa hal yang dibutuhkan

adalah meningkatkan cakupan imunisasi. Tujuannya, mencapai angka cakupan 80% dan memutuskan cara untuk mencapainya. Tentu sangat mudah mengatakan, dibutuhkan kampanye penyuluhan agar orang tua membawa anak mereka untuk di imunisasi. Namun, respons atau cara tersebut kurang tepat karena respons yang memadai adalah mendidik profesi kesehatan yang melaksanakan imunisasi secara salah pada waktu anak demam ringan, dan memindahkan tempat dan waktu yang tepat bagi ibu-ibu untuk membawa anak mereka.

e. Penetapan Prioritas Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan yang berorientasi kebutuhan dan permintaan masyarakat, dalam melaksanakannya selalu diharapkan pada keterbatasan waktu, sumber, dan energi. Oleh karena itu, fokus pada upaya-upaya di bidang yang diprioritaskan lebih efektif dan memberikan kepuasan di bandingkan menghitung seberapa luas dan dalam kebutuhan, yang mungkin tidak ada gunanya. Penetapan prioritas menuntut analisis praktik nyata yang saat ini dijalani dan pemahaman mengenai serangkaian kriteria yang akan memengaruhi Keputusan-keputusan tentang prioritas.

Tidak ada metode pasti untuk menetapkan prioritas karena pada akhirnya bergantung pada pertimbangan nilai-nilai petugas kesehatan yang terlibat. Beberapa pertimbangan yang dapat digunakan untuk menetapkan prioritas dalam promosi kesehatan meliputi isu, pendekatan, dan kegiatan promosi kesehatan, kelompok konsumen atau sasaran, kelompok umur, kelompok risiko,

efektivitas, kelayakan, bekerja dengan pihak lain, etika dan lain-lain.

BAB V PELAYANAN KESEHATAN

A. KONSEP PELAYANAN KESEHATAN

Pengaturan mengenai pelayanan kesehatan di Indonesia secara tersirat terdapat dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Pengertian pelayanan kesehatan menurut para ahli adalah sebagai berikut :

- a. Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo

Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

b. Menurut Azwar (1996)

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 perseorangan, keluarga kelompok, dan ataupun masyarakat.

c. 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 dan ataupun masyarakat.

d. Menurut Levey dan Loomba (1973)

113

Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa 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. Maksud dan sub sistem di sini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yang meliputi: input, proses, output, dampak, umpan balik.

- Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk bertungasnya sistem.
- Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan.
- Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses.
- Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya.
- Umpan balik adalah hasil dan proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut.
- Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut.

Contoh : Di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas.

Input : Dokter, perawat, obat-obatan.

Prosesnya : Kegiatan pelayanan puskesmas.

Outputnya : Pasien sembuh/tidak sembuh.

Dampaknya : Meningkatnya status kesehatan masyarakat.

Umpan baliknya : Keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan.

Lingkungannya : Masyarakat dan instansi-instansi di luar puskesmas tersebut.

Pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting yang harus dijaga maupun ditingkatkan kualitasnya sesuai standar pelayanan yang berlaku. Pada hakikatnya pelayanan merupakan suatu usaha untuk membantu menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan orang

lain serta dapat memberikan kepuasan sesuai dengan keinginan yang diharapkan oleh konsumen/pemakainya. Menurut Gronroos, suatu pelayanan dikatakan mempunyai **kualitas yang baik jika memenuhi kriteria** sebagai berikut.

- a. Profesionalisme dan keterampilan (profesionalismo and skill);
- b. Sikap dan perilaku (attitudes and behaviour);
- c. Mudah dicapai dan fleksibel (accessibility and flexibility);
- d. Reliabel dan terpercaya (reliability and trustworthiness);
- e. Perbaikan (recovery);
- f. Reputasi dan kredibilitas (reputations and credibility).

B. TUJUAN PELAYANAN KESEHATAN

- a. Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
- b. Preventif (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit), terdiri dari:
 - 1) Preventif primer
Terdiri dan program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
 - 2) Preventif sekunder
Terdiri dan pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dan perkembangan penyakit tersebut.
 - 3) Preventif tersier
Pembuatan diagnosa ditunjukkan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosa dan pengobatan.
- c. Kuratif (penyembuhan penyakit)

- d. Rehabilitasi (pemulihan), usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

C. JENIS PELAYANAN KESEHATAN

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu: a. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

- b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dan penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit

saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balai kesehatan masyarakat saja, tetapi juga bentuk – bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.

Dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan berbagai upaya kesehatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya kesehatan terbagi menjadi 2, yaitu :

1) Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah & menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.

2) Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah & menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.

D. BENTUK PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Azwar (1996), bentuk pelayanan kesehatan adalah **a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (Primer)**

Pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar dan dilakukan bersama masyarakat dan dimotori oleh: Dokter umum (Tenaga Medis) dan Perawat Mantri (Tenaga Paramedis). Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.

Primary health care pada pokoknya ditunjukkan kepada masyarakat yang sebagian besarnya bermukim di pedesaan, serta masyarakat yang berpenghasilan rendah di perkotaan. Pelayanan kesehatan ini sitatnya berobat jalan (*Ambulatory Services*). Diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang setiat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Contohnya: Puskesmas, Puskesmas keliling, klinik.

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (Sekunder)

Pelayanan kesehatan sekunder adalah pelayanan yang lebih bersifat spesialis dan bahkan kadangkala pelayanan subspecialis, tetapi masih terbatas. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan).

Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh: Dokter Spesialis dan Dokter Subspesialis terbatas. Pelayanan kesehatan ini sifatnya

pelayanan jalan atau pelayanan rawat (*inpatient services*) dan diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer.

Contoh Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (Tersier)

Pelayanan kesehatan tersier adalah pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan subspesialis serta subspesialis luas. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh: Dokter Subspesialis dan Dokter Subspesmalis Luas. Pelayanan kesehatan ini sifatnya dapat merupakan pelayanan jalan atau pelayanan rawat inap (rehabilitasi). Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Contohnya:

Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

E. SYARAT PELAYANAN KESEHATAN

a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan artinya semua pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

c. Mudah dicapai

Dipandang dan sudut lokasi untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.

d. Mudah dijangkau

Dari sudut biaya untuk mewujudkan keadaan yang harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

e. Bermutu

Menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan²⁵.

F. **JENIS TENAGA KESEHATAN**

Jenis – jenis tenaga kesehatan menurut undang – undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan pasal 11 adalah sebagai berikut :

Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam: a.

Tenaga Medis;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

b. Tenaga Psikologi Klinis;

²⁵ Nugraheni, Hermien. Tri Wiyatini. Irmanita Wiradona. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Yogyakarta : Deepublish

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud adalah psikologi klinis.

c. Tenaga Keperawatan;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud terdiri atas berbagai jenis perawat.

d. Tenaga Kebidanan;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud adalah bidan.

e. Tenaga Kefarmasian;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.

f. Tenaga Kesehatan Masyarakat;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.

g. Tenaga Kesehatan Lingkungan;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.

h. Tenaga Gizi;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi sebagaimana dimaksud terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.

i. Tenaga Keterampilan Fisik;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.

j. Tenaga Keteknisan Medis;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.

k. Tenaga Teknik Biomedika;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.

l. Tenaga Kesehatan Tradisional;

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.

m. Tenaga Kesehatan Lain.

Tenaga Kesehatan lain sebagaimana dimaksud ditetapkan oleh Menteri.

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC

Budiarto, Eko. Tammy Maulany. 2003. *Pengantar Epidemiologi*.
Jakarta : EGC

- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar – Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Penerbit EGC
- Harnilawati, 2013. *Pengantar Ilmu Pengantar Komunitas*. Sulawesi : Penerbit Pustaka As Salam
- Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Mubarok, Wahid Iqbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugraheni, Hermien. Tri Wiyatini. Irmanita Wiradona. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Yogyakarta : Deepublish
- Rajab, Wahyudi. 2009. *Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Uliyah, Musrifatul. Dkk. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 : Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya : Health Books Publishing

BIODATA PENULIS



Cholifah, S.ST, M.Kes. lahir di Mojokerto 3 November 1981 telah menyelesaikan pendidikan formal di AKBID Siti Khodijah tahun 2003, lulus DIV Kebidanan Universitas Sebelas Maret (UNS) tahun 2007 dan telah menyelesaikan S2 di Universitas

Diponegoro pada Tahun 2014. Saat ini bekerja di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo Fakultas Ilmu Kesehatan sebagai dosen DIII kebidanan. Selain pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik didanai oleh Internal UMSIDA maupun dana mandiri. Penulis juga aktif dalam mengikuti kegiatan-kegiatan penunjang akademik seperti seminar, workshop/ lokakarya, pelatihan serta pembimbingan tugas akhir dan kegiatan akademik..



Paramitha Amelia Kusumawardani, S.ST, M.Keb dilahirkan di Purwokerto, 09 April 1986. Pada tahun 2007, penulis mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) dari Akademi Kebidanan Siti Khodijah Muhammadiyah Sepanjang. Pada tahun 2010 penulis mendapatkan gelar Sarjana

Sains Terapan (DIV Kebidanan) dari STIKES Insan Unggul dan Penulis melanjutkan Magister Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Tahun 2016, penulis secara resmi mendapatkan gelar M.Keb. Saat ini penulis bekerja di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo menjadi dosen Prodi DIII Kebidanan. Selain pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Penulis sudah mempunyai buku ajar Biologi Reproduksi yang diterbitkan oleh Umsida Press tahun 2018.



Umi Khoirun Nisak., S.KM., M. Epid. dilahirkan di Sidoarjo, 12 April 1988. Pada tahun 2010, penulis mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Universitas Airlangga Surabaya. Penulis melanjutkan Magister Epidemiologi dengan peminatan Manajemen Surveilans Epidemiologi dan Informasi Kesehatan. Tahun 2018, penulis secara resmi mendakatkan gelar M. Epid. Penulis mengawali karirnya di RS Swasta dan Salah satu RS pemerintah di Surabaya. Saat ini Penulis bekerja menjadi Dosen di prodi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

ISBN 978-802-9314-03-5



9 786025 914935