

Ilmu Kesehatan Masyarakat



Ida Untari, Sayono, Nurina Dyah Larasaty, Nur Malika Jamil, Siti Mardhatillah Musa,
Dina Raidanti, Eka Mardiana Afrilia, Wijayanti, Septin Maisharah K,
Mitha Amelia Rahmawati, Wahidin, Istiqlal Fithri, Eko Sudarmanto

Editor:

Imas Yoyoh, S.Kp., M.Kep. | Ns. Alpan Habibi, S.Kep., M.KM.

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Ida Untari, Sayono, Nurina Dyah Larasaty, Nur Malika Jamil,
Siti Mardhatillah Musa, Dina Raidanti, Eka Mardiana Afrilia,
Wijayanti, Septin Maisharah K, Mitha Amelia Rahmawati,
Wahidin, Istiqlal Fithri, Eko Sudarmanto

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Penerbit
MINHAJ PUSTAKA

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Copyright © April 2025

Penulis : Ida Untari
Sayono
Nurina Dyah Larasaty
Nur Malika Jamil
Siti Mardhatillah Musa
Dina Raidanti
Eka Mardiana Afrilia
Wijayanti
Septin Maisharah K
Mitha Amelia Rahmawati
Wahidin
Istiqlal Fithri
Eko Sudarmanto
Editor : Imas Yoyoh, S.Kp., M.Kep.
Ns. Alpan Habibi, S.Kep., M.KM.
Setting dan layout : Team Minhaj Pustaka
Desain cover : Team Minhaj Pustaka

Hak Penerbitan ada pada © Minhaj Pustaka 2025

Hakcipta © 2025 pada penulis

Ukuran: UNESCO (15,5 x 23 cm)

Halaman : x, 208 hal

Hak cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit Minhaj Pustaka

Cetakan I, April 2025

ISBN: 978-634-7200-33-4



Penerbit
MINHAJ PUSTAKA

Jl. Pandawa II, DB 2, No. 97, Gelam Jaya, Pasar Kemis, Tangerang

Banten - Indonesia

Telp. 08.5717079887

E-mail : minhajpustaka@gmail.com

Website: www.minhajpustaka.id

PRAKATA PENULIS

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas terselesaikannya buku Ilmu Kesehatan Masyarakat ini.

Buku ini dirancang sebagai panduan komprehensif untuk memahami berbagai aspek dalam bidang kesehatan masyarakat, mulai dari dasar-dasar ilmu kesehatan hingga isu-isu terkini. Dengan kontribusi dari berbagai penulis ahli, buku ini diharapkan mampu memberikan wawasan mendalam kepada pembaca, khususnya mahasiswa, praktisi kesehatan, dan pemangku kebijakan.

Kami menyampaikan penghargaan kepada semua pihak yang telah membantu proses penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat menjadi referensi bermanfaat dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surakarta, November 2024

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA PENULIS	v
DAFTAR ISI	vii
Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat: (Definisi, Peran & Fungsi)	1
A. Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat	1
B. Sasaran Ilmu Kesehatan Masyarakat	3
C. Peran dan Upaya Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	5
D. Fungsi Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	7
Epidemiologi dalam Kesehatan Masyarakat	10
A. Irisan Konsep	10
B. Peran Epidemiologi.....	17
C. Penerapan Prinsip dan Metoda Epidemiologi.....	19
D. Penggunaan Desain Studi Epidemiologi	25
Promosi Kesehatan dalam Sudut Pandang Kesehatan Masyarakat	31
A. Promosi Kesehatan	34
B. Promosi Kesehatan dan Perilaku	35
C. Visi dan Misi Promosi Kesehatan	37
D. Strategi Promosi Kesehatan	39
Kesehatan Lingkungan	41
A. Pengantar Kesehatan Lingkungan	42
B. Pengelolaan Limbah.....	46
C. Pencemaran Udara	50
D. Hygine Sanitasi Makanan dan Minuman	50
E. Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL)	52
Gizi dalam Kesehatan Masyarakat	55
A. Definisi dan Ruang Lingkup Gizi Masyarakat.....	55

B. Masalah Gizi di Indonesia.....	56
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi.....	58
D. Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat	59
E. Program Gizi Nasional di Indonesia.....	60
F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Intervensi Gizi Masyarakat	61
G. Monitoring dan Evaluasi Program Gizi Masyarakat	62
H. Gizi dalam Sustainable Development Goals (SDGs)	63
I. Tantangan dan Peluang Gizi Masyarakat di Masa Depan	63
Pencegahan Peningkatan Kesakitan dan Kematian Kesehatan Maternal dan Neonatal Pada Situasi Krisis Kesehatan.....	65
A. Pengetahuan Dasar Krisis Kesehatan	67
B. Langkah Prioritas Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal	69
C. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Pra Krisis Kesehatan	75
D. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan.....	77
E. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Pasca Krisis Kesehatan.....	79
Kesehatan Reproduksi dan Penyakit Menular Seksual.....	83
A. Pengertian Kesehatan Reproduksi dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	84
B. Hak Reproduksi dan Faktor Kesehatan Reproduksi	86
C. Penyakit Menular Seksual (PMS)	88
D. Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual (IMS)	88
E. Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS)	91
Penyakit Menular dan Tidak Menular.....	93
A. Penyakit Menular	94
B. Penyakit Tidak Menular.....	98

C. Interaksi antara Penyakit Menular dan Tidak Menular	102
D. Strategi Kebijakan Kesehatan Masyarakat	103
E. Masa Depan Penanganan Penyakit Penyakit Menular dan Tidak Menular	104
Manajemen Kesehatan Masyarakat	107
A. Konsep Dasar Manajemen Kesehatan Masyarakat	108
B. Perencanaan Program Kesehatan Masyarakat	112
C. Implementasi Program Kesehatan Masyarakat	116
D. Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat	119
E. Manajemen Krisis dan Bencana dalam Kesehatan Masyarakat	122
F. Kepemimpinan dan Etika dalam Kesehatan Masyarakat	125
G. Inovasi dan Teknologi dalam Manajemen Kesehatan Masyarakat.....	127
H. Studi Kasus dan Praktik Manajemen Kesehatan Masyarakat	130
Sistem Pelayanan Kesehatan	133
A. Prinsip Dasar Pelayanan Kesehatan	134
B. Tujuan Sistem Pelayanan Kesehatan	135
C. Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan.....	136
D. Model Sistem Pelayanan Kesehatan.....	138
E. Tantangan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan.....	139
F. Upaya Peningkatan Sistem Pelayanan Kesehatan	140
Kesehatan Mental dalam Masyarakat.....	145
A. Kesehatan Mental	147
B. Konsep Dasar Kesehatan Mental.....	147
C. Masalah Kesehatan Mental di Masyarakat	149
D. Stigma dan Diskriminasi.....	150
E. Peran Keluarga dan Komunitas dalam Kesehatan Mental ...	150
F. Strategi Promosi Kesehatan Mental	152

G. Akses Terhadap Layanan Kesehatan Mental	153
H. Teknologi dan Kesehatan Mental.....	154
I. Masa Depan Kesehatan Mental dalam Masyarakat.....	155
J. Point Penting Kesehatan Mental dalam Kesehatan Masyarakat	155
Kebijakan Kesehatan dan Etika Kesehatan Masyarakat ..	157
A. Definisi Kebijakan Kesehatan	157
B. Proses Pembuatan Kebijakan Kesehatan	158
C. Etika Kesehatan Masyarakat	162
Kesehatan Masyarakat dalam Perspektif Islam	169
A. Prinsip Dasar Kesehatan Masyarakat dalam Islam	170
B. Kontribusi Islam pada Kesehatan Masyarakat.....	174
C. Implementasi Kesehatan Masyarakat dalam Konteks Islam	178
DAFTAR PUSTAKA.....	183
RIWAYAT PENULIS.....	201

Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat: (Definisi, Peran & Fungsi)

Ilmu Kesehatan Masyarakat merupakan disiplin ilmu yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup melalui upaya preventif dan promotif. Bidang ini berfokus pada pendekatan berbasis populasi, mencakup berbagai aspek seperti lingkungan, perilaku, kebijakan, dan sistem pelayanan kesehatan. Bab ini memberikan landasan awal untuk memahami definisi, peran, dan fungsi ilmu kesehatan masyarakat dalam konteks pembangunan kesehatan secara global maupun nasional.

A. Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ilmu Kesehatan Masyarakat didefinisikan sebagai seni dan ilmu mencegah penyakit, memperpanjang usia, dan meningkatkan kesehatan melalui upaya terorganisir masyarakat (Winslow, 1920). Definisi ini menegaskan pentingnya pendekatan kolektif yang mencakup aspek promotif, preventif, dan kuratif. Berdasarkan WHO (2018), kesehatan masyarakat melibatkan upaya lintas sektor untuk menciptakan kondisi yang mendukung masyarakat mencapai kesehatan optimal. Ilmu Kesehatan masyarakat merupakan pendekatan ilmu kedokteran yang berfokus pada perhatian kesehatan komunitas secara menyeluruh.

Perbedaan Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 1. Perbedaan Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat.

Ilustrasi gambar 1 diatas menunjukkan perbedaan antara Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Di satu sisi kiri, Ilmu Kedokteran berfokus pada pengobatan individu di lingkungan klinis, sementara sisi kanan, Ilmu Kesehatan Masyarakat menekankan upaya pencegahan dan promosi kesehatan di tingkat komunitas.

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup: Ilmu Biologi, Ilmu Kedokteran, Ilmu Kimia, Fisika, Ilmu Lingkungan, Sosiologi, Antropologi, Psikologi, Ilmu Pendidikan. Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai 7 pilar utama yaitu: Epidemiologi, Biostatistik, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku, Administrasi Kesehatan Masyarakat, Gizi Masyarakat, Kesehatan Kerja (Untari, 2016).

B. Sasaran Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sasaran ilmu kesehatan masyarakat adalah terpeliharanya dan meningkatnya status kesehatan secara kolektif dengan mengutamakan pendekatan berbasis populasi. Sasaran ini meliputi individu, keluarga, kelompok khusus, kelompok rentan dan komunitas serta faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan.

Secara umum, sasaran utama dalam ilmu kesehatan masyarakat mencakup:

1. Individu dalam Konteks Komunitas

Individu menjadi unit dasar sasaran intervensi kesehatan masyarakat. Namun, pendekatan dilakukan dengan mempertimbangkan konteks sosial, budaya, dan lingkungan individu tersebut. Contohnya:

- a. Penyuluhan kesehatan tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) kepada ibu rumah tangga untuk mencegah penyakit menular seperti diare (WHO, 2018).
- b. Edukasi terkait manajemen penyakit kronis, seperti diabetes dan hipertensi, untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan (Turnock, 2016).

2. Kelompok Rentan

Kelompok rentan memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit atau masalah kesehatan akibat kondisi sosial, ekonomi, atau biologis. Upaya kesehatan masyarakat menitikberatkan pada peningkatan akses dan pemerataan layanan kesehatan untuk kelompok ini. Sasaran kelompok rentan meliputi:

- a. Anak-anak: Upaya imunisasi, edukasi gizi, dan pencegahan stunting menjadi fokus utama dalam program kesehatan anak (UNICEF, 2020).
- b. Lansia: Intervensi untuk mencegah penyakit degeneratif, pengelolaan penyakit kronis, serta promosi aktivitas fisik yang sesuai usia (Friedman et al., 2018).
- c. Pekerja berisiko tinggi: Penyediaan layanan kesehatan kerja bagi pekerja di sektor industri atau pertanian yang rentan terhadap kecelakaan kerja dan paparan bahan berbahaya (ILO, 2019).

3. Komunitas

Sasaran pada tingkat komunitas berfokus pada menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat. Program yang dilakukan seringkali melibatkan pemberdayaan masyarakat lokal, seperti:

- a. Program sanitasi berbasis masyarakat untuk memastikan akses terhadap air bersih dan toilet yang layak (Prüss-Ustün et al., 2019).
- b. Kampanye pencegahan penyakit berbasis komunitas, seperti program "Desa Bebas Malaria" (WHO, 2018).

4. Faktor Lingkungan

- a. Lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi menjadi determinan penting kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, sasaran kesehatan masyarakat juga melibatkan perbaikan kondisi lingkungan, misalnya:
- b. Pengendalian pencemaran udara melalui regulasi industri dan kendaraan bermotor.
- c. Penyediaan akses terhadap pangan yang aman dan bergizi, khususnya di wilayah miskin atau terdampak bencana (UNDP, 2018).

5. Populasi Global

Kesehatan masyarakat tidak hanya terbatas pada tingkat lokal atau nasional, tetapi juga mencakup isu kesehatan global. Sasaran ini melibatkan kerja sama lintas negara untuk mengatasi masalah kesehatan global, seperti:

- a. Penanganan pandemi, misalnya COVID-19, melalui koordinasi kebijakan internasional (CDC, 2020).
- b. Upaya penurunan prevalensi penyakit tidak menular seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular melalui promosi gaya hidup sehat (WHO, 2018).

6. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sasaran ini mencakup penguatan kapasitas sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin akses yang merata dan berkualitas, termasuk:

- a. Pelatihan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kompetensi dalam menangani masalah kesehatan yang kompleks (IOM, 2018).
- b. Pengembangan infrastruktur kesehatan, seperti rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, dan klinik keliling, terutama di daerah terpencil.

Prinsip penentuan sasaran dalam ilmu kesehatan masyarakat didasarkan pada:

1. Data epidemiologis: Identifikasi kelompok berisiko tinggi melalui survei dan penelitian kesehatan.
2. Kebutuhan lokal: Prioritas ditentukan berdasarkan kondisi sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat.
3. Efisiensi dan efektivitas: Program dirancang untuk memberikan dampak kesehatan maksimal dengan sumber daya yang tersedia.

C. Peran dan Upaya Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peran utama ilmu kesehatan masyarakat adalah:

1. Promosi Kesehatan

Upaya promotif bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, perubahan perilaku, dan membangun lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat. Upaya promotif mendorong perilaku sehat melalui pendidikan dan kampanye kesehatan.

Contoh upaya promotif meliputi:

- a. Kampanye antitembakau berhasil mengurangi prevalensi perokok di berbagai negara (Glanz et al., 2018).
- b. Kampanye kesehatan, seperti promosi gizi seimbang dan aktivitas fisik.
- c. Pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit (Green & Kreuter, 2005).
- d. Penguatan kebijakan publik untuk mendukung perilaku sehat, misalnya larangan merokok di area publik (WHO, 2018)

2. Pencegahan Penyakit (Preventif)

Upaya ini ditujukan untuk mencegah timbulnya penyakit sebelum terjadi. Contoh upaya preventif meliputi:

- a. Pemberian vaksinasi massal untuk mencegah penyakit menular seperti campak, hepatitis, dan influenza.
- b. Penyediaan air bersih dan sanitasi untuk mencegah penyakit berbasis lingkungan seperti diare (Prüss-Ustün et al., 2019).
- c. Skrining dini untuk mendeteksi risiko penyakit kronis, seperti diabetes dan hipertensi (CDC, 2020).
- d. Upaya vaksinasi untuk mencegah penyakit menular seperti campak dan COVID-19 menjadi bukti nyata keberhasilan peran kesehatan masyarakat (CDC, 2018).

3. Upaya Kuratif

Meskipun fokus utama Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah pencegahan, upaya kuratif juga dilakukan untuk mengobati individu yang sakit guna mencegah penyebaran penyakit. Contohnya:

- a. Perawatan terintegrasi bagi penderita penyakit menular seperti TB dan HIV/AIDS.
- b. Penyediaan layanan kesehatan dasar di pusat kesehatan masyarakat (Turnock, 2016).

4. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif bertujuan untuk memulihkan fungsi individu dan komunitas setelah mengalami gangguan kesehatan. Contoh upaya ini termasuk:

- a. Rehabilitasi fisik untuk penyintas stroke.
- b. Program dukungan mental bagi korban bencana alam.
- c. Fasilitasi reintegrasi sosial bagi penyandang disabilitas (Frieden, 2018).

5. Pengendalian Faktor Risiko

Ilmu Kesehatan Masyarakat berperan dalam mengidentifikasi dan mengurangi faktor risiko yang berkontribusi terhadap penyakit. Contohnya:

- a. Pengurangan polusi udara melalui kebijakan dan teknologi ramah lingkungan.

- b. Penurunan konsumsi gula, garam, dan lemak melalui regulasi dan edukasi konsumen.
 - c. Peningkatan kualitas lingkungan dan makanan untuk mencegah penyakit berbasis lingkungan (Frieden, 2018).
6. Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan
- Penguatan sistem kesehatan mencakup pengelolaan sumber daya manusia, teknologi, dan informasi untuk memastikan layanan kesehatan berkualitas dan merata. Langkah ini termasuk:
- a. Pelatihan tenaga kesehatan berbasis kebutuhan lokal (IOM, 2018).
 - b. Pengembangan sistem informasi kesehatan untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

D. Fungsi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fungsi kesehatan masyarakat mencakup tiga komponen utama:

1. **Assessment:** Fungsi ini berfokus pada identifikasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat melalui proses pengumpulan, analisis, dan interpretasi data. Assessment menjadi langkah awal dalam memahami kebutuhan kesehatan dan prioritas intervensi.

Komponen dalam Assessment:

- a. **Pengumpulan Data:** Dilakukan melalui survei kesehatan, data demografi, data penyakit, dan faktor risiko lingkungan. Misalnya, Demographic and Health Surveys (DHS) mengumpulkan data terkait kesehatan ibu dan anak, serta gizi masyarakat.
- b. **Analisis Masalah Kesehatan:** Melibatkan teknik epidemiologi dan biostatistik untuk memahami pola penyakit dan faktor risiko.
- c. **Pemetaan Risiko Kesehatan:** Menentukan wilayah atau kelompok populasi yang paling rentan terhadap penyakit tertentu.

Contoh: Survei prevalensi HIV/AIDS di suatu wilayah memberikan informasi tentang tingkat penularan, kelompok yang paling berisiko, dan area yang memerlukan perhatian khusus.

2. Assurance: Assurance adalah fungsi untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan sesuai kebutuhan. Fungsi ini mencakup penyediaan layanan, pengawasan mutu, dan evaluasi hasil program kesehatan.

Aspek dalam Assurance:

- a. Penyediaan Layanan: Memastikan keberadaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan sumber daya yang memadai di semua wilayah, termasuk daerah terpencil.
- b. Pengawasan Mutu: Melibatkan standar pelayanan kesehatan yang terukur, seperti akreditasi rumah sakit atau puskesmas.
- c. Evaluasi Program: Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap program kesehatan untuk memastikan efektivitas dan efisiensi.

Contoh: Penyediaan vaksinasi gratis melalui posyandu dan puskesmas untuk menjangkau masyarakat kurang mampu. Hal ini didukung oleh program evaluasi berkala untuk memastikan cakupan imunisasi mencapai target nasional. Memastikan layanan kesehatan yang berkualitas tersedia untuk semua masyarakat (Turnock, 2016).

3. Policy Development: Setelah masalah kesehatan teridentifikasi, langkah berikutnya adalah mengembangkan kebijakan berbasis bukti (evidence-based policy) untuk mengatasinya. Fungsi ini melibatkan analisis situasi, penentuan prioritas, dan formulasi kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat. Tahapan dalam Policy Development:

- a. Analisis Situasi: Menggunakan data hasil assessment untuk memahami akar masalah dan potensi solusinya.
- b. Formulasi Kebijakan: Menyusun kebijakan yang dapat diimplementasikan, seperti regulasi atau program kesehatan masyarakat.
- c. Advokasi dan Sosialisasi: Melibatkan pemangku kepentingan, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas, untuk mendukung implementasi kebijakan.

Contoh: Kebijakan pengendalian pencemaran udara di perkotaan untuk mengurangi risiko penyakit pernapasan. Kebijakan ini

mencakup pembatasan emisi kendaraan bermotor, regulasi penggunaan bahan bakar, dan program penghijauan kota.

Epidemiologi dalam Kesehatan Masyarakat

Epidemiologi memiliki peran fundamental dalam implementasi praktis Ilmu Kesehatan Masyarakat. Peran penting ini diilustrasikan dengan berbagai macam istilah atau sebutan, diantaranya sebagai induk atau perekat, dan perangkat inti kesehatan masyarakat. Kerangka berpikir dan metode pendekatan epidemiologis akan memberikan panduan dalam melakukan kajian dan analisis situasi kesehatan, termasuk berbagai faktor yang berperan.

A. Irisan Konsep

Epidemiologi dan kesehatan masyarakat merupakan dua cabang ilmu yang saling beririsan sehingga memunculkan konsep yang saling menguatkan.

Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan Masyarakat terbentuk dari ilmu pengetahuan tentang kesehatan dengan cara pendekatan unik yang menyenangkan. Keluasan ilmu dan cara pendekatan ini tergambar dalam definisi Winslow (1920) berikut:

“Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan efisiensi melalui upaya masyarakat yang terorganisasi untuk sanitasi lingkungan,

pengendalian infeksi masyarakat, pendidikan individu dalam prinsip-prinsip kebersihan pribadi, pengorganisasian layanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan pencegahan penyakit, dan pengembangan mesin sosial yang akan memastikan setiap individu dalam masyarakat memiliki standar hidup yang memadai untuk menjaga kesehatan.”

Definisi tersebut memuat tiga tujuan, yaitu mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan efisiensi (cara hidup). Cara pencapaian tujuan tersebut melalui pengorganisasian masyarakat untuk melaksanakan lima upaya pokok, yaitu (1) sanitasi lingkungan, (2) pengendalian infeksi, (3) pendidikan kebersihan pribadi, (4) pengorganisasian layanan medis dan keperawatan (deteksi dini, pencegahan, dan pengobatan penyakit), dan (5) pengembangan mekanisme sosial yang menjamin pencapaian standar hidup layak bagi setiap orang. Implementasi kelima upaya pokok melalui cara pendekatan yang menyenangkan (bernilai seni). Gaya pendekatan ini akan membangkitkan motivasi, emosional, dan keterlibatan setiap individu, kelompok, dan masyarakat dalam upaya mencegah penyakit dan memecahkan masalah kesehatan (WHO 2024). Implementasi ilmu kesehatan masyarakat mengacu kepada tiga fungsi pokok, yaitu asesmen, pengembangan kebijakan, dan jaminan (CDC 2020, Pery 2024) yang diuraikan secara ringkas ke dalam sepuluh layanan esensial.

Fungsi Asesmen. Fungsi ini diwujudkan dalam dua layanan esensial kesehatan masyarakat, yaitu:

1. *Pemantauan status kesehatan populasi, faktor terkait, serta kebutuhan dan aset masyarakat*, yang mencakup upaya-upaya: a) surveilans kesehatan dan faktor risiko untuk mengidentifikasi bahaya, pola, dan isu terkini pada masyarakat terdampak, b) pemanfaatan data dan informasi untuk menentukan akar masalah disparitas dan ketimpangan kesehatan, c) kerjasama dengan masyarakat untuk memahami status kesehatan, kebutuhan, aset, pengaruh utama, dan penjelasan lain, d) kolaborasi dan fasilitasi data sharing dengan berbagai mitra, e) pemanfaatan teknologi inovatif, metode pengumpulan data, dan data set, f) penggunaan metode dan teknologi yang bervariasi untuk memaknai data ke berbagai sasaran,

- g) analisis dan pemanfaatan data khusus untuk melacak isu dan sosialisasi tindakan, dan h) pelibatan ahli dan mitra kunci dari anggota masyarakat.
2. *Menyelidiki, mendeteksi, dan memecahkan masalah dan bahaya kesehatan.* Upaya ini mencakup: a) antisipasi, pencegahan, dan mitigasi ancaman kesehatan melalui kajian epidemiologis, b) pemantauan status dan pola kesehatan terkini untuk merancang strategi penanganan penyakit kronis dan cedera, c) pemanfaatan data terkini untuk mengidentifikasi dan merespon epidemi baru, kegawatdaruratan, dan bahaya kesehatan lain, d) pemanfaatan kemampuan laboratorium kesehatan masyarakat dan teknologi modern untuk skrining, deteksi cepat dan skala besar, e) analisis dan pemanfaatan masukan dari berbagai sektor untuk memutuskan aspek sosial, ekonomis, dan penyebab lingkungan dari status kesehatan, dan f) identifikasi, analisis, dan diseminasi informasi dari sumber data baru, besar, dan kekinian.

Fungsi Pengembangan Kebijakan. Fungsi ini diuraikan menjadi empat kelompok layanan kesehatan masyarakat berikut:

1. *Komunikasi efektif untuk edukasi masyarakat tentang kesehatan, faktor risiko, dan cara mengatasi.* Layanan ini mencakup upaya: a) kreasi dan diseminasi informasi kesehatan, termasuk melalui kolaborasi dengan mitra multisektor, b) komunikasi secara cepat dan akurat, c) pemanfaatan media komunikasi yang menjangkau sasaran luas, d) penyediaan dan sosialisasi sumberdaya pendidikan sesuai bahasa dan budaya, bekerja sama dengan tokoh kunci dan pemangku kepentingan sehingga dihasilkan materi yang tepat, e) penerapan prinsip komunikasi risiko, literasi kesehatan, dan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan untuk mengedukasi masyarakat, f) keterlibatan aktif dalam komunikasi dua arah dengan masyarakat sasaran untuk membangun kepercayaan, memastikan keakuratan dan efektivitas strategi pencegahan, dan promosi kesehatan, dan g) upaya komunikasi dan pendidikan kesehatan masyarakat berbasis aset yang sesuai dan menghindari narasi yang merugikan populasi yang terkena dampak.

2. *Menguatkan, mendukung, dan mobilisasi masyarakat dan mitra untuk meningkatkan kesehatan, yang mencakup: a) fasilitasi kemitraan multisektor yang mempengaruhi kesehatan, b) pelibatan secara otentik dengan warga dan organisasi masyarakat untuk mengembangkan solusi kesehatan masyarakat, c) pembinaan hubungan erat dengan berbagai mitra yang mewakili masyarakat, dan d) belajar dari, dan mendukung, kemitraan masyarakat yang ada dan memberi kontribusi ahli kesehatan masyarakat.*
3. *Membuat, memperjuangkan, dan menerapkan kebijakan, rencana, dan peraturan perundang-undangan yang berdampak pada kesehatan, yang mencakup kegiatan: a) pengembangan dan memperjuangkan kebijakan, rencana, dan aturan yang memandu praktik kesehatan masyarakat, b) pengujian dan pembaruan kebijakan, perencanaan, dan aturan yang ada dan merevisi ketentuan yang tidak adil, c) penyediaan masukan untuk kebijakan, perencanaan, dan aturan untuk menjamin bahwa dampak kesehatan telah diperhitungkan, d) pemantauan dan pengembangan kebijakan, rencana, dan peraturan secara terus-menerus yang meningkatkan kesehatan dan kesiapan masyarakat serta memperkuat ketahanan masyarakat, e) kolaborasi dengan mitra untuk mengembangkan dan mendukung kebijakan, rencana, dan peraturan, dan f) kerjasama dengan mitra dan masyarakat untuk mengembangkan dan menerapkan strategi dan rencana peningkatan kesehatan, serta mengevaluasi dan meningkatkan rencana tersebut.*
4. *Memanfaatkan tindakan hukum dan penerapan peraturan untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, mencakup: a) kepastian penerapan hukum secara adil untuk melindungi kesehatan masyarakat, b) penerapan penegakan hukum, termasuk sanitasi dalam industri makanan, air minum, dan solusi tepat waktu terhadap bahaya, cedera yang dapat dicegah, dan penyakit terkait paparan yang diidentifikasi dalam lingkungan kerja dan masyarakat, c) pemberian lisensi dan memantau kualitas layanan perawatan kesehatan (misalnya, laboratorium, panti jompo, dan perawatan kesehatan di rumah), d) evaluasi penggunaan obat, biologi, dan perangkat medis baru, e) perijinan dan kredensial kepada tenaga*

kehatan, dan f) penyertaan aspek kehatan dalam undang-undang dari sektor lain.

Fungsi Jaminan. Ada empat kelompok layanan pokok kehatan masyarakat dalam fungsi ini yang diuraikan sebagai berikut:

- 1) *Memastikan sistem layanan kehatan diakses secara efektif dan adil sesuai kebutuhan kehatan setiap orang*, mencakup: a) jaminan koneksitas setiap individu dengan layanan kehatan dan sosial, termasuk layanan pencegahan, b) jaminan kemudahan akses layanan kehatan dan sosial yang baik dan hemat, c) evaluasi dan pemecahan kesenjangan dan hambatan akses layanan kehatan dengan melibatkan sistem pemberian layanan kehatan, d) upaya mengatasi dan menghilangkan hambatan terhadap perawatan, e) jaminan hubungan baik dan data sharing antara lembaga pembiayaan dan penyedia layanan untuk meningkatkan kehatan dan kesejahteraan, dan f) andil dalam peningkatan kompetensi tenaga kehatan.
- 2) *Membangun dan mendukung tenaga kehatan masyarakat yang beragam dan terampil*, mencakup: a) peningkatan kompetensi tenaga kehatan masyarakat, termasuk keterampilan teknis, strategis, dan kepemimpinan, b) peningkatan jumlah tenaga kehatan masyarakat sesuai kebutuhan, c) pembentukan tenaga kehatan masyarakat profesional, d) penerapan prinsip-prinsip kehatan masyarakat dalam kurikulum kehatan non-publik, e) pembinaan kemitraan aktif dengan akademisi, program pelatihan profesional, dan perguruan tinggi untuk meraih pengalaman belajar yang relevan dengan masyarakat bagi semua peserta didik, f) budaya belajar seumur hidup dalam kehatan masyarakat, g) penyediaan jalur bagi praktisi kehatan masyarakat masa depan, dan h) pembinaan keterampilan kepemimpinan di semua tingkatan.
- 3) *Mengembangkan inovasi fungsi kehatan masyarakat melalui evaluasi berkelanjutan, penelitian, dan peningkatan kualitas secara berkelanjutan*, yang mencakup: a) penerapan budaya mutu dalam organisasi dan kegiatan kehatan masyarakat, b) integrasi luaran penelitian dengan praktik kehatan masyarakat, c) pengambilan keputusan berbasis hasil penelitian, bukti, pengalaman praktik, dan informasi penting

lain, d) andil yang berbasis bukti pada praktik kesehatan masyarakat yang efektif, e) layanan, kebijakan, rencana, dan peraturan dievaluasi berkala agar berkontribusi pada kesehatan dan tidak menimbulkan bahaya, f) keterlibatan secara berjenjang dan pengambilan keputusan untuk bekerja sama dengan masyarakat di semua tahap penelitian, dan g) pemanfaatan pengalaman kualitatif, kuantitatif, dan nyata sebagai data dan informasi untuk pengambilan keputusan.

- 4) *Membangun dan memelihara infrastruktur organisasi kesehatan masyarakat yang kuat*, mencakup: a) pengelolaan sumberdaya manusia dan keuangan secara efektif, b) pengembangan pemahaman tentang infrastruktur dan peran organisasi formal dan non formal lebih luas sehingga mendukung seluruh sistem kesehatan masyarakat, c) jaminan alokasi secara adil sumber daya yang dibutuhkan untuk kesehatan masyarakat, d) kepemimpinan, pengambilan keputusan, dan tata kelola yang efektif dan etis, e) penggunaan kapasitas dan keterampilan komunikasi dan perencanaan strategis, f) layanan teknologi informasi terkini yang kuat dan memenuhi standar privasi dan keamanan, dan g) menerapkan sikap bertanggung jawab, transparan, dan inklusif terhadap mitra dan masyarakat dalam praktik kesehatan masyarakat.

Definisi Epidemiologi

Evolusi definisi epidemiologi dalam empat dekade terakhir memunculkan 102 varian, meskipun secara umum tidak ada perubahan kontan (Frérot dkk 2018). Ada 20 istilah dan konsep yang disoroti dimana lima diantaranya mendominasi 50% varian definisi, yaitu studi, populasi, distribusi, kesehatan, dan penyakit. Definisi epidemiologi menurut WHO adalah studi tentang distribusi dan determinan kondisi atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu, dan penerapan studi ini untuk pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan. Definisi ini memuat enam konsep yaitu studi, distribusi, determinan, kondisi atau peristiwa kesehatan, populasi, dan pengendalian masalah. Brachman (2018) merumuskan definisi epidemiologi yang lebih singkat, yaitu studi tentang determinan, kejadian, dan distribusi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu. Jabaran masing-masing konsep tertulis dalam **Tabel 1**.

Tabel 1. Uraian Konsep yang Terkandung dalam Definisi Epidemiologi

No.	Konsep	Keterangan
1	Studi	Aktifitas untuk mempelajari sesuatu melalui survey, penelitian, atau riset
2	Kejadian	Ada, muncul, dan terjadi, atau jumlah kasus suatu penyakit atau masalah kesehatan tertentu.
3	Distribusi	kemunculan kasus-kasus penyakit berdasarkan karakteristik orang, tempat, dan waktu
4	Determinan	berbagai faktor yang berkontribusi sebagai penentu kejadian suatu penyakit atau masalah kesehatan
5	Kondisi kesehatan	Penyakit dan objek atau masalah yang menjadi fokus kajian epidemiologis
6	Populasi	Sekumpulan individu (orang, hewan, atau makhluk hidup) dalam suatu wilayah tinggal atau habitat tertentu
7	Pengendalian	Upaya menekan dan mempertahankan suatu kejadian penyakit atau masalah kesehatan pada ambang batas tertentu yang tidak memungkinkan terjadinya penularan

Implementasi teknis studi epidemiologi dibantu enam kata tanya, yaitu 5W + H yang diuraikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Uraian Penjelasan Kata Tanya dalam Studi Epidemiologi

No.	Kata tanya	Arti	Perihal yang dipertanyakan
1	What	Apa	Jenis penyakit atau masalah kesehatan yang terjadi
2	Who	Siapa	Subjek terdampak penyakit &/ masalah kesehatan
3	When	Kapan	Waktu kejadian (jam, hari, minggu, bulan, tahun)

No.	Kata tanya	Arti	Perihal yang dipertanyakan
4	Where	Dimana	Tempat/lokasi kejadian penyakit dan masalah kesehatan
5	Why	Mengapa	Alasan, penyebab, atau faktor penentu kejadian penyakit atau masalah kesehatan
6	How	Bagaimana	<ul style="list-style-type: none"> - Deskripsi lengkap kejadian penyakit atau masalah kesehatan menurut urutan waktu, substansi, keparahan, dan aspek lain. - Model hubungan antara faktor penyebab &/ penentu dengan kejadian penyakit atau masalah kesehatan

B. Peran Epidemiologi

Peran strategis ilmu epidemiologi dalam praktik kesehatan masyarakat antara lain (1) memandu alur pikir dan cara pendekatan, (2) mendukung pengkajian dan analisis situasi kesehatan, dan (3) implementasi epidemiologi manajerial.

1. Memandu Alur Pikir dan Cara Pendekatan

Enam kata tanya dalam kajian epidemiologi memandu cara dan alur berpikir yang jelas dan sistematis bagi ahli kesehatan masyarakat. Hal ini dapat membantu untuk mengungkap dan mengurai persoalan kesehatan dengan lebih detil termasuk jenis atau klasifikasi masalah, angka kejadian, penyebaran, faktor penentu, dan aspek lain yang terkait. Analisis epidemiologi mencakup ranah biologi penyakit hingga tataran sosial dan manajerial dalam pemecahan masalah, baik secara deskriptif maupun analitik, yang dilanjutkan dengan tindakan pemecahan yang sesuai (Bezruchka 2019).

2. Mendukung Pengkajian dan Analisis Situasi Kesehatan

Prinsip dan metode riset epidemiologi dapat diterapkan untuk mengetahui dan mengukur besar masalah kesehatan di suatu populasi tertentu. Masalah kesehatan yang dikaji dapat berupa penyakit (morbiditas, mortalitas, dan faktor yang menentukan), dan aspek lain yang berkaitan dengan kesehatan. Hal ini dapat dilihat

dalam WHO (2023) yang menggambarkan dampak el-nino terhadap status kesehatan populasi, sepuluh faktor yang mengancam, dan tindakan antisipasi yang dapat dilakukan. Kajian ini dapat menggambarkan bahwa El-Nino dapat berdampak pada cuaca ekstrem, termasuk kekeringan, banjir, badai, dan gelombang panas. Curah hujan yang tinggi dan kadang disertai petir dan badai dapat berakibat banjir dan kerusakan yang lebih besar. Kondisi ini menimbulkan ancaman kesehatan berupa korban cedera dan meninggal, penyakit tular vektor, penyakit bersumber air, gangguan pelayanan kesehatan, serta dampak terhadap kesehatan mental dan psikologis. Sebaliknya, curah hujan yang sangat rendah akan memicu kekeringan dan peningkatan kejadian kebakaran. Hal ini menimbulkan ancaman kesehatan berupa malnutrisi, penyakit menular termasuk bersumber air, penurunan akses layanan kesehatan, penyakit pernafasan, dan tekanan panas.

3. Implementasi Epidemiologi Manajerial

Konsep ini mengacu kepada penerapan prinsip dan metode epidemiologi untuk memecahkan masalah manajemen dimana luaran riset epidemiologi observasional menjadi sumber data masukan dalam implementasi fungsi-fungsi manajemen (Rohrer 2014). Analisis data epidemiologi yang dikumpulkan melalui sistem pelaporan terintegrasi menjadi masukan penting dalam pengambilan keputusan bagi pemegang kewenangan. Hal ini terlihat dalam keputusan besar WHO mengakhiri pandemi Covid-19 tanggal 5 Mei 2023 didasarkan pada hasil analisis data situasi terbaru epidemiologi Covid-19 di seluruh dunia melalui sistem *Public Health Emergency International Concern* (PHEIC) (Cheng dkk 2023).

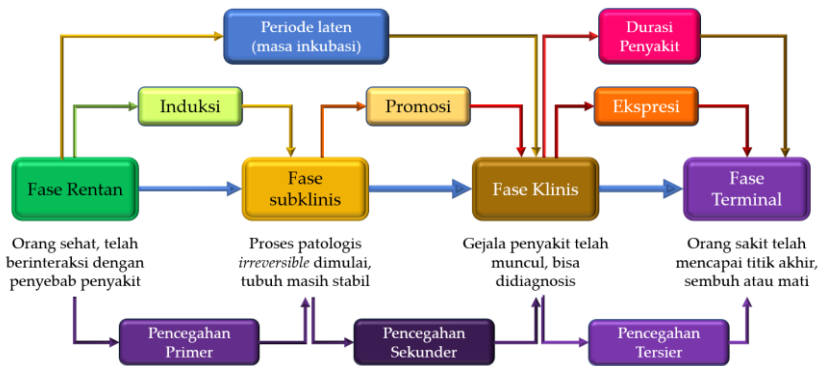
Implementasi alur pikir, perangkat, dan prinsip epidemiologi untuk pengambilan keputusan dalam manajemen pelayanan kesehatan dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan masyarakat, terutama dalam pemecahan masalah akses yang tidak memadai, biaya tinggi, dan mutu layanan yang rendah. Penerapan epidemiologi manajerial dalam pelayanan kesehatan perlu dikaji lebih jauh untuk memahami persoalan, hambatan, dan strategi penguatan. Hasil studi kualitatif

menunjukkan bahwa epidemiologi manajerial memengaruhi pencapaian tiga tujuan utama (pemerataan akses, keterjangkauan biaya, dan peningkatan kualitas), kesehatan masyarakat, dan kinerja sistem kesehatan, disamping cara percepatan adopsi penggunaannya dalam kegawatdaruratan kesehatan yang berimplikasi secara global untuk mendorong perubahan sosial (Schenning 2020).

C. Penerapan Prinsip dan Metoda Epidemiologi

Memahami Konsep Kejadian dan Pencegahan Penyakit

Konsep epidemiologi memandang bahwa riwayat alamiah penyakit terdiri dari empat fase, yaitu rentan, subklinis, klinis, dan akhir/terminal (White dkk 2020). Secara skematis, riwayat alamiah penyakit dapat dilihat dalam **Gambar 1**.



Gambar 1. Riwayat Alamiah Penyakit

Fase rentan terjadi ketika orang sehat berada di lingkungan berpenyakit dimana interaksi antara penyebab dan pejamu telah terjadi (pada penyakit menular disebut infeksi). Jika terjadi interaksi secara intensif dalam durasi yang lama, maka tubuh orang sehat akan terinduksi oleh penyebab penyakit. Induksi yang berlangsung lama akan memicu proses patologis yang *irreversible* secara bertahap dan individu sehat telah memasuki ke fase subklinis, meskipun tubuh masih mampu melakukan proses fisiologis. Proses patologis yang berlanjut dan meluas menyebabkan tubuh gagal mempertahankan kondisi fisiologis, dan timbullah gejala penyakit. Inilah yang disebut fase klinis, dimana tanda dan gejala penyakit terekspsi secara penuh. Tiap penyakit memiliki

sifat dan durasi yang berbeda, namun pada akhirnya akan mencapai fase akhir (terminal) dengan dua kemungkinan, yaitu sembuh atau meninggal.

Upaya pencegahan penyakit dapat dikembangkan sesuai fase perjalanan penyakit. Kisling (2024) menguraikan 4 fase pencegahan penyakit yaitu primordial, primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primordial dapat berupa kebijakan pemerintah, membina lingkungan sehat, dan upaya lain yang bersifat sangat dini dan ditujukan untuk masyarakat luas, seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), menaikkan pajak dan membatasi iklan rokok, membangun jalur pejalan kaki, dan produk halal. Pencegahan primer ditujukan kepada masyarakat sehat yang berada di lingkungan berpenyakit dengan upaya perlindungan diri (imunisasi, memakai alat pelindung diri) dan promosi kesehatan. Pencegahan sekunder ditujukan pada fase subklinis untuk mendeteksi dini penyakit dan memberikan tindakan tepat, seperti pemeriksaan kesehatan rutin bagi pra-lansia dan lansia. Jika penyakit terdeteksi (tahap awal) bisa segera diberi tindakan tepat. Pencegahan tersier berupa pembatasan kecacatan dan pemulihan kesehatan pada fase klinis, termasuk tindakan penyembuhan sesuai kondisi penyakit.

Menjelaskan Interaksi Pejamu, Penyebab, dan Lingkungan

Kejadian penyakit atau masalah kesehatan melibatkan interaksi dan peran kompleks dari berbagai faktor (penyebab, karakteristik pejamu, dan kondisi lingkungan), sesuai konteks peristiwa dan sifat masalah. Faktor penyebab dapat dipastikan secara jelas dan tegas pada kejadian penyakit menular. Namun, hal ini tidak dapat ditentukan pada kejadian penyakit tidak menular, atau masalah kesehatan lain (non penyakit). Banyak faktor yang berkontribusi dalam kejadian penyakit menular dimana satu sama lain bisa saling berinteraksi, dan menimbulkan akibat yang lebih besar dan kompleks.

Faktor penyebab pada kejadian penyakit menular dapat ditetapkan secara pasti, yaitu agen infeksi. Ada bermacam mikrobial yang berperan sebagai agen infeksi, yaitu virus, rickettsia, bakteri, dan parasit. Jika mikrobial tersebut masuk ke dalam (menginfeksi) tubuh manusia, maka dapat terjadi tahapan kejadian penyakit. Kejadian infeksi, kecepatan

proses, dan keparahan penyakit pada individu yang terinfeksi berbeda-beda karena ada kontribusi faktor lain yang sering disebut faktor determinan dan faktor risiko. Kedua faktor ini lebih sering disebut dalam analisis epidemiologi penyakit tidak menular.

Kerentanan pejamu terhadap penyakit dapat ditentukan oleh faktor genetik bawaan dan kekebalan spesifik (didapat), disamping usia, status gizi, stres, perubahan fisiologis tubuh seperti kehamilan dan penyakit lain. Berbagai unsur biologis tubuh dapat menjadi pelindung dari paparan mikrobias seperti kulit (pelindung mekanis dan kimiawi), sedangkan air mata, liur, asam lambung, dan selaput lendir mengandung lisozim yang bersifat bakterisida. Flora normal atau bakteri komensal juga mencegah perkembangbiakan bakteri patogen. Berbagai karakteristik pejamu juga berkontribusi terhadap kejadian penyakit. Analisis epidemiologi berdasarkan karakteristik pejamu dapat memberikan gambaran kejadian penyakit dan besar masalah kesehatan pada populasi.

Lingkungan adalah seluruh agregat di luar tubuh manusia, baik alami (fisik, biologik, dan kimia) maupun sosial. Kondisi lingkungan bervariasi dan dapat menimbulkan kerentanan terhadap penyakit mencakup kondisi alam, polusi, dan sosial. Kondisi alam termasuk kondisi udara (suhu, kelembaban, dan beberapa jenis polusi), kecepatan angin, dan air bersih (sumber, ketersediaan, kecukupan, dan kualitas). Polusi lingkungan mencakup kontaminasi bahan atau senyawa kimia, mikrobias, bahan organik, dan limbah industri yang mencemari udara, air, benda, dan makanan-minuman. Lingkungan sosial dapat berupa kepadatan penduduk, kerapatan dan kualitas hunian, status ekonomi, interaksi sosial, kebijakan pemerintah, norma dan kebiasaan lokal, dan aktivitas sosial dan ekonomis (Gong dkk 2024. Aspek lingkungan seperti alat pelindung diri, suhu, kelembaban, makanan, air, limbah, kualitas udara, serangga, permukaan benda, dan sarana kebersihan diri dapat berkontribusi terhadap penularan infeksi (Valsamatzis-Panagiotou dkk, 2022).

Faktor Determinan dan Faktor Risiko Kejadian Penyakit

Kedua faktor ini ditemukan dalam setiap peristiwa kejadian penyakit maupun masalah kesehatan. Peran mereka berbeda meskipun hadir dalam waktu dan situasi yang sama. Faktor determinan adalah satu atau beberapa variabel yang menentukan kejadian suatu peristiwa, sedangkan faktor risiko akan meningkatkan peluang kejadian. Penjelasan tentang peran kedua faktor tersebut dapat dilihat dalam ilustrasi infeksi Virus Dengue (Kotak B.1).

Kotak B.1

Infeksi Virus Dengue

Infeksi Virus Dengue menyebabkan variasi kondisi penyakit dari Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), Sindroma Syok Dengue (SSD), atau kematian. Sumber virus (reservoir) adalah pengidap virus (viremia), baik penderita DD atau DBD. Infeksi virus Dengue terjadi melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan/ *Aedes albopictus* yang infeksius (membawa virus Dengue di kelenjar ludah nyamuk). Kepadatan populasi nyamuk di daerah itu meningkatkan peluang penduduk untuk digigit nyamuk, sekaligus meningkatkan proporsi nyamuk *Aedes* yang terinfeksi virus Dengue. Kepadatan hunian rumah, kebiasaan tidur di pagi dan sore hari, seragam sekolah lengan pendek dan celana/rok pendek dapat meningkatkan peluang digigit nyamuk *Aedes*. Jumlah, proporsi, dan distribusi genangan air jernih (berbagai tandon air terbuka yang menjadi tempat perindukan) di lingkungan pemukiman, status resistensi nyamuk terhadap insektisida dapat meningkatkan kepadatan populasi nyamuk *Aedes*. Kebiasaan menutup dan menguras tandon air mingguan, penggunaan larvasida, dan racun nyamuk yang tepat dapat menurunkan populasi nyamuk *Aedes*, sedangkan penggunaan repelen, kelambu, kasa ventilasi, dan seragam sekolah lengan panjang dan celana/rok panjang dapat menurunkan peluang digigit nyamuk.

Uraian dalam Kotak B.1 menunjukkan kompleksitas peran antara faktor determinan dan faktor risiko. Gigitan nyamuk *Aedes* infeksius merupakan faktor penentu infeksi virus Dengue. Infeksi tidak akan

terjadi tanpa gigitan nyamuk *Aedes infersus*. Kepadatan nyamuk *Aedes*, kepadatan hunian, waktu tidur, penggunaan pakaian pelindung, kelambu, dan repelen menjadi faktor risiko untuk terinfeksi. Keberadaan tempat perindukan dan status resistensi nyamuk terhadap insektisida merupakan faktor luar yang ikut meningkatkan risiko terinfeksi.

Menguraian Konsep Kausasi

Salah satu peran epidemiologi dalam praktik kesehatan masyarakat adalah untuk mendukung dan meningkatkan mutu kajian dan analisis situasi kesehatan melalui prinsip dan metode riset epidemiologi. Peran ini dijelaskan melalui konsep hubungan kausal (sebab-akibat) dan kriteria kausasi. Kedua hal tersebut mendasari penerapan prinsip dan metode riset epidemiologi yang tepat dalam pendekatan analitik penelitian kesehatan masyarakat.

Kausasi adalah penggambaran hubungan sebab-akibat (kausal) antara suatu faktor dengan akibat tertentu, termasuk penyakit. Ilmu epidemiologi memandang bahwa penyakit dan peristiwa kesehatan lain tidak terjadi secara acak, kebetulan, dan bukan peristiwa tunggal (berdiri sendiri), melainkan akibat dari peristiwa lain terdahulu dan membentuk pola. Prinsip ini memandang bahwa kejadian penyakit harus didahului oleh kemunculan faktor tertentu yang berkontribusi. Penyebab harus muncul lebih dulu, baru timbul akibat (penyakit). Konsep hubungan kausal menjelaskan prinsip dasar hubungan sebab-akibat antara suatu faktor dengan kejadian penyakit atau masalah kesehatan. Hubungan kausal dimaknai sebagai kontribusi suatu faktor terhadap kejadian suatu penyakit. Hubungan faktor penyebab dengan akibat tidak terjadi secara bersamaan melainkan membutuhkan waktu. Durasi waktu yang dibutuhkan suatu faktor untuk menimbulkan penyakit sangat variatif dimana jenis dan sifat penyebab dan penyakit sangat menentukan. Pemahaman ini menegaskan bahwa analisis hubungan suatu faktor dengan kejadian penyakit tidak bisa dikaji secara belah lintang, melainkan harus longitudinal.

Suatu faktor dinyatakan memiliki hubungan sebab-akibat (kausal) dengan kejadian penyakit atau masalah kesehatan tertentu jika

memenuhi satu atau lebih Kriteria Kausasi Hill (Weed 2018, Shimonovich dkk 2020, Christopher dkk 2022) sebagai berikut:

1. Hubungan Temporal. Penyebab harus ada sebelum terjadi akibat dan efek akan terjadi setelah melewati duari waktu tertentu. Hal ini bersifat mutlak sehingga pembuktian hubungan kausal tidak dapat bersifat potong lintang, melainkan longitudinal.
2. *Biological Plausibility*. Hubungan kausal harus didasari logika dan pengetahuan biologis dari mekanisme kejadian penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Suatu faktor dapat menjadi kausa suatu penyakit jika diketahui jalur dan tahapan biologis untuk menimbulkan sakit.
3. Kekuatan Asosiasi. Hubungan asosiatif yang kuat cenderung bersifat kausal daripada yang lemah. Jika peran variabel perancu dapat dijelaskan, maka dalam hubungan asosiatif tersebut akan lebih kuat. Asosiasi yang lemah terjadi karena bias yang tersembunyi. Kekuatan hubungan tidak konsisten secara biologis melainkan akibat prevalensi relatif faktor lain (perancu).
4. Konsistensi. Hubungan kausal akan cenderung konsisten pada pengamatan berulang, meskipun diterapkan pada populasi berbeda. Konsistensi ini dapat dibuktikan jika semua kondisi yang berperan dalam mekanisme kausal dapat dijelaskan.
5. Efek Dosis-Respon (Gradien Biologis). Secara umum, dalam hubungan kausal akan menunjukkan korelasi positif antara kadar paparan dengan keseriusan efek. Namun hubungan ini tidak monoton dimana peran faktor perancu juga perlu dipertimbangkan.
6. Koherensi Bukti-bukti. Hubungan suatu faktor dengan kejadian penyakit dapat dijelaskan dengan bukti-bukti lain (melalui temuan peneliti lain), termasuk mekanisme dan perubahan biologis yang telah diketahui. Pembuktian ini untuk menguatkan efek dari suatu faktor terhadap kejadian penyakit sekaligus, terutama jika efek yang ditemukan tidak sesuai atau menyimpang.
7. Bukti-bukti eksperimen. Kausalitas dapat dibuktikan melalui eksperimen, meskipun lebih banyak pada hewan coba (dengan kondisi yang berbeda pada manusia). Eksperimen lapangan untuk pencegahan penyakit akan lebih relevan.

8. Spesifisitas. Hubungan kausal bersifat khusus dimana satu faktor menghasilkan satu efek pada kondisi tertentu. Namun dalam konteks yang lebih luas, sering ditemukan satu faktor dapat memiliki lebih dari satu efek.
9. Analogi. Hubungan dua variabel sebuah kejadian penyakit dapat dianalogikan dengan hubungan antar variabel pada penyakit atau peristiwa lain, meskipun seringkali terhambat oleh kedalaman imajinasi peneliti. Analogi yang baik akan menjadi sumber hipotesis hubungan kausal yang dapat dibuktikan selanjutnya. Efek thalidomide terhadap kelainan teratogenik dapat menjadi contoh analogis bahan serupa terhadap penyakit lain yang relevan.

D. Penggunaan Desain Studi Epidemiologi

Lingkup Desain Studi Epidemiologi

Chidambaran dan Josephson (2019) menguraikan bahwa desain studi epidemiologi dibedakan berdasarkan rancangan pendekatan teknis (pelaksanaan) dan metode analisis data. Ada dua cara pelaksanaan studi epidemiologi, yaitu observasional dan eksperimental, sedangkan cara analisis data dibedakan menjadi deskriptif dan analitik.

Desain Studi Epidemiologis Observasional

Desain studi ini digunakan untuk mengamati fenomena populasi yang terjadi secara alamiah. Peneliti tidak melakukan intervensi atau tindakan apa pun yang mempengaruhi kondisi objek yang diobservasi. Ada dua tingkatan analisis dalam studi epidemiologi observasional, yaitu deskriptif dan analitik. Analisis deskriptif menjawab pertanyaan apa, siapa, dimana, dan kapan, sedangkan epidemiologi analitik menjawab pertanyaan mengapa dan bagaimana (Tabel 3).

Tabel 3. Tingkatan Analisis dan Luaran Studi Epidemiologi

No.	Tingkatan	Menjawab kata tanya	Luaran yang dihasilkan
1	Deskriptif	Apa, siapa, kapan, dan dimana	Uraian besar masalah kesehatan (jenis penyakit, insidensi,

			prevalensi, angka serangan, dan mortalitas).
2	Analitik	Mengapa dan bagaimana	Jenis dan kekuatan asosiasi faktor risiko dan determinan yang teridentifikasi

Studi Epidemiologi Deskriptif

Studi epidemiologi observasional deskriptif terdiri dari empat jenis desain, yaitu *case report*, *case series*, *correlational/ecologic study*, dan *cross sectional*. Tingkatan analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan paparan dan/atau fenomena masalah yang sedang diteliti. Deskripsi ini diuraikan menurut variabel orang, tempat, dan waktu untuk menjelaskan besar dan sifat masalah kesehatan dilihat dari angka kejadian dan distribusi penyakit dan masalah kesehatan tersebut di suatu populasi. Salah desain studi epidemiologi yang paling sering diterapkan adalah *cross sectional*.

Cross Sectional

Desain ini paling sering dipilih oleh peneliti bidang kesehatan masyarakat, meskipun sebagian besar tidak dilandasi dengan logika yang tepat. Studi ini dilakukan secara potong lintang dimana semua data diambil dalam satu waktu (*snap shot*) sehingga kriteria temporalitas pada hubungan paparan dan penyakit tidak terpenuhi. Atas dasar karakteristik ini, maka *cross sectional* dimasukkan sebagai desain studi epidemiologi deskriptif (Robert dkk 2019).

Secara ringkas, studi ini dimulai dengan menetapkan suatu penyakit atau masalah kesehatan yang akan dikaji, dan menetapkan populasi target dan populasi studi. Populasi target adalah seluruh individu yang mungkin terdampak penyakit atau masalah kesehatan yang diteliti dan tidak dibatasi oleh wilayah administratif tertentu, sedangkan populasi studi adalah sebagian dari populasi target yang dapat dijangkau. Hasil penelitian akan digeneralisasikan ke populasi target. Sebagai contoh, jika penyakit yang diteliti adalah diare pada bayi, maka populasi target adalah bayi di seluruh dunia, sedangkan populasi studi bisa saja bayi-

bayi di beberapa desa atau kelurahan di suatu wilayah kecamatan. Langkah selanjutnya adalah penarikan sejumlah sampel dari populasi studi dengan metode terpilih yang telah ditetapkan. Observasi dilakukan satu kali (sesaat) saja terhadap sampel-sampel terpilih untuk mengukur variabel-variabel yang diteliti, baik paparan maupun penyakit. Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan prevalensi kejadian penyakit berdasarkan ciri individu, tempat, dan waktu. Uji beda proporsi dapat digunakan untuk sekedar menegaskan ada perbedaan kejadian penyakit berdasarkan ciri orang, tempat, dan waktu, bukan untuk menyimpulkan adanya asosiasi.

Studi Epidemiologi Analitik

Tingkatan analitik menjelaskan hasil pengukuran tentang hubungan sebab-akibat antara paparan dan hasil. Dalam epidemiologi, konsep hubungan ini dikenal dengan istilah asosiasi dan korelasi (Altman dan Krzywinski 2015). Asosiasi menggambarkan hubungan secara umum antara faktor paparan dengan penyakit, sedangkan korelasi merujuk pada hubungan yang spesifik antara dua faktor tertentu. Korelasi dibuktikan dengan pengujian data secara statistik. Jika kadar debu lingkungan kerja berhubungan (berasosiasi) dengan kapasitas vital paru, maka variasi nilai pada kadar debu lingkungan kerja akan memberikan kontribusi yang bervariasi terhadap kapasitas vital paru para pekerja di lingkungan tersebut. Korelasi kedua variabel dibuktikan dengan pengujian statistik (Pearson's Product Moment atau rank Spearman) terhadap data kedua variabel. Kekuatan korelasi dapat dilihat dari nilai parameter statistik (r atau ρ), sedangkan kekuatan asosiasi dapat ditentukan dari nilai Odds Ratio (OR) atau Risiko Relatif (RR) sesuai desain studi yang digunakan. Jenis desain studi epidemiologi analitik adalah *Case-Control*, *Cohort*, dan *Nested Case-Control*.

Pendekatan analitik dalam studi epidemiologi bertujuan untuk menjelaskan hubungan kausal antara suatu faktor dengan kejadian penyakit atau masalah kesehatan pada suatu populasi tertentu. Selain biological plausibility, kriteria hubungan temporal (kriteria kausasi Hill) mutlak harus diterapkan dalam studi epidemiologi analitik ini.

Pendekatan ini menerapkan dua desain studi observasional, yaitu *Case Control* dan *Cohort*, dan desain eksperimental (Frérot dkk 2018).

1. *Case Control*. Studi longitudinal ini menerapkan arah pendekatan *backward* (retrospektif) yang dimulai dengan memilah individu berpenyakit (kasus) dan individu tidak berpenyakit (kontrol) dari satu populasi tersangka suatu penyakit tertentu yang sedang dikaji. Tujuan studi adalah mengidentifikasi faktor paparan di masalah lalu yang berperan sebagai determinan dalam kejadian penyakit yang diteliti. Deteksi kejadian penyakit ditentukan dengan metode yang sama. Jika penelitian dilakukan berbasis sarana kesehatan, maka subjek kasus dan kontrol harus berasal dari populasi di sarana kesehatan yang sama. Hal ini dilakukan untuk menghindari bias akses pelayanan kesehatan (Kumar dan Acharya 2014). Faktor determinan yang diteliti ditelusuri ke masa lalu (sebelum masa inkubasi penyakit) pada kedua kelompok.
2. *Cohort*. Studi Cohort juga bersifat longitudinal, namun dengan pendekatan *forward* (arah studi ke masa depan). Tujuan studi ini adalah untuk menjelaskan kontribusi dan ukuran asosiasi antara suatu paparan dengan kejadian penyakit. Berdasarkan ‘waktu memulai’ (*start time*), studi Cohort dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu prospektif dan retrospektif. Studi Cohort prospektif dimulai dengan menetapkan status paparan faktor risiko, yaitu kelompok terpapar dan tidak terpapar. Subjek dari kedua kelompok diseleksi sesuai jumlah yang dibutuhkan dan kriteria yang ditetapkan. Setelah itu, subjek diamati secara prospektif hingga batas yang ditentukan, dan dihitung kejadian penyakit atau masalah kesehatan di masing-masing kelompok. Cohort retrospektif juga dimulai dengan menetapkan kelompok terpapar dan tidak terpapar di masa lalu, kemudian diamati efek paparan di masa berikutnya atau di masa kini. Penentuan status paparan tidak boleh terpengaruh oleh status penyakit. Contoh: riset tentang efek radiasi bom atom Hiroshima dan Nagasaki tahun 1945 terhadap kejadian kanker kulit pada tentara Jepang, 20 tahun pasca paparan (tahun 1965). Status paparan dibedakan berdasarkan jarak ledakan dengan posisi tentara. Pada tahun 2000, kejadian penyakit di tahun 1965(20 tahun pasca

paparan) diamati dari catatan kesehatan tentara di tiap kelompok paparan.

3. *Experiment*. Intervensi atau perlakuan adalah ciri khas studi epidemiologi eksperimental. Tindakan ini dirancang dan disiapkan secara matang dengan tujuan untuk memecahkan masalah kesehatan atau pengendalian penyakit tertentu. Efek atau dampak positif perlakuan diamati secara seksama untuk menilai keberhasilan penelitian. Secara garis besar, rancangan penelitian eksperimen ini ada dua, yaitu clinical trial dan community trial.

BAB TIGA

Promosi Kesehatan dalam Sudut Pandang Kesehatan Masyarakat

Dalam bahasa Inggris, kata “*Health*” memiliki 2 arti dalam bahasa Indonesia, yaitu “Sehat” dan “Kesehatan”. Sehat memiliki perbedaan dengan Kesehatan. Sehat merujuk pada keadaan atau kondisi dari seseorang, sementara kesehatan menggambarkan sifat atau karakter dari individu tersebut. Sehat atau kesehatan dalam batasan ilmiah turut dirumuskan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 (Soekidjo, 2003).

Keadaan Sempurna baik fisik, mental, dan sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial.”

Undang-undang tersebut menggarisbawahi bahwa kesehatan terdiri dari empat aspek utama, yaitu fisik (tubuh), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi. Dengan kata lain, kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari segi fisik, mental, dan sosial saja, namun juga produktivitas seseorang yang dapat diartikan sebagai mempunyai kegiatan berupa pekerjaan yang bernilai ekonomi, namun, bagi anak-anak dan remaja, serta bagi pensiunan atau manula, tetap memiliki kontribusi yang signifikan dalam aspek produktivitas sosial (Soekidjo, 2003a).

Kesehatan memiliki sifat yang menyeluruh atau holistik, mencakup empat dimensi yang saling berkaitan dan memengaruhi satu sama lain. Indikator dari masing dimensi kesehatan individu, antara lain:

1. Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik dapat dicapai ketika seseorang tidak merasakan rasa sakit atau keluhan tertentu, dan secara klinis tidak terdeteksi adanya penyakit. Di samping itu, semua organ tubuh berfungsi dengan baik tanpa gangguan.

2. Kesehatan mental

Kesehatan mental terdiri dari tiga komponen utama, yaitu pikiran, emosional, dan spiritual.

a. Pikiran yang sehat terlihat dari cara seseorang berpikir dengan logis dan masuk akal, serta mengikuti urutan pemikiran yang jelas.

b. Ekspresi akan perasaan seseorang baik rasa takut, gembira, khawatir, dan sedih menggambarkan emosi yang sehat.

c. Sehat spiritual terlihat dari cara seseorang mengungkapkan perasaan syukur yang dapat dilihat melalui praktik keagamaan dan keyakinan sesuai dengan agama yang dianut.

3. Kesehatan sosial

Kesehatan sosial dapat tercapai ketika individu dapat menjalin hubungan dan berinteraksi dengan orang lain tanpa memandang perbedaan ras, etnis, agama, atau keyakinan, status sosial, ekonomi, dan politik. Hal ini juga mencakup sikap saling menghormati dan toleransi.

4. Kesehatan dari Aspek Ekonomi

Kesehatan dari segi ekonomi tercermin dalam produktivitas seseorang, yaitu kemampuannya untuk melakukan aktivitas yang menghasilkan sesuatu guna mendukung kehidupan ekonominya sendiri atau keluarganya. Namun, bagi anak-anak, remaja, dan lansia, batasan ini tidak berlaku. Sebagai gantinya, produktivitas mereka lebih bersifat sosial, yaitu terlibat dalam kegiatan yang bermanfaat bagi kehidupan mereka di masa depan. Contohnya, siswa atau mahasiswa dapat menunjukkan produktivitas melalui

prestasi akademik, sementara lansia dapat berkontribusi dalam kegiatan kemasyarakatan lainnya.

Peran Promosi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan adalah hasil dari interaksi berbagai faktor, baik yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitar. Faktor internal mencakup aspek fisik dan psikologis, sementara faktor eksternal meliputi sosial, budaya, lingkungan, kondisi masyarakat, serta dinamika politik dan ekonomi, termasuk pendidikan. Semua elemen ini berperan penting dalam menentukan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Menurut Blum (1974), faktor-faktor ini dapat dikelompokkan ke dalam empat kategori, yang masing-masing memiliki tingkat pengaruh yang berbeda, antara lain: (Green, 1990)

1. Lingkungan (*environment*) yang mencakup lingkungan fisik, sosial budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
2. Perilaku (*behavior*)
3. Pelayanan kesehatan (*health service*)
4. Keturunan (*heredity*)

Keempat faktor tersebut memiliki pengaruh yang saling terkait satu sama lain dalam penentuan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, penting untuk melakukan intervensi yang mencakup keempat aspek tersebut, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor keturunan (herediter).

Salah satu bentuk intervensi terhadap faktor perilaku adalah melalui pendidikan atau promosi kesehatan. Namun, tiga faktor lainnya juga memerlukan pendekatan promosi kesehatan. Misalnya, orang tua, baik ayah maupun ibu, memiliki potensi mewariskan kondisi kesehatan atau penyakit tertentu kepada anak-anak mereka. Oleh karena itu, penting bagi mereka untuk memberikan edukasi kepada anak-anak agar lebih siap menghadapi kemungkinan penyakit keturunan dan mengetahui cara mencegah atau mengurangi tingkat keparahannya.

A. Promosi Kesehatan

Istilah promosi kesehatan dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) memiliki dua definisi.

Definisi pertama merujuk pada salah satu tingkat dalam upaya pencegahan penyakit. Dalam perspektif kesehatan masyarakat, terdapat empat tingkat pencegahan penyakit, yaitu:

1. *Health promotion* (promosi kesehatan atau peningkatan kesehatan)
2. *Specific protection* (perlindungan khusus, seperti imunisasi)
3. *Diagnosis and early treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
4. *Disability limitation* (pembatasan kecacatan)
5. *Rehabilitation* (pembatasan kecacatan dan pemulihan)

Dalam konteks ini, promosi kesehatan memiliki fokus utama pada peningkatan kesehatan secara keseluruhan. Di sisi lain, promosi kesehatan juga dipahami sebagai upaya untuk menyebarluaskan, mengenalkan, dan memasarkan informasi mengenai kesehatan. Dengan demikian, tujuan dari promosi kesehatan adalah agar masyarakat dapat menerima, memahami, dan menerapkan pesan-pesan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, sehingga mereka termotivasi untuk berperilaku hidup sehat.

Hasil studi WHO dan para ahli kesehatan menunjukkan bahwa meskipun pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, praktik kesehatannya masih rendah. Artinya, peningkatan pengetahuan belum diikuti dengan perubahan perilaku yang signifikan (WHO Health Organization, 1989).

Promosi kesehatan merupakan suatu integrasi antara pendidikan kesehatan dan berbagai intervensi di bidang ekonomi, politik, serta organisasi. Tujuannya adalah untuk memudahkan perubahan perilaku masyarakat dan menciptakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan (Green, 1990).

Dari batasan ini, jelas bahwa promosi kesehatan bukan sekadar pendidikan kesehatan, tetapi lebih luas, karena bertujuan menciptakan kondisi yang kondusif bagi perilaku sehat dan lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat.

B. Promosi Kesehatan dan Perilaku

Tingkat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor perilaku dan faktor non-perilaku. Faktor non-perilaku mencakup aspek fisik, sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya. Intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan melalui dua pendekatan:

1. Pendidikan atau edukasi

Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran yang bertujuan agar masyarakat mau melakukan tindakan atau praktik untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan perilaku yang dihasilkan dari pendidikan kesehatan didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran. Dengan demikian, perilaku sehat yang terbentuk diharapkan dapat bertahan lama dan menjadi kebiasaan. Namun, kelemahan dari pendekatan ini adalah hasilnya memerlukan waktu yang lama karena perubahan perilaku melalui pembelajaran tidak terjadi secara instan.

2. Paksaan atau tekanan

Pendekatan ini dilakukan dengan cara memberikan tekanan kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan. Meskipun perubahan perilaku dengan metode ini dapat terjadi lebih cepat, tetapi biasanya tidak bertahan lama karena tidak didasarkan pada pemahaman dan kesadaran akan pentingnya perilaku tersebut.

Berdasarkan kelebihan dan kekurangan dari kedua pendekatan tersebut, pendekatan pendidikan kesehatan dianggap paling cocok untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor perilaku.

Sebagai pendekatan terhadap faktor perilaku kesehatan, promosi kesehatan tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku tersebut. Menurut Lawrence Green (1980), perilaku seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh tiga faktor utama:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor ini mencakup aspek yang mendorong atau mempermudah seseorang untuk berperilaku tertentu, seperti pengetahuan dan sikap terhadap suatu tindakan kesehatan.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor ini berkaitan dengan fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memungkinkan terjadinya perilaku sehat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, seseorang akan lebih mudah berperilaku sehat jika fasilitas pelayanan kesehatan tersedia dan dapat diakses dengan mudah.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat, seperti dukungan dari tokoh masyarakat, kebijakan pemerintah, serta peraturan atau undang-undang, dapat mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan untuk menerapkan perilaku sehat. Meskipun seseorang memiliki pengetahuan dan akses terhadap fasilitas kesehatan, belum tentu ia langsung menerapkan perilaku sehat. Misalnya, meskipun seseorang mengetahui manfaat program Keluarga Berencana (KB) dan fasilitasnya tersedia, mereka mungkin belum ikut KB karena tokoh masyarakat yang dihormati belum melakukannya.

Berdasarkan tiga faktor penentu perilaku tersebut, promosi kesehatan sebagai pendekatan perilaku harus diarahkan pada ketiga aspek berikut:

1. Promosi Kesehatan terhadap Faktor Predisposisi

Kegiatan promosi kesehatan pada faktor ini dilakukan dengan memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan. Tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, sehingga mereka lebih mudah mengadopsi perilaku sehat. Selain itu, upaya ini juga bertujuan untuk mengurangi tradisi, kepercayaan, atau nilai-nilai yang tidak mendukung perilaku sehat yang dapat berdampak negatif pada kesehatan masyarakat.

2. Promosi Kesehatan terhadap Faktor Pemungkin

Intervensi pada faktor pemungkin dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat, misalnya dengan pengorganisasian dan pengembangan komunitas. Dengan kegiatan ini, masyarakat diharapkan dapat mengembangkan sendiri fasilitas atau sarana yang mendukung

perilaku sehat. Promosi kesehatan dalam konteks ini bukan berarti memberikan fasilitas kesehatan secara langsung, tetapi lebih kepada meningkatkan kemampuan individu atau kelompok masyarakat, termasuk dalam aspek ekonomi, agar mereka mampu menyediakan sarana kesehatan yang dibutuhkan.

3. Promosi Kesehatan terhadap Faktor Penguat

Untuk memperkuat perilaku sehat, promosi kesehatan dapat dilakukan dengan melibatkan tokoh masyarakat, baik yang bersifat formal maupun informal. Kegiatan pelatihan bagi tokoh masyarakat bertujuan agar mereka dapat menjadi contoh atau model perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya serta dapat menyebarkan informasi kesehatan secara efektif sesuai dengan pengaruh yang mereka miliki. Selain itu, promosi kesehatan pada faktor ini juga dapat dilakukan melalui advokasi kepada para pejabat formal. Melalui advokasi ini, diharapkan pejabat dapat mengeluarkan kebijakan, peraturan, atau instruksi yang mendukung terbentuknya perilaku sehat di masyarakat sesuai dengan program kesehatan yang telah dirancang.

C. Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi merupakan impian atau harapan yang ingin diwujudkan melalui suatu kegiatan atau program. Oleh karena itu, promosi kesehatan sebagai lembaga, institusi, maupun program, seharusnya memiliki visi dan misi yang jelas agar institusi atau program memiliki arah serta tujuan yang ingin dicapai. Dalam konteks ini, visi promosi kesehatan di Indonesia berkaitan erat dengan visi pembangunan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009, yang menyatakan: “Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Dengan demikian, promosi kesehatan, sebagai elemen penting dalam program kesehatan masyarakat di Indonesia, memiliki peran krusial dalam merealisasikan visi pembangunan kesehatan nasional. Ini mengimplikasikan bahwa promosi kesehatan dapat didefinisikan sebagai berikut: “Masyarakat

mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.” Dari visi tersebut terdapat 4 kata kunci, yaitu:

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan yang berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan kesehatan, dan mencari pertolongan pengobatan yang profesional bila sakit.
4. Meningkatkan kesehatan yang berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan, karena derajat kesehatan baik individual, kelompok, atau masyarakat itu bersifat dinamis, tidak statis.

Guna mencapai visi promosi kesehatan, yaitu terwujudnya masyarakat yang memiliki kemauan dan kemampuan untuk menjaga serta meningkatkan kesehatan, diperlukan berbagai upaya. Upaya-upaya ini, yang disebut sebagai "misi promosi kesehatan", menjabarkan langkah-langkah yang harus diambil untuk mencapai visi tersebut. Secara garis besar, terdapat setidaknya tiga hal yang menjadi misi promosi kesehatan, yaitu (Ottawa Charter, 1984):

1. Advokat (*advocate*):
Kegiatan advokat ini dilakukan terhadap para pengambil keputusan dari berbagai tingkat, dan sektor terkait dengan kesehatan. Tujuan kegiatan ini adalah meyakinkan para pejabat pembuat keputusan atau penentu kebijakan, bahwa program kesehatan yang akan dijalankan tersebut penting (urgen). Oleh sebab itu, perlu dukungan kebijakan atau keputusan dari para pejabat tersebut.
2. Menjembatani (*Mediate*):
Promosi kesehatan juga mempunyai misi “mediator” atau “menjembatani” antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Dengan perkataan lain promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan di bidang pelayanan kesehatan. Kemitraan adalah sangat penting, sebab tanpa kemitraan niscaya sektor kesehatan mampu menangani masalah-masalah kesehatan yang begitu kompleks dan luas.

3. Memampukan (*Enable*)

Selaras dengan visi promosi kesehatan yang bertujuan untuk mendorong masyarakat agar mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya, promosi kesehatan memiliki tujuan utama yaitu memberdayakan masyarakat. Hal ini berarti, baik secara langsung maupun melalui peran tokoh-tokoh masyarakat, promosi kesehatan perlu memberikan keterampilan yang memungkinkan masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan mereka. Oleh karena itu, dalam upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, penting untuk mengembangkan keterampilan di berbagai aspek seperti ekonomi (pertanian, peternakan, perkebunan), pendidikan, dan sosial lainnya melalui inisiatif promosi kesehatan.

D. Strategi Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal, yaitu (*World Health Organization, 1994*):

1. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah upaya meyakinkan pihak lain agar mendukung suatu kepentingan. Dalam promosi kesehatan, advokasi dilakukan kepada pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor untuk memperoleh dukungan terhadap program kesehatan. Dukungan ini dapat berupa perubahan kebijakan dalam bentuk undang-undang, peraturan, atau keputusan pemerintah. Advokasi dapat bersifat formal, seperti presentasi dan seminar, maupun informal, seperti komunikasi langsung dengan pejabat terkait untuk meminta dukungan dalam bentuk kebijakan, dana, atau fasilitas. Sasaran utama advokasi adalah pejabat eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat yang berperan dalam kebijakan kesehatan.

2. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Strategi ini bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat, baik melalui pendekatan formal dan informal. Tokoh masyarakat sebagai jembatan antara sektor kesehatan menjadi pelaksana program dan masyarakat menjadi penerima manfaat. Melalui strategi ini, program kesehatan dapat lebih mudah diterima dan diikuti oleh masyarakat, sekaligus menciptakan lingkungan

yang mendukung peningkatan kesehatan. Kegiatan dalam strategi ini mencakup pelatihan, seminar, lokakarya, serta bimbingan bagi tokoh masyarakat agar mereka dapat berperan aktif dalam menyebarluaskan informasi dan mendorong partisipasi masyarakat. Dengan demikian, dukungan sosial menjadi faktor penting dalam keberhasilan program kesehatan, dengan tokoh masyarakat sebagai sasaran utama di berbagai tingkat.

3. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Strategi ini berfokus langsung pada masyarakat dan bertujuan membangun kemandirian masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Upaya ini dilakukan melalui berbagai program, seperti penyuluhan kesehatan, pengorganisasian komunitas, serta pengembangan ekonomi melalui koperasi dan pelatihan peningkatan pendapatan keluarga. Peningkatan kesejahteraan ekonomi keluarga berkontribusi pada kemampuan mereka dalam memelihara kesehatan, misalnya melalui pembentukan, pos obat desa, dana sehat, pos obat desa, atau polindes. Kegiatan ini sering disebut sebagai gerakan masyarakat (GERMAS). Dengan demikian, sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat itu sendiri sebagai penerima manfaat langsung.

Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari semua elemen alam dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan manusia. Kesehatan lingkungan mampu mengganggu keseimbangan ekologis yang selalu berubah antara manusia dan lingkungan dalam upaya mendukung kesehatan manusia. Subdisiplin kesehatan lingkungan termasuk ilmu lingkungan, kesehatan dan keselamatan kerja, toksikologi, dan epidemiologi.

Buku ini berisi tentang pentingnya peranan kesehatan lingkungan bagi kelangsungan kehidupan manusia, serta bagaimana alternatif pemecahan masalah kesehatan lingkungan. Buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai kesehatan lingkungan. Pembaca diajak untuk mempertimbangkan pengantar kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, pencemaran udara dan hygiene sanitasi makanan dan minuman, analisis mengenai dampak lingkungan (AMDAL). Dengan menggunakan pendekatan sistematis,

buku ini dimaksudkan sebagai panduan dan acuan bagi mahasiswa, K3 dan masyarakat umum yang tertarik pada masalah kesehatan lingkungan

Kami berharap adanya diskusi ini pembaca dapat memahami pentingnya kolaborasi berbagai sumber informasi kesehatan lingkungan untuk membangun derajat kesehatan yang baik, selain itu, buku ini menyajikan studi kasus dari berbagai negara, memberikan wawasan tentang praktik dan pembelajaran yang dapat diterapkan pada konteks local.

A. Pengantar Kesehatan Lingkungan

Manusia seringkali menghadapi permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh adanya factor-faktor lingkungan yang tanpa disadari ada di sekeliling mereka. Namun, adanya keterbatasan ilmu pengetahuan manusia waaktu itu, pada abad ke-19 adanya transformasi industry negara inggris. Pada masa ini, pemukiman yang tercemar oleh pembuangan kotoran manusia, masalah sosial dan kesehatan yang muncul di kota-kota besar Inggris menimbulkan masalah baru bagi masyarakat.

Adanya perkembangan sebelum orde baru lama dan orde baru membuat kesehatan lingkungan di Indonesia semakin membaik dan upaya pelayanan kesehatan lingkungan sudah menjadi bagian dari layanan Puskesmas. Sampai saat ini, usaha kesehatan masyarakat masih menjadi komponen utama pelayanan kesehatan. Upaya- upaya tersebut kemudian dikelompokkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat yang dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

Upaya kesehatan wajib

- a. Upaya promosi kesehatan
- b. Upaya kesehatan lingkungan
- c. Upaya kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana
- d. Upaya perbaikan gizi masyarakat
- e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular

Upaya pengobatan

- a. Upaya kesehatan pengembangan
- b. upaya kesehatan sekolah
- c. Upaya kesehatan olahraga
- d. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- e. Upaya kesehatan kerja
- f. Upaya kesehatan gigi dan mulut
- g. Upaya kesehatan jiwa
- h. Upaya kesehatan mata
- i. Upaya kesehatan usia lanjut
- j. Upaya pembinaan pengobatan tradisional

a. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Ruang lingkup kesehatan lingkungan lebih spesifik pada permasalahan yang termasuk pada pembuangan limbah padat, cair dan zat-zat pencemaran udara, meminimalisir stress di tempat kerja, persediaan air minum penyebab peningkatan sebuah populasi, serta penyediaan makanan yang kurang sehat. Kesehatan lingkungan secara khusus dapat mengganggu permasalahan yang berdampak pada toksisitas dan limbah radioaktif dan permasalahan lainnya. Dari permasalahan ini sangat membutuhkan pendekatan secara multi disiplin untuk mengevaluasi. Peran yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan sangat berperan penting untuk meningkatkan pengembangan kesehatan lingkungan yang ideal.

Untuk mencapai derajat kesehatan terbaik, Tujuan dari upaya kesehatan lingkungan adalah untuk mencapai lingkungan yang ideal. Menurut Undang-Undang No.36 Tahun 2009, Pemerintah dan masyarakat di daerah menjamin bahwa lingkungan tidak memiliki manajemen risiko yang baik untuk lingkungan. Lingkungan sehat merupakan lingkungan yang mencakup lingkungan permukiman masyarakat, tempat kerja dan fasilitas umum.

Lingkungan sehat mencakup hal-hal yang tidak mengakibatkan gangguan kesehatan meliputi

1. Limbah cair dan padat
2. Limbah gas
3. Sampah yang tidak diolah sesuai dengan peraturan undang-undang

4. Zat kimia berbahaya dan aktif
5. Kebisingan melihi ambang batas
6. Air tecemar
7. Hygine dan sanitasi

b. Definisi Kesehatan Lingkungan

Ilmu kesehatan lingkungan mempelajari bagaimana sekumpulan orang berinteraksi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan hidup manusia yang dapat menyebabkan masalah kesehatan masyarakat dan bagaimana mencegahnya. Kesehatan lingkungan menurut WHO adalah keseimbangan ekologi yang dimiliki manusia dan lingkungan untuk menjamin lingkungan masyarakat yang sehat.

Salah satu komponen utama kesehatan masyarakat adalah kesehatan lingkungan, yang mencakup semua aspek kehidupan manusia yang berhubungan langsung dengan lingkungannya dan bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan tingkat kesehatan terbaik. Kesehatan lingkungan, menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan (HAKLI), didefinisikan sebagai keadaan lingkungan yang dapat menjaga keseimbangan ekologi antara manusia dan lingkungan sehingga orang dapat hidup dengan sehat dan bahagia.

c. Kerusakan Lingkungan

Kerusakan lingkungan adalah tindakan yang dapat mengubah sifat fisik atau hayati secara langsung atau tidak langsung sehingga lingkungan masyarakat tidak dapat berfungsi untuk meningkatkan kesehatan lingkungan secara berkelanjutan. Banyak sekali manusia sikap dan kurangnya kepedulian masyarakat tentang sudut pandang menjaga dan meminimalisir manfaat jangka panjang sumber daya alam dan menajaga keekosisteman lingkungan yang sehat dan aman, masyarakat juga tidak banyak yang peduli dengan keadaan kondisi kerusakan lingkungan yang sedang terjadi. Padahal adanya tragedi kerusakan lingkungan menyebabkan adanya kerugian bagi masyarakat itu sendiri.

Kerusakan lingkungan juga dipengaruhi oleh factor intenal dan eksternal. Dimana factor internal kerusakan yang disebabkan oleh alam. Namun mengakibatkan kerusakan yang berlangsung lama. Kerusakan

factor eksternal kerusakan akibat ulah manusia untuk meningkatkan kualitas dan kenyamanan hidupnya, tetapi pada umumnya factor eksternal disebabkan karna kegiatan industry berupa limbah buangan industri.

Lingkungan hidup berdampak pada perubahan lingkungan yang disebabkan oleh kegiatan atau usaha masyarakat. Dampak lain yaitu akan secara langsung menimpa orang lain meliputi banjir, tanah longsor, kebisingan serta hilangnya mata pencaharian yang akan berdampak pada lingkungan yang dirasakan oleh orang-orang secara langsung dan tidak langsung oleh masyarakat yang bukan memprakarsai didalam kegiatan.

d. Sasaran Kesehatan Lingkungan

Sasaran pelaksanaan kesehatan lingkungan berpacu pada UU No. 36 Tahun 2009 sebagai berikut:

1. Tempat umum: apartemen/hotel, pasar/pertokoan dan bisnis sejenisnya
2. Lingkungan pemukiman: tempat tinggal/asrama
3. Lingkungan kerja: kantor/kawasan industry
4. Lingkungan khusus lainnya, seperti lingkungan darurat dan pencemaran

e. Masalah Kesehatan Lingkungan

Permasalahan-permasalahan kesehatan lingkungan antara lain:

1. Urbanisasi penduduk
Wilayah Indonesia seringkali menjadi tempat transmigrasi penduduk/masyarakat pedesaan ke kota karena kurangnya lapangan pekerjaan, masyarakat berbondong-bondong pindah ke kota dengan mencari pekerjaan seperti, kuli bangunan, pengemis, pemulung, asisten rumah tangga, pengamen, dll. Hal ini secara tidak langsung akan mengakibatkan padatnya penduduk serta memiliki dampak social dan kesehatan dan memunculkan pemukiman kumuh yang mengakibatkan kesehatan lingkungan menurun.

2. Tempat pembuangan sampah

Pembuangan sampah setiap daerah di wilayah Indonesia sistem pembuangannya tanpa adanya perlakuan atau pengelolaan lebih lanjut. Sistem pembuangan sampah yang tidak memiliki proses lebih lanjut akan membutuhkan tempat yang luas dan memadai. Hal ini akan menyebabkan pencemaran dan mengakibatkan penyakit menular.

3. Pencemaran udara

Diperkotaan tingkat pencemaran sangat melebihi batas normal dampak dari gas kendaraan, selain itu dikota besar kurang sekali pepohonan yang dapat memberikan karbondioksida.

4. Pembuangan limbah industry dan rumah tangga

Limbah cair rumah tangga dan industry akan secara langsung bercampur ditempat pembuangan yaitu laut atau sungai. Hal ini dapat mengakibatkan kesehatan lingkungan dan kurangnya kualitas air.

B. Pengelolaan Limbah

Segala aktivitas manusia yang dilakukan dapat menghasilkan sebuah limbah, limbah bentuk besar dan kecil akan mengakibatkan permasalahan dan menurunkan derajat kesehatan lingkungan. Tetapi apabila limbah diakumulasi dalam skala cukup besar maka akan berdampak pada keseimbangan makhluk hidup disekitar kita limbah adalah sisa dari aktivitas yang menghasilkan bahan berbahaya dan beracun yang secara langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi lingkungan, kesehatan dan kelangsungan hidup manusia satu dan lainnya. Limbah adalah sisa kegiatan manusia baik cair ataupun padat, gas yang tidak memiliki nilai nilai sehingga dibuang

Sampah adalah sebuah permasalahan yang sering dihadapi oleh banyak masyarakat dikota ataupun diseluruh dunia. Banyaknya angka jumlah penduduk maka volum sampah juga akan meningkat. Sehingga, berdampak pada biaya yang diperlukan untuk pengelolaan sampah serta mengakibatkan kesehatan lingkungan yang tercemar apabila tidak dikelola dengan baik.

1. Hakikat Sampah

Sampah dan limbah adalah hal yang sama dimana sisa dari proses perubahan yang tidak sempurna. Pada saat manusia makan Sebagian dari makanan manusia sebagian diubah menjadi entropy, atau limbah kotor, dan sebagian lagi diubah menjadi energi untuk beraktivitas.

2. Jenis dan Sumber Sampah

Sampah adalah sisa yang tidak pernah diingkan setelah proses terakhir. Proses ini dilakukan oleh manusia. Dalam kehidupan manusia, penghasil aktivitas industry adalah limbah. Limbah tidak hanya dari industry saja tetapi juga dapat dihasilkan dari hasil kegiatan kegiatan yang dapat menghasilkan sisa-sisa. Berdasarkan sumbernya sampah meliputi sampah alam, manusia, konsumsi, nuklir, industry dan pertambangan, tetapi berdasarkan sifatnya sampah yaitu sampah organik, dan anorganik.

a. Sampah alam

Sampah yang dihasilkan dari proses daur ulang. Sebagai contoh, daun-daun yang telah kering di hutan akan terurai menjadi tanah.

b. Sampah manusia

Sampah manusia akan berakibat pada kesehatan karena menjadi ladang sumber penyakit yang disebabkan oleh virus dan bakteri. Manusia dapat ditanggulangi dengan mengurangi dengan membuang ampah manusia yang meliputi feses dan urin ditempat yang baik dan pada tempatnya.

c. Sampah konsumsi

Sampah konsumsi adalah sisa yang dihasilkan oleh manusia saat mereka menggunakan barang yang sudah digunakan. Sampah yang dibuat oleh manusia dan dibuang ke tempat sampah disebut sampah konsumsi. Akan tetapi sampah yang dihasilkan oleh manusia sangatlah sedikit dan sedikit berbahaya dibandingkan sampah yang dihasilkan oleh industry/pertambangan yang jumlahnya banyak dan mengakibatkan bahaya yang sangat besar untuk kesehatan lingkungan sekitar.

3. Pengelolaan Sampah

Meningkatnya jumlah penduduk jumlah yang dihasilkan dari sampah akan semakin meningkat, hal ini akan mengakibatkan pengelolaan limbah yang sangat khusus, Jika tidak ditangani dengan benar, limbah dapat mencemari lingkungan. Pengelolaan sampah sangat diperlukan dikarenakan dapat menjadi lokasi berkembang biak bakteri penyebab dan pembawa penyakit. Adanya sampah akan mempengaruhi derajat kesehatan dan lingkungan, sehingga, pemerintah sangat berupaya untuk meminimalisir dan menjaga pengelolaan sampah yang bertujuan untuk menjaga keekoisteman lingkungan dan lingkungan yang bersih.

Pengelolaan limbah di Indonesia sangatlah kurang maksimal dan perlu dilakukan secara terpadu, hal ini dikarenakan jumlah penduduk yang sangat meningkat. Sampah yang dihasilkan dari berbagai sumber diangkut langsung ke tempat penampungan sementara (TPS) tanpa adanya melalui proses pemilihan terlebih dahulu. Sampah kemudian diangkut ke TPA dan ditimbun. Pengelolaan sampah tersebut sangat berakibat pada pencemaran lingkungan mengurangi nilai-nilai keekosisteman lingkungan sekitar dan menjadi tempat wabah penyakit.

Upaya pengelolaan limbah medis harusnya diawali dari pemilahan dari berbagai macam sumbr yang dihasilkan kemudian dikumpulkan sesuai dengan sumbernya, diangkut ke TPS jika masih belum memenuhi target pembuangan kemudian diangkut ke TPA jika jumlah yang dibutuhkan sudah mencukupi. Sampah yang melalui proses pemilahan organik dan anorganik dapat diolah lebih lanjut dan sampah yang tidak bisa di olah akan di bawa ke TPA dan dimusnahkan.

4. Dampak Sampah Terhadap Manusia dan Lingkungan

Sampah yang dibuang sembarangan dapat menyebabkan pencemaran lingkungan dan bagi manusia. Sampah akan mengurangi estetika serta menyebabkan bau yang menyengat jika tidak dilakukan pengelolaan yang baik akan berdampak pada lingkungan dampak sampah bagi manusia yaitu dapat menurunkan

derajat kesehatan manusia, sehingga menyebabkan terjangkit berbagai macam penyakit.

a. Dampak Sampah Terhadap Ekosistem Air

Sampah organik dan anorganik adalah sampah sisa manusia yang dibuang dari berbagai sumber. Pembuangan bahan sampah organik disungai dapat menyebabkan kurangnya kadar oksigen pada lingkungan air. Begitupula sampah anorganik dapat menyebabkan kurangnya sinar matahari masuk kedalam perairan hal ini, berakibat fotosintesis terganggu. Penguraian sampah yang dibuang ke dalam sungai akan mengakibatkan bau yang tidak sedap dan dapat pencemaran lingkungan perairan

b. Dampak Sampah Terhadap Daratan

Sampah yang dibuang sembarangan di lingkungan darat sembarangan secara langsung akan menimbulkan organisme untuk berkembangbiak, hal ini akan mengakibatkan adanya vector dan bakteri

c. Dampak Sampah Terhadap Kesehatan

Tempat penyimpanan/ tempat pembuangan akhir pengelolaan sampah yang tidak tepat akan mengakibatkan tumbuhnya vector penyakit dan pencemaran lingkungan sekitar serta, mengakibatkan potensi bahaya kesehatan. Potensi bahaya meliputi adalah:

1. Virus berasal dari pengelolaan sampah yang kurang tepat dapat menyebarkan penyakit diare dengan cepat.
2. Penyakit jamur dapat mengakibatkan jamur kulit
3. Sampah dari bahan berbahaya dan beracun

Di Indonesia sering kali terjadi adanya pengelolaan limbah padat tidak dikelola dengan baik dan benar sesuai dengan prosedur hal ini mengakibatkan banyaknya tumbuhnya vector penyakit seperti sarang tikus, serangga dan kecoa ataupun vector lainnya sehingga lingkungan mudah tercemar dan berdampak bagi manusia dapat terjangkit berbagai macam penyakit salah satunya yaitu demam berdarah.

C. Pencemaran Udara

Pencemaran udara yaitu zat asing yang mengubah komposisi udara dari keadaan normalnya. Kesehatan masyarakat akan dipengaruhi oleh konsentrasi zat asing di udara dalam jumlah tertentu selama waktu yang cukup lama. Udara terdiri dari berbagai jenis gas yang tidak berbanding dengan tetap, tergantung pada tekanan suhu udara dan kondisi lingkungan.

Proses di mana polutan masuk ke dalam lingkungan disebut pencemaran lingkungan yang berdampak pada penurunan kualitas lingkungan. Sehingga, pencemaran udara tercampurnya unsur berbahaya yang dapat menyebabkan kerusakan lingkungan serta masalah kesehatan manusia.

Dampak pencemaran udara adalah masalah yang paling urgensi yang harus dihadapi dan diperbaiki. Dampak yang ditimbulkan dampak pencemaran udara terjadi secara langsung dan tidak langsung terhadap kesehatan manusia, lingkungan. Upaya mengurangi pencemaran udara untuk melindungi masyarakat terhadap adanya bahaya polusi udara meliputi:

- a. Setiap pabrik perlu adanya pengelolaan terstruktur terhadap zat-zat yang telah dihasilkan oleh industry/pabrik
- b. Setiap kendaraan bermotor menggunakan bahan bakar yang tidak memiliki dampak mencemari udara
- c. Melaksanakan penghijauan agar menghasilkan oksigen yang lebih maksimal

D. Hygine Sanitasi Makanan dan Minuman

Hygine merupakan segala upaya kesehatan dengan menjaga kebersihan di sekitar kita, seperti mencuci tangan dan piring dengan sabun dan air mengalir. Sanitasi makanan dan minuman adalah semua upaya untuk memastikan bahwa makanan dan minuman tidak tercemar. Factor yang dapat menyebabkan kurangnya sanitasi makanan adalah factor fisik, faktor kimia dan mikrobiologi.

Undang-undang No. 9 Tahun 1990 tentang Pokok-pokok Kesehatan dan Undang-undang No. 11 Tahun 1962 tentang Hygine untuk

usaha-usaha umum mengatur sanitasi makanan dan minuman. Makanan dan minuman yang sehat adalah langkah pertama menuju tubuh yang sehat. Sedangkan, makanan dan minuman yang tidak bersih dapat mengakibatkan sarang penyakit.

Makanan adalah segala sesuatu yang penting bagi manusia. Makanan harus tidak hanya bergizi dan menarik, tetapi juga aman bagi kita dari mikroorganisme dan bahan kimia penyebab penyakit.

Tujuan Hygiene Sanitasi adalah

1. Untuk menjamin keamanan dan melindungi manusia dari berbagai penyakit,
2. Menyediakan makanan yang aman dan sehat bagi masyarakat,
3. Menurunkan risiko penularan penyakit,
4. Menciptakan praktik kerja yang sehat untuk menangani makanan di sebuah organisasi.

Untuk menjaga kebersihan makanan dan minuman, ada empat prinsip yang harus diperhatikan: lokasi atau tempat, peralatan, orang, dan bahan.

1. Pemilihan bahan makanan

Ciri-ciri fisik bahan makanan, seperti bentuk, warna, kesegaran, dan aroma, menentukan kualitas bahan makanan. Selain itu, bahan makanan yang baik dianggap tidak rusak atau tercemar oleh bahan kimia seperti pestisida.

2. Penyimpanan bahan makanan

Manusia yang memiliki sumber makanan yang tersedia tidak secara langsung dikonsumsi, hal ini maka memerlukan tempat penyimpanan yang baik untuk menjaga kualitas sumber makanan agar selalu terjaga.

3. Pengelolaan makanan

Tempat di mana makanan diolah disebut fasilitas pengolahan makanan. Dapur adalah fasilitas pengolahan yang sering disebut sebagai dapur dan memainkan peran penting dalam proses

pengolahan makanan. Oleh karena itu, penting untuk selalu menjaga dapur dan lingkungan sekitar tetap bersih.

Metode pengolahan yang baik adalah yang tidak mengakibatkan terjadinya adanya pembusukan pada bahan pangan akibat dari cara pengolahan yang tidak tepat serta mematuhi kaidah dan prinsip higienis serta kebersihan disebut GMP (*Good Manufacturing*)

4. Pengangkutan makanan

Perhatian khusus harus diberikan saat mengangkut makanan dari area pengolahan ke area penyimpanan untuk menghindari kontaminasi oleh serangga, debu, dan bakteri. Wadah yang digunakan harus aman, stabil, tidak berkarat atau bocor. Untuk jarak pengangkutan yang lebih jauh, suhu harus lebih tinggi (60°C) atau lebih rendah (4°C).

5. Penyajian makanan

Salah satu dasar kebersihan dan pembersihan makanan adalah penyajian makanan. Makanan yang tidak disajikan dengan baik dapat menyebabkan kontaminasi bakteri serta mengurangi nafsu makan.

E. Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL)

Analisis dampak lingkungan hidup (AMDAL) adalah metode pengambilan keputusan yang bertujuan untuk mempertimbangkan bagaimana rencana kegiatan berdampak pada lingkungan hidup untuk mencapai derajat kesehatan lingkungan yang positif. Amdal adalah suatu instrument yang merencanakan kegiatan preventif terhadap pencemaran dan kerusakan yang disebabkan oleh aktivitas lingkungan seperti pembangunan. Pembangunan dan industry mnegakibatkan adanya kerusakan lingkungan, industry maupun lembaga terkait untuk wajib menggunakan analisis dampak lingkungan (AMDAL), sebagai alat perencanaan dan pengambilan keputusan.

Apabila proyek diizinkan untuk beroperasi, prosedur AMDAL dapat menjelaskan dan mendorong tata cara pelaksanaan pekerjaan yang sedikit mengakibatkan kerugian lingkungan. AMDAL juga merupakan studi lingkungan yang bertujuan untuk melihat seberapa besar dan

seberapa pentingnya kegiatan terhadap lingkungan kita dalam hal fisik, kimia, biologi, sosial, ekonomi, budaya, dan kesehatan masyarakat.

Jika sebuah bisnis berpotensi berdampak besar pada masyarakat sekitar, AMDAL harus dipenuhi. Selain itu, AMDAL membantu pemerintah dalam perencanaan pembangunan wilayah.

Kegiatan perencanaan AMDAL meliputi syarat dokumen sebagai berikut:

a. Dokumen Kerangka Acuan Analisis Dampak Lingkungan Hidup (KAANDAL)

Dokumen KAANDAL berisi kedalaman studi ANDAL dan ruang lingkungannya mencakup menentukan dampak urgensi yang akan diidentifikasi dan menentukan batas studi ANDAL.

b. Dokumen Analisis Dampak Lingkungan Hidup (ANDAL)

Dokumen tersebut mengevaluasi dampak dari rencana kegiatan. Dampak yang diidentifikasi dalam dokumen KAANDAL dikaji secara menyeluruh dan teliti menggunakan metodologi yang telah disepakati sebelumnya. Tujuan dari proses pengkajian adalah untuk mengetahui seberapa besar dampak dari rencana kegiatan. Setelah mengetahui seberapa besar dampak, langkah selanjutnya adalah menentukan sifat dampak dengan membandingkan besarnya menggunakan standar penting yang dibuat oleh pemerintah. Kemudian, dilakukan evaluasi dengan tujuan memnetukan pondasi untuk pengelolaan dampak yang dihasilkan.

c. Dokumen Rencana Pengelolaan Lingkungan Hidup (RKL)

Proses untuk mengontrol serta mengurangi dampak pada lingkungan hidup.

d. Dokumen Rencana Pemantauan Lingkungan Hidup (RPL)

Dokumen tersebut berisi program pemantauan yang dirancang untuk menilai perubahan lingkungan yang disebabkan oleh kegiatan rencana. Hasil analisis dapat digunakan untuk menilai seberapa efektif upaya pengelolaan lingkungan yang telah dilakukan dan seberapa akurat dampak yang digunakan.

e. Dokumen Ringkasan Eksekutif

Sebuah dokumen yang menjelaskan secara rinci temuan penelitian ANDAL.

Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat sangat bergantung pada gizi karena berhubungan langsung dengan kualitas hidup seseorang dan pencegahan penyakit. Gizi kesehatan masyarakat adalah bidang yang berfokus pada pengelolaan gizi untuk meningkatkan kesehatan individu dan komunitas secara keseluruhan. Program gizi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola makan yang sehat dan bergizi melalui berbagai kebijakan publik, promosi kesehatan, dan penyuluhan.

A. Definisi dan Ruang Lingkup Gizi Masyarakat

1. Definisi Gizi Kesehatan Masyarakat

Gizi Kesehatan Masyarakat (Public Health Nutrition) adalah cabang kesehatan masyarakat yang berfokus pada populasi yang memantau pola makan, status gizi, dan kesehatan mereka. Ini melibatkan penerapan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit melalui pembuatan kebijakan dan perubahan lingkungan.

2. Kompetensi dan Tujuan

Dalam ilmu gizi kesehatan masyarakat, ada standar khusus untuk kesehatan masyarakat. Bagian penting dari definisi ini adalah pertimbangan tentang pola hidup masyarakat, status gizi, dan kesehatan. Tujuan program gizi kesehatan masyarakat adalah untuk memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan.

3. Lingkup Sasaran Pelaksanaan Program

Program gizi kesehatan masyarakat luas dan kompleks. Ini mencakup promosi kesehatan, upaya membuat undang-undang, upaya pencegahan utama dan sekunder, dan perawatan kesehatan sepanjang hidup. Selain itu, program ini harus disesuaikan dengan kebutuhan yang berbeda dari berbagai komunitas dan populasi. Ini memerlukan evaluasi kondisi dan masalah kesehatan masyarakat sebelum membuat program dan menyediakan fasilitas kesehatan.

4. Pentingnya Status Gizi

Keadaan keseimbangan antara jumlah zat gizi yang dikonsumsi oleh tubuh ("intake") dan jumlah yang dibutuhkannya ("requirement") untuk melakukan berbagai fungsi biologis dikenal sebagai status gizi. Untuk mempertahankan derajat kebugaran dan kesehatan, membantu perkembangan anak, dan mendukung prestasi olahragawan, diperlukan status gizi yang baik. Malnutrisi adalah salah satu faktor risiko kematian atau kesakitan, sehingga status gizi yang baik sangat penting untuk kesehatan seseorang dan masyarakat.

B. Masalah Gizi di Indonesia

Berbagai masalah gizi, seperti kekurangan energi protein (KEP), kekurangan vitamin A (KVA), gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY), dan anemia gizi besi (AGB), masih menjadi tantangan yang harus dihadapi di Indonesia. Ini merupakan masalah yang sangat penting dan kompleks yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dan kemajuan negara. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa

tingkat gizi buruk di Indonesia masih antara 20% dan 25%, jauh dari target pembangunan jangka menengah sebesar 14%.

Stunting, kondisi di mana anak mengalami pertumbuhan yang terhambat karena kekurangan gizi yang berkelanjutan, adalah salah satu masalah gizi yang paling umum. Data menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia akan mencapai 21,6% pada tahun 2022, penurunan dari 24,4% pada tahun sebelumnya. Stunting tidak hanya mempengaruhi pertumbuhan fisik anak tetapi juga perkembangan kognitif mereka, yang dapat menyebabkan mereka kurang produktif di masa depan.

Selain stunting, kurang berat badan dan wasting juga menjadi masalah besar. Jumlah kasus wasting, yang merupakan kondisi di mana anak mengalami penurunan berat badan ekstrim akibat kekurangan gizi akut, meningkat dari 7,1% menjadi 7,7% pada tahun 2022. Jumlah kasus anak yang kurang berat badan juga meningkat, meskipun tidak signifikan. Kedua kondisi ini saling mempengaruhi dan dapat memperburuk kondisi kesehatan anak secara keseluruhan.

Untuk menangani masalah gizi ini, pemerintah Indonesia telah meluncurkan berbagai program. Kebijakan Gizi Nasional adalah salah satunya, yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat dengan memberikan pedoman dan strategi intervensi yang jelas. Program Gizi Balita juga dilaksanakan untuk mengajarkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan menyediakan makanan yang sehat. Namun, keberhasilan program-program ini bergantung pada partisipasi masyarakat.

Faktor sosial ekonomi juga memengaruhi masalah gizi. Beberapa penyebab utama termasuk kemiskinan, kurangnya akses ke layanan kesehatan, dan pendidikan nutrisi yang rendah. Akibatnya, untuk mengatasi masalah ini secara efektif, diperlukan pendekatan yang mencakup berbagai sektor.

Sangat penting bahwa pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta bekerja sama untuk memperbaiki status gizi secara berkelanjutan. Upaya bersama ini akan meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia dan menurunkan angka stunting. Kesehatan bukan satu-

satunya sektor yang bertanggung jawab untuk menangani masalah gizi, tetapi juga banyak sektor lain, seperti ekonomi dan pendidikan.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Berbagai faktor yang saling berinteraksi mempengaruhi status gizi seseorang. Faktor langsung yang sangat menentukan status gizi adalah asupan makanan yang cukup dan seimbang. Malnutrisi, baik dalam bentuk gizi lebih atau kurang, dapat disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan asupan zat gizi. Selain itu, penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan dan diare dapat memengaruhi status gizi dengan meningkatkan kebutuhan energi dan mengurangi nafsu makan. Studi menunjukkan bahwa ada korelasi signifikan antara status gizi balita dan asupan makanan dan penyakit infeksi (Rifka Putri Andayani, 2022).

Ibu harus paham apa yang mereka makan untuk menjaga kesehatan anak mereka. Ibu yang mengetahui tentang nutrisi anaknya cenderung mampu memberi mereka makanan yang memenuhi kebutuhan nutrisi anaknya. Sebaliknya, kurangnya pengetahuan dapat menyebabkan pemberian makanan yang tidak seimbang, yang berpotensi menyebabkan malnutrisi. Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang status gizi balita, menurut penelitian yang dilakukan di Puskesmas Krui Kabupaten Pesisir Barat (Angga Herlambang, 2021).

Kemampuan untuk menyediakan makanan yang sehat dipengaruhi oleh status sosial ekonomi keluarga. Keluarga dengan pendapatan rendah mungkin kesulitan membeli makanan yang kaya nutrisi. Akibatnya, anak-anak berisiko kekurangan nutrisi. Studi yang dilakukan di Puskesmas Boom Baru Kota Palembang menemukan bahwa ada korelasi antara status sosial ekonomi dan status gizi balita (Karniawani, 2023).

Faktor lain yang mempengaruhi status gizi adalah pola asuh dan sanitasi lingkungan. Pola asuh yang baik, seperti memberikan ASI eksklusif dan perawatan kesehatan yang memadai, dapat meningkatkan status gizi anak, tetapi sanitasi lingkungan yang buruk dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi, yang pada gilirannya berdampak negatif pada status gizi. Oleh karena itu, intervensi yang holistik yang

mempertimbangkan semua faktor ini diperlukan untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

D. Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat

1. Pentingnya Gizi dalam Pembangunan Nasional

Sumber daya manusia yang berkualitas tinggi sangat dipengaruhi oleh gizi yang baik. Kekurangan gizi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan, perkembangan mental yang terlambat, dan produktivitas yang rendah. Oleh karena itu, pemerintah berusaha mengatasi masalah ini melalui berbagai program gizi masyarakat, seperti pendidikan gizi, makanan tambahan, dan perbaikan gizi anak balita.

2. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Salah satu pendekatan utama untuk mengatasi masalah gizi buruk dan gizi kurang pada anak balita dan ibu hamil adalah PMT. Tujuan dari PMT adalah untuk memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi anak yang mungkin tidak terpenuhi dari makanan sehari-hari mereka. Intervensi ini menurunkan jumlah kasus gizi kurang pada balita. Program ini memberikan makanan tambahan yang kaya nutrisi kepada kelompok rentan, terutama di daerah yang rawan pangan. Studi menunjukkan bahwa PMT meningkatkan status gizi jika dikombinasikan dengan instruksi pola makan yang baik (Wika Sri Rahayu dkk, 2024).

3. Pendekatan Berbasis Komunitas

Sebuah upaya untuk meningkatkan gizi melalui pendekatan berbasis komunitas, seperti Posyandu, telah terbukti meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Posyandu memantau status gizi balita, memberikan vaksinasi, dan memberi tahu orang lain tentang pentingnya pola makan sehat.

4. Edukasi dan Promosi Pola Makan Seimbang

Pendidikan gizi seimbang kepada masyarakat adalah salah satu cara yang efektif. Tujuan program edukasi ini adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya

mengonsumsi makanan bergizi dan pola makan yang sehat. Studi menunjukkan bahwa ibu dapat lebih memahami pentingnya menjaga asupan nutrisi yang baik untuk balita mereka, yang berdampak positif pada kondisi gizi anak mereka. Kampanye "Isi Piringku" Kementerian Kesehatan adalah contoh edukasi gizi yang mendorong orang untuk mengonsumsi makanan seimbang. Untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya gizi seimbang, berbagai pihak terlibat dalam program ini, termasuk media, keluarga, dan sekolah (Farah Paramita et al., 2022).

5. Kolaborasi Multisektoral dalam Penanggulangan Masalah Gizi

Sektor kesehatan, pendidikan, dan ekonomi harus bekerja sama untuk menangani masalah gizi. Studi menunjukkan bahwa pendidikan ibu, akses air bersih, dan sanitasi yang lebih baik sangat membantu mencegah stunting dan masalah gizi lainnya.

E. Program Gizi Nasional di Indonesia

Tujuan Program Gizi Nasional Indonesia adalah untuk meningkatkan status gizi masyarakat, terutama kelompok rentan seperti anak sekolah, ibu hamil, dan balita. Penurunan prevalensi stunting, yang merupakan kondisi gagal tumbuh yang disebabkan oleh kekurangan gizi kronis, adalah fokus utama program ini. Data Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2021 menunjukkan bahwa prevalensi stunting turun dari 27,67% pada tahun 2019 menjadi 24,4% pada tahun 2021 (Rahmi Fitri et al., 2022).

Pemerintah telah meluncurkan berbagai program untuk mencapai target penurunan stunting, seperti edukasi kesehatan melalui kemandirian keluarga, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan, dan revitalisasi Posyandu. Kebijakan pemerintah daerah dan partisipasi berbagai Organisasi Perangkat Daerah (OPD) mendukung keberhasilan program-program ini (Widati Fatmaningrum dkk, 2022).

Selain itu, pemerintah juga memiliki rencana untuk meluncurkan program makan sehat gratis untuk siswa sekolah. Diharapkan bahwa

program ini akan meningkatkan prestasi, partisipasi, dan kehadiran kelompok sasaran serta mengurangi putus sekolah dengan meningkatkan asupan gizi dan pengetahuan gizi mereka. Selain itu, program gizi ini berkontribusi pada penciptaan lapangan kerja, pemanfaatan bahan pangan lokal, dan peningkatan kesejahteraan petani dan usaha kecil dan menengah (UMKM). Proses pelaksanaan program ini menghadapi sejumlah tantangan, seperti koordinasi antar lembaga, pendanaan, dan pemantauan kinerja program. Program makan bergizi gratis memerlukan persiapan dan pengawasan yang ketat untuk berhasil, karena anggaran yang besar dan target sasaran yang luas.

F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Intervensi Gizi Masyarakat

Untuk meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan populasi, tenaga kesehatan sangat penting dalam intervensi gizi masyarakat. Pengkajian, diagnosis, dan intervensi serta pengawasan kesehatan individu dan kelompok adalah tanggung jawab mereka. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2018), tenaga kesehatan di puskesmas harus memahami proses terjadinya masalah gizi agar mereka dapat membuat diagnosis dan intervensi yang tepat.

Tenaga kesehatan sangat penting dalam mencegah dan menangani stunting pada balita. Mereka memberi tahu orang lain tentang pentingnya mengonsumsi makanan seimbang selama kehamilan dan selama masa pertumbuhan anak. Studi di Puskesmas Katobu menunjukkan bahwa tenaga promosi kesehatan membantu advokasi dan gerakan masyarakat melalui konseling, penyuluhan kesehatan, dan pemberian makanan tambahan untuk menanggulangi stunting (Annisa Fitri Salsyabilah et al., 2023).

Tenaga kesehatan membantu masyarakat menjadi lebih sadar gizi. Untuk mengatasi malnutrisi, mereka bekerja sama dengan tokoh masyarakat dan pemerintah desa dalam program seperti Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB). Studi kasus di Desa Air Anyir menunjukkan bahwa kerja sama antara tenaga kesehatan dan masyarakat membantu status gizi balita diperbaiki (Syamsinar &

Mubasysyir, 2022). Tenaga kesehatan membantu menyediakan suplementasi gizi, pendidikan tentang pola makan sehat, dan peningkatan akses ke air bersih dan sanitasi dalam intervensi gizi khusus dan sensitif. Tujuan dari intervensi ini adalah untuk mengurangi masalah gizi di masyarakat (Bunga Ch Rosha et al., 2016).

Tenaga kesehatan juga bertanggung jawab untuk menyediakan makanan di tempat seperti sekolah dan puskesmas. Mereka menjamin bahwa makanan yang diberikan memenuhi standar gizi yang ditetapkan untuk mendukung kesehatan dan perkembangan optimal klien.

G. Monitoring dan Evaluasi Program Gizi Masyarakat

Monitoring dan evaluasi (Monev) program gizi masyarakat adalah bagian penting dari memastikan bahwa intervensi gizi berhasil. Monitoring bertujuan untuk mengawasi pelaksanaan program sesuai rencana, sementara evaluasi digunakan untuk menilai seberapa jauh program mencapai tujuan. Kedua proses ini membantu mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan program sehingga perbaikan dapat dilakukan untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

Perencanaan yang matang diperlukan untuk melaksanakan Monev dengan baik, yang mencakup pembuatan indikator input, proses, output, dan hasil yang berkaitan dengan program gizi. Selain itu, pengembangan instrumen Monev yang tepat dan pengumpulan data yang akurat sangat penting untuk mendapatkan informasi yang relevan. Laporan yang akan digunakan untuk pengambilan keputusan tentang perbaikan program dibuat setelah analisis data hasil Monev.

Selain itu, implementasi Monev yang efektif membutuhkan partisipasi dari berbagai pemangku kepentingan, seperti masyarakat, pengelola program di tingkat kabupaten, kota, dan puskesmas. Untuk memastikan bahwa program gizi dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan mencapai tujuan yang diharapkan, sangat penting untuk memberikan pelatihan dan peningkatan kapasitas bagi pelaksana program dalam melakukan Monev (Purnama, 2015).

H. Gizi dalam Sustainable Development Goals (SDGs)

Salah satu komponen penting dalam mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan adalah gizi, terutama dalam hal kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Berbagai aspek gizi termasuk dalam Sustainable Development Goals (SDGs), yang terdiri dari 17 tujuan, tetapi Tujuan 2—“Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan, dan meningkatkan gizi serta mendukung pertanian yang berkelanjutan—adalah yang paling menonjol. Tujuan ini sangat bergantung pada kebijakan yang mendukung peningkatan kualitas gizi masyarakat dengan fokus pada kelompok rentan seperti ibu hamil, anak-anak, dan orang lanjut usia (Yuniar Nurul Fazriyah dkk, 2024).

Intervensi gizi yang dapat mempercepat pencapaian SDGs meliputi peningkatan akses terhadap makanan bergizi, pemberdayaan masyarakat untuk memahami pentingnya gizi seimbang, dan promosi konsumsi pangan lokal yang mendukung keberlanjutan. Institusi kesehatan dan pendidikan juga sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan tentang gizi dan melibatkan masyarakat dalam kebijakan gizi yang berkelanjutan (Zahratul Jannah, 2023).

I. Tantangan dan Peluang Gizi Masyarakat di Masa Depan

Terutama menjelang tahun 2025, masalah gizi masyarakat dan peluang di masa depan menjadi semakin relevan. Malnutrisi ganda, di mana anak-anak mengalami kekurangan gizi, atau penurunan berat badan, sekaligus obesitas, merupakan masalah utama. Hal ini disebabkan oleh pola makan yang tidak seimbang dan kurangnya akses ke makanan yang kaya nutrisi. Perubahan iklim juga memiliki potensi untuk memperburuk kondisi ini dengan mengancam ketahanan pangan. Karena itu, pemerintah dan masyarakat harus sangat berhati-hati untuk menemukan solusi yang berkelanjutan (Yosi Meidiawati dkk, 2024).

Selain itu, pola makan yang tidak sehat ditingkatkan oleh perubahan gaya hidup dan populasi kota, yang menyebabkan peningkatan konsumsi makanan olahan dan kebiasaan makan di luar rumah. Semua kelompok makanan harus dimasukkan ke dalam pola makan seimbang, dan masyarakat harus lebih sadar akan pentingnya hal ini. Untuk

membantu generasi muda memilih makanan yang lebih sehat, edukasi tentang nutrisi harus ditingkatkan (Diah Ayu Hartini et al., 2024).

Namun, ada peluang yang dapat dimanfaatkan di balik tantangan tersebut. Teknologi informasi telah memungkinkan lebih banyak orang untuk mendapatkan edukasi gizi. Misalnya, aplikasi kesehatan dapat membantu orang memantau berapa banyak makanan yang mereka makan dan memberi mereka saran diet yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Selain itu, untuk menciptakan program gizi yang bertahan lama dan berhasil, kolaborasi antara pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta sangat penting (Purwiyatno Hariyadi, 2024).

Pencegahan Peningkatan Kesakitan dan Kematian Kesehatan Maternal dan Neonatal Pada Situasi Krisis Kesehatan

Pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi faktor-faktor yang menyebabkan meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir selama krisis, baik dalam situasi bencana alam, pandemi, atau konflik sosial. Dalam krisis kesehatan, kondisi kesehatan ibu dan anak sangat rentan akibat gangguan pada layanan kesehatan, stres, malnutrisi, serta keterbatasan akses terhadap perawatan medis yang adekuat. Menilai dampak krisis kesehatan terhadap kesehatan maternal dan neonatal. *World Health Organization (WHO)*. (2018). Upaya peningkatan pencegahan sebadai Upaya untuk mengidentifikasi intervensi yang efektif yang dapat dilakukan oleh tenaga medis, khususnya bidan, untuk mengurangi kesakitan dan kematian pada ibu hamil, ibu pasca-persalinan, dan bayi baru lahir dalam situasi krisis, mengembangkan rekomendasi kebijakan atau tindakan yang dapat diambil oleh pemerintah dan organisasi kesehatan untuk meningkatkan kesiapsiagaan dan respon terhadap kesehatan ibu dan anak selama krisis. (Black et al. 2008). Penyebab utama peningkatan kesakitan dan

kematian kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan seperti keterbatasan fasilitas kesehatan, kekurangan sumber daya, peningkatan infeksi, malnutrisi, dan gangguan kesehatan mental ibu. Peran bidan yang dapat dilakukan dengan melakukan upaya penilaian terhadap keterampilan, pelatihan, dan kapasitas bidan dalam menangani komplikasi persalinan dan masalah kesehatan pada ibu dan bayi di tengah krisis. Lawn, J. E., et al. (2014). *The Lancet neonatal survival series*. The Lancet.

Ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir merupakan kelompok rentan, terlebih pada saat bencana. Mereka memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga diperlukan penanganan yang tersendiri, misalnya untuk pemenuhan kebutuhan gizi, pemantauan ibu hamil risiko tinggi, pemantauan ibu pasca-persalinan, dll. Pada situasi normal, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi dan jumlah kematian akan dapat meningkat pada situasi krisis kesehatan sehingga upaya mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal harus menjadi prioritas penting. Pada situasi krisis kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi ada kalanya tidak tersedia bahkan justru meningkat pada situasi bencana. Ibu hamil dapat melahirkan sewaktu-waktu dan bisa saja terjadi komplikasi, sehingga membutuhkan layanan kesehatan reproduksi berkualitas. Penanggung jawab komponen maternal neonatal harus berkoordinasi untuk memastikan setiap ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi baru lahir mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Pada kondisi bencana akan tetap ada ibu hamil yang akan melahirkan kapan saja saat bencana sedang terjadi, pada saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di pengungsian. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu. Karena situasi pada saat bencana, ibu yang belum waktunya melahirkan juga dapat melahirkan lebih awal (prematuur) karena situasi yang kacau dan harus menyelamatkan diri 15-20% kehamilan akan mengalami komplikasi dan membutuhkan penanganan segera untuk penyelamatan nyawa. Karena situasi darurat dan tidak menentu, terjadi peningkatan kasus

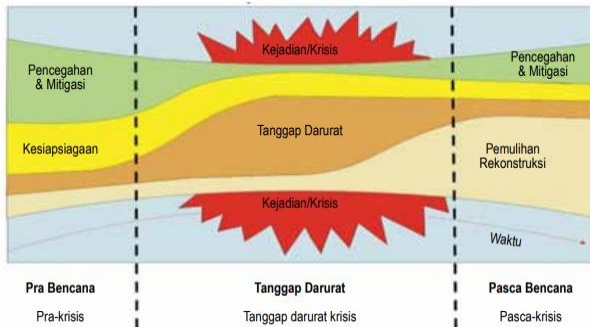
keguguran yang memerlukan penanganan segera.(Kementerian kesehatan RI 2018)

A. Pengetahuan Dasar Krisis Kesehatan

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana. Tahapan Kegiatan Krisis Kesehatan Kegiatan krisis kesehatan dibagi menjadi 3 tahap, meliputi:

- a. Prakrisis Kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan kesiagaan krisis kesehatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan
- b. Tanggap darurat krisis kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, memastikan ketersediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Pascakrisis kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan Penentuan masa tanggap darurat ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah. Tahapan situasi krisis kesehatan dapat digambarkan dalam suatu fase seperti di bawah ini:

Tabel 7.1 Tahapan Krisis Kesehatan



Sumber: Modul PPAM

Dampak Krisis Kesehatan di antara nya:

- a. **Penurunan Kualitas Layanan Kesehatan:** Selama krisis, sistem kesehatan sering kali tidak dapat memberikan layanan dengan baik karena terbatasnya sumber daya, tenaga medis yang kelelahan, serta infrastruktur yang rusak.
- b. **Penyebaran Penyakit Menular:** Krisis kesehatan meningkatkan risiko penyebaran penyakit menular, baik karena kondisi sanitasi yang buruk, pergerakan orang yang masif (misalnya pengungsi), atau kurangnya vaksinasi dan perawatan medis yang tepat.
- c. **Kematian dan Kesakitan:** Banyak orang, terutama kelompok rentan seperti ibu hamil, anak-anak, lansia, dan penyandang disabilitas, menjadi korban utama akibat kurangnya akses ke perawatan medis yang memadai. Tingginya tingkat kesakitan dan kematian dapat terjadi akibat penyakit yang tidak tertangani atau komplikasi medis.
- d. **Kesehatan Mental:** Krisis kesehatan juga dapat memengaruhi kesehatan mental masyarakat. Stres, trauma, kecemasan, dan depresi dapat meningkat, baik bagi mereka yang langsung terdampak maupun bagi petugas kesehatan yang terlibat dalam penanganan krisis. (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) 2021)

B. Langkah Prioritas Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal

Berikut langkah dalam upaya pencegahan peningkatan kematian maternal dan neonatal (Kementerian kesehatan RI 2018)

- a. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascapersalinan dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian
- b. Melakukan pemetaan puskesmas dan rumah sakit
- c. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat khususnya untuk ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat
- d. Berkoordinasi dengan subklaster gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian
- e. Memastikan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal dan rujukan 24 jam/7hari
- f. Memastikan asupan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan ibu menyusui, dan bayi baru lahir

1. Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal adalah:

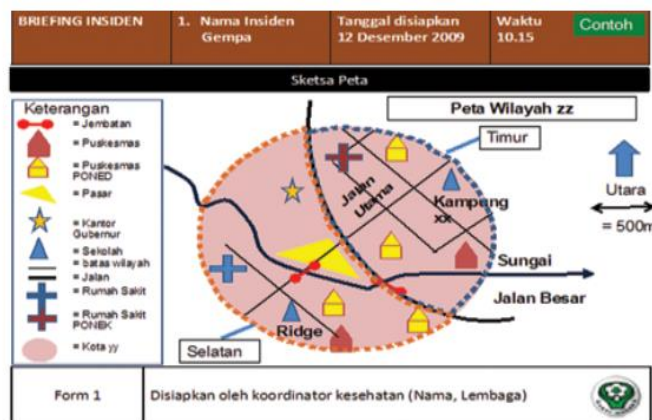
- a. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pasca persalinan dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian

Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pasca persalinan dan bayi baru lahir perlu dilakukan sejak awal bencana oleh penanggung jawab dengan keterlibatan aktif semua anggota sub klaster. Informasi tentang jumlah dan lokasinya digunakan untuk merencanakan penjangkauan pelayanan kesehatan dan pemantauan. Beberapa langkah yang dilakukan dalam pendataan dan pemetaan ibu hamil dan ibu pascapersalinan:

- 1) Kumpulkan data sekunder dari program KIA yang ada di puskesmas setempat.
- 2) Siapkan peta daerah setempat dan menandai lokasi dan jumlah sasaran ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir.

- 3) Lakukan pencatatan ulang di lokasi terdampak dan pengungsian dengan pengambilan data primer berdasarkan data aktual di lapangan. Gunakan format wawancara ibu hamil dan format wawancara ibu pascapersalinan.
- 4) Lakukan pembuatan peta tematik dengan metode tumpang susun (overlay). Overlay pada peta dilakukan terhadap beberapa data/indikator seperti jumlah ibu hamil, ibu pascapersalinan, jumlah bayi baru lahir. Indikator dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan.
- 5) Lakukan pemetaan untuk perencanaan dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan

Tabel 7.2



b. Melakukan Pemetaan Puskesmas dan Rumah Sakit

Pemetaan dan penilaian puskesmas rawat inap dan rumah sakit minimal kelas C dilakukan oleh penanggung jawab komponen maternal neonatal untuk mengetahui kemudahan akses dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar. Hal-hal yang harus diobservasi, antara lain adalah :

- 1) Kondisi bangunan terhadap kelayakan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi

- 2) Ketersediaan peralatan, obat-obatan dan sumber daya manusia, untuk mengetahui kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan prosedur tepat melakukan rujukan: termasuk stabilisasi pasien.
 - 3) Kondisi geografis, termasuk kemudahan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dengan menghitung perkiraan waktu tempuh dan jarak tempuh. Apabila tidak memungkinkan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu singkat, perlu dipertimbangkan penggunaan Public Safety Centre (PSC 119). Pastikan adanya informasi tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal dan/neonatal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut.
 - 4) Transportasi, ketersediaan transportasi dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dalam 24 jam terutama apabila akan merujuk kasus kegawatdaruratan maternal neonatal. Penanggung jawab komponen maternal neonatal memastikan ada petugas pendamping dan alat transportasi yang digunakan untuk merujuk. Pastikan stabilisasi pasien sudah dilakukan sebelum merujuk.
- c. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan adanya tempat khusus ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat

Penempatan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian menjadi penting karena terdapat risiko mengalami komplikasi misalnya hiperemesis, risiko keguguran, ketuban pecah dini dan pada bayi baru lahir dapat mengalami infeksi yang didapat dari lingkungan. Penjangkauan dilakukan untuk memudahkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang optimal dan memudahkan dalam pemantauan kesehatan. Penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan bahwa :

- 1) Mengelompokkan ibu hamil pada trimester ketiga dan/atau yang memiliki risiko tinggi pada satu tempat yang berada dekat tempat pelayanan kesehatan.
 - 2) Menyiapkan alat transportasi yang dapat digunakan sewaktu waktu untuk melakukan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan maternal neonatal. Persiapan transportasi termasuk kesiapan petugas, supir, bensin.
 - 3) Menyediakan fasilitas yang mendukung kesehatan dengan memperhatikan keamanan serta kenyamanan sarana dan prasarana di dalam tempat pengungsian bagi ibu hamil dan bayi baru lahir (kecukupan air bersih, suhu ideal, sirkulasi udara yang baik, privasi yang terjaga, situasi yang kondusif bagi kondisi psikologis ibu hamil, dll).
 - 4) Ibu hamil pada trimester ketiga diberikan kit individu (kit ibu hamil). Penjangkauan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian dapat memudahkan untuk pemberian layanan yang tepat dalam penanganan masalah kesehatan ibu hamil tersebut.
 - 5) Pastikan tempat tertutup dalam melakukan ANC dan jika terdapat tanda-tanda bahaya kehamilan atau persalinan segera dirujuk.
 - 6) Berikan edukasi kepada ibu, suami dan keluarga tentang tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan pascapersalihan, apabila ditemukan tanda bahaya segera menghubungi petugas kesehatan. Gunakan buku KIA untuk mengedukasi ibu, suami dan keluarga.
- d. Berkoordinasi dengan subklaster gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian Sejak hamil, ibu dimotivasi untuk memberikan ASI kepada bayinya. Ibu pascapersalinan di pengungsian tetap dianjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pada kondisi lingkungan yang kurang mendukung, ibu mungkin tidak dapat memberikan ASI secara optimal sehingga keberadaan tenaga konselor ASI di pengungsian mungkin diperlukan. Konselor ASI tidak terbatas pada tenaga kesehatan saja tetapi dapat juga masyarakat yang sudah

mengikuti pelatihan konselor ASI. Suami dan keluarga diharapkan dapat mendukung ibu untuk memberikan ASI. Konselor ASI akan memberikan informasi, memotivasi dan mengedukasi ibu dan keluarga agar tetap memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi di pengungsian. Penanggung jawab komponen maternal neonatal berkoordinasi dengan koordinator sub klaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan sub klaster gizi untuk:

- 1) Penyediaan tenaga konselor ASI bila dibutuhkan
 - 2) Menyiapkan pelaksanaan konseling ASI dilakukan berkelompok atau secara individu, disesuaikan dengan kondisi pengungsian dan jumlah ibu yang akan dikonseling
 - 3) Menyusun jadwal, waktu dan tempat pelaksanaan konseling ASI
- e. Memastikan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal dan rujukan 24 jam/7hari
- 1) Pada setiap kehamilan dapat terjadi komplikasi sewaktu waktu yang dapat mengakibatkan keadaan kegawatdaruratan maternal neonatal. Untuk itu penanggung jawab komponen maternal neonatal wajib memastikan tersedianya:
 - a) Petugas kesehatan terlatih dengan jadwal jaga 24 jam/7hari
 - b) Alat dan obat kegawatdaruratan tersedia
 - c) Sistem rujukan yang berfungsi (transportasi, radiokomunikasi, stabilisasi pasien, kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju)
 - 2) Jika pelayanan rujukan 24 jam/7 hari tidak tersedia maka penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan adanya petugas kesehatan di puskesmas yang tetap dapat melakukan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal melalui bimbingan dan konsultasi ahli.
 - 3) Pelayanan dan asuhan pasca keguguran
- f. Memastikan asupan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui, bayi baru lahir

Asupan gizi yang cukup dan baik harus dipenuhi untuk kelompok rentan khususnya ibu hamil, ibu menyusui dan bayi

baru lahir. Ibu hamil dan ibu menyusui dianjurkan untuk konsumsi beragam makanan dengan pola gizi seimbang dan proporsional. Penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan:

- 1) Kecukupan gizi bagi kelompok rentan terutama ibu hamil dan ibu menyusui dengan cara berkoordinasi dengan koordinator sub klaster gizi dan klaster perlindungan dan pengungsian untuk menyediakan makanan yang sesuai dengan pola gizi seimbang
- 2) Pengolahan makanan dilakukan secara higienis dan mempertimbangkan ketersediaan bahan pangan lokal
- 3) Penggunaan buku KIA untuk pemantauan kecukupan gizi
- 4) Apabila didapatkan ibu hamil dengan permasalahan gizi, penanggung jawab komponen maternal neonatal dapat berkoordinasi dengan sub klaster gizi dan sub klaster pelayanan kesehatan untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada ibu hamil dan ibu menyusui.

Langkah-langkah/kegiatan koordinasi PPAM kesehatan reproduksi

- a. Mengidentifikasi lembaga, organisasi, sektor lain yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk menjadi anggota subklaster kesehatan reproduksi di wilayah bencana
- b. Melakukan rapat koordinasi untuk menentukan penanggung jawab komponen PPAM sesuai dengan bidang kerjanya
- c. Mensosialisasikan PPAM kesehatan reproduksi dan menyusun rencana kerja
- d. Melakukan pertemuan rutin sub klaster kesehatan reproduksi dan melaporkan kepada koordinator klaster kesehatan
- e. Memastikan terdapat pelayanan kesehatan reproduksi pada tempat pengungsian
- f. Mengkoordinir ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan reproduksi

C. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Pra Krisis Kesehatan

Menurut PPAM Kespro, terdapat beberapa langkah strategis yang dapat diambil oleh bidan dalam upaya pencegahan peningkatan kematian maternal dan neonatal sebelum terjadinya krisis kesehatan. Pada masa pra-krisis, fokus utama adalah mengidentifikasi risiko, melakukan tindakan preventif, serta mempersiapkan sistem kesehatan untuk merespons secara efektif saat terjadi krisis kesehatan. Berikut adalah beberapa peran penting yang harus dilakukan oleh bidan pada fase pra-krisis.

a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Berkualitas

Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal Care): Bidan memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan ibu hamil menerima perawatan prenatal secara teratur, termasuk pemeriksaan kesehatan ibu dan janin. Pemeriksaan ini meliputi pengukuran tekanan darah, pemantauan pertumbuhan janin, pemeriksaan urine untuk mendeteksi komplikasi seperti preeklamsia atau infeksi saluran kemih, serta pemberian suplemen yang diperlukan, seperti asam folat dan tablet besi untuk mencegah anemia.

Deteksi Dini Risiko Kehamilan: Bidan berperan dalam mendeteksi dini risiko kehamilan berisiko tinggi, seperti hipertensi, diabetes gestasional, atau kehamilan dengan komplikasi lainnya. Identifikasi dini ini memungkinkan tindakan lebih cepat dan pencegahan yang lebih efektif

b. Penyuluhan dan Edukasi Kesehatan kepada Masyarakat

Pendidikan Kesehatan Reproduksi: Bidan berperan dalam memberikan penyuluhan kepada ibu hamil, keluarga, serta masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan selama kehamilan, tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, serta pentingnya akses ke layanan kesehatan yang berkualitas. Informasi ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong ibu hamil untuk mencari bantuan medis saat diperlukan.

Edukasi Tentang Persalinan yang Aman: Penyuluhan mengenai persalinan yang aman, serta pencegahan komplikasi yang bisa terjadi selama persalinan, adalah bagian dari upaya preventif. Bidan memberikan informasi kepada ibu hamil tentang tempat persalinan yang aman, pemilihan fasilitas kesehatan yang tepat, serta prosedur yang harus dijalani untuk meminimalkan risiko.

c. Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Pasca Persalinan

Perawatan Pasca-persalinan: Setelah persalinan, peran bidan sangat penting dalam memantau kondisi ibu dan bayi. Pengawasan terhadap tanda-tanda infeksi, perdarahan, dan masalah lainnya pada ibu sangat penting untuk mencegah kematian maternal. Begitu pula dengan perawatan bayi baru lahir, di mana bidan akan memastikan bahwa bayi mendapatkan ASI eksklusif, menjaga kebersihan tali pusat, serta mencegah hipotermia dengan teknik perawatan yang tepat.

Konseling Laktasi dan Kesehatan Bayi: Bidan memberikan konseling kepada ibu terkait pentingnya pemberian ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar. Ini sangat penting untuk mencegah malnutrisi pada bayi yang dapat meningkatkan risiko kematian neonatal.

d. Peningkatan Keterampilan dan Pendidikan Bidan

Pelatihan Bidan: Berdasarkan panduan dari PPAM Kespro, sangat penting bagi bidan untuk terus mengikuti pelatihan yang berfokus pada pengelolaan kehamilan berisiko tinggi, manajemen persalinan dengan komplikasi, serta pengenalan dan penanganan masalah neonatus. Dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan, maka kualitas pelayanan kesehatan reproduksi bisa lebih terjaga, bahkan dalam situasi darurat.

Pelatihan dalam Menghadapi Krisis Kesehatan: Meskipun fase pra-krisis lebih menekankan pada pencegahan, bidan juga harus dilatih untuk mengenali tanda-tanda krisis kesehatan yang akan datang, seperti wabah penyakit menular atau bencana alam yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi.

e. Koordinasi dengan Fasilitas Kesehatan Lainnya

Rujukan dan Kerja Sama Antar fasilitas: Bidan juga berperan dalam mengidentifikasi ibu hamil dengan kondisi medis tertentu yang membutuhkan perhatian lebih, dan merujuk mereka ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Koordinasi dengan tenaga medis lainnya, seperti dokter spesialis kandungan dan neonatologis, juga menjadi bagian dari upaya pencegahan kematian maternal dan neonatal pada masa pra-krisis.

Penguatan Sistem Kesehatan: Di tingkat yang lebih luas, bidan berkontribusi dalam menguatkan sistem kesehatan dengan memastikan bahwa fasilitas kesehatan di daerah mereka dilengkapi dengan peralatan dan obat yang diperlukan untuk menangani masalah maternal dan neonatal. Bidan juga berperan dalam membantu menyusun rencana kontinjensi untuk memastikan bahwa layanan kesehatan tetap dapat berjalan dengan baik dalam kondisi darurat. (Kementerian kesehatan RI 2018)

D. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

a. Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Terjangkau dan Aksesible

Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal Care): Bidan memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan ibu hamil menerima perawatan prenatal secara teratur, termasuk pemeriksaan kesehatan ibu dan janin. Pemeriksaan ini meliputi pengukuran tekanan darah, pemantauan pertumbuhan janin, pemeriksaan urine untuk mendeteksi komplikasi seperti preeklamsia atau infeksi saluran kemih, serta pemberian suplemen yang diperlukan, seperti asam folat dan tablet besi untuk mencegah anemia.

Deteksi Dini Risiko Kehamilan: Bidan berperan dalam mendeteksi dini risiko kehamilan berisiko tinggi, seperti hipertensi, diabetes gestasional, atau kehamilan dengan komplikasi lainnya. Identifikasi dini ini memungkinkan tindakan lebih cepat dan pencegahan yang lebih efektif.

b. Manajemen Persalinan dan Komplikasi Maternal

Pendidikan Kesehatan Reproduksi: Bidan berperan dalam memberikan penyuluhan kepada ibu hamil, keluarga, serta masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan selama kehamilan, tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, serta pentingnya akses ke layanan kesehatan yang berkualitas. Informasi ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong ibu hamil untuk mencari bantuan medis saat diperlukan.

Edukasi Tentang Persalinan yang Aman: Penyuluhan mengenai persalinan yang aman, serta pencegahan komplikasi yang bisa terjadi selama persalinan, adalah bagian dari upaya preventif. Bidan memberikan informasi kepada ibu hamil tentang tempat persalinan yang aman, pemilihan fasilitas kesehatan yang tepat, serta prosedur yang harus dijalani untuk meminimalkan risiko.

c. Penyuluhan Kesehatan dan Edukasi kepada Komunitas

Perawatan Pasca-persalinan: Setelah persalinan, peran bidan sangat penting dalam memantau kondisi ibu dan bayi. Pengawasan terhadap tanda-tanda infeksi, perdarahan, dan masalah lainnya pada ibu sangat penting untuk mencegah kematian maternal. Begitu pula dengan perawatan bayi baru lahir, di mana bidan akan memastikan bahwa bayi mendapatkan ASI eksklusif, menjaga kebersihan tali pusat, serta mencegah hipotermia dengan teknik perawatan yang tepat.

Konseling Laktasi dan Kesehatan Bayi: Bidan memberikan konseling kepada ibu terkait pentingnya pemberian ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar. Ini sangat penting untuk mencegah malnutrisi pada bayi yang dapat meningkatkan risiko kematian neonatal.

d. Penyediaan Kesehatan Mental untuk Ibu dan Keluarga

Pelatihan Bidan: Berdasarkan panduan dari PPAM Kespro, sangat penting bagi bidan untuk terus mengikuti pelatihan yang berfokus pada pengelolaan kehamilan berisiko tinggi, manajemen persalinan

dengan komplikasi, serta pengenalan dan penanganan masalah neonatus. Dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan, maka kualitas pelayanan kesehatan reproduksi bisa lebih terjaga, bahkan dalam situasi darurat.

Pelatihan dalam Menghadapi Krisis Kesehatan: Meskipun fase pra-krisis lebih menekankan pada pencegahan, bidan juga harus dilatih untuk mengenali tanda-tanda krisis kesehatan yang akan datang, seperti wabah penyakit menular atau bencana alam yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi.

e. Koordinasi dan Kolaborasi dengan Tim Tanggap Darurat

Rujukan dan Kerja Sama Antar fasilitas: Bidan juga berperan dalam mengidentifikasi ibu hamil dengan kondisi medis tertentu yang membutuhkan perhatian lebih, dan merujuk mereka ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Koordinasi dengan tenaga medis lainnya, seperti dokter spesialis kandungan dan neonatologis, juga menjadi bagian dari upaya pencegahan kematian maternal dan neonatal pada masa pra-krisis.

Penguatan Sistem Kesehatan: Di tingkat yang lebih luas, bidan berkontribusi dalam menguatkan sistem kesehatan dengan memastikan bahwa fasilitas kesehatan di daerah mereka dilengkapi dengan peralatan dan obat yang diperlukan untuk menangani masalah maternal dan neonatal. Bidan juga berperan dalam membantu menyusun rencana kontinjensi untuk memastikan bahwa layanan kesehatan tetap dapat berjalan dengan baik dalam kondisi darurat.(2021)

E. Peran Bidan dalam Upaya Pencegahan Peningkatan Kematian Maternal dan Neonatal Pada Pasca Krisis Kesehatan

a. Pemulihan Layanan Kesehatan Reproduksi

Penyediaan Layanan Kesehatan yang Terjangkau dan Berkualitas: Pasca-krisis, fasilitas kesehatan sering kali rusak atau berkurang kapasitasnya. Bidan berperan penting dalam membantu pemulihan dan penguatan kembali layanan kesehatan reproduksi, terutama

yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan bayi. Ini termasuk memastikan bahwa pelayanan antenatal (kehamilan) dan postnatal (pasca-persalinan) berjalan dengan baik dan ibu hamil dapat mengakses layanan dengan mudah.

Manajemen Persalinan dan Perawatan Pasca-Persalinan: Bidan memainkan peran dalam memastikan bahwa ibu yang baru melahirkan mendapatkan perawatan yang optimal untuk mencegah komplikasi pasca-persalinan, seperti perdarahan post-partum, infeksi, atau eklampsia. Selain itu, mereka memberikan perawatan bayi baru lahir, termasuk pemantauan terhadap kesehatan bayi untuk mencegah kematian neonatal.

b. Pencegahan Kematian Neonatal

Perawatan Neonatal yang Holistik: Salah satu upaya utama dalam mengurangi kematian neonatal adalah memastikan bahwa bayi yang baru lahir mendapat perawatan segera setelah lahir. Bidan memastikan bahwa prosedur perawatan bayi baru lahir, seperti pemotongan tali pusat yang steril, pemantauan suhu tubuh bayi, serta pemberian ASI eksklusif dilakukan dengan benar dan tepat waktu.

Imunisasi dan Pemberian Vitamin: Bidan berperan dalam memastikan bahwa bayi menerima imunisasi yang diperlukan untuk mencegah penyakit menular. Di samping itu, pemberian suplemen vitamin A atau suplemen lainnya yang dibutuhkan untuk kesehatan bayi juga penting, terutama di daerah yang terkena dampak krisis yang mengurangi akses terhadap nutrisi yang baik.

c. Edukasi dan Penyuluhan Kesehatan kepada Masyarakat

Penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak: Pasca-krisis, bidan perlu memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai pentingnya pemulihan kesehatan pasca-persalinan, seperti tanda-tanda infeksi, pentingnya perawatan ASI, serta tanda bahaya bagi ibu dan bayi. Penyuluhan ini dapat dilakukan melalui pertemuan di posko kesehatan atau komunitas untuk memastikan bahwa informasi

tentang perawatan kesehatan ibu dan anak dapat diakses oleh banyak orang.

Edukasi Tentang Kesehatan Mental: Dalam fase pasca-krisis, kesehatan mental ibu dan keluarga dapat terganggu akibat trauma atau stres. Bidan dapat memberikan konseling dasar atau mengarahkan ibu kepada layanan kesehatan mental yang tersedia, membantu mereka mengatasi kecemasan dan stres yang mungkin memengaruhi kesehatan mereka dan bayi.

d. Pemantauan Kesehatan Ibu dan Anak Secara Berkala

Pemantauan Kesehatan Pasca-Persalinan: Dalam fase pasca-krisis, penting untuk melakukan pemantauan secara rutin terhadap kondisi ibu setelah persalinan dan bayi yang baru lahir. Bidan akan memastikan bahwa ibu mendapatkan pemeriksaan lanjutan untuk mendeteksi komplikasi seperti infeksi atau perdarahan. Pemeriksaan ini juga penting untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang bisa muncul setelah persalinan, termasuk masalah menyusui atau perawatan bayi.

Pemantauan Kesehatan Neonatal: Pemantauan terhadap bayi pada minggu pertama setelah lahir sangat penting untuk mencegah kematian neonatal. Bidan akan mengawasi kondisi bayi, memberikan perawatan tali pusat, serta mencegah hipotermia pada bayi, yang sering kali terjadi dalam kondisi krisis, terutama jika tempat tinggal atau fasilitas kesehatan rusak.

e. Mengelola Sumber Daya Kesehatan dan Infrastruktur

Pengelolaan Sumber Daya yang Terbatas: Pasca-krisis, salah satu tantangan terbesar adalah keterbatasan sumber daya, baik dalam hal tenaga medis, obat-obatan, maupun fasilitas kesehatan. Bidan harus memiliki kemampuan untuk mengelola sumber daya yang terbatas dengan sebaik-baiknya dan memprioritaskan kebutuhan kesehatan ibu dan bayi yang mendesak. Hal ini mencakup pengelolaan stok obat-obatan, alat medis, dan penggunaan ruang perawatan yang efisien di fasilitas kesehatan.

Rehabilitasi Infrastruktur Kesehatan: Di banyak daerah pasca-krisis, fasilitas kesehatan sering kali mengalami kerusakan parah. Bidan berperan dalam membantu pemulihan infrastruktur medis di tingkat puskesmas atau klinik, termasuk pembenahan sarana sanitasi, alat-alat medis, dan perlengkapan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

f. Koordinasi dan Kolaborasi dengan Tim Tanggap Darurat

Kerja Sama Antar Lembaga Kesehatan: Setelah krisis, banyak organisasi pemerintah dan non-pemerintah yang terlibat dalam upaya pemulihan. Bidan harus dapat bekerja sama dengan tim medis lainnya, seperti dokter spesialis, tenaga perawat, serta lembaga bantuan kesehatan lainnya, untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi.

Rujukan dan Kolaborasi dengan Rumah Sakit: Pada beberapa kasus, jika terjadi komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut, bidan perlu berkoordinasi dengan rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk merujuk ibu atau bayi yang membutuhkan perawatan intensif atau operasi.(2021)

Kesehatan Reproduksi dan Penyakit Menular Seksual

Kesehatan reproduksi adalah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang menyeluruh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi mencakup kemampuan untuk memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, serta kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering bereproduksi (Rosa et al., 2020). Pengetahuan seksual yang benar dapat mengarahkan seseorang pada perilaku seksual yang rasional dan bertanggung jawab, serta membantu dalam membuat keputusan penting tentang seksualitas (Syam et al., 2021).

Perilaku seksual pranikah pada remaja melibatkan beberapa tahapan, mulai dari berpegangan tangan, cium kering, cium basah, berpelukan, memegang atau meraba bagian sensitif, petting, oral sex, hingga bersenggama (sexual intercourse). Perilaku ini dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS dan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), yang dapat menyebabkan aborsi pada remaja (Sastria et al., 2019).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan pada individu yang berkaitan dengan pencapaian tujuan kesehatan baik untuk diri sendiri maupun masyarakat. Ini bukan sesuatu yang bisa diberikan oleh satu orang kepada orang lain, bukan pula serangkaian prosedur atau produk yang harus dicapai. Sebaliknya, pendidikan kesehatan adalah proses perkembangan yang dinamis, di mana individu secara aktif menerima atau menolak informasi, sikap, dan praktik baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Setyawati et al., 2021).

Pendidikan adalah alat utama untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang bermoral dan berkualitas tinggi. Sumber daya manusia ini mencerminkan kontribusi nyata pendidikan terhadap kemajuan atau kemunduran suatu bangsa. Kondisi bangsa Indonesia saat ini merupakan hasil dari pendidikan nasional yang telah berjalan. Mempersiapkan generasi muda sangat bergantung pada kesiapan masyarakat, termasuk dalam menyampaikan filter perilaku negatif.

Mengabaikan kesehatan reproduksi dapat menimbulkan berbagai permasalahan bagi remaja, seperti seks bebas, kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), aborsi, penyakit menular seksual (PMS), HIV/AIDS, kekerasan seksual, serta keterbatasan akses terhadap informasi dan layanan kesehatan. Permasalahan ini dapat dihindari jika remaja lebih memahami proses perubahan yang terjadi pada diri mereka, sehingga lebih siap menghadapi pubertas, seksualitas.

A. Pengertian Kesehatan Reproduksi dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Kata "reproduksi" berasal dari kata "re" yang berarti kembali dan "produksi" yang berarti menghasilkan. Jika digabungkan, reproduksi adalah proses dalam kehidupan individu untuk menghasilkan keturunan. Kesehatan reproduksi, oleh karena itu, dapat diartikan sebagai kondisi di mana seseorang sehat secara fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem, fungsi, serta proses reproduksi. Kesehatan reproduksi mencakup tidak hanya penyakit yang dapat mengganggu sistem reproduksi, tetapi juga cara mencegah dan menjaga diri agar terhindar dari gangguan reproduksi (Rima Wirenviona et al., 2020).

Reproduksi adalah cara dasar pertahanan diri yang dilakukan oleh semua organisme hidup melalui generasi sebelumnya untuk menghasilkan generasi berikutnya. Selain itu, reproduksi dapat diartikan sebagai proses biologis individu untuk menghasilkan individu baru. Reproduksi umumnya dibagi menjadi dua jenis: seksual dan aseksual (Anggraeni, 2022).

Kesehatan reproduksi bertujuan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif kepada setiap perempuan, termasuk aspek kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi. Tujuan ini mencakup peningkatan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya. Selain itu, kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kemandirian perempuan dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksi mereka.
2. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan dalam menentukan waktu, jarak, dan jumlah anak yang diinginkan.
3. Meningkatkan peran serta dan tanggung jawab pria terhadap dampak dari perilaku seksual dan fertilitasnya terhadap kesehatan dan kesejahteraan istri dan anak-anaknya (Seriana, 2023).

Kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek penting yang harus diperhatikan, termasuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR) seperti PMS dan HIV/AIDS, serta pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi. Selain itu, perhatian juga diberikan kepada kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan infertilitas, kanker pada usia lanjut, osteoporosis, serta berbagai masalah kesehatan reproduksi lainnya seperti kanker serviks, mutilasi genital, dan fistula. Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja mencakup berbagai hal, mulai dari risiko anemia pada saat menarche (haid pertama), hingga risiko tertular penyakit hubungan seksual seperti HIV/AIDS akibat perilaku seksual yang tidak sehat.

Adapun ruang lingkup penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Departemen Kesehatan RI dilaksanakan secara integratif dengan memprioritaskan pada empat komponen utama yang menjadi masalah pokok di Indonesia, yaitu:

1. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir: Memastikan ibu dan bayi dalam kondisi sehat selama dan setelah proses persalinan.
2. Keluarga Berencana: Memberikan layanan untuk membantu keluarga dalam merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak.
3. Kesehatan Reproduksi Remaja: Menyediakan informasi dan layanan kesehatan reproduksi khusus bagi remaja untuk mengurangi risiko kesehatan reproduksi.
4. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit: Fokus pada pencegahan dan penanganan penyakit yang berhubungan dengan reproduksi, termasuk PMS dan HIV/AIDS.

B. Hak Reproduksi dan Faktor Kesehatan Reproduksi

Hak-hak reproduksi, menurut kesepakatan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, bertujuan untuk mencapai kesehatan fisik dan mental yang utuh bagi individu. Hak-hak ini meliputi:

1. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan tentang kesehatan reproduksi.
2. Hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.
3. Hak kebebasan berpikir mengenai pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Hak untuk dilindungi dari kematian terkait kehamilan.
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksi.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk, termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.
8. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
9. Hak untuk mendapatkan pelayanan dan kehidupan reproduksi yang baik.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan reproduksi.

12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Undang-Undang Nomor 4/2019 pasal 46 mengenai penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan dapat memberikan pelayanan termasuk pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Kebijakan Teknis Operasional di Indonesia (BKKBN 2000) Untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi, kebijakan teknis operasional di Indonesia meliputi:

1. Promosi Hak-hak Reproduksi: Dilaksanakan dengan menganalisis peraturan dan kebijakan yang ada untuk memastikan mereka mendukung kesehatan reproduksi yang komprehensif.
2. Advokasi Hak-hak Reproduksi: Advokasi ini bertujuan untuk mendapatkan dukungan dan komitmen dari tokoh politik, tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM/LSOM, dan pihak swasta.
3. KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) Hak-hak Reproduksi: Dengan KIE, diharapkan masyarakat semakin memahami hak-hak reproduksi sehingga dapat bersama-sama mewujudkannya (Permatasari, 2022).

Secara garis besar, faktor-faktor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi dapat dikelompokkan menjadi empat golongan:

1. Faktor Sosial-ekonomi dan Demografi: Kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan, ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil.
2. Faktor Budaya dan Lingkungan: Praktik tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan bahwa banyak anak banyak rezeki, serta informasi yang membingungkan anak dan remaja tentang fungsi reproduksi.
3. Faktor Psikologis: Dampak keretakan orang tua pada remaja, depresi akibat ketidakseimbangan hormonal, serta rasa tidak berharga yang dialami wanita karena pria membeli kebebasannya secara materi.
4. Faktor Biologis: Cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi akibat penyakit menular seksual, dan lain-lain (Kusuma et al., 2022).

C. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit menular seksual (PMS) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. PMS merupakan salah satu dari sepuluh penyebab utama penyakit yang tidak menyenangkan pada laki-laki dewasa muda dan penyebab kedua terbesar pada perempuan dewasa muda di negara berkembang. PMS masih menjadi salah satu dari sepuluh penyebab utama penyakit yang tidak menyenangkan pada laki-laki dewasa muda dan penyebab kedua terbesar pada perempuan dewasa muda di negara berkembang. Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah penyakit infeksi yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Hingga saat ini, IMS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia, baik di negara maju maupun negara berkembang (Mongan & Sinaga, 2019).

D. Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual (IMS)

1. Cara Penularan Infeksi Menular Seksual

Berikut ini tabel cara penularan Infeksi Menular Seksual:

Tabel 8.1

Jenis	Asal Usul	Cara Penularan	Contoh
Infeksi Endogen	Organisme yang biasanya ditemukan di vagina	Biasanya tidak ditularkan dari seseorang ke orang lain, tapi pertumbuhan yang berlebihan dapat mengarah timbulnya gejala-gejala	Infeksi jamur, infeksi vagina yang disebabkan oleh bakteri (vaginosis bacterial)
Infeksi yang ditularkan	Pasangan seks yang menderita IMS	Hubungan seks yang pasangan	Gonore, klamidiosis, sifilis,

melalui hubungan seksual		sudah menderita IMS	chancroid, trikomoniasis, herpes genital, dan HIV
Infeksi iatrogenik	Di dalam tubuh atau di luar tubuh: Endogen (vagina) IMS (Serviks atau vagina) Pencemaran Luar	Melalui prosedur medis atau setelah pemeriksaan atau intervensi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas	Penyakit radang panggul (Pelvic Inflammatory Diseases/PID) setelah terjadi keguguran atau prosedur transgenital.

2. Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual

Adapun jenis dan ciri-ciri dari Penyakit Menular Seksual:

1) Gonorrhoe

Penyebab : *Neisseria gonorrhoeae*

Gejala Klinis:

Pria: duh tubuh uretra, kental, putih kekuningan atau kuning, kadang mukoid atau mukopurulen

Wanita : Seringkali asimtomatik

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom

2) Chlamidia

Gejala Klinis:

Pria : Duh tubuh uretra, serosa atau seropurulen, kadang-kadang purulen, dapat disertai eritema meatus.

Wanita : duh tubuh serviks purulen, ektopia serviks, serviks mudah berdarah

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan

3) Herpes Genitalia

Gejala Klinis:

Herpes Genital Pertama: diawali dengan bintil, luka/erosi berkelompok, di atas dasar kemerahan, sangat nyeri

Herpes genital kambuhan: timbul bila ada faktor pencetus (daya tahan menurun, faktor stress pikiran, senggama berlebihan, kelelahan)

Pencegahan: Tidak berhbungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom dan hindarkan faktor pencetus

4) Sifilis (Raja Singa)

Gejala Klinis: Luka atau koreng, jumlah biasanya satu, bulat atau lonjong, dasar bersih, teraba kenyal sampai keras, tidak ada rasa nyeri pada penekanan. Kelenjar getah bening dilipat paha bagian dalam membesar, kenyal, juga tidak nyeri pada penekanan.

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

5) Ulkus Mole

Gejala Klinis: Luka atau koreng, jumlah biasanya satu, bulat atau lonjong, dasar bersih, teraba kenyal sampai keras, tidak ada rasa nyeri pada penekanan. Kelenjar getah bening dilipat paha bagian dalam membesar, kenyal, juga tidak nyeri pada penekanan.

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

6) Limfogranuloma Vereneum

Gejala Klinis: Kelainan kulit awal berupa lecet/luka jarang terlihat. Pembesaran kelenjar getah bening lipat paha bagian dalam, dengan tanda radang akut.

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

7) Trikomoniasis

Gejala Klinis: Duh tubuh vagina banyak, kuning-kehijauan, kadangkadang berbusa, berbau seperti ikan busuk, dapat disertai gatal.

Pencegahan: Jaga kebersihan alat kelamin. Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom

8) Kondiloma Akuminata (Kutil Kelamin)

Gejala Klinis: Bintil-bintil menonjol berbentuk seperti kutil terutama pada daerah yang lembab. Pada wanita dapat menimbulkan kanker mulut rahim

Pencegahan: Jaga kebersihan alat kelamin. Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom (Matahari, 2023).

E. Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit menular seksual (PMS) adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak aman. Pencegahan PMS sangat penting untuk melindungi kesehatan reproduksi dan mencegah penyebaran penyakit. Beberapa langkah untuk mencegah PMS antara lain:

1. Menggunakan Kondom: Kondom lateks atau kondom poliuretan dapat melindungi dari berbagai PMS, termasuk HIV, gonore, klamidia, dan sifilis. Pastikan kondom digunakan dengan benar pada setiap hubungan seksual, baik vaginal, anal, maupun oral.
2. Menjaga Kehidupan Seksual yang Setia: Menjalani hubungan monogami dengan pasangan yang tidak terinfeksi PMS dapat mengurangi risiko penularan penyakit. Pastikan pasangan Anda juga bebas dari PMS dengan memeriksakan diri secara rutin.
3. Vaksinasi: Beberapa PMS, seperti HPV (Human Papillomavirus) dan Hepatitis B, dapat dicegah dengan vaksinasi. Vaksin HPV disarankan untuk pria dan wanita pada usia muda, bahkan sebelum mereka aktif secara seksual.
4. Pemeriksaan Rutin: Lakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mendeteksi PMS, terutama jika Anda memiliki beberapa pasangan seksual. Tes HIV, sifilis, klamidia, gonore, dan HPV sangat penting untuk mendeteksi penyakit sejak dini.
5. Pendidikan Seksual: Pendidikan yang baik tentang seks yang aman dan risiko PMS dapat membantu orang membuat keputusan yang lebih sehat dan terinformasi. Mengetahui gejala PMS juga sangat penting agar dapat segera mendapatkan pengobatan.
6. Penggunaan Obat Antiretroviral (ART) untuk HIV: Bagi orang yang terpapar HIV, penggunaan obat antiretroviral (ART) dapat mengurangi viral load dan mencegah penularan ke pasangan.

7. Menghindari Seks yang Berisiko: Menghindari seks dengan orang yang tidak diketahui status kesehatannya atau yang memiliki banyak pasangan seksual. Praktik seks oral juga berisiko jika tidak dilakukan dengan pengaman (seperti pelindung mulut).
8. Menghindari Penggunaan Narkoba: Narkoba dapat meningkatkan perilaku berisiko tinggi, seperti hubungan seksual tanpa pengaman. Hindari penggunaan narkoba untuk mengurangi risiko terinfeksi PMS.
9. Sunat untuk Pria: Sunat memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan tubuh, salah satunya adalah menurunkan risiko terkena infeksi menular seksual seperti herpes dan HIV. Penyakit menular seksual dapat terjadi apabila kulup penis (preputium penis) terkena cairan vagina dan serviks yang terinfeksi virus. Virus ini dapat masuk ke dalam lipatan atau rongga kulup penis, sehingga menjaga kebersihan penis melalui sunat dapat mengurangi risiko gangguan kesehatan. Proses sunat atau khitan dapat dilakukan sejak usia 6 hingga 10 tahun atau saat anak baru memasuki sekolah dasar. Sebaiknya, hindari sunat ketika usia semakin tua karena membutuhkan masa pemulihan yang lebih lama dan prosedur sunat yang lebih sulit dijalani. Bagi penderita hipospadia atau gangguan posisi penis, penting untuk berkonsultasi terlebih dahulu dengan spesialis urologi karena adanya kelainan tertentu. Penderita hemofilia juga berisiko mengalami pendarahan apabila menjalani sunat, sehingga perlu penanganan khusus.

Pencegahan PMS memerlukan kesadaran, pengetahuan, dan keputusan yang bijak. Menggunakan langkah-langkah pencegahan yang tepat dapat membantu mengurangi penyebaran penyakit menular seksual.

Penyakit Menular dan Tidak Menular

Penyakit menular dan tidak menular merupakan dua kelompok penyakit utama yang memberikan dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat. Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023), penyakit tidak menular seperti diabetes, penyakit kardiovaskular, dan kanker menyumbang lebih dari 70% kematian secara global. Di sisi lain, penyakit menular seperti HIV/AIDS, malaria, dan tuberkulosis masih menjadi ancaman serius di banyak negara berkembang (UNICEF, 2022). Di Indonesia, data Kementerian Kesehatan (2023) menunjukkan bahwa kombinasi penyakit menular seperti DBD dan penyakit tidak menular seperti hipertensi menjadi penyebab utama beban ganda penyakit

Penyakit tidak menular seringkali menyebabkan kecacatan jangka panjang, yang mengurangi produktivitas dan meningkatkan biaya kesehatan (Bloom et al., 2018). Wabah penyakit menular seperti COVID-19 membuktikan bagaimana dampaknya dapat melumpuhkan ekonomi global dalam waktu singkat (John Hopkins University, 2021).

Intervensi yang dapat direncanakan berupa perencanaan strategi pencegahan, seperti vaksinasi untuk penyakit menular dan promosi gaya hidup sehat untuk penyakit tidak menular. Selain itu peran masyarakat dalam deteksi dini dan kepatuhan terhadap pengobatan menjadi lebih efektif dengan pengetahuan yang baik.

Pada bab ini akan dibahas tentang penyakit menular dan tidak menular dengan harapan meningkatkan pemahaman masyarakat sehingga diharapkan terjadi perubahan gaya hidup sehat, melakukan deteksi dini serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan terhadap penyakit menular dan penyakit tidak menular..

A. Penyakit Menular

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh patogen seperti virus, bakteri, jamur, atau parasit, yang dapat ditularkan dari satu individu ke individu lain, baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 2023). Karakteristik utama penyakit menular meliputi:

1. Faktor Risiko:

Penyakit menular dapat disebabkan karena a) Kondisi Lingkungan seperti Sanitasi buruk, air yang terkontaminasi, dan kepadatan populasi tinggi meningkatkan risiko penularan (Cohen et al., 2020). b) Faktor Sosial seperti kemiskinan, rendahnya edukasi, dan akses yang terbatas ke layanan kesehatan. c) Perilaku individu seperti kurangnya kebiasaan mencuci tangan, penggunaan air yang tidak bersih, dan praktik seksual yang tidak aman (UNICEF, 2022).

2. Cara Penularan:

Cara penularan penyakit menular dikelompokkan menjadi 3 yaitu a) Penularan langsung seperti melalui kontak fisik, percikan udara (*droplet*), atau hubungan seksual. Contoh: COVID-19, HIV/AIDS.

b) Penularan tidak langsung seperti melalui vektor seperti nyamuk atau melalui benda yang terkontaminasi (*fomites*). Contoh: Demam berdarah, malaria. c) Penularan vertikal yaitu Dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, atau menyusui. Contoh: Sifilis kongenital, HIV.

3. Faktor Resiko

Penyebaran penyakit menular semakin merebak disebabkan oleh faktor sebagai berikut:

a. Faktor Lingkungan

Perubahan iklim memperluas habitat vektor penyakit seperti nyamuk penyebab malaria dan demam berdarah (IPCC, 2022).

Urbanisasi yang tidak terencana meningkatkan risiko penularan penyakit menular akibat sanitasi yang buruk (Cohen et al., 2020).

b. Perilaku Manusia

Mobilitas tinggi dan interaksi sosial meningkatkan risiko penyebaran penyakit menular seperti COVID-19 (WHO, 2021).

c. Faktor Genetik dan Biologis

Mutasi genetik pada virus atau bakteri dapat menghasilkan strain baru yang lebih virulen, seperti pada kasus varian Delta dan Omicron dari SARS-CoV-2 (Nature, 2021).

d. Keterbatasan Sistem Kesehatan

Ketidakmerataan akses terhadap layanan kesehatan dasar, seperti vaksinasi dan pengobatan, memperburuk penyebaran penyakit menular (The Lancet, 2022).

4. Jenis-Jenis Penyakit Menular

a. Penyakit Berbasis Air

Penyakit menular yang ditularkan melalui air yang terkontaminasi oleh patogen, seperti bakteri dan virus. Contoh: Diare, kolera. Adapun faktor risiko adalah sanitasi yang buruk, kurangnya akses air bersih.

b. Penyakit Berbasis Udara

Penyakit yang ditularkan melalui udara melalui percikan cairan (*droplet*) atau partikel aerosol. Contoh: Tuberkulosis (TBC),

influenza. Adapun faktor risiko adalah kepadatan penduduk, ventilasi yang buruk.

c. Penyakit Berbasis Vektor

Penyakit yang ditularkan melalui perantara seperti nyamuk, lalat, atau kutu. Contoh: Malaria, demam berdarah. Adapun Faktor risikonya berupa perubahan iklim, lingkungan tempat berkembang biaknya vektor.

d. Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular yang ditularkan melalui kontak seksual tanpa pengaman. Contoh: HIV/AIDS, sifilis. Adapun faktor risiko berupa seks bebas, kurangnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi.

5. Epidemiologi Penyakit Menular

Insidensi dan prevalensi penyakit menular secara global bervariasi berdasarkan wilayah geografis dan tingkat sosial-ekonomi. Misalnya, laporan WHO (2023) menunjukkan bahwa tuberkulosis memiliki prevalensi tinggi di Asia Tenggara dan Afrika, sementara malaria terutama endemik di Afrika Sub-Sahara. Sedangkan Insidensi dan prevalensi penyakit menular secara lokal di Indonesia, data Kementerian Kesehatan (2023) mengungkapkan bahwa kasus DBD meningkat setiap musim hujan, dengan prevalensi tertinggi di daerah perkotaan yang padat penduduk.

Tren dan pola penyakit menular seperti HIV/AIDS menunjukkan tren penurunan berkat program pencegahan dan pengobatan yang masif (UNAIDS, 2022). Namun, penyakit zoonotik baru seperti COVID-19 menunjukkan peningkatan karena urbanisasi, perubahan iklim, dan perdagangan satwa liar (The Lancet, 2023).

6. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dapat dilakukan melalui cara sebagai berikut :

a. Vaksinasi

Vaksinasi merupakan salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit menular. Contoh: Vaksin COVID-19 telah

mengurangi tingkat hospitalisasi secara signifikan (NEJM, 2022). Program imunisasi nasional, seperti imunisasi polio dan campak di Indonesia, membantu mengurangi angka kejadian penyakit ini secara drastis (Kemenkes RI, 2023).

b. Peningkatan Higiene dan Sanitasi

Penyediaan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi yang memadai dapat menurunkan insidensi penyakit berbasis air seperti kolera dan diare (UNICEF, 2022). Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun terbukti mengurangi penularan infeksi saluran pernapasan hingga 23% (BMJ, 2020).

c. Edukasi Masyarakat

Edukasi tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sangat berperan dalam pencegahan penyakit menular. Contoh: Kampanye penggunaan masker dan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) berhasil meningkatkan kesadaran masyarakat selama pandemi COVID-19 (WHO, 2021). Informasi tentang pencegahan penyakit menular seksual melalui penggunaan kondom dan pemeriksaan kesehatan rutin dapat mengurangi risiko penyebaran HIV/AIDS (UNAIDS, 2022).

7. Penyebab Penyebaran Penyakit Menular Semakin Merebak

Penyakit Menular dapat merebak disebabkan oleh faktor-faktor sebagai berikut:

a. Faktor Lingkungan

Perubahan iklim memperluas habitat vektor penyakit seperti nyamuk penyebab malaria dan demam berdarah (IPCC, 2022). Urbanisasi yang tidak terencana meningkatkan risiko penularan penyakit menular akibat sanitasi yang buruk (Cohen et al., 2020).

b. Perilaku Manusia

Mobilitas tinggi dan interaksi sosial meningkatkan risiko penyebaran penyakit menular seperti COVID-19 (WHO, 2021).

c. Faktor Genetik dan Biologis

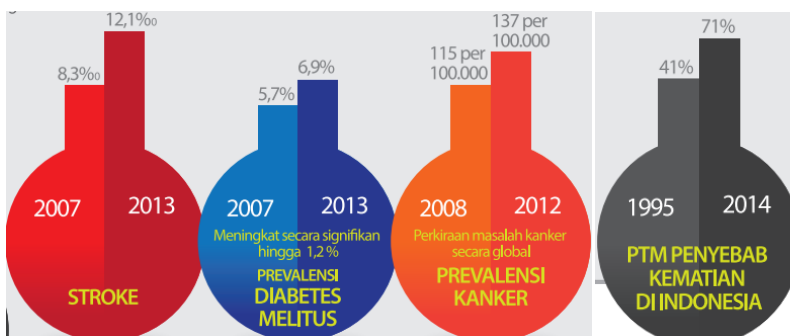
Mutasi genetik pada virus atau bakteri dapat menghasilkan strain baru yang lebih virulen, seperti pada kasus varian Delta dan Omicron dari SARS-CoV-2 (Nature, 2021).

B. Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (*Non-Communicable Diseases/NCDs*) adalah penyakit yang tidak ditularkan langsung antar individu, melainkan disebabkan oleh kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. Contohnya meliputi diabetes, hipertensi, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis (WHO, 2023).

1. Kronisitas Penyakit Tidak Menular (PTM)

Penyakit tidak menular cenderung berkembang perlahan dan berlangsung dalam waktu lama, seringkali seumur hidup. Gejala awal sering kali tidak terlihat hingga mencapai tahap yang lebih parah. Selain itu, penyakit tidak menular memiliki sifat kronis, yaitu berlangsung dalam jangka panjang dan sering kali tidak dapat disembuhkan secara total. Kondisi ini memerlukan manajemen berkelanjutan yang mencakup perawatan medis, perubahan gaya hidup, dan pencegahan komplikasi. Kronisitas PTM seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) tidak hanya berdampak pada kesehatan individu tetapi juga pada sistem kesehatan secara keseluruhan. Adapun Karakteristik Kronisitas PTM terbagi menjadi 3 yaitu: a) Durasi waktu yang panjang yaitu penyakit ini dapat berlangsung bertahun-tahun atau seumur hidup (WHO, 2023). b) Kompleksitas perawatan yaitu memerlukan pendekatan multidisiplin, termasuk farmakoterapi, terapi rehabilitasi, dan dukungan psikososial (CDC, 2022). c) Komplikasi dari PTM Jika tidak dikelola dengan baik, PTM dapat menyebabkan komplikasi berat seperti gagal organ, amputasi, atau kematian dini (The Lancet, 2022).



Gambar 7.1: Kejadian PTM (Kemenkes RI, 2016)

2. Beban Ganda Penyakit Tidak Menular

Di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, masyarakat menghadapi beban ganda penyakit "*double burden*", yaitu tingginya prevalensi penyakit menular (seperti tuberkulosis dan malaria) yang bersamaan dengan meningkatnya PTM. Penyebab beban ganda penyakit tidak menular: a) Urbanisasi cepat mengakibatkan perubahan gaya hidup seseorang sehingga meningkatkan risiko PTM (UNICEF, 2022). b) Transisi Epidemiologi yaitu perpindahan pola penyakit dari dominasi penyakit infeksi ke PTM, tetapi tanpa eliminasi total penyakit menular (Bloom et al., 2018). c) Keterbatasan akses layanan kesehatan yaitu sistem kesehatan sering kali belum siap menghadapi kedua jenis penyakit ini secara bersamaan (Kemenkes RI, 2023).

3. Faktor resiko

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak ditularkan langsung dari satu individu ke individu lain dan sering kali berkembang secara perlahan dengan durasi yang panjang. Faktor risiko PTM dapat dibagi menjadi dua kategori utama:

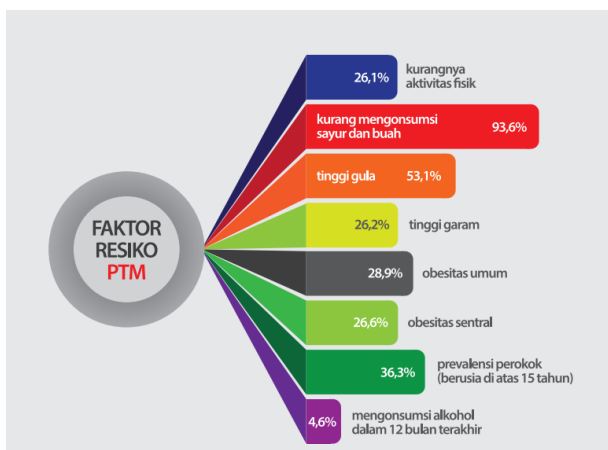
a. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah

Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi 1) Usia yaitu Risiko PTM meningkat seiring bertambahnya usia 2) Jenis Kelamin dimana beberapa PTM lebih umum pada jenis kelamin tertentu. 3) Genetik yaitu riwayat keluarga dengan PTM tertentu dapat meningkatkan risiko individu misalkan, seperti

kanker payudara akibat mutasi gen BRCA1/BRCA2 (JAMA, 2020)

b. Faktor Risiko yang Dapat Diubah

Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi 1) Pola makan tidak sehat berupa pola makan tinggi gula, garam, dan lemak menjadi penyebab utama meningkatnya penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi (Global Nutrition Report, 2022). 2) Kurang aktivitas fisik yaitu gaya hidup sehari-hari seperti asupan makan yang berlebihan berkontribusi pada obesitas dan PTM lainnya. 3) Merokok, contohnya kebiasaan merokok meningkatkan risiko berbagai PTM, termasuk penyakit paru-paru dan kanker. 4) Konsumsi alkohol berlebihan dapat menyebabkan kerusakan organ dan meningkatkan risiko PTM. 5) Kelebihan Berat Badan (Obesitas) yaitu Obesitas merupakan faktor risiko utama untuk berbagai PTM, termasuk diabetes tipe 2 dan hipertensi. 6) Kurangnya edukasi masyarakat tentang gaya hidup sehat berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (BMJ, 2019)



Gambar 7.2: Faktor Risiko PTM (Kemenkes RI, 2016)

4. Jenis-Jenis Penyakit Tidak Menular

- a. Penyakit Kardiovaskular
Contoh: hipertensi, penyakit jantung koroner, dan stroke.
Faktor risiko penyakit kardiovaskuler berupa pola makan buruk, obesitas, merokok, dan kurang aktivitas fisik.
- b. Diabetes Mellitus
Faktor risiko diabetes mellitus berupa obesitas, pola makan tinggi gula, dan kurang aktivitas fisik.
- c. Penyakit Kanker
Contoh: kanker paru-paru, payudara, dan usus besar.
Faktor risiko penyakit kanker berupa merokok, paparan zat karsinogenik, dan pola makan tidak sehat.
- d. Penyakit Pernapasan Kronik
Contoh: PPOK dan asma. Faktor risiko Penyakit Pernapasan Kronik berupa polusi udara dan merokok.
- e. Gangguan Mental dan Neurologis
Contoh: depresi, demensia, dan epilepsi.
Faktor risiko gangguan mental dan neurologis berupa stres, faktor genetik, dan penyakit lainnya.

5. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular

- a. Prevalensi Global
Menurut WHO (2023), PTM bertanggung jawab atas 70% dari semua kematian global, dengan angka tertinggi di negara-negara berkembang.
- c. Prevalensi Lokal di Indonesia
Data Kementerian Kesehatan (2023) menunjukkan bahwa prevalensi diabetes mencapai 10,6%, hipertensi 34%, dan obesitas 21,8%.
- d. Tren dan Pola Penyakit
PTM meningkat karena urbanisasi, perubahan pola makan, dan gaya hidup sedentari.

6. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

a. Promosi Gaya Hidup Sehat

Konsumsi makanan sehat dengan perbanyak buah, sayur, dan serat (FAO, 2022). Aktivitas fisik seperti olah raga teratur: minimal 150 menit per minggu (WHO, 2023).

b. Pemeriksaan Kesehatan Rutin

Skrining diabetes, hipertensi, dan kanker untuk deteksi dini (CDC, 2022).

c. Kebijakan Publik

Kebijakan publik yang telah dicanangkan oleh pemerintah untuk mengurangi resiko penyakit tidak menular, misalnya larangan merokok di tempat umum, pengendalian iklan makanan tidak sehat.

d. Edukasi Masyarakat

Penyuluhan tentang bahaya PTM dan cara pencegahannya. Misal penyuluhan Kanker payudara dan perawatan payudara.

C. Interaksi antara Penyakit Menular dan Tidak Menular

Interaksi antara penyakit menular dan penyakit tidak menular (PTM) merupakan aspek penting dalam epidemiologi, karena keduanya dapat saling mempengaruhi dalam hal prevalensi, distribusi, dan dampak terhadap kesehatan masyarakat

Beberapa penelitian menunjukkan adanya keterkaitan antara penyakit menular dan PTM. Infeksi tertentu dapat meningkatkan risiko pengembangan PTM. Misalnya, infeksi virus hepatitis B dan C diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko kanker hati. Demikian pula, infeksi Human Papillomavirus (HPV) terkait dengan kanker serviks. Selain itu, peradangan kronis akibat infeksi dapat memicu mekanisme patologis yang berujung pada PTM. Sebaliknya, penderita PTM dengan sistem imun yang lemah mungkin lebih rentan terhadap infeksi penyakit menular.

Penyakit menular dapat memperberat beban PTM melalui beberapa mekanisme. Infeksi yang menyebabkan peradangan kronis dapat memicu atau memperparah kondisi PTM. Sebagai contoh, infeksi HIV

dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan diabetes melalui mekanisme peradangan dan disfungsi imun. Selain itu, beban ganda penyakit menular dan PTM dapat membebani sistem kesehatan, terutama di negara berkembang, dengan meningkatkan kebutuhan layanan kesehatan dan sumber daya yang lebih besar

D. Strategi Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Strategi kebijakan kesehatan masyarakat dalam pemantauan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular sebagai berikut :

1. Sistem Surveilans Penyakit Menular dan Tidak Menular

Sistem surveilans merupakan komponen vital dalam pemantauan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Sistem Informasi Surveilans Penyakit Tidak Menular (PTM) berbasis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) Generik, p-Care, dan Sistem Elektronik Faktor Risiko PTM berbasis Posbindu.

Selain itu, surveilans penyakit menular juga dilakukan secara rutin untuk penyakit seperti diare, malaria, dan demam berdarah dengue (RAP, 2021)

2. Peran Teknologi dalam Deteksi dan Manajemen Penyakit

Teknologi memainkan peran penting dalam deteksi dan manajemen penyakit. Penggunaan *Internet of Things* (IoT) memungkinkan alat medis, perangkat *wearable*, dan aplikasi kesehatan bekerja secara terpadu untuk memantau kondisi pasien secara real-time.

Selain itu, kecerdasan buatan (AI) telah diterapkan dalam diagnosis penyakit, seperti penggunaan stetoskop pintar berteknologi AI untuk mendeteksi penyakit jantung. Di Indonesia, pengembangan biosensor elektrokimia juga sedang dilakukan untuk deteksi dini penyakit (Kurniawan, 2024).

3. Kebijakan dan Program Nasional/Global dalam Penanganan Penyakit

Pemerintah Indonesia telah menetapkan berbagai kebijakan untuk penanganan penyakit menular dan tidak menular. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 mengatur tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan, yang mencakup pedoman untuk surveilans epidemiologi penyakit menular dan tidak menular.

Selain itu, Kementerian Kesehatan mendorong rumah sakit swasta untuk meningkatkan layanan dengan teknologi canggih guna deteksi penyakit, seperti penggunaan cyclotron dan digital PET/CT scan untuk mendeteksi penyebaran sel tumor secara akurat. (Kemenkes RI, 2016)

4. Studi Kasus Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan surveilans penyakit menular dan tidak menular di tingkat puskesmas menunjukkan variasi dalam pelaksanaan. Studi di UPT Puskesmas Tasikmadu, Karanganyar, mengungkapkan bahwa pelaporan data surveilans dilakukan melalui pengumpulan data dari jejaring layanan kesehatan dan masyarakat setempat. Namun, kendala seperti keterbatasan sumber daya manusia dan jejaring yang belum optimal masih menjadi tantangan dalam pencatatan penyakit (Nunik Maya et al, 2023)

E. Masa Depan Penanganan Penyakit Menular dan Tidak Menular

1. Tantangan dalam Penanganan Penyakit Menular dan Tidak Menular

Penanganan penyakit menular dan tidak menular menghadapi berbagai tantangan, termasuk keterbatasan sumber daya, infrastruktur kesehatan yang belum merata, dan kebutuhan akan data yang akurat untuk pengambilan keputusan. Pemanfaatan teknologi dalam pengumpulan dan pengelolaan data menjadi krusial untuk mengatasi tantangan ini, memungkinkan ahli epidemiologi untuk memperoleh data yang lebih baik dan melakukan analisis yang lebih efektif.

2. Inovasi dan Pendekatan Berbasis Komunitas

Inovasi dalam teknologi kesehatan, seperti pengembangan sistem elektronik medis berbasis AI, berpotensi meningkatkan kualitas manajemen dan diagnosis penyakit. Pendekatan berbasis komunitas, seperti Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), juga memainkan peran penting dalam surveilans faktor risiko penyakit tidak menular, dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam deteksi dini dan pencegahan penyakit.

3. Pentingnya Kolaborasi Antar-Sektor

Kolaborasi antara sektor kesehatan, teknologi, dan komunitas menjadi kunci dalam penanganan penyakit di masa depan. Pemanfaatan teknologi untuk pengumpulan dan pengelolaan data kesehatan memerlukan kerjasama lintas sektor untuk memastikan data yang dihasilkan berkualitas dan dapat dimanfaatkan secara efektif dalam pengambilan keputusan kesehatan masyarakat. (Erna Yati Renyaan et al, 2018)

Manajemen Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah bidang ilmu yang berfokus pada cara memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan populasi melalui tindakan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif. Bidang ini menekankan bahwa mengatasi masalah kesehatan lokal, nasional, dan global memerlukan pendekatan multidisiplin dan kolaboratif. Manajemen kesehatan masyarakat adalah salah satu aspek penting dalam upaya mencapai kesejahteraan masyarakat. Di era globalisasi dan perkembangan teknologi yang pesat ini, tantangan yang dihadapi oleh sektor kesehatan semakin kompleks. Tidak hanya dalam hal penyediaan layanan kesehatan, tetapi juga dalam mengelola sumber daya manusia, pendanaan, serta kebijakan yang mendukung terciptanya sistem kesehatan yang berkelanjutan dan merata.

Buku ini hadir untuk memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang bagaimana manajemen kesehatan masyarakat dapat diimplementasikan dengan efektif, baik di tingkat nasional maupun global. Melalui pembahasan yang mudah dipahami dan dilengkapi dengan berbagai contoh dan kasus nyata, diharapkan pembaca dapat memperoleh wawasan yang luas mengenai konsep-konsep dasar dalam manajemen kesehatan, serta bagaimana cara mengelola sumber daya dan merancang kebijakan yang berdampak langsung terhadap kesehatan masyarakat.

Referensi yang digunakan dalam buku ini mencakup karya-karya penting dari berbagai sumber, baik dari buku nasional seperti karya Suharyono yang mengulas tentang manajemen kesehatan masyarakat di Indonesia, maupun buku internasional seperti "Public Health Management" oleh Ramon S. & Silvio M., yang membahas kebijakan dan strategi di tingkat global. Buku ini juga mencakup prinsip-prinsip dasar manajemen kesehatan, peran manajer kesehatan, serta tantangan yang sering muncul dalam pengelolaan layanan kesehatan masyarakat, seperti yang dibahas oleh Hempel dan Green.

Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat memahami dengan lebih baik bagaimana mengelola sistem kesehatan yang tidak hanya efisien dan efektif, tetapi juga inklusif dan berkeadilan. Semua pihak yang terlibat dalam sektor kesehatan, mulai dari pemerintah, tenaga kesehatan, hingga masyarakat itu sendiri, memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan perubahan yang positif. Dengan landasan manajemen yang baik, kita dapat mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Selamat membaca, semoga buku ini memberikan manfaat dan wawasan baru dalam dunia manajemen kesehatan masyarakat.

A. Konsep Dasar Manajemen Kesehatan Masyarakat

Manajemen kesehatan masyarakat merupakan bidang ilmu yang menggabungkan prinsip-prinsip manajemen dengan perhatian terhadap kesehatan masyarakat. Secara umum, manajemen kesehatan masyarakat bertujuan untuk merencanakan, mengorganisir, memimpin, dan mengendalikan sumber daya yang ada untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Manajemen tidak hanya berfokus pada pengelolaan rumah sakit atau fasilitas kesehatan, tetapi juga pada pengelolaan program kesehatan yang lebih luas, seperti pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan kebijakan kesehatan yang berdampak pada seluruh lapisan masyarakat. Manajemen kesehatan masyarakat mencakup berbagai kegiatan yang bertujuan untuk mencapai tujuan kesehatan yang lebih besar dengan cara merencanakan dan mengelola sumber daya yang tersedia secara efisien dan efektif. Pengelolaan harus mempertimbangkan berbagai faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan masyarakat, seperti ekonomi, sosial, dan lingkungan.

a) Pengertian dan Ruang Lingkup Manajemen Kesehatan Masyarakat

Manajemen kesehatan masyarakat dapat didefinisikan sebagai proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kegiatan yang terkait dengan kesehatan masyarakat, baik di tingkat nasional maupun lokal. Hal ini mencakup perencanaan kebijakan kesehatan, penyediaan layanan kesehatan, promosi kesehatan, serta pencegahan penyakit yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

Ruang lingkup manajemen kesehatan masyarakat mencakup berbagai bidang yang saling berkaitan, antara lain:

1. **Perencanaan Kesehatan:** Merancang strategi dan kebijakan yang tepat untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, termasuk perencanaan layanan kesehatan, fasilitas, dan program pencegahan penyakit.
2. **Penyediaan Layanan Kesehatan:** Mengelola fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan sumber daya lainnya untuk memberikan layanan kesehatan yang berkualitas.
3. **Promosi Kesehatan:** Menyusun dan melaksanakan program yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat.
4. **Pencegahan Penyakit:** Merancang dan melaksanakan program untuk mengurangi atau mengendalikan penyakit melalui vaksinasi, kampanye pencegahan, dan pengendalian faktor risiko.

5. **Evaluasi dan Pengawasan:** Melakukan penilaian terhadap hasil program kesehatan yang dilaksanakan serta mengawasi pelaksanaan kebijakan kesehatan untuk memastikan tercapainya tujuan yang diinginkan.

Ruang lingkup ini sangat penting karena manajemen kesehatan masyarakat mempengaruhi banyak aspek dalam kehidupan sosial, politik, dan ekonomi yang membutuhkan keterlibatan berbagai pihak.

b) Fungsi dan Prinsip Manajemen dalam Kesehatan Masyarakat

Fungsi manajemen dalam konteks kesehatan masyarakat mencakup empat aspek utama yang dikenal dengan istilah **POAC** (Planning, Organizing, Actuating, Controlling):

1. **Perencanaan (Planning):** Fungsi pertama ini adalah langkah awal dalam manajemen kesehatan masyarakat yang melibatkan analisis kebutuhan kesehatan, penetapan tujuan kesehatan, serta perencanaan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut.
2. **Pengorganisasian (Organizing):** Pengorganisasian melibatkan pengaturan sumber daya manusia, dana, dan fasilitas yang ada untuk mendukung pelaksanaan program kesehatan. Hal ini juga mencakup pembentukan struktur organisasi yang efisien dalam penyelenggaraan program-program kesehatan masyarakat.
3. **Pelaksanaan (Actuating):** Fungsi ini mencakup implementasi rencana yang telah disusun, yaitu pengelolaan kegiatan sehari-hari yang berkaitan dengan penyediaan layanan kesehatan dan program pencegahan penyakit.
4. **Pengendalian (Controlling):** Pengendalian bertujuan untuk memastikan bahwa semua kegiatan berjalan sesuai dengan rencana dan mencapai hasil yang diinginkan. Pengendalian dilakukan melalui evaluasi, pemantauan, dan perbaikan berkelanjutan.

Fungsi manajemen ini harus diterapkan dengan cermat dalam setiap aspek kesehatan masyarakat, karena kesalahan dalam salah satu fungsi dapat menghambat pencapaian tujuan yang lebih besar.

Prinsip Manajemen Kesehatan Masyarakat

Beberapa prinsip dasar yang harus dipegang dalam manajemen kesehatan masyarakat antara lain:

1. **Keterlibatan Masyarakat:** Program kesehatan harus melibatkan masyarakat dalam setiap tahap, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Hal ini penting agar program yang dijalankan dapat diterima dan efektif dalam menjawab kebutuhan masyarakat.
2. **Penggunaan Sumber Daya Secara Efisien:** Manajemen kesehatan masyarakat harus dapat mengelola sumber daya yang terbatas secara optimal untuk mencapai hasil yang maksimal.
3. **Kebijakan Berbasis Bukti:** Keputusan manajerial harus didasarkan pada data dan bukti ilmiah yang valid. Ini memastikan bahwa program kesehatan yang dijalankan benar-benar efektif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.
4. **Pendekatan Multisektoral:** Kesehatan masyarakat tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja, tetapi juga melibatkan sektor lainnya seperti pendidikan, ekonomi, dan lingkungan.

c) Peran Manajer Kesehatan Masyarakat

Manajer kesehatan masyarakat memainkan peran yang sangat penting dalam pengelolaan kesehatan masyarakat. Peran utama manajer kesehatan masyarakat mencakup:

1. **Perencanaan Strategis:** Manajer kesehatan masyarakat bertanggung jawab untuk merancang strategi yang tepat untuk mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Ini termasuk perencanaan jangka panjang dan jangka pendek dalam merespon isu kesehatan yang ada.
2. **Koordinasi dan Pengorganisasian:** Manajer kesehatan masyarakat harus dapat mengkoordinasikan berbagai pihak yang terlibat dalam program kesehatan, baik di tingkat pemerintahan, rumah sakit, lembaga swadaya masyarakat, maupun masyarakat itu sendiri.

3. **Penyediaan Layanan Kesehatan:** Sebagai pemimpin, manajer kesehatan masyarakat harus memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan memenuhi standar kualitas dan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat.
4. **Evaluasi dan Pengendalian Program:** Manajer kesehatan masyarakat juga bertanggung jawab dalam memantau dan mengevaluasi efektivitas program kesehatan yang telah dilaksanakan, serta melakukan perbaikan apabila diperlukan.

Peran manajer kesehatan masyarakat tidak hanya terbatas pada pengelolaan program, tetapi juga pada pengembangan kebijakan, pengawasan terhadap implementasi kebijakan, serta advokasi untuk mendapatkan dukungan sumber daya yang dibutuhkan.

B. Perencanaan Program Kesehatan Masyarakat

Perencanaan program kesehatan masyarakat merupakan langkah awal yang sangat penting dalam menciptakan program-program yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Proses perencanaan ini tidak hanya melibatkan penentuan tujuan dan strategi, tetapi juga mencakup langkah-langkah yang sistematis untuk memastikan bahwa program yang dijalankan dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada dengan efektif dan efisien.

Perencanaan program kesehatan masyarakat melibatkan serangkaian kegiatan yang dimulai dari identifikasi masalah kesehatan, pengumpulan data yang relevan, hingga penentuan prioritas dan tujuan yang jelas. Tujuan dari perencanaan ini adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak, merancang intervensi yang sesuai, dan mengalokasikan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai hasil yang maksimal.

a) Identifikasi Masalah Kesehatan Masyarakat

Langkah pertama dalam perencanaan program kesehatan masyarakat adalah **identifikasi masalah kesehatan masyarakat**. Identifikasi masalah kesehatan adalah proses menganalisis kondisi kesehatan masyarakat secara keseluruhan untuk menentukan masalah utama yang perlu diatasi. Masalah kesehatan ini bisa berupa

penyakit menular, penyakit tidak menular, kondisi gizi buruk, masalah lingkungan, atau akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan.

Identifikasi masalah dilakukan dengan melibatkan data dari berbagai sumber, seperti survei kesehatan masyarakat, laporan rumah sakit, data sensus kesehatan, serta konsultasi dengan para profesional kesehatan, pemangku kepentingan, dan masyarakat setempat. Proses ini bertujuan untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai masalah kesehatan yang ada, serta untuk memahami faktor-faktor penyebab dan dampak dari masalah tersebut.

Beberapa metode yang umum digunakan untuk identifikasi masalah kesehatan masyarakat adalah:

- **Pengamatan lapangan:** Observasi langsung terhadap kondisi kesehatan di masyarakat.
- **Wawancara dan diskusi kelompok terfokus:** Menggali informasi lebih dalam dari masyarakat atau tenaga kesehatan yang terlibat langsung dengan masalah kesehatan.
- **Analisis data sekunder:** Menggunakan data yang telah ada, seperti laporan kesehatan tahunan atau data registrasi penyakit.

b) Pengumpulan dan Analisis Data Epidemiologi

Setelah masalah kesehatan teridentifikasi, langkah berikutnya adalah **pengumpulan dan analisis data epidemiologi**. Data epidemiologi adalah data yang menggambarkan pola, distribusi, dan determinan penyakit atau kondisi kesehatan dalam suatu populasi. Data ini sangat penting untuk merancang program kesehatan yang tepat sasaran.

Pengumpulan data epidemiologi dilakukan melalui survei atau pengamatan yang dapat mencakup berbagai indikator kesehatan, seperti angka kejadian penyakit (incidence), prevalensi penyakit, angka kematian, serta faktor risiko yang ada dalam suatu populasi. Data ini bisa diperoleh melalui:

1. **Survei Kesehatan:** Pengumpulan data primer melalui wawancara, kuesioner, atau pengukuran langsung di lapangan.

2. **Sistem Informasi Kesehatan:** Data yang dikumpulkan melalui laporan rumah sakit, puskesmas, dan fasilitas kesehatan lainnya.
3. **Data Statistik Kesehatan:** Pengumpulan data dari instansi pemerintah atau lembaga internasional yang menyediakan data terkait indikator kesehatan global.

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah **analisis epidemiologi**. Ini bertujuan untuk menggali informasi lebih mendalam mengenai penyebab masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Analisis ini biasanya mencakup analisis distribusi penyakit berdasarkan variabel seperti usia, jenis kelamin, lokasi geografis, dan faktor sosial ekonomi. Selain itu, analisis ini juga membantu dalam mengidentifikasi pola-pola yang mungkin menunjukkan hubungan antara faktor risiko dan masalah kesehatan yang ada.

c) **Penentuan Prioritas dan Tujuan Program**

Hasil identifikasi masalah kesehatan dan analisis data epidemiologi, langkah berikutnya adalah **penentuan prioritas dan tujuan program**. Karena keterbatasan sumber daya, tidak semua masalah kesehatan dapat diatasi dalam satu waktu. Perlu dilakukan pemilihan prioritas masalah yang paling mendesak dan dapat memberikan dampak besar bagi peningkatan kesehatan masyarakat.

Prioritas masalah kesehatan ditentukan berdasarkan beberapa faktor, seperti:

- **Tingkat keparahan masalah:** Seberapa besar dampak masalah kesehatan terhadap masyarakat, seperti angka kematian, kecacatan, atau beban ekonomi yang ditimbulkan.
- **Prevalensi atau insiden:** Seberapa sering masalah tersebut terjadi dalam populasi.
- **Ketersediaan sumber daya:** Apakah sumber daya yang ada (misalnya tenaga kesehatan, dana, infrastruktur) cukup untuk menangani masalah tersebut.

Prioritas masalah ditentukan, langkah selanjutnya adalah merumuskan **tujuan program**. Tujuan ini haruslah SMART

(Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound), yaitu tujuan yang jelas, terukur, dapat dicapai, relevan dengan kondisi kesehatan masyarakat, dan memiliki batasan waktu yang jelas. Tujuan program ini akan menjadi dasar dalam merancang strategi dan rencana aksi untuk mengatasi masalah kesehatan yang telah diprioritaskan.

d) Pengembangan Strategi dan Rencana Aksi

Setelah prioritas dan tujuan program ditetapkan, langkah berikutnya adalah **pengembangan strategi dan rencana aksi**. Strategi adalah pendekatan yang akan digunakan untuk mencapai tujuan program kesehatan, sedangkan rencana aksi adalah langkah-langkah konkret yang harus diambil untuk melaksanakan strategi tersebut.

Pengembangan strategi kesehatan masyarakat melibatkan beberapa tahapan:

1. **Identifikasi Intervensi yang Tepat:** Berdasarkan masalah yang telah diprioritaskan, strategi intervensi yang sesuai harus dirancang. Ini bisa mencakup berbagai pendekatan, seperti promosi kesehatan, vaksinasi, peningkatan akses layanan kesehatan, atau perubahan perilaku masyarakat.
2. **Alokasi Sumber Daya:** Sumber daya yang terbatas harus dialokasikan dengan bijak untuk mendukung implementasi program. Ini mencakup alokasi dana, tenaga kerja, dan fasilitas.
3. **Penyusunan Jadwal:** Rencana aksi harus memiliki jadwal yang jelas, dengan penentuan kapan dan bagaimana setiap kegiatan akan dilaksanakan.
4. **Penentuan Metode Evaluasi:** Untuk mengukur keberhasilan program, penting untuk menyusun metode evaluasi yang sistematis untuk memantau kemajuan dan mengevaluasi hasil yang dicapai.

Rencana aksi ini harus dirancang dengan melibatkan berbagai pihak yang terkait, seperti tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah daerah, agar semua pihak dapat berperan aktif dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat tersebut.

C. Implementasi Program Kesehatan Masyarakat

Implementasi program kesehatan masyarakat merupakan tahap di mana rencana yang telah disusun diterjemahkan ke dalam tindakan nyata. Tahapan ini sangat menentukan keberhasilan program, karena mencakup pengorganisasian, pengelolaan sumber daya, koordinasi, pelaksanaan kegiatan, serta pengawasan dan evaluasi secara berkelanjutan. Implementasi program kesehatan masyarakat memerlukan pendekatan yang terstruktur untuk memastikan bahwa setiap elemen program berjalan sesuai rencana, terukur, dan mencapai hasil yang diharapkan.

a) Pengorganisasian dan Pengelolaan Sumber Daya

Pengorganisasian adalah langkah awal dalam implementasi program. Ini mencakup pembentukan struktur organisasi, distribusi tanggung jawab, dan pengelolaan sumber daya yang diperlukan.

Struktur Organisasi, program kesehatan harus dirancang sesuai dengan kompleksitas dan skala program. Pembentukan tim kerja yang efektif melibatkan:

- **Pembagian peran:** Menentukan siapa yang bertanggung jawab untuk setiap aktivitas.
- **Pendelegasian wewenang:** Memberikan otoritas kepada individu atau kelompok untuk mengambil keputusan dalam batas tertentu.
- **Komunikasi internal:** Membuat jalur komunikasi yang jelas untuk memastikan koordinasi yang efektif.

Pengelolaan Sumber Daya, mencakup alokasi dan pemanfaatan dana, tenaga kerja, fasilitas, dan bahan pendukung program. **Menekankan** pentingnya efisiensi dalam mengelola sumber daya, sehingga semua kebutuhan program dapat terpenuhi tanpa pemborosan. Pengelolaan sumber daya melibatkan:

- **Penganggaran:** Menyusun alokasi dana berdasarkan prioritas program.
- **Pengadaan sumber daya:** Memastikan ketersediaan bahan, alat, dan fasilitas yang diperlukan.

- **Manajemen tenaga kerja:** Mengatur tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi mereka untuk tugas yang spesifik

b) Koordinasi dengan Stakeholder dan Mitra Kerja

Koordinasi dengan stakeholder dan mitra kerja adalah kunci keberhasilan implementasi program kesehatan masyarakat. Stakeholder meliputi pemerintah, organisasi non-pemerintah (NGO), komunitas lokal, sektor swasta, dan institusi akademik.

Identifikasi Stakeholder, langkah pertama adalah mengidentifikasi stakeholder utama yang memiliki peran penting dalam mendukung program. Ini mencakup:

- **Stakeholder utama:** Pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan lembaga donor.
- **Mitra pendukung:** Organisasi masyarakat, media, dan akademisi.

Strategi Koordinasi, yang efektif mencakup:

- **Pertemuan berkala:** Melakukan pertemuan rutin untuk berbagi perkembangan program.
- **Kolaborasi lintas sektor:** Mengintegrasikan program dengan kebijakan atau inisiatif yang ada di sektor lain, seperti pendidikan dan lingkungan.
- **Komunikasi terbuka:** Menggunakan berbagai media untuk menyampaikan informasi program kepada semua mitra.

Koordinasi ini bertujuan untuk membangun sinergi, menghindari duplikasi, dan memastikan semua pihak bekerja menuju tujuan yang sama.

c) Pelaksanaan Kegiatan Program

Tahap pelaksanaan adalah inti dari implementasi program kesehatan masyarakat, di mana kegiatan yang telah direncanakan dilakukan sesuai jadwal dan tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan program melibatkan beberapa aspek:

- **Kegiatan langsung:** Misalnya, penyuluhan kesehatan, imunisasi, atau distribusi obat-obatan.

- **Pendampingan masyarakat:** Melibatkan komunitas lokal dalam program untuk meningkatkan keberlanjutan.
- **Adaptasi lapangan:** Menyesuaikan kegiatan dengan kondisi nyata di lapangan, tanpa mengubah tujuan utama program.

Menurut **Green & Kreuter (2005)**, keberhasilan pelaksanaan program sangat bergantung pada:

1. **Kesiapan tim kerja:** Meliputi pelatihan tenaga kerja dan distribusi sumber daya yang tepat waktu.
2. **Partisipasi masyarakat:** Mendorong masyarakat untuk aktif berpartisipasi dalam setiap tahap kegiatan.
3. **Dukungan logistik:** Memastikan ketersediaan bahan dan alat yang diperlukan.

d) **Monitoring dan Supervisi Pelaksanaan Program**

Monitoring dan supervisi adalah langkah penting untuk memastikan program berjalan sesuai rencana, mencapai target, dan memberikan dampak yang diharapkan.

1. **Monitoring**, proses pengumpulan data secara terus-menerus untuk menilai kemajuan program. Monitoring bertujuan untuk:
 - **Mengidentifikasi hambatan:** Menemukan masalah yang menghambat pelaksanaan program.
 - **Evaluasi proses:** Menilai apakah kegiatan telah dilaksanakan sesuai jadwal dan standar.
 - **Pengambilan keputusan:** Memberikan dasar untuk menyesuaikan strategi jika diperlukan.

Teknik monitoring meliputi:

- **Observasi langsung:** Mengunjungi lokasi program untuk melihat pelaksanaan kegiatan.
- **Laporan berkala:** Mengumpulkan laporan dari tim lapangan secara rutin.
- **Kuesioner dan wawancara:** Mendapatkan umpan balik dari masyarakat penerima manfaat.

2. **Supervisi**, upaya untuk memberikan bimbingan dan dukungan kepada tim pelaksana. Bahwa supervisi yang efektif mencakup:

- **Pendampingan teknis**: Memberikan pelatihan atau arahan langsung kepada staf lapangan.
- **Penyelesaian masalah**: Membantu tim dalam mengatasi kendala yang muncul selama pelaksanaan.
- **Peningkatan motivasi**: Memberikan penghargaan atau pengakuan atas kerja keras tim.

Supervisi harus dilakukan secara terencana, dengan pendekatan yang mendukung dan bukan mengontrol, sehingga tim pelaksana merasa diberdayakan untuk mencapai tujuan program.

D. Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat

Evaluasi program kesehatan masyarakat merupakan tahap kritis untuk menilai keberhasilan, efektivitas, dan dampak dari suatu program. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa tujuan yang telah ditetapkan tercapai, serta mengidentifikasi peluang untuk perbaikan dalam pelaksanaan program di masa depan.

Evaluasi program tidak hanya berfokus pada hasil, tetapi juga mencakup proses dan keberlanjutan program, sehingga evaluasi dapat menjadi panduan untuk pengambilan keputusan berbasis bukti.

a) Teknik dan Metode Evaluasi Program

Evaluasi program dapat dilakukan menggunakan berbagai teknik dan metode, tergantung pada tujuan evaluasi, jenis program, dan sumber daya yang tersedia. Beberapa teknik dan metode yang umum digunakan meliputi:

1. **Evaluasi Proses**, bertujuan untuk menilai bagaimana program dilaksanakan, termasuk sejauh mana pelaksanaan sesuai dengan rencana. Metode yang sering digunakan meliputi:
 - **Observasi langsung**: Mengamati kegiatan program di lapangan untuk memastikan sesuai dengan standar operasional.

- **Wawancara:** Mendapatkan masukan dari pelaksana program, peserta, dan stakeholder.
 - **Checklists dan laporan rutin:** Menggunakan daftar periksa untuk memastikan bahwa setiap tahapan pelaksanaan telah terpenuhi.
2. **Evaluasi Output**, hal ini fokus pada hasil langsung dari kegiatan program, seperti jumlah peserta yang menerima pelayanan, cakupan imunisasi, atau distribusi alat kesehatan. Teknik yang digunakan mencakup:
 - **Penghitungan indikator kuantitatif:** Mengukur keluaran program berdasarkan indikator yang telah ditentukan.
 - **Analisis data administratif:** Menggunakan data dari laporan pelaksanaan program untuk menilai pencapaian target.
 3. **Evaluasi Dampak**, bertujuan untuk menilai perubahan jangka panjang yang dihasilkan oleh program, seperti penurunan angka penyakit atau peningkatan kualitas hidup. Metode yang sering digunakan meliputi:
 - **Studi kohort:** Membandingkan kelompok yang terpapar program dengan kelompok kontrol.
 - **Survei epidemiologi:** Mengumpulkan data kesehatan masyarakat sebelum dan sesudah program.
 - **Analisis data sekunder:** Menggunakan data dari sumber lain, seperti laporan pemerintah atau penelitian, untuk menilai dampak program.
 4. **Teknik Partisipatif**, melibatkan masyarakat dalam proses evaluasi untuk memastikan bahwa pandangan dan kebutuhan mereka diperhitungkan. Teknik ini mencakup diskusi kelompok terfokus (FGD) dan penilaian partisipatif berbasis komunitas.

b) Pengukuran Kinerja dan Dampak Program

Pengukuran kinerja dan dampak program adalah bagian inti dari evaluasi untuk menilai sejauh mana program telah mencapai tujuan dan memberikan manfaat bagi masyarakat.

1. **Indikator Kinerja**, harus dirumuskan secara spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART). Contoh indikator meliputi:
 - Cakupan program (misalnya, persentase masyarakat yang menerima vaksinasi).
 - Kualitas pelayanan (misalnya, tingkat kepuasan peserta program).
 - Efisiensi pelaksanaan (misalnya, biaya per unit pelayanan).
2. **Pengukuran Dampak**, berfokus pada hasil jangka panjang, seperti:
 - Penurunan angka kematian atau morbiditas.
 - Peningkatan perilaku sehat di masyarakat.
 - Perubahan kebijakan atau sistem kesehatan sebagai hasil program.

Pengukuran kinerja dan dampak memerlukan kombinasi data kuantitatif dan kualitatif untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang keberhasilan program.

c) **Pelaporan dan Rekomendasi Perbaikan**

Pelaporan evaluasi adalah langkah penting untuk mendokumentasikan temuan, menyampaikan hasil kepada stakeholder, dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan. Laporan evaluasi harus disusun secara sistematis, jelas, dan berbasis data.

1. **Komponen Laporan Evaluasi**, mencakup:
 - **Pendahuluan:** Latar belakang program dan tujuan evaluasi.
 - **Metode:** Teknik dan pendekatan yang digunakan dalam evaluasi.
 - **Hasil:** Temuan utama, termasuk kinerja dan dampak program.
 - **Analisis:** Penjelasan tentang apa yang berhasil dan apa yang perlu diperbaiki.
 - **Rekomendasi:** Saran untuk perbaikan berdasarkan hasil evaluasi.

2. **Rekomendasi Perbaikan**, harus bersifat spesifik, realistis, dan dapat diimplementasikan. Contoh rekomendasi meliputi:
 - **Perbaikan proses**: Menyesuaikan mekanisme pelaksanaan untuk meningkatkan efisiensi.
 - **Pengembangan kapasitas**: Memberikan pelatihan tambahan bagi tenaga kerja.
 - **Penguatan kolaborasi**: Meningkatkan koordinasi dengan stakeholder untuk mendukung program.
3. **Komunikasi Hasil Evaluasi**, harus disampaikan secara efektif kepada stakeholder melalui:
 - Presentasi dan diskusi.
 - Publikasi dalam bentuk laporan ringkas atau infografis.
 - Dialog langsung dengan masyarakat dan mitra kerja.

Pelaporan evaluasi yang baik tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga menjadi dasar untuk meningkatkan keberlanjutan dan dampak positif dari program.

E. Manajemen Krisis dan Bencana dalam Kesehatan Masyarakat

Komponen terpenting dalam kesehatan masyarakat, terutama dalam menghadapi ancaman yang dapat mengganggu kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara luas. Proses ini melibatkan serangkaian langkah untuk mempersiapkan, merespons, dan memulihkan situasi darurat dengan tujuan melindungi kehidupan, mengurangi dampak kesehatan, serta mempercepat pemulihan.

a) Persiapan dan Perencanaan Tanggap Darurat

Merupakan langkah awal dalam manajemen krisis yang bertujuan untuk memastikan kesiapan semua pihak dalam menghadapi bencana atau krisis kesehatan. Langkah ini melibatkan:

1. **Identifikasi Risiko**, memahami potensi risiko adalah langkah awal dalam perencanaan tanggap darurat. Identifikasi risiko dilakukan dengan:

- Menggunakan data epidemiologi untuk mengetahui pola penyakit.
 - Memetakan wilayah rawan bencana seperti daerah banjir atau gempa.
 - Melakukan analisis dampak potensial dari risiko tersebut terhadap kesehatan masyarakat.
2. **Pengembangan Rencana Kontinjensi**, dokumen yang merinci langkah-langkah yang harus diambil saat krisis terjadi. Komponen penting dari rencana ini meliputi:
 - Prosedur evakuasi.
 - Mekanisme distribusi logistik kesehatan seperti obat-obatan dan alat kesehatan.
 - Penunjukan tim respons darurat dengan pembagian tugas yang jelas.
 3. **Pelatihan dan Simulasi**, persiapan tanggap darurat melibatkan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat untuk meningkatkan kapasitas respons. Simulasi bencana dapat dilakukan secara berkala untuk menguji efektivitas rencana kontinjensi.

b) **Manajemen Risiko dan Mitigasi Bencana**

Tujuannya untuk mengurangi kemungkinan dan dampak negatif dari krisis atau bencana. Pendekatan ini melibatkan tindakan preventif yang dirancang untuk meningkatkan ketahanan masyarakat terhadap ancaman.

1. **Penilaian Risiko**, langkah untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengevaluasi potensi ancaman. Data yang digunakan meliputi informasi geografi, pola penyakit, dan data sosial-ekonomi masyarakat.
2. **Strategi Mitigasi**, upaya untuk mengurangi dampak bencana sebelum terjadi. Strategi ini meliputi:
 - **Penguatan Infrastruktur Kesehatan**: Memastikan fasilitas kesehatan tahan terhadap bencana, seperti rumah sakit yang tahan gempa.

- **Edukasi Masyarakat:** Memberikan informasi kepada masyarakat tentang langkah-langkah pencegahan, seperti cara menjaga kebersihan saat banjir.
 - **Penguatan Sistem Informasi:** Mengembangkan sistem peringatan dini untuk memberi tahu masyarakat tentang ancaman yang akan datang.
3. **Kolaborasi Multi-Sektor,** Mitigasi memerlukan kerja sama antara berbagai sektor, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat lokal, untuk memastikan pendekatan terpadu dalam mengurangi risiko.

c) Evaluasi Pasca-Bencana dan Pemulihan

Pasca krisis atau bencana teratasi, tahap evaluasi dan pemulihan menjadi langkah penting untuk memulihkan kondisi masyarakat dan mencegah terulangnya krisis serupa di masa depan.

1. **Evaluasi Respons Bencana,** bertujuan untuk menilai efektivitas respons yang telah dilakukan. Komponen evaluasi meliputi:
 - **Kinerja Tim Darurat:** Mengukur seberapa cepat dan efektif tim tanggap darurat memberikan layanan kesehatan.
 - **Penggunaan Sumber Daya:** Menilai alokasi dan distribusi sumber daya selama bencana.
 - **Dampak pada Masyarakat:** Mengkaji dampak jangka pendek dan jangka panjang terhadap kesehatan masyarakat.
2. **Perencanaan Pemulihan,** melibatkan langkah-langkah untuk mengembalikan kondisi masyarakat seperti sebelum bencana atau bahkan meningkatkan ketahanan mereka. Langkah ini meliputi:
 - **Rehabilitasi Fasilitas Kesehatan:** Memperbaiki atau membangun kembali infrastruktur kesehatan yang rusak.
 - **Pemulihan Psikososial:** Memberikan dukungan mental dan emosional kepada korban bencana.
 - **Pemulihan Sistem Kesehatan:** Mengembalikan layanan kesehatan esensial seperti imunisasi dan pengobatan rutin.

3. **Dokumentasi dan Pembelajaran**, evaluasi pasca-bencana juga bertujuan untuk mendokumentasikan pelajaran yang didapat sehingga dapat digunakan sebagai panduan untuk menghadapi krisis di masa depan. Dokumentasi ini penting untuk meningkatkan sistem respons bencana secara berkelanjutan.

F. Kepemimpinan dan Etika dalam Kesehatan Masyarakat

Kepemimpinan dan etika memegang peran kunci dalam manajemen kesehatan masyarakat. Dalam konteks ini, seorang pemimpin harus mampu mengarahkan tim dan organisasi menuju tujuan kesehatan masyarakat yang optimal, dengan tetap mematuhi prinsip-prinsip etika dan tanggung jawab profesional. Selain itu, pengambilan keputusan berbasis bukti menjadi pendekatan yang sangat penting untuk memastikan kebijakan dan tindakan yang efektif.

a) Gaya Kepemimpinan dalam Kesehatan Masyarakat

Penerapan dalam kesehatan masyarakat dapat memengaruhi keberhasilan program dan strategi yang dilaksanakan. Berikut adalah beberapa gaya kepemimpinan yang umum diterapkan dalam manajemen kesehatan masyarakat:

1. **Kepemimpinan Transformasional**, menginspirasi dan memotivasi tim dengan visi yang jelas dan inovatif. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pemimpin transformasional:
 - Memberikan motivasi kepada tim kesehatan untuk melayani masyarakat dengan cara yang lebih baik.
 - Mendorong inovasi dalam merancang program kesehatan yang efektif.
 - Membangun semangat kolaborasi untuk mencapai tujuan bersama.
2. **Kepemimpinan Partisipatif**, gaya ini melibatkan anggota tim dalam proses pengambilan keputusan. Menekankan bahwa partisipasi aktif dapat meningkatkan rasa memiliki dan komitmen terhadap keberhasilan program kesehatan masyarakat.

3. **Kepemimpinan Situasional**, gaya ini menyesuaikan pendekatan kepemimpinan dengan situasi tertentu. Misalnya, dalam keadaan darurat kesehatan, seorang pemimpin mungkin perlu mengambil keputusan cepat dengan gaya otokratis, sementara dalam situasi perencanaan strategis, pendekatan yang lebih demokratis dapat lebih efektif.

b) Etika dan Tanggung Jawab Profesional

Etika dan tanggung jawab profesional dalam manajemen kesehatan masyarakat menjadi landasan penting untuk menjaga kepercayaan masyarakat dan memastikan pelayanan yang adil serta bermutu.

1. **Prinsip-Prinsip Etika dalam Kesehatan Masyarakat**, etika kesehatan masyarakat didasarkan pada prinsip-prinsip berikut:
 - **Keadilan (Justice)**: Memberikan pelayanan yang merata dan adil bagi semua kelompok masyarakat.
 - **Manfaat (Beneficence)**: Mengutamakan tindakan yang memberikan manfaat terbesar bagi masyarakat.
 - **Tidak Merugikan (Non-Maleficence)**: Menghindari tindakan yang dapat membahayakan individu atau kelompok.
 - **Otonomi (Autonomy)**: Menghormati hak individu untuk membuat keputusan terkait kesehatan mereka.
2. **Tanggung Jawab Profesional**, seorang pemimpin kesehatan masyarakat meliputi:
 - Menjaga kerahasiaan data kesehatan individu atau kelompok.
 - Bertindak transparan dalam penyusunan kebijakan kesehatan.
 - Mengambil keputusan yang berbasis bukti dan menghindari konflik kepentingan.

c) Pengambilan Keputusan Berbasis Bukti

Pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based decision-making) merupakan pendekatan yang menggunakan data dan informasi yang valid untuk mendukung pembuatan kebijakan dan pelaksanaan program kesehatan masyarakat.

1. Langkah-Langkah Pengambilan Keputusan Berbasis Bukti

- **Identifikasi Masalah:** Menentukan isu kesehatan yang perlu diatasi.
- **Pengumpulan Data:** Menggunakan data epidemiologi, survei, atau kajian literatur untuk memahami masalah.
- **Analisis Data:** Mengolah dan menganalisis data untuk mendapatkan pola, tren, dan faktor risiko.
- **Penggunaan Bukti dalam Kebijakan:** Menyusun kebijakan yang didasarkan pada temuan ilmiah dan praktik terbaik.

2. Manfaat Pendekatan Berbasis Bukti

- **Efektivitas:** Memastikan program yang dirancang benar-benar memberikan dampak yang diinginkan.
- **Efisiensi:** Menghindari pemborosan sumber daya dengan fokus pada intervensi yang terbukti efektif.
- **Keberlanjutan:** Memberikan dasar ilmiah yang kuat untuk program kesehatan yang berjangka panjang.

G. Inovasi dan Teknologi dalam Manajemen Kesehatan Masyarakat

Inovasi dan teknologi memainkan peran penting dalam mendukung efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan manajemen kesehatan masyarakat. Dalam era digital, penggunaan teknologi informasi dan pengembangan sistem informasi kesehatan menjadi elemen yang tidak terpisahkan untuk mendukung pengambilan keputusan, pelaksanaan program, serta evaluasi kinerja kesehatan masyarakat.

a) Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Manajemen Kesehatan Masyarakat

Teknologi informasi telah membawa perubahan besar dalam cara manajemen kesehatan masyarakat dilakukan. Pemanfaatannya mencakup berbagai aspek, antara lain:

1. **Pengumpulan dan Analisis Data,** teknologi memungkinkan pengumpulan data kesehatan secara real-time melalui perangkat seperti aplikasi kesehatan dan sistem elektronik. Data ini

kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi tren, pola, atau risiko kesehatan yang berkembang di masyarakat.

2. Komunikasi dan Edukasi

- **Telemedicine:** Teknologi telemedicine memungkinkan akses layanan kesehatan jarak jauh, terutama bagi masyarakat di daerah terpencil.
- **Media Sosial:** Digunakan untuk kampanye kesehatan, edukasi, dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu kesehatan tertentu.

3. **Pengelolaan Program,** Aplikasi manajemen kesehatan membantu perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan program kesehatan dengan lebih efisien. Contoh: **Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)** yang mengintegrasikan berbagai fungsi rumah sakit dalam satu platform digital.

b) Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Masyarakat

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah kumpulan data, proses, dan teknologi yang dirancang untuk mendukung pengambilan keputusan dalam kesehatan masyarakat.

1. Komponen Utama SIK

- **Pengumpulan Data:** Data dikumpulkan dari berbagai sumber, seperti puskesmas, rumah sakit, survei kesehatan, dan laporan epidemiologi.
- **Pengolahan Data:** Data diolah untuk menghasilkan informasi yang berguna bagi perencanaan dan pengambilan keputusan.
- **Distribusi Informasi:** Informasi didistribusikan kepada pemangku kepentingan melalui laporan, dashboard, atau aplikasi berbasis web.

2. Manfaat SIK

- **Pengambilan Keputusan Berbasis Bukti:** SIK menyediakan data yang akurat untuk mendukung kebijakan kesehatan.

- **Efisiensi Operasional:** Mengurangi duplikasi data dan meningkatkan koordinasi antar institusi.
- **Pemantauan dan Evaluasi:** Membantu memantau capaian program kesehatan secara sistematis.

3. Tantangan Pengembangan SIK

- Ketidakmerataan infrastruktur teknologi di berbagai daerah.
- Rendahnya kapasitas sumber daya manusia dalam mengelola SIK.
- Masalah keamanan dan kerahasiaan data.

c) Inovasi untuk Meningkatkan Efektivitas Program Kesehatan Masyarakat

Inovasi dalam kesehatan masyarakat tidak hanya terkait teknologi, tetapi juga mencakup pendekatan baru yang kreatif untuk meningkatkan hasil program kesehatan.

1. Pendekatan Inovatif dalam Promosi Kesehatan

- **Gamifikasi:** Penggunaan elemen permainan dalam aplikasi kesehatan untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat.
- **Intervensi Berbasis Komunitas:** Pendekatan yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam merancang dan melaksanakan program kesehatan.

2. Penggunaan Teknologi Baru

- **Artificial Intelligence (AI):** AI digunakan untuk memprediksi penyebaran penyakit, menganalisis data kesehatan, dan memberikan diagnosis awal.
- **Internet of Things (IoT):** IoT membantu memantau kesehatan individu melalui perangkat yang terhubung, seperti sensor kesehatan atau wearable devices.
- **Big Data Analytics:** Teknologi ini memungkinkan analisis data dalam jumlah besar untuk mengidentifikasi tren kesehatan dan merancang intervensi yang tepat sasaran.

3. Inovasi dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

- **Pelayanan Kesehatan Berbasis Digital:** Mengintegrasikan teknologi digital dalam pemberian layanan kesehatan, seperti aplikasi jadwal konsultasi dokter atau pembayaran online.
- **Penggunaan Drones:** Untuk distribusi obat atau vaksin ke daerah terpencil dengan akses yang sulit.

H. Studi Kasus dan Praktik Manajemen Kesehatan Masyarakat

Studi kasus dan praktik terbaik menjadi referensi penting dalam memahami implementasi program kesehatan masyarakat secara nyata. Melalui analisis kasus dan pengalaman lapangan, manajer kesehatan dapat belajar dari keberhasilan dan tantangan yang dihadapi oleh program-program sebelumnya. Dengan simulasi dan latihan, kemampuan dalam menerapkan teori manajemen kesehatan juga dapat diasah.

a) Contoh Kasus Program Kesehatan

1. Kampanye Imunisasi Nasional di Indonesia

Program imunisasi nasional adalah salah satu contoh keberhasilan manajemen kesehatan masyarakat. Dengan dukungan pemerintah, organisasi internasional seperti WHO dan UNICEF, serta komunitas lokal, cakupan imunisasi di Indonesia meningkat signifikan.

- **Keberhasilan:**
 - Pengurangan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah oleh vaksin, seperti polio dan campak.
 - Mobilisasi sumber daya manusia dan logistik di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil.
 - Pemanfaatan teknologi informasi untuk memantau distribusi vaksin dan cakupan imunisasi.
- **Faktor Kesuksesan:**
 - Koordinasi yang baik antara pemerintah pusat dan daerah.
 - Edukasi masyarakat tentang pentingnya imunisasi.

- Pemantauan dan evaluasi program secara berkelanjutan.

2. Penanganan Wabah Ebola di Afrika Barat (2014–2016)

- **Keberhasilan:** Penanganan wabah ini menunjukkan pentingnya koordinasi internasional, respons cepat, dan pendekatan berbasis komunitas.
- **Faktor Kesuksesan:**
 - Penyediaan pelatihan intensif untuk petugas kesehatan.
 - Penerapan protokol kesehatan yang ketat.
 - Penggunaan komunikasi publik untuk mengurangi stigma dan meningkatkan partisipasi masyarakat.

b) Pembelajaran dari Pengalaman Lapangan

1. Tantangan yang Umum Dihadapi

- Keterbatasan Sumber Daya:** Kekurangan tenaga kesehatan, dana, atau fasilitas dapat menghambat pelaksanaan program kesehatan.
- Hambatan Budaya:** Beberapa intervensi kesehatan sulit diterima karena bertentangan dengan norma atau tradisi setempat.
- Koordinasi Antarlembaga:** Minimnya sinergi antara pemangku kepentingan sering mengakibatkan duplikasi atau konflik dalam pelaksanaan program.

2. Solusi dari Lapangan

- Pendekatan Partisipatif:** Melibatkan komunitas lokal dalam perencanaan dan pelaksanaan program.
- Adaptasi Program:** Menyesuaikan program dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat setempat.
- Inovasi Teknologi:** Memanfaatkan teknologi sederhana yang dapat diakses oleh masyarakat luas, seperti aplikasi seluler untuk pengingat imunisasi.

c) Simulasi dan Latihan Praktik Manajemen Kesehatan

Simulasi dan latihan adalah metode pembelajaran interaktif untuk meningkatkan kompetensi manajer kesehatan masyarakat. Berikut adalah beberapa pendekatan yang dapat diterapkan:

1. Simulasi Keputusan Manajemen

- **Deskripsi:** Peserta diberikan skenario nyata, seperti tanggap darurat bencana atau penyusunan program kesehatan.
- **Tujuan:** Mengembangkan kemampuan analitis dan pengambilan keputusan dalam situasi yang kompleks.
- **Hasil:** Peserta belajar menghadapi tantangan dengan strategi yang terstruktur dan berbasis bukti.

2. Latihan Tanggap Bencana

- **Deskripsi:** Pelatihan melibatkan simulasi skenario bencana, seperti banjir atau wabah penyakit menular.
- **Tujuan:** Menguji kesiapan tim kesehatan dalam merespons situasi darurat.
- **Hasil:** Identifikasi kelemahan dalam sistem tanggap darurat dan penguatan koordinasi antar lembaga.

3. Praktik Lapangan

- **Deskripsi:** Peserta diterjunkan langsung ke komunitas untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, mengembangkan rencana intervensi, dan melaksanakan program kecil.
- **Tujuan:** Memberikan pengalaman nyata dalam mengelola program kesehatan di lapangan.
- **Hasil:** Peningkatan pemahaman tentang tantangan lokal dan kemampuan beradaptasi.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu pilar terpenting pembangunan suatu negara. Sistem kesehatan mencakup berbagai elemen, termasuk fasilitas, petugas kesehatan, pembiayaan, teknologi, dan kebijakan, yang bekerja sama untuk memberikan layanan berkualitas kepada masyarakat. Di era modern saat ini, diperlukan sistem kesehatan yang efisien, komprehensif, dan berkelanjutan, terutama dalam menghadapi tantangan global yang semakin meningkat seperti pandemi, perubahan demografi, dan kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan.

Buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai sistem pelayanan kesehatan. Pembaca diajak untuk mempertimbangkan prinsip-prinsip dasar, model sistem yang berbeda, komponen utama, tantangan dan strategi untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Dengan menggunakan pendekatan sistematis, buku

ini dimaksudkan sebagai panduan bagi mahasiswa, dokter, pengambil kebijakan, dan masyarakat umum yang tertarik pada masalah kesehatan.

Kami berharap melalui diskusi ini pembaca dapat memahami pentingnya kolaborasi berbagai pemangku kepentingan dalam membangun sistem kesehatan yang adil, merata, dan berkelanjutan. Selain itu, buku ini menyajikan studi kasus dari berbagai negara, memberikan wawasan tentang praktik terbaik dan pembelajaran yang dapat diterapkan pada konteks lokal.

A. Prinsip Dasar Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah berbagai bentuk upaya terorganisir untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan masyarakat. Pengertian ini mencakup segala kegiatan yang ditujukan untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi penyakit atau gangguan kesehatan fisik dan mental. Layanan kesehatan dapat diberikan oleh individu (seperti dokter dan perawat), organisasi (seperti rumah sakit dan klinik), atau sistem besar seperti penyedia layanan kesehatan (Arifin, dkk 2022).

Dalam situasi yang lebih spesifik, layanan kesehatan mencakup berbagai tingkatan.

1. Pelayanan Kesehatan Dasar: Pelayanan dasar yang berfokus pada pencegahan dan pengobatan penyakit umum seperti: B. Pelayanan di Puskesmas atau Puskesmas.
2. Perawatan sekunder: perawatan medis khusus yang memerlukan intervensi khusus seperti: B. Konsultasi spesialis atau rawat inap.
3. Pelayanan Medis Tersier: Pelayanan medis tingkat lanjut untuk kondisi yang kompleks atau serius. Biasanya memerlukan peralatan canggih dan tenaga medis yang sangat terlatih.
4. Pelayanan kesehatan juga mencakup aspek promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi yang saling melengkapi untuk mencapai kesehatan yang optimal bagi individu dan masyarakat.

B. Tujuan Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan dirancang dengan tujuan sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan
Mempermudah akses pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat termasuk di daerah terpencil dan terpencil. Mengurangi hambatan fisik, ekonomi, dan sosial yang dapat menghambat akses terhadap layanan kesehatan.
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
Memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar profesional dan berdasarkan bukti ilmiah. Tingkatkan pengalaman pasien dengan layanan yang ramah, tepat waktu, dan personal.
3. Memastikan efisiensi dalam pengelolaan sumber daya.
Mengoptimalkan penggunaan tenaga kesehatan, fasilitas, dan teknologi untuk mencapai hasil terbaik dengan biaya terjangkau. Perencanaan dan pengelolaan yang tepat meminimalkan pemborosan sumber daya.
4. Menjamin pemerataan layanan kesehatan
Mengurangi kesenjangan akses dan kualitas layanan kesehatan antar kelompok masyarakat karena lokasi geografis, status ekonomi, dan faktor lainnya. Berikan perhatian khusus pada kelompok rentan secara sosial seperti orang lanjut usia, anak-anak, dan masyarakat miskin.
5. Meningkatkan keselamatan pasien
Mengembangkan sistem untuk menjamin keselamatan pasien dari risiko yang dapat dihindari selama proses medis. Menerapkan prosedur standar untuk mencegah kesalahan medis.
6. Mendorong partisipasi dan kepuasan masyarakat
Keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sistem kesehatan. Memastikan pelayanan kesehatan memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat.

Dengan mencapai tujuan tersebut, sistem layanan kesehatan diharapkan dapat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan (Anggara, 2012).

C. Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Sumber Daya Manusia

Pada komponen sistem pelayanan kesehatan, SDM merujuk dalam semua energi kerja yg terlibat pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik secara eksklusif juga nir eksklusif. Hal ini meliputi aneka macam kategori, misalnya berikut:

a) Tenaga Medis: Termasuk dokter umum, dokter spesialis, perawat, bidan, & energi kesehatan lainnya yg menaruh layanan eksklusif pada pasien.

Mereka merupakan ujung tombak pada mendiagnosis, merawat, & menaruh konsultasi kesehatan.

b) Tenaga Pendukung Kesehatan: Melibatkan profesi misalnya petugas laboratorium, apoteker, pakar gizi, fisioterapis, & teknisi alat-alat medis yg mendukung proses penaksiran & pengobatan.

c) Manajemen Kesehatan: Administrator & manajer fasilitas kesehatan yg bertugas mengatur operasional fasilitas kesehatan, memastikan layanan berjalan efisien, & memenuhi kebutuhan pasien.

d) Pelatihan & Pengembangan: Mencakup aktivitas pendidikan, pelatihan, & tunjangan profesi berkelanjutan buat menaikkan kompetensi energi kesehatan, sebagai akibatnya sanggup menyesuaikan diri menggunakan teknologi baru & baku pelayanan.

Sumber daya insan ini adalah aset primer pada sistem pelayanan kesehatan, lantaran kualitas layanan sangat bergantung dalam kemampuan, profesionalisme, & distribusi energi kesehatan yg merata pada semua wilayah.

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas kesehatan, komponen sistem layanan kesehatan, adalah infrastruktur fisik, fasilitas, dan prasarana untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Fasilitas tersebut akan menyediakan ruang, peralatan, dan dukungan operasional untuk memenuhi kebutuhan kesehatan preventif, diagnostik, perawatan, dan rehabilitasi. Berikut ini adalah uraian terperinci mengenai jenis-jenis fasilitas kesehatan:

- Fasilitas Kesehatan Primer: Fasilitas ini berfokus pada layanan kesehatan dasar seperti pencegahan penyakit, vaksinasi, pengobatan penyakit ringan, dan pendidikan kesehatan masyarakat. Secara tertulis. Contoh: Puskesmas, Klinik, Klinik Umum, Posyandu.
- Fasilitas perawatan sekunder: Menyediakan layanan spesialis penting seperti kedokteran, bedah, pediatri, dan kebidanan. Biasanya, ini adalah profesional medis. Contoh: Rumah sakit Tipe C atau D yang memberikan rujukan dari fasilitas pelayanan primer.
- Fasilitas Perawatan Tersier: Layanan lanjutan untuk menangani kasus-kasus kompleks dan prosedur berteknologi tinggi. Contoh: Rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit pendidikan, pusat kesehatan khusus (seperti pusat kanker dan pusat jantung).
- Fasilitas Penunjang Kesehatan: Mendukung fungsi diagnostik, terapeutik, dan rehabilitasi dalam sistem medis. Contoh : Laboratorium klinik, bank darah, pusat radiologi, pusat rehabilitasi medik, apotek.
- Fasilitas Penanggulangan Keadaan Darurat dan Krisis: Fasilitas tanggap darurat seperti bencana alam, wabah penyakit, dan korban jiwa massal. Contoh: Unit Gawat Darurat (UGD), rumah sakit lapangan, pusat krisis kesehatan.

Fasilitas-fasilitas tersebut berperan penting dalam mendukung keberlanjutan sistem kesehatan. Ketersediaan, mutu, dan aksesibilitas fasilitas kesehatan berpengaruh signifikan terhadap efektivitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

D. Model Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Sistem Berbasis Negara

Sistem kesehatan negara, juga dikenal sebagai sistem kesehatan nasional, adalah model di mana pemerintah memainkan peran utama dalam pembiayaan, pengelolaan, dan pemberian layanan kesehatan. Fitur utama model ini adalah:

- **Pendanaan:** Didanai oleh pajak pemerintah sehingga masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya sendiri untuk layanan kesehatan.
- **Akses Universal:** Semua warga negara mempunyai hak yang sama untuk mengakses layanan kesehatan tanpa diskriminasi.
- **Manfaat:** Menjamin akses yang setara terhadap layanan kesehatan. Biaya pemeliharaan seringkali rendah karena skala ekonomi yang besar.
- **Kekurangan:** Risiko waktu tunggu yang lama karena tingginya permintaan. Persyaratan anggaran yang besar dapat menyulitkan negara-negara berpendapatan rendah.
- **Contoh:** Sistem layanan kesehatan di Inggris disediakan oleh Layanan Kesehatan Nasional (NHS), dan juga disediakan di negara-negara Skandinavia seperti Norwegia.

2. Sistem Asuransi Kesehatan Sosial

Dalam model ini, layanan kesehatan dibiayai melalui sistem asuransi kesehatan wajib di mana warga negara dan pemberi kerja membayar premi. Asuransi ini dikelola oleh pemerintah atau organisasi non-pemerintah dan tunduk pada pengawasan ketat.

- **Pembiayaan:** Kombinasi premi asuransi, kontribusi pemberi kerja, dan subsidi pemerintah untuk kelompok kurang beruntung.
- **Cakupan:** Sebagian besar penduduk terdaftar dalam sistem ini, dan subsidi khusus diberikan kepada kelompok rentan seperti anak-anak, orang lanjut usia, dan masyarakat miskin.
- **Keunggulan:** Memberikan layanan komprehensif tanpa bergantung pada satu sumber pendanaan. Sistem ini cenderung lebih fleksibel dibandingkan sistem berbasis negara.

- Kekurangan: Biaya administrasi bisa jadi tinggi. Keadilan pelayanan dapat menjadi masalah jika tidak dikelola dengan baik.
- Contoh: Sistem jaminan sosial di Jerman, Jepang, dan Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

3. Sistem Kesehatan Swasta

Model ini menekankan peran sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan, dengan individu membayar layanan yang diterima baik secara langsung atau melalui asuransi swasta.

- Pendanaan: Dibayar langsung oleh pasien (out-of-pocket) atau melalui iuran asuransi kesehatan swasta.
- Aksesibilitas: Biasanya lebih tinggi bagi mereka yang mampu, namun kesenjangan dapat terjadi pada kelompok yang lebih miskin.
- Keuntungan: Waktu tunggu yang lebih singkat dan fleksibilitas yang lebih besar dalam memilih fasilitas dan penyedia layanan. Persaingan sektor swasta menyebabkan inovasi terjadi lebih cepat.
- Kekurangan: Biaya pengobatan seringkali tinggi. Potensi kesenjangan akses terhadap layanan.
- Contoh: Sistem layanan kesehatan AS sangat bergantung pada sektor swasta sebelum adanya Affordable Care Act (ACA).

E. Tantangan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan menghadapi beberapa tantangan yang berdampak pada kemampuannya dalam menyediakan layanan berkualitas tinggi dan adil bagi seluruh masyarakat. Salah satu tantangan utama adalah terbatasnya akses, terutama di daerah terpencil dimana infrastruktur yang buruk dan kekurangan tenaga kesehatan menghambat penyediaan layanan kesehatan yang memadai. Selain itu, terdapat kekurangan sumber daya manusia seperti tenaga medis dibandingkan dengan jumlah penduduk, sehingga memperlambat pengobatan pasien dan menurunkan kualitas layanan (Calundu, 2013).

Kesenjangan kualitas layanan antara fasilitas kesehatan di perkotaan dan pedesaan juga menjadi masalah, karena rumah sakit di kota-kota besar

seringkali memiliki peralatan teknis dan medis yang lebih baik. Tantangan lainnya adalah tingginya biaya layanan kesehatan, terutama bagi masyarakat berpenghasilan rendah yang kesulitan mengakses layanan yang tepat. Manajemen dan pembiayaan sistem kesehatan yang tidak efisien juga memperburuk situasi, menyebabkan pemborosan sumber daya dan berdampak negatif pada kualitas layanan. Di sisi lain, pengenalan teknologi baru seperti rekam medis elektronik dan telemedis memerlukan biaya tinggi dan pelatihan bagi staf medis, yang seringkali menjadi hambatan (Sari dan Wijayanti, 2018).

Pandemi global seperti COVID-19 telah menunjukkan betapa rentannya sistem kesehatan dalam menghadapi krisis, sehingga memerlukan sistem yang lebih fleksibel dan siap menghadapi keadaan darurat. Faktor sosial ekonomi seperti kemiskinan juga berdampak pada akses terhadap layanan kesehatan, sementara perubahan demografi dan peningkatan penyakit tidak menular menambah beban pada sistem kesehatan. Untuk mengatasi tantangan ini diperlukan upaya untuk meningkatkan penempatan tenaga kesehatan, meningkatkan pendanaan, meningkatkan infrastruktur, dan memanfaatkan teknologi untuk mempercepat pemberian layanan kesehatan masyarakat (Ratminto dan Atik, 2015).

F. Upaya Peningkatan Sistem Pelayanan Kesehatan

Peningkatan sistem pelayanan kesehatan adalah hal yang sangat penting untuk memastikan masyarakat mendapatkan akses yang adil, efisien, dan berkualitas terhadap layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa upaya peningkatan sistem pelayanan kesehatan secara rinci:

1. Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Distribusi Fasilitas Kesehatan: Pemerataan distribusi fasilitas kesehatan di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil dan perbatasan. Ini bisa melibatkan pembangunan puskesmas, rumah sakit, dan klinik di daerah yang kurang terlayani.

- **Transportasi Kesehatan:** Penyediaan sarana transportasi yang mudah diakses oleh masyarakat, termasuk transportasi darurat dan ambulans untuk wilayah yang sulit dijangkau.

- Telemedicine: Pengembangan sistem telemedicine atau layanan kesehatan jarak jauh, yang memungkinkan masyarakat di daerah terpencil untuk berkonsultasi dengan tenaga medis tanpa harus bepergian jauh.

2. Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan

Peningkatan Kompetensi Tenaga Kesehatan: Program pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka tentang praktik medis terbaru, manajemen rumah sakit, dan teknik pengobatan modern.

- Sertifikasi dan Akreditasi: Mendorong rumah sakit, klinik, dan fasilitas kesehatan untuk memperoleh sertifikasi dan akreditasi dari badan yang berwenang (misalnya, Komisi Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia) untuk memastikan standar pelayanan yang tinggi.
- Pelayanan Berbasis Bukti: Implementasi model pelayanan berbasis bukti (evidence-based practice) yang didukung oleh penelitian terbaru dan data medis untuk meningkatkan efektivitas pengobatan dan perawatan pasien.

3. Peningkatan Pembiayaan Kesehatan

Asuransi Kesehatan Universal: Memperluas cakupan asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan nasional seperti BPJS di Indonesia untuk mencakup lebih banyak penduduk, termasuk yang tidak mampu. Ini akan memastikan bahwa biaya kesehatan tidak menjadi hambatan untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan.

- Model Pembiayaan Kesehatan yang Efisien: Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang lebih efisien, baik dengan model pembiayaan berbasis pajak maupun asuransi. Ini juga termasuk transparansi dalam pengelolaan anggaran kesehatan.
- Insentif untuk Fasilitas Kesehatan: Memberikan insentif kepada fasilitas kesehatan yang berprestasi dalam hal kualitas pelayanan dan hasil kesehatan yang baik.

4. Peningkatan Infrastruktur Kesehatan

Pembangunan Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan: Pembangunan dan perbaikan infrastruktur rumah sakit, klinik, puskesmas, dan fasilitas kesehatan lainnya untuk meningkatkan kapasitas pelayanan, seperti ketersediaan ruang perawatan yang memadai dan alat kesehatan yang modern.

- Penggunaan Teknologi dalam Infrastruktur: Menerapkan sistem manajemen rumah sakit yang berbasis teknologi informasi untuk mempercepat proses administratif dan meningkatkan akurasi data pasien.

5. Inovasi dan Penggunaan Teknologi

Rekam Medis Elektronik: Implementasi rekam medis elektronik (electronic health records/EHR) di seluruh fasilitas kesehatan untuk meningkatkan akurasi, aksesibilitas, dan keamanan data medis pasien.

- Sistem Informasi Kesehatan Terpadu: Pengembangan sistem informasi kesehatan yang dapat mengintegrasikan data dari berbagai sumber (rumah sakit, puskesmas, laboratorium, dll.) untuk mempermudah pemantauan kesehatan individu maupun populasi.
- Inovasi dalam Perawatan: Mendorong penggunaan teknologi baru dalam perawatan kesehatan, seperti penggunaan kecerdasan buatan (AI) dalam diagnosis penyakit, robotik untuk operasi, serta aplikasi mobile untuk memantau kesehatan.

6. Peningkatan Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan

Pendidikan dan Promosi Kesehatan: Melaksanakan program pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya hidup sehat, pencegahan penyakit, serta pengelolaan penyakit kronis.

- Keterlibatan Komunitas dalam Pengambilan Keputusan: Mendorong masyarakat untuk terlibat dalam perencanaan dan evaluasi kebijakan kesehatan di tingkat lokal, sehingga kebijakan

yang diambil lebih sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

- **Pemberdayaan Masyarakat:** Membantu masyarakat untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam mengelola kesehatan mereka sendiri, misalnya melalui program peningkatan gizi, pelatihan pertolongan pertama, atau pemahaman tentang penyakit menular.

7. Perbaikan Manajemen dan Tata Kelola

Transparansi dan Akuntabilitas: Meningkatkan transparansi dalam pengelolaan sumber daya kesehatan dan mengurangi praktek-praktek korupsi yang merugikan sistem pelayanan kesehatan. Ini mencakup audit keuangan dan evaluasi kinerja fasilitas kesehatan secara berkala.

Manajemen Rumah Sakit yang Efektif: Meningkatkan manajemen rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya dengan menggunakan prinsip-prinsip manajemen modern seperti lean management, untuk meningkatkan efisiensi operasional dan meminimalkan pemborosan.

- **Pengawasan dan Evaluasi:** Menerapkan sistem pengawasan yang ketat terhadap penyedia layanan kesehatan, dengan audit rutin untuk memastikan kepatuhan terhadap standar pelayanan dan kualitas.

8. Peningkatan Pengelolaan Penyakit

Penyakit Menular: Menyusun strategi yang lebih baik dalam menangani penyakit menular, seperti vaksinasi massal, pemantauan kasus, serta penanganan wabah secara cepat dan efisien (misalnya, penanggulangan pandemi seperti COVID-19).

- **Penyakit Tidak Menular:** Menerapkan program untuk mencegah dan mengelola penyakit tidak menular (misalnya, diabetes, hipertensi, penyakit jantung) melalui deteksi dini, pengelolaan gaya hidup sehat, dan pengobatan yang tepat.

9. Keberlanjutan dan Ketahanan Sistem Kesehatan

Pengelolaan Krisis Kesehatan: Mempersiapkan sistem kesehatan untuk menghadapi krisis atau bencana, baik bencana alam maupun krisis kesehatan seperti pandemi. Ini mencakup penguatan kapasitas rumah sakit, tenaga kesehatan, dan sistem informasi kesehatan.

- Sistem Kesehatan Berkelanjutan: Menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, dengan memperhatikan faktor lingkungan, pengelolaan sumber daya alam yang efisien, dan mengurangi dampak negatif terhadap lingkungan.
- Secara keseluruhan, peningkatan sistem pelayanan kesehatan memerlukan pendekatan yang menyeluruh, melibatkan pemerintah, penyedia layanan kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta. Dengan komitmen yang kuat dan kolaborasi yang baik antara berbagai pihak, sistem pelayanan kesehatan dapat berkembang untuk memberikan akses yang lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat (Megatsari, 2023).

Kesehatan Mental dalam Masyarakat

Kesehatan mental merupakan elemen penting dalam kesehatan masyarakat yang sering kali terabaikan. Dalam konteks global yang semakin kompleks, seperti pandemi COVID-19, perhatian terhadap kesehatan mental menjadi semakin mendesak. Menurut WHO, kesehatan mental mencakup aspek emosional, psikologis, dan sosial yang memengaruhi cara individu berpikir, merasa, dan bertindak (Maulana, 2023). Gangguan kesehatan mental, termasuk depresi dan kecemasan, telah meningkat secara signifikan, memengaruhi jutaan individu di seluruh dunia. Data menunjukkan bahwa satu dari empat orang akan mengalami gangguan kesehatan mental dalam hidup mereka, menegaskan pentingnya perhatian terhadap isu ini dalam kebijakan kesehatan masyarakat (Sudiyarti, 2023).

Kesehatan mental bukan hanya masalah individu; ia memiliki dampak luas pada masyarakat, termasuk produktivitas, hubungan sosial, dan

kualitas hidup secara keseluruhan. Oleh karena itu, penting bagi kita untuk memahami konsep dasar kesehatan mental, faktor-faktor yang memengaruhinya, serta dampaknya terhadap individu dan komunitas. Gangguan kesehatan mental berdampak luas pada produktivitas, hubungan sosial, dan kualitas hidup individu (Farisandy, Asihputri and Pontoh, 2023). Masyarakat yang sehat secara mental menjadi fondasi bagi pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang kesehatan mental, termasuk faktor-faktor yang memengaruhinya, sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung. Keluarga dan komunitas memiliki peran penting dalam mendukung kesehatan mental individu, di mana dukungan emosional dan komunikasi yang baik dapat membantu individu merasa lebih diterima dan berdaya (Ahmadi, 2023).

Bab ini akan membahas berbagai aspek kesehatan mental dalam konteks masyarakat, mulai dari definisi dan dimensi kesehatan mental, hingga prevalensi gangguan kesehatan mental dan stigma yang sering



menyertainya mengeksplorasi peran keluarga dan komunitas dalam mendukung kesehatan mental, serta strategi promosi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kesadaran dan akses terhadap layanan kesehatan mental. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan mental, diharapkan pembaca dapat berkontribusi untuk menciptakan lingkungan yang

mendukung dan inklusif, di mana setiap individu merasa dihargai dan memiliki akses yang memadai terhadap layanan kesehatan mental. Mengingat pentingnya kesehatan mental dalam masyarakat peran aktif kita dalam meningkatkan kesejahteraan mental adalah bagian kita dalam rangka peningkatan Kesehatan masyarakat yang lebih optimal.

A. Kesehatan Mental

Kesehatan Mental Kesehatan mental adalah keadaan kesejahteraan di mana individu menyadari potensi mereka, dapat mengatasi stres kehidupan sehari-hari, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitas. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan mental mencakup aspek emosional, psikologis, dan sosial yang memengaruhi cara kita berpikir, merasa, dan bertindak. Kesehatan mental yang baik memungkinkan individu untuk berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari dan berinteraksi dengan orang lain secara positif (Khairat, Ramanda and Alfiah, 2023).

Pentingnya Kesehatan Mental dalam Konteks Kesehatan Masyarakat. Kesehatan mental memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Gangguan kesehatan mental dapat memengaruhi produktivitas, hubungan sosial, dan kualitas hidup individu. Dalam konteks kesehatan masyarakat, perhatian terhadap kesehatan mental menjadi semakin penting, terutama di tengah tantangan global seperti pandemi, krisis ekonomi, dan perubahan sosial yang cepat. Masyarakat yang sehat secara mental adalah fondasi bagi pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan

Ruang Lingkup Kesehatan Mental dan Kesehatan Masyarakat. Ruang lingkup kesehatan mental mencakup berbagai aspek, mulai dari pencegahan, deteksi dini, hingga pengobatan gangguan mental. Kesehatan masyarakat berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan mental, melalui kebijakan, program, dan intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan mental masyarakat. Kolaborasi antara sektor kesehatan, pendidikan, dan komunitas sangat penting untuk mencapai tujuan ini.

B. Konsep Dasar Kesehatan Mental

1. *Konsep Kesehatan Mental Menurut WHO.* **Organisasi Kesehatan Dunia** WHO mendefinisikan kesehatan mental sebagai keadaan kesejahteraan di mana individu dapat mengatasi stres, berproduktivitas, dan berkontribusi kepada komunitas. Definisi ini

menekankan pentingnya keseimbangan antara aspek emosional, psikologis, dan sosial dalam kehidupan individu.

2. Dimensi Kesehatan Mental

- a. **Emosional:** Kesehatan emosional mencakup kemampuan untuk mengelola emosi, menghadapi tantangan, dan merasakan kebahagiaan. Individu yang sehat secara emosional mampu mengatasi stres dan beradaptasi dengan perubahan.
- b. **Psikologis:** Kesehatan psikologis berkaitan dengan cara berpikir dan persepsi individu terhadap diri sendiri dan dunia di sekitar mereka. Ini mencakup kemampuan untuk berpikir kritis, membuat keputusan, dan memiliki rasa percaya diri.
- c. **Sosial:** Kesehatan sosial melibatkan kemampuan untuk membangun dan memelihara hubungan yang sehat dengan orang lain. Dukungan sosial yang kuat dapat meningkatkan kesehatan mental dan membantu individu mengatasi kesulitan.

3. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kesehatan Mental

- a. **Genetik:** Faktor genetik dapat memengaruhi kerentanan individu terhadap gangguan kesehatan mental. Riwayat keluarga dengan gangguan mental dapat meningkatkan risiko seseorang.
- b. **Lingkungan:** Lingkungan sosial dan fisik, termasuk kondisi hidup, dukungan sosial, dan pengalaman traumatis, dapat memengaruhi kesehatan mental. Lingkungan yang positif dapat mendukung kesehatan mental, sementara lingkungan yang penuh tekanan dapat berkontribusi pada gangguan mental.
- c. **Gaya Hidup:** Gaya hidup, termasuk pola makan, aktivitas fisik, dan kebiasaan tidur, juga berperan penting dalam kesehatan mental. Gaya hidup sehat dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan mengurangi risiko gangguan,
- d. Program-program komunitas yang fokus pada kesehatan mental, seperti kelompok dukungan dan seminar, dapat memberikan sumber daya dan dukungan bagi individu yang membutuhkan (Khairat, Ramanda and Alfiah, 2023).

C. Masalah Kesehatan Mental di Masyarakat

1. *Prevalensi Gangguan Kesehatan Mental.* Gangguan kesehatan mental merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Menurut data WHO, sekitar 1 dari 4 orang di dunia akan mengalami gangguan kesehatan mental dalam hidup mereka. Prevalensi ini menunjukkan bahwa kesehatan mental adalah isu yang perlu diperhatikan secara serius oleh masyarakat dan pemerintah.
2. Jenis-jenis Gangguan Kesehatan Mental
 - a. *Depresi:* Salah satu gangguan mental yang paling umum, ditandai dengan perasaan sedih yang berkepanjangan, kehilangan minat, dan penurunan energi. Depresi dapat memengaruhi kemampuan individu untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.
 - b. *Kecemasan:* Gangguan kecemasan mencakup berbagai kondisi, seperti gangguan kecemasan umum, *fobia*, dan gangguan panik. Individu dengan gangguan kecemasan sering kali merasa cemas berlebihan dan sulit mengatasi situasi sehari-hari.
 - c. *Gangguan Bipolar:* Ditandai dengan perubahan suasana hati yang *ekstrem*, dari depresi yang mendalam hingga mania. Gangguan ini dapat memengaruhi hubungan dan kinerja individu.
 - d. *Skizofrenia:* Gangguan serius yang memengaruhi cara berpikir, perasaan, dan perilaku. Individu dengan *skizofrenia* mungkin mengalami halusinasi, delusi, dan kesulitan dalam berfungsi secara sosial.
3. Dampak Gangguan Kesehatan Mental bagi Individu dan Masyarakat. Gangguan kesehatan mental tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga pada masyarakat secara keseluruhan. Individu yang mengalami gangguan mental mungkin menghadapi kesulitan dalam pekerjaan, hubungan, dan kualitas hidup. Di tingkat masyarakat, dampak ini dapat terlihat dalam bentuk peningkatan biaya perawatan kesehatan, penurunan produktivitas, dan meningkatnya angka kemiskinan.

D. Stigma dan Diskriminasi

1. *Pengertian Stigma Kesehatan Mental.* Stigma kesehatan mental adalah pandangan negatif dan stereotip yang melekat pada individu yang mengalami gangguan mental. Stigma ini dapat menyebabkan diskriminasi dan pengucilan, yang pada gilirannya menghambat individu untuk mencari bantuan
2. *Dampak Stigma terhadap Pencarian Bantuan.* Stigma dapat menjadi penghalang utama bagi individu yang membutuhkan bantuan. Banyak orang merasa malu atau takut untuk mengungkapkan masalah kesehatan mental mereka, yang dapat memperburuk kondisi mereka. Hal ini menunjukkan pentingnya upaya untuk mengurangi stigma di masyarakat
3. *Upaya Mengurangi Stigma di Masyarakat.* Mengurangi stigma memerlukan pendekatan yang komprehensif, termasuk pendidikan masyarakat, kampanye kesadaran, dan dukungan dari tokoh masyarakat. Dengan meningkatkan pemahaman tentang kesehatan mental, kita dapat menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi individu yang mengalami gangguan mental.

Stigma dan diskriminasi terhadap individu dengan gangguan mental juga menjadi tantangan besar dalam masyarakat. Stigma ini sering kali menghalangi individu untuk mencari bantuan, yang dapat memperburuk kondisi mereka (Namiroh *et al.*, 2023). Upaya untuk mengurangi stigma melalui pendidikan dan kampanye kesadaran sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi individu yang mengalami gangguan mental (Farisandy, Asihputri and Pontoh, 2023; Namiroh *et al.*, 2023). Program-program komunitas yang fokus pada kesehatan mental, seperti kelompok dukungan dan seminar, dapat memberikan sumber daya dan dukungan bagi individu yang membutuhkan.

E. Peran Keluarga dan Komunitas dalam Kesehatan Mental

1. *Dukungan Keluarga dalam Kesehatan Mental.* Keluarga memainkan peran penting dalam mendukung kesehatan mental individu.

Dukungan emosional, pemahaman, dan komunikasi yang baik dapat membantu individu merasa lebih diterima dan berdaya.

2. *Peran Komunikasi dalam Meningkatkan Kesehatan Mental.* Komunikasi yang terbuka dan jujur antara anggota keluarga dan teman dapat membantu mengurangi rasa kesepian dan meningkatkan kesehatan mental. Mendorong diskusi tentang kesehatan mental dapat menciptakan ruang aman bagi individu untuk berbagi pengalaman mereka.
3. *Program-program Komunitas Untuk Kesehatan Mental.* Program-program komunitas yang fokus pada kesehatan mental, seperti kelompok dukungan, lokakarya, dan seminar, dapat memberikan sumber daya dan dukungan bagi individu yang membutuhkan. Komunitas yang peduli dapat menciptakan lingkungan yang lebih sehat secara mental.



Dukungan yang kuat dari lingkungan sekitar dapat membantu individu merasa lebih aman dan diterima, serta memberikan sumber daya yang diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan mental. Selain itu, program pelatihan dan penyuluhan tentang kesehatan mental di lingkungan sekolah dan

komunitas dapat meningkatkan kesadaran serta memberikan keterampilan yang dibutuhkan untuk mendukung individu yang sedang berjuang dengan masalah psikologis.

Dengan adanya dukungan ini, diharapkan individu yang mengalami masalah psikologis dapat lebih mudah mengakses layanan kesehatan mental dan merasa didukung dalam proses pemulihan mereka. Sumber daya ini juga dapat mencakup kelompok dukungan sebaya yang menyediakan ruang aman bagi individu untuk berbagi pengalaman dan mendapatkan perspektif baru, sehingga memperkuat jaringan sosial mereka.

Program-program ini tidak hanya bermanfaat bagi individu yang mengalami masalah kesehatan mental, tetapi juga berkontribusi pada pembentukan komunitas yang lebih sehat dan saling mendukung

F. Strategi Promosi Kesehatan Mental

1. *Pendidikan dan Kesadaran Kesehatan Mental.* Meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental melalui pendidikan adalah langkah penting dalam promosi kesehatan mental. Program pendidikan di sekolah, tempat kerja, dan komunitas dapat membantu mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman. Program edukasi berbasis masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan mental dan mengurangi stigma yang sering kali menyertai masalah psikologis.

Program ini melibatkan pelatihan bagi para pemimpin komunitas dan anggota masyarakat untuk memberikan informasi yang akurat serta sumber daya yang diperlukan agar mereka dapat mendukung satu sama lain secara efektif. Dengan pendekatan ini, diharapkan masyarakat dapat menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi individu yang mengalami tantangan kesehatan mental, sehingga mereka merasa dihargai dan didengar.

2. *Intervensi Dini dan Pencegahan.* Intervensi dini dapat membantu mencegah perkembangan gangguan kesehatan mental. Program pencegahan yang ditujukan untuk mengidentifikasi dan mendukung individu yang berisiko dapat mengurangi beban kesehatan mental di masyarakat.

Kampanye anti-stigma dirancang untuk mengubah persepsi masyarakat terhadap kesehatan mental, dengan menyoroti kisah-kisah positif dan pengalaman individu yang telah berhasil mengatasi tantangan psikologis. Kampanye ini juga melibatkan kolaborasi dengan media untuk menyebarkan pesan-pesan yang mendukung dan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai kesehatan mental, sehingga diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan empatik bagi mereka yang mengalami masalah psikologis. Dengan pendekatan yang holistik ini, diharapkan masyarakat akan lebih terbuka dalam

membicarakan isu kesehatan mental dan berani mencari bantuan ketika diperlukan

3. *Pengembangan Kebijakan Kesehatan Mental yang Inklusif.* Kebijakan kesehatan mental yang inklusif dan berbasis bukti sangat penting untuk menciptakan sistem dukungan yang efektif. Pemerintah dan pemangku kepentingan perlu bekerja sama untuk mengembangkan kebijakan yang mendukung akses dan kualitas layanan kesehatan mental.

Kebijakan ini harus mencakup pendanaan yang memadai untuk layanan kesehatan mental, pelatihan bagi profesional di bidang tersebut, serta program pencegahan yang dapat menjangkau masyarakat secara luas.

Dengan langkah-langkah ini, diharapkan akan tercipta sistem dukungan yang komprehensif dan berkelanjutan bagi individu yang membutuhkan bantuan, serta mengurangi stigma yang sering kali melekat pada masalah kesehatan mental. Untuk mencapai tujuan tersebut, kolaborasi antara pemerintah, lembaga non-pemerintah, dan masyarakat sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan mental secara keseluruhan

G. Akses Terhadap Layanan Kesehatan Mental

1. *Jenis Layanan Kesehatan Mental.* Jenis layanan Kesehatan Mental terdiri dari:
 - a. *Layanan Psikologis.* Layanan ini mencakup terapi dan konseling yang membantu individu mengatasi masalah emosional dan psikologis
 - b. *Layanan Psikiatri.* Layanan ini melibatkan diagnosis dan pengobatan gangguan mental oleh profesional medis, termasuk penggunaan obat-obatan
 - c. *Layanan Konseling.* Layanan ini memberikan dukungan dan bimbingan untuk membantu individu mengatasi masalah kehidupan sehari-hari
2. *Hambatan dalam Akses Layanan Kesehatan Mental.* Meskipun layanan kesehatan mental tersedia, banyak individu menghadapi hambatan

dalam mengaksesnya, seperti biaya, kurangnya informasi, dan stigma. Memahami hambatan ini adalah langkah pertama untuk menciptakan solusi.

3. *Solusi untuk Meningkatkan Akses Layanan.* Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan mental memerlukan pendekatan yang holistik, termasuk penyediaan layanan yang terjangkau, peningkatan kesadaran, dan pengembangan program yang menjangkau komunitas yang kurang terlayani.

H. Teknologi dan Kesehatan Mental

1. *Peran Teknologi dalam meningkatkan Akses dan Kualitas Layanan.* Teknologi telah membuka peluang baru dalam penyampaian layanan kesehatan mental. Telehealth dan aplikasi kesehatan mental memungkinkan individu untuk mendapatkan dukungan tanpa harus pergi ke fasilitas kesehatan.
2. *Aplikasi dan Platform Digital untuk Kesehatan Mental.* Berbagai aplikasi dan platform digital kini tersedia untuk membantu individu mengelola kesehatan mental mereka. Aplikasi ini menawarkan berbagai fitur, mulai dari meditasi hingga terapi daring, yang dapat diakses kapan saja dan di mana saja.
3. *Tantangan dan Peluang Penggunaan Teknologi.* Meskipun teknologi menawarkan banyak peluang, ada juga tantangan yang perlu diatasi, seperti privasi data dan aksesibilitas bagi individu yang tidak memiliki teknologi. Memastikan bahwa teknologi digunakan secara etis dan efektif adalah kunci untuk keberhasilan inisiatif ini.

Teknologi juga memainkan peran penting dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan mental. Penggunaan telehealth dan aplikasi kesehatan mental memungkinkan individu untuk mendapatkan dukungan tanpa harus pergi ke fasilitas kesehatan, yang sangat penting di tengah pandemi (Pahruroji, 2023).

Namun, tantangan seperti privasi data dan aksesibilitas bagi individu yang tidak memiliki teknologi perlu diatasi untuk memastikan bahwa teknologi digunakan secara etis dan efektif (Pahruroji, 2023). Dengan pendekatan yang holistik dan inovatif, diharapkan masyarakat dapat lebih memahami dan mendukung kesehatan mental, menciptakan

lingkungan yang lebih sehat dan inklusif bagi semua individu (Pahruroji, 2023).

I. Masa Depan Kesehatan Mental dalam Masyarakat

1. *Tren dan Inovasi dalam Kesehatan Mental.* Masa depan kesehatan mental akan dipengaruhi oleh tren dan inovasi, termasuk pendekatan berbasis komunitas, penggunaan teknologi, dan integrasi kesehatan mental dalam layanan kesehatan umum.
2. *Pentingnya Penelitian dan Pengembangan dalam Kesehatan Mental.* Penelitian yang berkelanjutan sangat penting untuk memahami gangguan kesehatan mental dan mengembangkan intervensi yang lebih efektif. Investasi dalam penelitian dapat membantu menciptakan solusi yang lebih baik untuk masalah kesehatan mental.
3. *Harapan Kesehatan Mental lebih baik di Masa Depan.* Dengan meningkatnya kesadaran dan dukungan terhadap kesehatan mental, ada harapan untuk masa depan yang lebih baik. Masyarakat yang lebih inklusif dan peduli dapat menciptakan lingkungan di mana setiap individu merasa dihargai dan didukung

J. Point Penting Kesehatan Mental dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan mental adalah bagian integral dari kesehatan masyarakat. Memahami dan mengatasi masalah kesehatan mental tidak hanya bermanfaat bagi individu, tetapi juga bagi masyarakat secara keseluruhan. Dengan komitmen untuk meningkatkan kesehatan mental, kita dapat menciptakan masyarakat yang lebih sehat, lebih produktif, dan lebih bahagia. Bagian dari naskah ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang mendalam dan menarik tentang kesehatan mental dalam masyarakat, serta mendorong pembaca untuk lebih peduli dan terlibat dalam isu-isu kesehatan mental.

Kebijakan Kesehatan dan Etika Kesehatan Masyarakat

Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik yang membawa pengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan adalah sebuah perangkat yang mengatur arah, tujuan, kebijaksanaan, dasar dan landasan mengenai pengelolaan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia. Keputusan dalam kebijakan kesehatan menyangkut persoalan hidup dan mati manusia, oleh karena itu keberadaan kebijakan kesehatan dianggap sangat penting dalam sistem kesehatan.

A. Definisi Kebijakan Kesehatan

Kebijakan adalah pola ketergantungan yang kompleks dari pilihan kolektif yang saling tergantung, termasuk keputusan untuk bertindak

yang dibuat oleh badan atau pemerintah (Dunn, 1994). Menurut Evans dan Maning (2003) kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan mengenai masalah tertentu yang bertujuan untuk menetapkan sebuah prioritas dan memuat petunjuk untuk mencapainya. Kebijakan juga didefinisikan sebagai aturan tertulis yang dihasilkan dari keputusan resmi organisasi yang mengatur perilaku dan bersifat mengikat. Kebijakan mempunyai tujuan jangka panjang untuk membentuk tata nilai baru dalam organisasi maupun masyarakat. Jadi kebijakan merupakan rujukan bagi anggota organisasi ataupun masyarakat dalam berperilaku sehingga akan menghasilkan kehidupan yang harmonis (Purwaningsih et al, 2022).

Dari beberapa definisi tersebut dapat di tarik kesimpulan bahwa kebijakan mengandung unsur – unsur sebagai berikut:

- a. Peraturan tertulis.
- b. Keputusan resmi organisasi, kelompok, ataupun pemerintah.
- c. Pemecahan masalah dan stabilisasi serta untuk mencapai tujuan tertentu.
- d. Disusun bukan hanya untuk menyelesaikan masalah, tetapi juga untuk mencegah timbulnya masalah.

Maka kebijakan Kesehatan dapat diartikan sebagai suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok yang diambil oleh kelompok pelaku politik yang menjadi pedoman dan dasar pelaksanaan kegiatan dalam bidang Kesehatan.

B. Proses Pembuatan Kebijakan Kesehatan

Secara umum tahapan dalam proses pembuatan kebijakan adalah :

1. Perumusan masalah

Perumusan masalah adalah upaya untuk merumuskan masalah apa yang akan diatasi. Tidak semua masalah bisa dikategorikan sebagai masalah kebijakan. Masalah kebijakan adalah suatu masalah yang mempunyai dampak luas terhadap masyarakat dan memerlukan keterlibatan pemerintah dalam penyelesaiannya. Masalah kebijakan bermula dari adanya masalah publik (*public issue*) yang merupakan tahap awal dalam penyusunan kebijakan. Masalah publik adalah

masalah yang telah menjadi pembicaraan masyarakat luas, mempunyai pengaruh dalam masyarakat, dan juga menimbulkan keresahan bagi masyarakat. Bila masalah publik tersebut memungkinkan terdapat solusi maka akan dikembangkan menjadi masalah kebijakan.

2. *Agenda Setting*

Agenda setting merupakan suatu tahapan sebelum kebijakan dilahirkan, yaitu bagaimana permasalahan publik menjadi isu yang selanjutnya memasuki agenda sistemik dan menjadi agenda institusi. Dalam *agenda setting* terjadi pertemuan tiga pilar penting yaitu masalah (*problem*), solusi yang memungkinkan untuk menyelesaikan masalah tersebut (*possible solution to the problem*) dan kondisi politik (*politic circumstance*). Kondisi politik akan sangat berpengaruh terhadap kebijakan, karena dukungan dari lingkungan politik diperlukan agar kebijakan tersebut bisa terlaksana.

3. Formulasi kebijakan

Tahapan berikutnya dalam penyusunan kebijakan yaitu formulasi kebijakan. Isu publik yang menjadi bahan dalam agenda setting dan sudah ditetapkan menjadi agenda pemerintah maka akan dilanjutkan ke tahap formulasi kebijakan. Pada tahap ini akan mengeksplorasi pilihan dari berbagai alternatif tindakan yang tersedia untuk mengatasi suatu permasalahan. Pada proses ini juga dilakukan upaya untuk menilai dampak yang mungkin ditimbulkan dari kebijakan sehingga bisa mengurangi kemungkinan konsekuensi yang tidak diharapkan (Edward, 2017). Tahap formulasi kebijakan juga mengeksplorasi siapa saja aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut disepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan (Manurung et al, 2021). Formulasi kebijakan akan menghasilkan produk seperti naskah akademik, draft regulasi, draft kebijakan.

4. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan bagian penting dalam siklus kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan dapat

dianggap keliru. Implementasi kebijakan melibatkan segala aktivitas yang dirancang untuk melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh badan legislatif. Aktivitas tersebut meliputi pembentukan departemen, Lembaga, biro dan lain-lain. Selanjutnya departemen/Lembaga/biro tersebut akan menerjemahkan kebijakan dalam bentuk aturan operasional sehingga memudahkan dalam implementasinya (Dye, 2017). Implementasi kebijakan melibatkan seluruh aktor, organisasi, prosedur serta seluruh aspek teknik untuk meraih tujuan kebijakan. Dalam implementasi kebijakan terdapat dua kemungkinan yaitu kebijakan berhasil diimplementasikan atau sebaliknya kebijakan gagal diimplementasikan. Implementasi kebijakan akan berhasil bila mendapat dukungan sumber daya yang memadai, *good policy*, ada pemahaman dan kesepakatan terhadap tujuan, tugas ditetapkan dengan urutan yang tepat, komunikasi dan koordinasi yang lancar, dukungan dari pihak yang berwenang dan rendahnya hambatan eksternal. Kegagalan dalam implementasi kebijakan disebabkan karena ada kesenjangan dalam pelaksanaan yang disebabkan oleh *bad policy*, implementasi yang kurang baik dan kebijakan yang kurang mendapat perhatian. Implementasi suatu kebijakan dipengaruhi oleh kondisi politik, ekonomi, geografis dan budaya.

5. Monitoring kebijakan

Monitoring kebijakan adalah upaya yang dilakukan untuk mengawasi penerapan kebijakan (Manurung et al , 2021). Fungsi monitoring (pengawasan) adalah untuk mencegah terjadinya penyimpangan (protektif), meluruskan bila terjadi penyimpangan (kuratif) dan membimbing pegawai agar tidak menyimpang (preventif). Aspek yang perlu diperhatikan dalam monitoring kebijakan yaitu objek, metode, dan proses (Astuti et al, 2017)

6. Evaluasi kebijakan

Evaluasi kebijakan adalah upaya untuk menilai perbedaan keadaan sebelum dan sesudah pelaksanaan kebijakan (Manurung, et al, 2021). Jadi evaluasi kebijakan bisa diartikan sebagai kegiatan yang terencana untuk menilai keberhasilan kebijakan. Maka didalam evaluasi perlu

ditetapkan indikator yang digunakan untuk menilai, yaitu efektifitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan dan ketetapan (Kuswinarno, et al 2013).

Adapun fungsi dari evaluasi ini adalah:

- a. Memberikan penjelasan dan kritik tentang isi sebuah kebijakan yang telah dilaksanakan.
- b. Memberikan informasi yang valid dan relevan mengenai pelaksanaan dan kinerja kebijakan. Melalui evaluasi akan diketahui seberapa jauh tujuan, target atau sasaran yang telah dicapai.
- c. Memberikan rekomendasi untuk alternatif-alternatif sistem kebijakan. Rekomendasi tersebut bisa berupa pergantian sebuah kebijakan baik yang berhubungan dengan isi maupun pelaksanaan.

Menurut Budiyantri et al (2020) terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam evaluasi kebijakan, yaitu:

a. *Output*

Output digunakan untuk menilai bagaimana dampak yang dirasakan oleh sasaran kebijakan akibat dari kebijakan yang diimplementasikan.

b. Akses

Akses merupakan faktor yang menjadi perhatian dalam implementasi kebijakan karena berkaitan dengan seberapa mudah kelompok sasaran mendapatkan layanan dari sebuah kebijakan yang diimplementasikan.

c. Cakupan

Cakupan merupakan salah satu indikator untuk menilai apakah suatu program berhasil atau tidak dilaksanakan. Cakupan ini berkaitan dengan siapa saja yang menjadi sasaran dari kebijakan, seberapa sering kelompok sasaran mendapatkan layanan kebijakan dengan cara membandingkan antara kelompok sasaran yang telah mendapat paparan dari implementasi suatu kebijakan dengan total kelompok sasaran.

d. Bias

Bias merupakan hal yang perlu dievaluasi karena untuk menganalisis potensi penyimpangan atau ketidaktepatan implementasi kebijakan.

e. Ketepatan layanan

Ketepatan layanan berkaitan dengan apakah layanan yang diberikan tepat waktu atau tidak, karena ketepatan waktu akan berpengaruh terhadap keefektifan implementasi suatu kebijakan.

f. Akuntabilitas

Akuntabilitas menilai aspek pertanggungjawaban dari implementasi kebijakan

g. Kesesuaian program dengan kebutuhan

Pada aspek ini dimaksudkan apakah kebijakan atau program yang diimplementasikan sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau tidak.

h. *Outcome*

Outcome merupakan dampak lanjutan dari output sehingga dalam mengukur *outcome* membutuhkan waktu yang cukup lama.

Penyelesaian suatu masalah adalah dasar sebuah kebijakan ditetapkan yang kemudian akan dilanjutkan ke tahap implementasi sampai monitoring. Tahapan tersebut merupakan tahapan pengembangan kebijakan yang disebut siklus kebijakan dan akan menghasilkan sebuah rekomendasi sebagai umpan balik untuk pengembangan kebijakan pada periode berikutnya.

C. Etika Kesehatan Masyarakat

1. Definisi

Bertens (2003) mengemukakan bahwa kata “Etika” berasal dari Bahasa Yunani yaitu dari kata “ethos” atau “ta etha”. Ethos artinya tempat tinggal, kandang, padang rumput, kebiasaan atau adat, akhlaq, watak, perasaan, sikap dan cara berfikir. Sementara ta etha artinya adat kebiasaan. Jadi etika adalah ilmu tentang apa yang biasa kita lakukan.

Etika merupakan ajaran dan pandangan moral karena berhubungan dengan adat istiadat, norma, dan nilai-nilai kebajikan yang menjadi pegangan bagi seseorang maupun kelompok masyarakat dalam mengatur kehidupannya untuk membangun interaksi dengan sesama manusia agar dapat saling menghargai baik dalam pergaulan maupun dalam suatu lingkungan sebagai makhluk sosial. Etika sangatlah penting karena menjadi tolak ukur bagi pribadi seseorang. Jika

seseorang memiliki etika maka kehidupannya akan menjadi berarti bagi kehidupan orang lain demikian juga sebaliknya.

Etika berhubungan dengan semua aspek dari aktivitas dan keputusan manusia, termasuk didalamnya etika dalam kesehatan masyarakat. Etika kesehatan masyarakat adalah suatu proses yang sistematis untuk mengklarifikasi, menentukan prioritas, dan mempertimbangkan tindakan-tindakan kesehatan masyarakat berdasarkan prinsip etik, nilai-nilai dan kepercayaan masyarakat, serta berdasarkan ilmu pengetahuan dan informasi lainnya (CDC, 2011).

Barett et al (2016) berpendapat bahwa etika kesehatan masyarakat dapat dipahami dalam dua hal. Pertama sebagai penerapan dari prinsip-prinsip dan norma-norma yang mengatur pekerjaan ahli kesehatan masyarakat dan yang kedua sebagai proses untuk mengidentifikasi, menganalisis dan memecahkan masalah atau isu-isu etik yang berkaitan dengan pekerjaan ahli kesehatan masyarakat. Dengan demikian etika kesehatan masyarakat bisa dianggap penerapan norma dan proses penyelesaian masalah etik kesehatan masyarakat.

Sejalan dengan Barett et al, Powers dan Faden (2016) mendefinisikan etika kesehatan masyarakat dalam dua pandangan yang berbeda, yaitu sebagai bidang studi (teoritis) dan bidang praktis (aplikasi). Sebagai bidang studi etika kesehatan masyarakat berusaha memahami dan menjelaskan prinsip dan nilai yang mengatur tindakan atau kegiatan dalam kesehatan masyarakat. Sementara sebagai bidang praktis etika kesehatan masyarakat mengimplementasikan prinsip dan nilai yang relevan dalam pengambilan keputusan.

2. Karakteristik Etika Kesehatan Masyarakat

Terdapat beberapa bidang etik yang sudah berkembang dalam bidang kesehatan. Bidang etik tersebut yaitu etika klinis, etika profesi dan etika penelitian yang semuanya bernaung dibawah payung Bioetik. Ortmann et al (2016) menyatakan bahwa ketiga bidang etik tersebut mempunyai empat prinsip utama bioetik, yaitu:

- a. Memberi manfaat kepada manusia (*beneficence*)
- b. Tidak melakukan perbuatan atau tindakan yang memperburuk manusia (*nonmaleficence*)
- c. Respek/menghormati manusia (*respect for persons/autonomy*)
- d. Bertindak adil (*justice*)

Namun etika kesehatan masyarakat memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan bidang etika yang lain terutama dengan etika klinis. Perbedaan tersebut bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 13.1 Perbandingan Karakteristik Etika Klinis dan Etika Kesehatan Masyarakat

Etika Klinis	Etika Kesehatan Masyarakat
Mengobati penyakit dan cedera	Mencegah penyakit dan cedera
Intervensi medis oleh klinisi profesional	Intervensi kesehatan oleh berbagai profesi
Berbagai larangan / pantangan dalam medis dilakukan berdasarkan hubungan fidusia antara dokter dan pasien	Berbagai larangan / pantangan dalam perilaku sehat dilakukan berdasarkan tindakan kolektif
Menghormati pasien sebagai individu	Menghormati masyarakat sebagai warga negara yang otonom dan independen
Tugas klinisi memastikan pasien tertarik untuk melakukan pengobatan di pelayanan kesehatan	Tugas ahli kesehatan masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan secara individu melainkan secara kolektif
Dokter dengan prestasi, kepercayaan dan profesionalitas menyeluruh memiliki	Kewenangan ditentukan berdasarkan hukum sebagai alat

Etika Klinis	Etika Kesehatan Masyarakat
kewenangan / otoritas yang tinggi	bagi untuk menciptakan regulasi kesehatan
Informed consent diperoleh dari pasien secara individu untuk tindakan medis tertentu	Informed consent diperoleh dari komunitas dan konsensus bersama yang dibangun melalui dialog dan kolaborasi dengan masyarakat
Masalah keadilan sebagian besar berfokus pada keadilan dalam mendapatkan pengobatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang universal	Malah keadilan sebagian besar berfokus pada keadilan sosial terutama pada kesehatan dan kesamaan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan

3. Kode Etik Kesehatan Masyarakat

Kode etik kesehatan masyarakat di Indonesia belum ada aturan yang jelas, namun sebagai acuan bisa menggunakan kode etik kesehatan masyarakat menurut *Public Health Leadership Society version 2.2* yang menyatakan bahwa 12 kode etik kesehatan masyarakat yang disusun berdasarkan 11 prinsip nilai dan kepercayaan yang meliputi ;

a. Kesehatan (*Health*)

- 1) Setiap orang memiliki hak terhadap sumberdaya kesehatan yang diperlukan. Hal ini tertuang dalam Deklarasi umum Hak Asasi Manusia artikel ke-25 yang menyebutkan bahwa “setiap orang memiliki hak mendapat standar penghidupan yang layak bagi kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarga”.

b. Masyarakat (*Community*)

- 2) Manusia merupakan makhluk sosial yang memiliki sifat saling ketergantungan antara satu dengan yang lain. Dengan demikian manusia berupaya untuk menjalin kerja sama dan saling mendukung dalam keselamatan dan keberlangsungan hidup dengan teman, keluarga, dan masyarakat. Masyarakat yang sehat

ditandai dengan adanya hubungan yang baik antara individu dan lembaga sosial. Maka pemenuhan hak individu secara fisik harus diimbangi dengan kenyataan bahwa tindakan seseorang akan mempengaruhi orang lain.

- 3) Efektifitas lembaga sosial di masyarakat tergantung pada kepercayaan publik. Faktor yang mempengaruhi kepercayaan publik antara lain; komunikasi, pernyataan jujur, transparansi (tidak ada informasi yang disembunyikan), akuntabilitas, reliabilitas dan resiprokal (saling menguntungkan).
 - 4) Elemen kunci bagi kesehatan masyarakat adalah kolaborasi. Infrastruktur kesehatan masyarakat dibangun dengan berbagai pihak dan disiplin profesi yang berbeda-beda. Sehingga semua pihak harus saling bekerja bersama-sama. Dengan demikian setiap tantangan baru dalam kesehatan masyarakat bisa diatasi.
 - 5) Terdapat saling ketergantungan antara manusia dengan lingkungannya. Kesehatan manusia akan terganggu jika terjadi ketidakseimbangan atau kerusakan lingkungan serta adanya kesalahan dalam merancang lingkungan hidup. Sebaliknya, manusia juga dapat mempengaruhi kesehatan lingkungan hidup akibat mengkonsumsi secara berlebihan sumber daya alam yang ada dan penumpukan limbah/sampah
 - 6) Setiap orang dalam masyarakat memiliki kesempatan yang sama untuk berkontribusi dalam wacana publik. Kontribusi tersebut dapat dilakukan secara langsung maupun diwakilkan dalam sistem pemerintahan.
 - 7) Fokus utama kesehatan masyarakat adalah mengidentifikasi dan meningkatkan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat. Dengan demikian kesehatan masyarakat harus bisa melibatkan struktur masyarakat setempat untuk diarahkan pada penemuan penyebab utama penyakit dan pencegahan penyakit.
- c. Landasan Aksi (*Bases Action*)
- 8) Ilmu pengetahuan merupakan landasan yang penting dan kuat dalam bertindak. Pemahaman akan perlindungan terhadap penyakit diperoleh melalui penelitian dan akumulasi konsep

dalam ilmu pengetahuan. Oleh karena itu berbagi ilmu pengetahuan merupakan kewajiban moral bagi setiap orang.

- 9) Ilmu pengetahuan merupakan dasar utama dalam kesehatan masyarakat. Metode kuantitatif maupun kualitatif dalam ilmu pengetahuan dan kolaborasi ilmu pengetahuan berkontribusi terhadap identifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan sehat/sakit, serta bagi evaluasi kebijakan dan program kesehatan untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan masyarakat
- 10) Setiap orang bertanggung jawab terhadap tindakan mereka yang ditunjang oleh pengetahuannya. Setiap orang akan selalu aktif mencari, sehingga kesehatan masyarakat harus senantiasa menerjemahkan informasi yang didapat ke dalam tindakan.
- 11) Tindakan sebaiknya tidak dilandasi pada informasi sepihak. Seringkali tindakan dilakukan tanpa ada informasi secara menyeluruh. Pada kondisi demikian dibutuhkan nilai-nilai dalam bertindak sehingga kebijakan dibutuhkan dengan mempertimbangkan nilai dan martabat manusia.

Jika dipahami secara keseluruhan, kode etik ini ditujukan kepada;

a. Praktisi kesehatan masyarakat

- 1) Kesehatan masyarakat sebaiknya memahami penyebab paling mendasar dari penyakit dan kebutuhan terhadap kesehatan demi mencegah dampak yang tidak diinginkan.
- 2) Kesehatan masyarakat hendaknya menghormati hak asasi individu dalam mengupayakan kesehatan masyarakat.
- 3) Kesehatan masyarakat harus bisa mengadvokasi atau berupaya memberdayakan masyarakat yang kehilangan haknya, memastikan sumberdaya dan kondisi dasar yang diperlukan untuk kesehatan bisa diakses dengan baik oleh seluruh warga masyarakat.
- 4) Kesehatan masyarakat harus mencari informasi dalam menerapkan kebijakan dan program yang efektif untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan

b. Program/kebijakan kesehatan masyarakat

- 5) Kebijakan, program dan prioritas kesehatan masyarakat harus dievaluasi melalui proses yang menjamin adanya masukan dari anggota masyarakat.
- 6) Program dan kebijakan masyarakat hendaknya menggabungkan berbagai pendekatan untuk mengantisipasi dan menghormati keberagaman nilai, kepercayaan dan budaya yang ada di masyarakat.
- 7) Program dan kebijakan kesehatan masyarakat harus dilaksanakan sebaik-baiknya untuk meningkatkan lingkungan fisik dan sosial.

c. Lembaga kesehatan masyarakat

- 8) Lembaga kesehatan masyarakat hendaknya memberikan informasi kepada masyarakat yang diperlukan untuk pengambilan keputusan dalam kebijakan dan program yang implementasinya harus mendapatkan persetujuan dari masyarakat.
- 9) Lembaga kesehatan masyarakat hendaknya bertindak tepat waktu berdasarkan informasi yang dimiliki sesuai dengan sumber daya dan mandat yang diberikan masyarakat kepada mereka.
- 10) Lembaga kesehatan masyarakat hendaknya menjaga kerahasiaan informasi yang bisa merugikan individu maupun masyarakat bila dipublikasikan. Pengecualian diberikan dengan mempertimbangkan kemungkinan kerugian bagi individu maupun yang lainnya.
- 11) Lembaga kesehatan masyarakat hendaknya memperhatikan kompetensi yang dimiliki anggotanya.
- 12) Lembaga kesehatan masyarakat dan pegawainya menjalin kolaborasi dan afiliasi untuk membangun kepercayaan masyarakat dan meningkatkan efektifitas lembaga.

Kesehatan Masyarakat dalam Perspektif Islam

Kesehatan masyarakat merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan manusia yang berkelanjutan. Dalam perspektif Islam, kesehatan tidak hanya mencakup kebugaran fisik, tetapi juga mencakup keseimbangan mental, spiritual, dan sosial. Islam menempatkan kesehatan sebagai bagian dari amanah yang harus dijaga oleh setiap individu dan masyarakat. Hal ini tercermin dalam maqashid syariah, yang salah satunya bertujuan untuk melindungi jiwa (*hifz an-nafs*). Al-Qur'an dan hadis Nabi Muhammad SAW memberikan panduan yang komprehensif mengenai pentingnya menjaga kebersihan, pola makan halal dan thayyib, serta perilaku yang mendukung kesehatan holistik.

Prinsip pencegahan penyakit dalam Islam tercermin dalam ajaran kebersihan, seperti yang disampaikan dalam hadis: "*Kebersihan adalah sebagian dari iman*" (HR. Muslim). Selain itu, Islam mendorong konsumsi makanan halal dan baik sebagaimana disebutkan dalam QS. Al-Baqarah [2]: 168: "*Makanlah dari apa yang ada di bumi yang halal lagi baik...*". Konsep ini relevan dengan tantangan kesehatan masyarakat modern, seperti penyakit akibat gaya hidup tidak sehat, polusi, dan kurangnya akses terhadap layanan kesehatan yang memadai (WHO, 2023).

Dalam konteks kesehatan masyarakat, Islam juga memberikan perhatian besar pada distribusi keadilan sosial. Zakat, infak, dan sedekah menjadi instrumen penting dalam pemerataan layanan kesehatan, terutama bagi kelompok miskin dan rentan. Rumah sakit Islam dan fasilitas kesehatan berbasis syariah merupakan wujud nyata penerapan nilai-nilai ini dalam sistem kesehatan modern (Nurhayati & Fitriyana, 2020).

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, pendekatan Islam terhadap kesehatan masyarakat dapat diintegrasikan dengan kebijakan modern untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals-SDGs*), khususnya terkait kesehatan yang baik dan kesejahteraan (SDG 3). Pendekatan ini memberikan pandangan holistik yang tidak hanya menjaga kesehatan fisik, tetapi juga membangun masyarakat yang berdaya, sejahtera, dan adil (Al-Qaradawi, 2015).

A. Prinsip Dasar Kesehatan Masyarakat dalam Islam

Kesehatan masyarakat dalam Islam memiliki dasar yang kuat, yang mencakup dimensi fisik, mental, dan sosial. Islam tidak hanya memandang kesehatan dari sudut pandang medis, tetapi juga mengaitkan dengan prinsip-prinsip spiritual, etika sosial, dan keadilan. Dalam Islam, kesehatan adalah anugerah dari Allah yang harus dijaga dengan baik, karena tubuh adalah amanah yang harus dipelihara. Prinsip dasar kesehatan masyarakat dalam Islam terhubung dengan ajaran-ajaran dasar dalam agama yang menyentuh setiap aspek kehidupan manusia, baik individu maupun kolektif.

1. Kesehatan sebagai Amanah

Dalam perspektif Islam, kesehatan adalah amanah yang diberikan oleh Allah SWT kepada umat manusia. Hal ini tercermin dalam konsep *hifz an-nafs* atau perlindungan terhadap jiwa, yang menjadi salah satu tujuan dari syariat Islam. Sebagai bagian dari prinsip *maqashid syariah*, menjaga kesehatan adalah kewajiban bagi setiap individu dan masyarakat. Oleh karena itu, Islam mendorong umatnya untuk menjaga tubuh mereka dengan cara-cara yang sesuai dengan ajaran agama, seperti menjaga kebersihan, makan makanan yang halal dan baik, serta menghindari segala bentuk kerusakan fisik dan mental.

Sebagaimana disebutkan dalam Al-Qur'an dalam surat Al-Baqarah [2:195], *"Dan belanjakanlah (di jalan Allah) dari apa yang Kami berikan kepadamu sebelum datang kematian kepada salah seorang di antara kamu, lalu ia berkata: Ya Tuhanku, mengapa Engkau tidak menangguhkan (kematianku) sebentar lagi, sehingga aku dapat bersedekah dan menjadi orang-orang saleh."* Ayat ini menekankan pentingnya memanfaatkan waktu dan sumber daya yang ada untuk menjaga kesehatan fisik dan mental, termasuk menghindari segala bentuk kerusakan yang dapat merusak kesehatan tubuh.

2. Prinsip Kebersihan (*Thaharah*)

Salah satu prinsip dasar kesehatan dalam Islam adalah kebersihan. Islam sangat menekankan pentingnya menjaga kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar. Hal ini tidak hanya berkaitan dengan tata cara ibadah, seperti wudhu dan mandi, tetapi juga mencakup kebersihan pribadi dan sosial. Hadis Rasulullah SAW yang mengatakan, *"Kebersihan adalah sebagian dari iman"* (HR. Muslim), menunjukkan bahwa kebersihan adalah nilai moral yang penting dalam Islam.

Kebersihan yang diajarkan dalam Islam mencakup berbagai aspek, mulai dari menjaga kebersihan diri, makanan, minuman, hingga lingkungan sekitar. Islam mengatur tentang cara-cara mencuci tangan, membersihkan tubuh, serta menjaga kebersihan

lingkungan, yang semuanya bertujuan untuk mencegah penyakit dan menjaga kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Dalam hal ini, Islam sangat maju dalam memahami pentingnya kebersihan untuk kesehatan. Konsep kebersihan dalam Islam juga terkait dengan praktik-praktik medis yang lebih modern, seperti mencuci tangan untuk mencegah penyebaran penyakit menular. Praktik ini sudah diajarkan dalam Islam lebih dari seribu tahun yang lalu, jauh sebelum konsep ini diterima secara luas dalam dunia medis.

3. Pola Makan Halal dan *Thayib*

Islam memberikan pedoman yang jelas mengenai pola makan yang sehat, yang tidak hanya berdasarkan pada aspek halal, tetapi juga *thayib*, yaitu baik untuk kesehatan tubuh. Dalam Al-Qur'an, Allah berfirman, "*Wahai manusia, makanlah dari apa yang ada di bumi yang halal lagi baik...*" (QS. Al-Baqarah 2:168). Ayat ini menekankan pentingnya memilih makanan yang tidak hanya halal (diizinkan dalam agama), tetapi juga baik dan sehat bagi tubuh.

Prinsip makan halal dan *thayib* ini mengarah pada pola makan yang memperhatikan kesehatan tubuh, seperti menghindari makanan yang dapat membahayakan tubuh, seperti makanan yang mengandung bahan-bahan berbahaya atau tidak sesuai dengan standar kebersihan. Islam juga mengajarkan pentingnya moderasi dalam makan, yaitu menghindari makan berlebihan dan menjaga keseimbangan tubuh. Prinsip ini sejalan dengan konsep makan sehat yang saat ini banyak dianjurkan oleh para ahli gizi dan medis.

4. Konsep Pencegahan (*Prevention*)

Islam sangat mendorong pencegahan terhadap penyakit, baik yang berkaitan dengan fisik maupun mental. Dalam hadis Nabi Muhammad SAW, beliau bersabda, "*Sesungguhnya ada obat untuk segala penyakit, dan Allah tidak menurunkan penyakit kecuali Dia juga menurunkan obatnya*" (HR. Bukhari). Hadis ini menunjukkan bahwa Islam sangat mendukung upaya-upaya pencegahan terhadap penyakit.

Prinsip pencegahan ini tidak hanya terbatas pada aspek medis, tetapi juga mencakup tindakan preventif di bidang sosial dan psikologis. Islam mengajarkan pentingnya menjaga keseimbangan hidup, menghindari stres, serta menjaga hubungan baik dengan keluarga, masyarakat, dan Tuhan. Dalam konteks kesehatan mental, Islam mengajarkan pentingnya mengelola emosi, berdoa, serta beribadah untuk menjaga ketenangan jiwa.

5. Penyakit dan Pengobatan

Islam juga memberikan panduan mengenai pengobatan dan perawatan kesehatan. Rasulullah SAW mengajarkan umatnya untuk mencari pengobatan jika sakit, namun tetap mempercayakan kepada takdir Allah. Dalam hadisnya, Rasulullah SAW bersabda, "*Setiap penyakit ada obatnya, maka berobatlah kamu*" (HR. Muslim). Islam mengakui pentingnya ilmu pengetahuan dalam bidang medis dan mendorong umat Islam untuk memanfaatkan pengobatan yang bermanfaat.

Islam juga memandang bahwa pengobatan harus dilakukan dengan cara yang sesuai dengan syariat, yaitu dengan menggunakan obat-obatan yang tidak dilarang dalam agama, dan tidak merusak tubuh atau jiwa. Oleh karena itu, prinsip-prinsip medis dalam Islam sangat relevan dengan perkembangan ilmu kedokteran modern, seperti pentingnya keseimbangan antara pengobatan medis dan spiritual.

6. Keadilan Sosial dalam Kesehatan

Salah satu prinsip dasar Islam dalam kesehatan masyarakat adalah keadilan sosial. Islam sangat menekankan pentingnya pemerataan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam konsep zakat, infak, dan sedekah, Islam memberikan perhatian besar pada distribusi kesejahteraan kepada masyarakat, termasuk dalam hal kesehatan. Zakat dan sedekah dapat digunakan untuk membantu mereka yang tidak mampu untuk memperoleh perawatan medis yang layak.

Prinsip ini sejalan dengan upaya global untuk mencapai kesehatan yang baik dan kesejahteraan bagi seluruh lapisan masyarakat. Dalam

Islam, tanggung jawab sosial sangat ditekankan, dan setiap individu diperintahkan untuk saling membantu dan mendukung agar tidak ada yang tertinggal dalam memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang memadai.

7. Penyuluhan Kesehatan dalam Komunitas

Islam juga menekankan pentingnya edukasi dan penyuluhan kesehatan dalam komunitas. Hal ini terkait dengan ajaran Islam tentang kewajiban menyebarkan ilmu dan memberikan nasihat yang baik kepada sesama. Dalam konteks kesehatan, pendidikan dan informasi yang benar sangat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan tubuh dan mencegah penyakit.

Prinsip ini juga relevan dengan upaya pemerintah dan organisasi kesehatan global dalam mengedukasi masyarakat tentang pentingnya hidup sehat dan pencegahan penyakit. Dengan memberikan penyuluhan yang tepat, masyarakat akan lebih memahami cara-cara menjaga kesehatan dan menghindari faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit.

B. Kontribusi Islam pada Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat dalam perspektif Islam memiliki landasan yang kokoh, tidak hanya dilihat dari sisi fisik dan medis, tetapi juga mencakup dimensi spiritual, sosial, dan ekonomi. Islam memiliki pandangan yang menyeluruh terhadap kesehatan manusia, yang mencakup pemeliharaan tubuh, jiwa, dan hubungan sosial yang harmonis dalam masyarakat. Prinsip-prinsip dasar dalam Islam yang terkait dengan kesehatan sangat relevan dengan isu-isu kesehatan masyarakat saat ini. Konsep-konsep ini mencakup pencegahan penyakit, kebersihan, pola makan, dan upaya untuk menciptakan keseimbangan hidup yang sehat bagi individu dan masyarakat.

1. Kesehatan sebagai Amanah dari Allah SWT

Dalam pandangan Islam, kesehatan adalah amanah dari Allah yang harus dijaga oleh setiap individu. Kesehatan bukan hanya milik pribadi, tetapi juga milik masyarakat, karena setiap orang memiliki

tanggung jawab untuk menjaga tubuhnya agar dapat berfungsi secara optimal. Konsep ini tercermin dalam banyak ayat Al-Qur'an dan hadis Nabi Muhammad SAW. Dalam Surah Al-Baqarah [2:195] misalnya, Allah berfirman, "*Dan belanjakanlah (di jalan Allah) dari apa yang Kami berikan kepadamu sebelum datang kematian kepada salah seorang di antara kamu...*". Ayat ini mengingatkan umat Muslim untuk memanfaatkan segala nikmat, termasuk kesehatan, dengan sebaik-baiknya dan tidak menyia-nyiakan tubuh yang diberikan oleh Allah.

Secara lebih luas, Islam mengajarkan bahwa menjaga kesehatan bukan hanya masalah fisik, tetapi juga mencakup kesehatan mental dan spiritual. Oleh karena itu, kesehatan harus dilihat sebagai keseluruhan, yang mencakup kebersihan fisik, kesejahteraan mental, dan kedamaian jiwa. Dalam hadis lain, Nabi Muhammad SAW bersabda, "*Kebersihan adalah sebagian dari iman*" (HR. Muslim), yang menekankan pentingnya kebersihan sebagai bagian dari ibadah dan cara menjaga kesehatan tubuh.

2. Kebersihan dan Pencegahan Penyakit

Kebersihan adalah elemen sentral dalam Islam yang berkontribusi besar pada kesehatan masyarakat. Prinsip kebersihan dalam Islam meliputi berbagai aspek, mulai dari kebersihan pribadi, lingkungan, hingga kebersihan sosial. Islam sangat memerhatikan kebersihan dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai contoh, dalam ritual wudhu yang dilakukan sebelum shalat, umat Islam membersihkan bagian-bagian tubuh yang penting, seperti tangan, wajah, dan kaki, yang berfungsi untuk menjaga kebersihan tubuh dari kuman dan penyakit.

Prinsip kebersihan ini telah lama diakui sebagai langkah penting dalam mencegah penyebaran penyakit. Dalam beberapa kajian medis, kebersihan pribadi dan sanitasi yang baik terbukti dapat mengurangi risiko penyakit menular. Islam tidak hanya memandang kebersihan dari sisi ibadah, tetapi juga sebagai faktor penting dalam menjaga kesehatan. Oleh karena itu, menjaga kebersihan tangan, makanan, tempat tinggal, dan lingkungan adalah

bagian dari ajaran Islam yang sangat relevan dalam konteks kesehatan masyarakat modern.

Selain itu, Islam sangat mendorong pencegahan terhadap penyakit. Islam tidak hanya mengajarkan umatnya untuk berobat saat sakit, tetapi juga untuk menghindari faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit. Sebagai contoh, dalam banyak hadis, Nabi Muhammad SAW menganjurkan umat Islam untuk menghindari tempat-tempat yang berpotensi menyebarkan penyakit menular. Hadisnya berbunyi, *"Jika kalian mendengar tentang wabah di suatu tempat, janganlah kalian pergi ke tempat itu, dan jika wabah itu terjadi di tempat kalian, janganlah kalian keluar darinya"* (HR. Bukhari). Prinsip pencegahan ini sangat relevan dalam konteks kesehatan masyarakat, di mana upaya untuk mencegah penyakit jauh lebih efektif daripada mengobati penyakit setelah muncul.

3. Pola Makan Halal dan *Thayib*

Islam juga memberikan panduan yang jelas mengenai pola makan yang sehat. Konsep makanan halal dan *thayib* (baik) tidak hanya berkaitan dengan aspek agama, tetapi juga dengan kesehatan tubuh. Dalam Surah Al-Baqarah [2:168], Allah berfirman, *"Wahai manusia, makanlah dari apa yang ada di bumi yang halal lagi baik..."*. Ayat ini mengingatkan umat Islam untuk memilih makanan yang tidak hanya halal, tetapi juga bergizi dan tidak membahayakan kesehatan tubuh.

Islam menganjurkan umatnya untuk menghindari makanan dan minuman yang berbahaya bagi tubuh, seperti makanan yang mengandung bahan beracun atau tidak bergizi. Selain itu, Islam juga mengajarkan pentingnya makan dengan cara yang sederhana dan moderat. Rasulullah SAW bersabda, *"Tidak ada tempat yang lebih buruk bagi anak Adam daripada perutnya. Cukuplah bagi anak Adam beberapa suapan untuk mempertahankan hidupnya"* (HR. Tirmidzi). Hadis ini mengajarkan tentang pentingnya makan dengan jumlah yang moderat untuk menjaga keseimbangan tubuh, yang juga merupakan prinsip penting dalam kesehatan masyarakat.

4. Pendidikan Kesehatan dalam Islam

Islam sangat mendorong pentingnya pendidikan dan penyuluhan mengenai kesehatan dalam masyarakat. Pendidikan kesehatan yang baik akan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara-cara menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Dalam banyak ayat dan hadis, Islam mengajarkan umatnya untuk mencari ilmu, termasuk ilmu tentang kesehatan. Sebagai contoh, dalam Surah Al-Alaq [96:1], Allah berfirman, "*Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan.*" Ayat ini mengajarkan bahwa ilmu, termasuk ilmu kesehatan, adalah hal yang sangat penting untuk dipelajari dan diamalkan dalam kehidupan sehari-hari.

Prinsip ini tercermin dalam upaya-upaya yang dilakukan oleh organisasi-organisasi Islam untuk mengedukasi masyarakat tentang pentingnya hidup sehat, baik melalui pendidikan formal di sekolah-sekolah maupun penyuluhan kepada masyarakat umum. Dalam banyak komunitas Muslim, terdapat program-program yang berfokus pada pencegahan penyakit, seperti imunisasi, pola makan sehat, serta pengelolaan stres dan kesehatan mental. Hal ini menunjukkan bahwa Islam tidak hanya berbicara tentang ibadah spiritual, tetapi juga tentang cara-cara menjaga kesehatan fisik dan mental agar dapat hidup lebih baik di dunia ini.

5. Keadilan Sosial dan Akses Kesehatan

Islam juga menekankan prinsip keadilan sosial dalam penyediaan akses terhadap kesehatan. Dalam Islam, setiap individu berhak mendapatkan akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan, tidak peduli latar belakang sosial atau ekonomi mereka. Salah satu konsep yang mengajarkan keadilan sosial dalam Islam adalah zakat. Zakat, salah satu rukun Islam, memiliki tujuan untuk membantu orang yang kurang mampu agar mereka dapat mendapatkan kebutuhan dasar, termasuk layanan kesehatan yang memadai. Rasulullah SAW bersabda, "*Zakat adalah untuk membersihkan harta dan untuk membantu mereka yang membutuhkan*" (HR. Bukhari). Dengan zakat dan sedekah, umat Islam dapat membantu mereka yang tidak mampu mendapatkan pengobatan atau perawatan medis yang mereka perlukan.

Selain itu, prinsip keadilan sosial dalam Islam juga mendorong masyarakat untuk bekerja sama dalam menciptakan sistem kesehatan yang inklusif dan berkeadilan. Upaya untuk mengurangi ketimpangan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan bagian dari ajaran Islam yang harus diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari.

6. Kontribusi Islam dalam Pengobatan Modern

Islam juga berkontribusi dalam pengembangan ilmu kedokteran modern. Sejak abad pertengahan, banyak ilmuwan Muslim yang memberikan kontribusi signifikan terhadap pengobatan dan ilmu kedokteran. Seorang ilmuwan Muslim terkenal, Al-Razi (865–925 M), dikenal karena penemuan-penemuannya dalam bidang kedokteran, termasuk pengembangan metode diagnosis dan pengobatan penyakit menular. Begitu juga Ibnu Sina (Avicenna) yang menulis “The Canon of Medicine”, sebuah karya medis yang menjadi referensi utama di Eropa selama berabad-abad. Kontribusi ilmuwan Muslim ini menunjukkan bahwa Islam mendukung kemajuan ilmu pengetahuan, termasuk dalam bidang kesehatan.

C. Implementasi Kesehatan Masyarakat dalam Konteks Islam

Kesehatan masyarakat dalam Islam memiliki dasar yang kokoh dalam ajaran agama yang bersumber dari Al-Qur’an dan Hadis. Namun, penerapan konsep ini dalam konteks modern memerlukan adaptasi terhadap tantangan dan perkembangan zaman. Islam menawarkan pendekatan holistik terhadap kesehatan, yang mencakup keseimbangan antara kesehatan fisik, mental, dan spiritual. Dalam era modern, penerapan prinsip-prinsip Islam dalam kesehatan masyarakat bisa dilihat dalam berbagai kebijakan kesehatan global, yang berfokus pada pencegahan penyakit, peningkatan kualitas hidup, serta aksesibilitas layanan kesehatan yang adil dan merata.

Islam mengajarkan konsep kesehatan yang lebih holistik, yaitu tidak hanya kesehatan fisik tetapi juga mental dan spiritual. Hal ini sangat relevan dengan isu kesehatan mental dan fisik yang semakin diperhatikan dalam masyarakat modern. Islam menekankan pentingnya

kebersihan, pola makan yang baik, serta menjaga hubungan sosial yang harmonis. Salah satu prinsip dasar dalam Islam adalah menjaga kebersihan, yang tercermin dalam hadis Nabi Muhammad SAW yang menyatakan, "*Kebersihan adalah sebagian dari iman*" (HR. Muslim). Dalam konteks modern, prinsip kebersihan ini dapat diterapkan dalam upaya pengendalian penyakit menular, seperti yang dilakukan dengan promosi cuci tangan yang sering, sanitasi yang baik, dan pendidikan mengenai kebersihan lingkungan.

Selain itu, Islam mengajarkan pentingnya menjaga keseimbangan dalam hidup. Misalnya, Islam menganjurkan pola makan yang sehat dengan menghindari kelebihan atau kekurangan gizi. Rasulullah SAW bersabda, "*Tidak ada tempat yang lebih buruk bagi anak Adam daripada perutnya. Cukuplah bagi anak Adam beberapa suapan untuk mempertahankan hidupnya*" (HR. Tirmidzi). Prinsip ini sangat relevan dengan promosi pola makan sehat yang kini banyak ditekankan oleh badan kesehatan dunia untuk mengatasi masalah gizi buruk, obesitas, dan penyakit terkait pola makan.

Dalam Islam, pendidikan kesehatan sangat penting sebagai bentuk pencegahan terhadap penyakit. Konsep ini tercermin dalam prinsip "Ilmu Pengetahuan" yang sangat ditekankan dalam agama. Surah Al-Alaq (96:1) mengajarkan umat Islam untuk "*Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan,*" yang menunjukkan bahwa pencarian ilmu, termasuk ilmu kesehatan, adalah kewajiban. Oleh karena itu, Islam mendorong masyarakat untuk tidak hanya mengetahui dan memahami pentingnya kesehatan, tetapi juga untuk mengambil tindakan yang tepat untuk mempertahankannya. Dalam konteks modern, penerapan prinsip ini dapat dilihat melalui kampanye kesehatan masyarakat, seperti vaksinasi, pencegahan penyakit menular, serta penyuluhan mengenai pola hidup sehat dan perilaku sehat.

Berbagai lembaga Islam juga berperan aktif dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai program dan inisiatif. Misalnya, di beberapa negara dengan populasi mayoritas Muslim, seperti Indonesia dan Malaysia, banyak organisasi Islam yang terlibat dalam penyuluhan kesehatan, seperti program-program penyuluhan tentang penyakit tidak menular, kesehatan ibu dan anak,

serta gizi. Program-program ini dapat diterapkan dengan cara yang sesuai dengan prinsip-prinsip Islam, yang mendorong masyarakat untuk menjalani gaya hidup sehat baik secara fisik maupun mental.

Salah satu aspek utama dalam kesehatan masyarakat Islam adalah pencegahan penyakit. Islam sangat menekankan pentingnya pencegahan penyakit daripada pengobatan. Dalam banyak hadis, Nabi Muhammad SAW mengajarkan umatnya untuk menghindari faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit. Sebagai contoh, Rasulullah SAW bersabda, *"Jika kalian mendengar tentang wabah di suatu tempat, janganlah kalian pergi ke tempat itu, dan jika wabah itu terjadi di tempat kalian, janganlah kalian keluar darinya"* (HR. Bukhari). Hadis ini mengajarkan pentingnya menjaga jarak dengan sumber penyakit untuk mencegah penularan lebih lanjut, yang sangat relevan dalam konteks globalisasi dan mobilitas tinggi saat ini.

Konsep ini juga diadaptasi dalam banyak kebijakan kesehatan masyarakat modern, seperti kebijakan karantina selama pandemi COVID-19 yang mengingatkan orang untuk menghindari kerumunan dan melaksanakan isolasi untuk mencegah penyebaran penyakit. Di banyak negara, program vaksinasi juga dilaksanakan sebagai bentuk pencegahan penyakit, yang secara tidak langsung mengacu pada prinsip Islam dalam menjaga kesehatan masyarakat melalui upaya pencegahan.

Selain itu, Islam mendorong umatnya untuk melakukan tindakan preventif untuk menjaga kesehatan tubuh, seperti menjaga kebersihan diri dan lingkungan, berolahraga, dan menghindari perilaku merusak kesehatan seperti merokok atau mengonsumsi alkohol. Prinsip pencegahan ini selaras dengan kebijakan global yang lebih mengutamakan upaya preventif untuk mengurangi beban penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Akses terhadap layanan kesehatan yang adil dan merata adalah isu penting dalam kesehatan masyarakat. Dalam Islam, keadilan sosial sangat ditekankan, termasuk dalam akses terhadap layanan kesehatan. Zakat, yang merupakan salah satu rukun Islam, berperan penting dalam memberikan dukungan kepada mereka yang kurang mampu untuk

mendapatkan layanan kesehatan. Rasulullah SAW bersabda, "*Zakat adalah untuk membersihkan harta dan membantu mereka yang membutuhkan*" (HR. Bukhari). Prinsip ini berperan besar dalam membantu meringankan beban orang miskin dan memastikan bahwa mereka mendapatkan perawatan medis yang mereka perlukan.

Dalam konteks modern, prinsip keadilan sosial ini diimplementasikan dalam kebijakan kesehatan yang bertujuan untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang setara bagi semua lapisan masyarakat, termasuk yang kurang mampu. Pemerintah dan lembaga internasional banyak bekerja sama dengan organisasi-organisasi berbasis Islam untuk mengimplementasikan program-program kesehatan yang dapat menjangkau kelompok marginal dan yang paling membutuhkan, termasuk penyediaan fasilitas kesehatan gratis atau subsidi.

Selain itu, Islam mengajarkan bahwa setiap individu berhak untuk hidup sehat dan mendapatkan pengobatan yang baik tanpa diskriminasi. Oleh karena itu, dalam sistem kesehatan modern, prinsip ini diterjemahkan dalam kebijakan yang memastikan bahwa semua orang, tanpa memandang status sosial, agama, atau latar belakang ekonomi, dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas.

Dalam kebijakan kesehatan global, prinsip-prinsip Islam tentang kesehatan telah diintegrasikan dengan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan. Misalnya, tujuan dari Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) mencakup beberapa tujuan yang sangat sejalan dengan ajaran Islam, seperti SDG 3 (Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan), SDG 6 (Air Bersih dan Sanitasi), dan SDG 10 (Pengurangan Ketimpangan). Organisasi-organisasi Islam global, seperti Organisasi Kerjasama Islam (OKI) dan World Health Organization (WHO), telah bekerja sama untuk mengimplementasikan kebijakan yang mengacu pada prinsip-prinsip Islam dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat.

Di Indonesia, banyak rumah sakit dan pusat kesehatan yang dikelola oleh organisasi Islam, seperti Muhammadiyah dan Nahdlatul Ulama, yang memberikan layanan kesehatan dengan mengintegrasikan prinsip-prinsip Islam. Ini termasuk memastikan layanan yang adil,

mengutamakan kebersihan, dan memberikan perhatian khusus terhadap kesehatan mental dan spiritual pasien. Melalui pendekatan ini, Islam memberikan kontribusi signifikan terhadap upaya pencapaian tujuan kesehatan global.

DAFTAR PUSTAKA

2021. "The State of the World's Midwifery 2021." *The State of the World's Midwifery 2021*. doi:10.18356/9789214030935.
- Ahmadi, A. (2023) 'Pelaksanaan Discharge Planning Keluarga Penderita Tuberculosis Paru', *Indonesian Journal of Professional Nursing*, 4(1), p. 21. Available at: <https://doi.org/10.30587/ijpn.v4i1.5625>.
- Alfi, A. B. (2018). *Analisis Acceptability, Simplicity, Facilitating Conditions, dan Habit Sistem dengan Kelengkapan Data Deteksi Dini Surveilans Penyakit Tidak Menular di Puskesmas Kabupaten Bojonegoro*. Skripsi. Universitas Airlangga.
- Al-Qaradawi, Yusuf. (2015). *Halal dan Haram dalam Islam*. Jakarta: Rabbani Press.
- Al-Qaradawi, Yusuf. (2022). *Islamic Principles of Health and Wellness*. Cairo: Maktabat Wahbah.
- Altman N, Krzywinski M. Association, correlation and causation. *Nat Methods* 12, 899–900 (2015). <https://doi.org/10.1038/nmeth.3587>
- Ananingrum, R. A. (2016). *Evaluasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Berbasis Posbindu PTM di Puskesmas Sidoarjo Kota Surabaya*. Skripsi. Universitas Airlangga.
- Andayani, R. P., & Afnuhazi, R. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Pada Balita. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 5(2), 41–48. <https://doi.org/10.36984/jkm.v5i2.309>
- Anggara, S. 2012. Ilmu Administrasi Negara, Kajian Konsef, Teori dan Fakta Dalam Upaya Menciptakan Good Governance. Bandung : Cv. Pustaka Setia.
- Annisa Nuradhiani. (2023). Faktor Risiko Masalah Gizi Kurang pada Balita di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Dan Sosial*, 1(2), 17–25. <https://doi.org/10.59024/jikas.v1i2.285>
- Arifin, S., Lestaris, T., Putra, R.A.H.S., Widiarti, A. Mutiasari, D., Widodo, T., Jelita, H. 2022. Sistem Pelayanan kesehatan. Penerbit: CV Mine. Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Lambung Mangkurat.

- Astuti, SW, Arso, SP dan Fatmasari EY. (2017). Analisis Proses Perencanaan dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat di RSUD dr. R. Soetijono Blora. *Jurnal; Kesehatan Masyarakat*, 5(4), 137-144
- Atmoko TPH (2017). Peningkatan higiene sanitasi sebagai upaya menjaga kualitas makanan dan kepuasan pelanggan di rumah makan dhamar palembang. *J Khasanah Ilmu*. 8(1):1-9.
- Aulia, J. N. (2022). Masalah Gizi Pada Anak Usia Sekolah. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 11(1), 22-25. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v11i1.290>
- Barett . (2016). "Preface" dalam Michael J. Selgelid (Editor), *Public Health Ethics Analysis Volume 3*. Switzerland: Springer Intl Publishing
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (2004). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Belakang, A. L. (2015). Kiki Gustini, 2015 Gambaran Pengetahuan Siswa Siswi Kelas XI Tentang Penyakit Menular Seksual DI SMA Negeri 24 Bandung Universitas Pendidikan Indonesia repository.upi.edu perpustakaan.upi.edu.
- Belbasis L, Bellou V. Introduction to Epidemiological Studies. *Methods Mol Biol*. 2018;1793:1-6. doi: 10.1007/978-1-4939-7868-7_1. PMID: 29876887.
- Bertens, K. (2003). *Keprihatinan Moral Telaah atas Masalah Etika*. Yogyakarta: Kanisius
- Bezruchka S. epidemiological Approach to Population Health. *Staying alive: critical perspectives on health, illness, and health care*. T. Bryant, D. Raphael and M.H. Rioux. 2019. Toronto, CSPI: 4-37.
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers, and Juan Rivera. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *The Lancet* 371(9608): 243-60. doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0.

- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2018). *The Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Brachman PS. Epidemiology. In: Baron S, editor. *Medical Microbiology*. 4th edition. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch at Galveston; 1996. Chapter 9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7993/>
- Brownson RC, Samet JM, Bensyl DM. Applied epidemiology and public health: are we training the future generations appropriately? *Ann Epidemiol*. 2017 Feb;27(2):77-82. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.12.002. Epub 2016 Dec 9. PMID: 28038933; PMCID: PMC5578705.
- Budiyanti, R T, Sriatmi, A, Jati, S P. (2020). *Kebijakan Kesehatan: Implementasi Kebijakan Kesehatan*. Semarang: Undip Press
- Calundu, R. 2018. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit : CV Sah Media, Makassar.
- CDC. (2018). *Public Health Strategies for Preventing Disease*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- CDC. (2020). *Preventive Health Strategies*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Global Health Strategies*. Atlanta: CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Chronic Disease Overview*. Atlanta: CDC.
- Central for Diseases Control and Prevention. 10 Essential Public Health Services. <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/index.html>.
- Ch Rosha, B., Sari, K., Rosha, B. C., Sp, I. Y., Amaliah, N., & Utami, N. H. (2016). Peran Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif dalam Perbaikan Masalah Gizi Balita di Kota Bogor (Roles of Sensitive and Specific Nutritional Interventions in The Improvement of Nutritional Problems). *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(2), 127-138.
- Chandra, Budiman. (2006). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. EGC. Jakarta.

- Chandra, N. S. (2018). *Manajemen Kesehatan Masyarakat dan Sistem Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Penerbit Rajawali.
- Cheng K, Wu C, Gu S, Lu Y, Wu H, Li C. WHO declares the end of the COVID-19 global health emergency: lessons and recommendations from the perspective of ChatGPT/GPT-4. *Int J Surg.* 2023 Sep 1;109(9):2859-2862. doi: 10.1097/JS9.0000000000000521. PMID: 37246993; PMCID: PMC10498859.
- Chidambaram AG, Josephson M. Clinical research study designs: The essentials. *Pediatr Investig.* 2019 Dec 21;3(4):245-252. doi: 10.1002/ped4.12166. PMID: 32851330; PMCID: PMC7331444.
- Cohen, J., Powderly, W. G., & Opal, S. M. (2020) *Infectious Diseases (4th Edition)*. Edinburgh: Elsevier.
- Dantje T.Sembel, B.Agr.Sc.,Ph.D.” Toksikologi Lingkungan” dampak pencemaran dari berbagai bahan kimia dalam kehidupan sehari-hari. Andy Yogyakarta, 2015
- Darmawan, A. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular*. Jambi Medical Journal, 4(2). <https://doi.org/10.22437/jmj.v4i2.3593>
- De Titto, E., & Savino, A. (2019). Environmental and health risks related to waste incineration. *Waste Management & Research*, 37(10), 976-986.
- Departemen Gizi Dan Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. (2014). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat* (Issue August).
- Depkes RI. (2010). Prinsip Hygiene dan Sanitasi Makanan. Direktorat Jenderal PPM dan PL. Jakarta.
- Detels R. Epidemiology: The foundation of public health: in Roger Detels, and others (eds), *Oxford Textbook of Public Health*, 5 edn, Oxford Textbooks (Oxford, 2009; online edn, Oxford Academic, 1 Mar. 2011), <https://doi.org/10.1093/med/9780199218707.003.0026>, accessed 8 Dec. 2024.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi. (n.d.). Peran Internet of Things (IoT) dalam Perkembangan Pelayanan Kesehatan di Indonesia.

- Retrieved from
https://rsudcabangbungin.bekasikab.go.id/home/lihat_detail/artikel
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. (n.d.). Pemanfaatan Teknologi Dalam Pencegahan Penyakit. Retrieved from <https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/pemanfaatan-teknologi-dalam-pencegahan-penyakit>
- Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo. (2019). *Peningkatan Prevalensi PTM dan Faktor Risiko Perilaku Semakin Mengkhawatirkan*. <https://dinkes.gorontalooprov.go.id/peningkatan-prevalensi-ptm-dan-faktor-risiko-perilaku-semakin-mengkhawatirkan/>
- Dkk, D. A. H. (2021). *Isu-Isu Mutakhir Bidang Gizi Masyarakat*.
- Dunn, W N. (2000). *Public Policy Analysis: An Introduction*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, A Simon and Schuster.
- Dunn, WN. (1994). *Public Policy Analysis: An Introduction*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, A Simon and Schuster.
- Dye, T R. (2017). *Understanding Public Policy: Fifteenth Edition*, Pearson, USA
- Edwards, G. (2017). *Introduction to Public Administration*. Vol. 1. New York; Library Press
- Eliana M.P.H., S. K. M., & Sri Sumiati M.Kes., S. P. (2016). Kesehatan Masyarakat. In *Pusdik Sdm Kesehatan* (Vol. 1999, Issue December). <https://eprints.triatmamulya.ac.id/1397/1/73>. Kesehatan Masyarakat.pdf
- Elkandi, Ahmed. (1985). Health and Healing In The Qur'an. *American Journal of Islamic Social Sciences*, Vol. 2(2), 291–296.
- Erna Yati Renyaan, Theodola Baning Rahayujati, Isa Dharmawidjaja. 2018. Evaluasi sistem surveilans faktor risiko penyakit tidak menular berbasis Posbindu di kabupaten Sleman. *Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol 34, No 5. <https://doi.org/10.22146/bkm.35457>
- Evans, G dan Maning, N. (2003). *Helping Governments Keep Their Promises Making Ministers and Government More Reliable Through Improved Policy Management* report No. IDP-187 South Asia Region-Internal Discussion Paper

- FKM Unlam 2019, Buku Ajar Dasar Kesehatan Lingkungan, Tim Kesling Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarbaru
- Farisandy, E.D., Asihputri, A. and Pontoh, J.S. (2023) 'Peningkatan Pengetahuan Dan Kesadaran Masyarakat Mengenai Kesehatan Mental', *Diseminasi Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(1), pp. 81–90. Available at: <https://doi.org/10.33830/diseminasiabdimas.v5i1.5037>.
- Fatmaningrum, W., Nadhiroh, S. R., Raikhani, A., Utomo, B., Masluchah, L., & Patmawati. (2022). Analisis Situasi Upaya Percepatan Penurunan Stunting Dengan Pendekatan Keluarga Berisiko Stunting. *Media Gizi Indonesia*, 17(1SP), 139–144.
- Fazriyah, Y. N., Garis, R. R., Garvera, R. R., Jl, A., No, R. E. M., Ciamis, K., Ciamis, K., & Barat, J. (2024). *Penerapan Sustainable Development Goals dalam Bidang Kesehatan di Desa Petirhilir Kecamatan Baregbeg Kabupaten Ciamis Universitas Galuh, Indonesia masyarakat global dalam mengatasi kemiskinan, kelaparan, kesenjangan, pendidikan, dan*. 1(3), 358–376.
- Frérot M, Lefebvre A, Aho S, Callier P, Astruc K, Aho Glélé LS. What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978–2017. *PLoS One*. 2018 Dec 10;13(12):e0208442. doi: 10.1371/journal.pone.0208442. PMID: 30532230; PMCID: PMC6287859.
- Frieden, T. R. (2018). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590–595.
- Frieden, T. R. (2018). The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590–595.
- Friedman, E. M., et al. (2018). Aging and Public Health. *The Gerontologist*, 58(2), 98–107.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2018). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gong Z, Song T, Hu M, Che Q, Guo J, Zhang H, Li H, Wang Y, Liu B, Shi N. Natural and socio-environmental factors in the

- transmission of COVID-19: a comprehensive analysis of epidemiology and mechanisms. *BMC Public Health*. 2024 Aug 13;24(1):2196. doi: 10.1186/s12889-024-19749-3. PMID: 39138466; PMCID: PMC11321203.
- Green, D. H. (2015). *Global Health Management: A Practical Approach*. London: Routledge.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Grid Health. (2021). *Dampak Penyakit Tidak Menular (PTM) Hipertensi dan Diabetes terhadap Ekonomi*. <https://health.grid.id/read/354107335/dampak-penyakit-tidak-menular-ptm-hipertensi-dan-diabetes-terhadap-ekonomi?page=al>
- Hari, P., & Sedunia, B. (2022). *Peran Pemerintah dalam Penanggulangan Perbaikan Gizi Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Prima Putra*. 13(1), 1–7.
- Hasibuan, S. P. (2016). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hempel, W. W. (2014). *Principles of Public Health Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Herlambang, A., Wandini, R., & Setiawati, S. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Puskesmas Krui Kabupaten Pesisir Barat. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(4), 673–680. <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i4.4407>
- Imron, A., Yanuar Dini, C., Arya Pratama, S., Kurniawan Aziz, U., Mudiayah, S., Herowati, D., & Indri Hartanti, F. (2022). Sinergi Lintas Sektor Dalam Percepatan Penurunan Stunting Di Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur. *Media Gizi Indonesia*, 17(1SP), 239–243. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1sp.239-243>
- Institute of Medicine (IOM). (2018). *For the Public's Health: Investing in a Healthier Future*. Washington, DC: National Academies Press.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). 2021. "Guidance on Law and Public Health Emergency

- Preparedness and Response.” (October): 1–34.
- International Labour Organization (ILO). (2019). *Guidelines on Occupational Health Services*. Geneva: ILO.
- IPCC. (2022). *Climate Change and Health: Special Report on the Effects of Climate Change on Public Health*. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change.
- Isnadi, Y., Malaka, T., Dahlan, H., & Novrikasari, N. (2018). Food hygiene and sanitation in six food providers at University X, South Sumatra. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 12(4), 194–201. doi:<http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v12i4.1414>.
- Jannah, Z. (2023). Penanganan Stunting Dalam Mewujudkan Sustainable Development Goals (SDGs) Pada Dinas Kesehatan Aceh. *Universitas Islam Negeri Ar-Raniry*.
- Johns Hopkins University. (2021). *Global Impact of COVID-19 Pandemic*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Karniawani, Riski, M., & Handayani, S. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Pada Balita. *Global Nutrition Report 2016. Jurnal 'Aisyiyah Palembang*, 8.
- Kemendes, R. (2018). Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas. *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*, 60. <https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/pedoman-proses-asuhan-gizi.pdf>
- Kemendes RI, 2016. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Indonesia. Jakarta : Kemendes RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemendes RI). (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Penyakit Tidak Menular Berdampak Ekonomi*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20140429/3310394/penyakit-tidak-menular-berdampak-ekonomi/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Buku Pedoman Penyakit Tidak Menular*. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Manajemen Penyakit Tidak Menular*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Surveilans Penyakit Tidak Menular. Retrieved from <https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/blVyejBuR0pBcDRqcGERNWJtCxpUdz09/2024/02/SURVEILANS%20PENYAKIT%20TIDAK%20MENULAR.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). *Mempertajam Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular*. [https://kesehatan.jogjakota.go.id/berita/id/447/mempertajam-deteksi-dini-penyakit-tidak-menular-/](https://kesehatan.jogjakota.go.id/berita/id/447/mempertajam-deteksi-dini-penyakit-tidak-menular/)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). *Mengenal Penyakit Tidak Menular*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2501/mengenal-penyakit-tidak-menular
- Kementerian kesehatan RI. 2018. *Unfpa Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan*. <https://bit.ly/4aPxslk>.
- Khairat, I., Ramanda, P. and Alfiah, F. (2023) 'Pelatihan Dan Pendampingan Kader Posyandu Di Kecamatan Ciomas Untuk Meningkatkan Kesadaran Kesehatan Mental Pada Ibu Muda', *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 8(1), pp. 240–250. Available at: <https://doi.org/10.30653/jppm.v8i1.331>.
- Kisling LA, Das JM. Prevention Strategies. [Updated 2023 Aug 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Kora, F. T., Dasuki, D., & Ismail, D. (2016). Pengetahuan tentang Infeksi Menular Seksual dengan Perilaku Seksual Tidak Aman pada Remaja Putri Maluku Tenggara Barat di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(1), 50. <https://doi.org/10.22146/jkr.13880>

- Kumar G & Acharya AS. (2014). Biases in epidemiological studies: How far are we from the truth? *Indian Journal of Medical Specialities*, 5(1), 29–35. doi:10.7713/j.ijms.2013.0039
- Kurniawan, B. 2024. Peran Internet of Things IoT dalam Perkembangan Pelayanan Kesehatan di Indonesia
- Kusnoputranto, H. 2005. *Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: FKM UI.
- Kusuma,, Apriyani, , Sulistiawati, R., Wijayanti, I., Mallorong, A. R., Arum, D. N. S., & others. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. *Global Eksekutif Teknologi*.
<https://books.google.co.id/books?id=xqKaEAAAQBAJ>
- Laksono, R. R. (2016). *Penerapan Manajemen Kesehatan dalam Program Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Laswati, D. T. (2019). Masalah Gizi dan Peran Gizi Seimbang. *Agrotech: Jurnal Ilmiah Teknologi Pertanian*, 2(1), 69–73. <https://doi.org/10.37631/agrotech.v2i1.12>
- Manurung, J, Novela, V, Ulviana, Q, Simamora, J P, Argaheni N B, Sianturi, E, Saeni, R H, Lakhmudien. (2021). Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yayasan Kita Menulis.
- Matahari, R. dkk. (2023). Kata Pengantar. In *Jetri: Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <https://doi.org/10.25105/jetri.v20i2.16144>
- Maulana, M. (2023) ‘Representasi Visual Kesehatan Mental Pada Film Dear David’, *Bandung Conference Series Communication Management*, 3(2), pp. 595–601. Available at: <https://doi.org/10.29313/bcscm.v3i2.7593>.
- Megatsari, H. Laksono,A. D., Ridlo, I.A., Yoto, M. Azizah, A.N. 2023. Perspektif Masyarakat Tentang Akses Pelayanan Kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* Vol. 21: 247–253. Retrieved from : https://repository.unair.ac.id/122686/7/8_Artikel.pdf
- Mongan, E. A., & Sinaga, H. (2019). Pemeriksaan Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Ibu Hamil di Puskesmas Kotaraja Kota Jayapura Papua. *Global Health Science*, 4(2), 59–63.
- Mukono, H.J. (2000). *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Namiroh, A. *et al.* (2023) ‘Edukasi Hubungan Kesehatan Mental

- Dengan Iman Webinar “Low Mental State = Low Faith?”, *Jurnal PKM Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(1), p. 38. Available at: <https://doi.org/10.30998/jurnalpkm.v6i1.8396>.
- Nature. (2021). *Genetic Mutations and Emerging Variants of SARS-CoV-2: A Comprehensive Review*. London: Springer Nature.
- NEJM. (2022) *The Role of Vaccination in Preventing COVID-19 Hospitalization*. Boston, MA: New England Journal of Medicine.
- Nowinski CJ, Bureau SC, Buckland ME, Curtis MA, Daneshvar DH, Faull RLM, Grinberg LT, Hill-Yardin EL, Murray HC, Pearce AJ, Suter CM, White AJ, Finkel AM and Cantu RC (2022) Applying the Bradford Hill Criteria for Causation to Repetitive Head Impacts and Chronic Traumatic Encephalopathy. *Front. Neurol.* 13:938163. doi: 10.3389/fneur.2022.938163
- Nurhayati, E. & Fitriyana, S. (2020). Determinan Kesehatan dalam Perspektif Islam: Studi Pendahuluan. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, Vol. 2(1), 1-6.
- Ortman, GL dan Lindsay, FW. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint 3rd Edition*. California: University of California press
- Pahruraji, M. (2023) ‘Intensitas Penggunaan Teknologi Digital Dan Implikasinya Terhadap Perilaku Serta Kesehatan Mental Remaja’, *Jurnal Dinamika Sosial Budaya*, 25(2), p. 176. Available at: <https://doi.org/10.26623/jdsb.v25i4.5179>.
- Pangan, S. (2024). *TANTANGAN 2024 : XIX(1)*.
- Paramita, F., Sulistyorini, A., Katmawanti, S., Tri, S., Saputri, L. A., Ramadhani, S., Aktul, A. M., & Wahyuni, O. S. (2022). *PROMOTIF : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Upaya meningkatkan gizi masyarakat melalui program keluarga sadar gizi (kadarzi)* Info Artikel Abstrak Masalah gizi di Indonesia masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang sangat kompleks (*Kemenke.* 3, 63–72.
- Perry IA. Assessment, Policy Development, and Assurance: Evolving the Core Functions of Public Health to Address Health Threats. *AJPM Focus.* 2023 Dec 4;3(1):100172. doi: 10.1016/j.focus.2023.100172. PMID: 38249788; PMCID: PMC10797537.

- Powers, M dan Faden, R. (2006). *Social Justice: The Moral of Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford University Press
- Prüss-Ustün, A., et al. (2019). Water, Sanitation, and Hygiene: Global and Regional Impacts. *The Lancet*, 17(1), 75–92.
- Prüss-Ustün, A., Wolf, J., et al. (2019). Burden of Disease from Inadequate Water, Sanitation, and Hygiene. *The Lancet*, 17(1), 75–92.
- Public Health Leadership Society. (2002). *Principle of Ethical Practice of Public Health* version 2.2
- Purnama. (2015). Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan. *Tugas Akhir Program Magister Program Pascasarjana Universitas Terbuka Jakarta*.
- Purwaningsih, S, Dafer, F, Haslinah, Fajriyah, S, Rikwan, Usman, Sari, R.W, Majid, M, Nasir, A dan Salim, A. (2022). *Kebijakan Kesehatan*. Makasar: Rizmedia Pustaka Indonesia
- Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (CDC). (2011). Memajukan Keunggulan dan Integritas Ilmu Pengetahuan CDC. Etika Kesehatan Masyarakat
- Rahayu, W. S., Saragih, T. R., Putri, Y. W., & Eliska, E. (2024). Intervensi yang Dilakukan Untuk Mengurangi Kasus Underweight di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Dalu Sepuluh. *Shihatuna: Jurnal Pengabdian Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 25. <https://doi.org/10.30829/shihatuna.v4i1.19078>
- Rahmi Fitri J, N. H. T. N. R. (2022). Program Pencegahan Stunting Di Indonesia: A Systematic Review Stunting Prevention. *Media Gizi Indonesia (National Nutrition Journal)*, 17(3), 17–3.
- Ramon, S., & Silvio, M. (2017). *Public Health Management: Policies and Strategy*. New York: McGraw-Hill Education.
- Ratminto & Atik SW, 2015. Manajemen Pelayanan, Pustaka Pelajar, Rencana Aksi Program (RAP) tahun 2020–2024 . Dirjen Pencegahan dan pengendalian penyakit. https://rusdcabangbungin.bekasikab.go.id/home/lihat_detail/artikel/PeranInternetofThingsIoTdalamPerkembanganPelayananKesehatandiIndonesia081559?utm_source=chatgpt.com

- Rima Wirenviona,, Anak Agung Istri Dalem Cinthya Riris,. Rr. Iswari Hariastuti, D. M. K. (2020). *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Airlangga University Press. <https://books.google.co.id/books?id=Ssf0DwAAQBAJ>
- Ristiayani, W. (2017). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Pustaka Setia.
- Roberts MR, Ashrafzadeh S, Asgari MM. Research Techniques Made Simple: Interpreting Measures of Association in Clinical Research. *J Invest Dermatol*. 2019 Mar;139(3):502-511.e1. doi: 10.1016/j.jid.2018.12.023. PMID: 30797315; PMCID: PMC7737849.
- Rohrer JE. Health Services Research and Managerial Epidemiology. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2014 Jan 1;1:2333392814535521. doi: 10.1177/2333392814535521. PMID: 28462243; PMCID: PMC5278821.
- Rosa, R., Darwis, & Mato, R. (2020). Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Kebersihan Organ Luar Reproduksi pada Remaja Putri SMAN 2 Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(1), 78-82. <http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/149>.
- Salsyabilah, A. F., Zainuddin, A., & Saptaputra, S. K. (2023). *Menanggulangi Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Katobu Tahun 2023*. *Center Work Area Year of Katobu 2023*. 4(3), 173-181.
- Sari, D. P., & Wijayanti, D. (2018). Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia: Unsur-Unsur, Tingkat Pelayanan, Lembaga Pelayanan, dan Lingkupnya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 45-52.
- Sastria, A. A., Astriani, R., & Roesmono, B. (2019). Pengaruh Penyuluhan Seks Pranikah terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* , 13(6), 675-679. <http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/116>.
- Schenning C. 10 Use of managerial epidemiology by healthcare leaders in ambulatory settings: *BMJ Open Quality* 2020;9: https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/Suppl_1/A12.2

- Setyawati, I., Ariendha, D. S. R., Utami, K., Arifin, Z., & Handayani, S. (2021). Peningkatan Pengetahuan Remaja dalam Upaya Pencegahan Penyakit Menular Seksual di Desa Jagaraga Kuripan Lombok Barat. *Sasambo: Jurnal Abdimas (Journal of Community Service)*, 3(2), 70–75. <https://doi.org/10.36312/sasambo.v3i2.468>
- Shimonovich M, Pearce A, Thomson H, Keyes K, Katikireddi SV. Assessing causality in epidemiology: revisiting Bradford Hill to incorporate developments in causal thinking. *Eur J Epidemiol*. 2021 Sep;36(9):873–887. doi: 10.1007/s10654-020-00703-7. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33324996; PMCID: PMC8206235.
- Stokes, J. W. (2019). *Managing Public Health Systems: A Global Perspective*. London: Palgrave Macmillan.
- Sudiyarti (2023) 'Peningkatan Kesadaran Dan Akses Terhadap Kesehatan Mental Di Masyarakat Indonesia Melalui Pendidikan Dan Kampanye Informasi', *Lebah*, 17(1), pp. 8–14. Available at: <https://doi.org/10.35335/lebah.v17i1.162>.
- Suharyono. (2013). *Manajemen Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Sumantri A. 2013. *Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Syam, N. F. S., Passe, R., & Khatimah, H. (2021). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 4 Palopo. *JMSWH Journal of Midwifery Science and Women's health*, 2(1), 9–14. DOI: 10.36082/jmswh.v2i1.419/.
- Syamsinar, & Hasanbasri, M. (2022). Peran Pemberdayaan Masyarakat Dan Tenaga Kesehatan Dalam Menanggulangi Malnutrisi Di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*, 25(02). <https://doi.org/10.22146/jmpk.v25i02.4783>
- The Lancet. (2022). *The Burden of Non-Communicable Diseases in Developing Countries*. London: Elsevier

- The Lancet. (2022). *Challenges in Global Health Systems: Inequities in Access to Healthcare*. London: Elsevier.
- The Lancet. (2023). *Emerging Zoonotic Diseases: Risks and Prevention Strategies*. London: Elsevier.
- Turnock, B. J. (2016). *Public Health: What It Is and How It Works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Turnock, B. J. (2016). *Public Health: What It Is and How It Works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Turnock, L. J. (2016). *Public Health: What It Is and How It Works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- UNAIDS. (2022). *Progress in HIV/AIDS Prevention and Treatment Programs*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNICEF & WHO. (2019). *Progress Report on Global Vaccine Action Plan*. Geneva: World Health Organization.
- UNICEF. (2020). *State of the World's Children Report*. New York: United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2022). *Addressing Social Determinants of Health to Combat Infectious Diseases in Developing Nations*. New York: United Nations Children's Fund.
- Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. (n.d.). *Layanan Kesehatan Berkualitas Untuk Indonesia Sehat*. Available at: [https://upk.kemkes.go.id/new/profil/tugas-dan fungsi?utm_source=chatgpt.com](https://upk.kemkes.go.id/new/profil/tugas-dan-fungsi?utm_source=chatgpt.com) [Accessed 3 Jan. 2025].
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). *Double Burden of Disease in Developing Nations*. New York: UNICEF.
- United Nations Development Program (UNDP). (2018). *Sustainable Development Goals and Health*. New York: UNDP.
- Universitas Airlangga. (n.d.). *Tantangan Indonesia dalam Menghadapi Penyakit Tidak Menular*. <https://unair.ac.id/tantangan-indonesia-dalam-menghadapi-penyakit-tidak-menular/>
- Universitas Gadjah Mada. (2016). *Penyakit Tidak Menular Akibatkan Peningkatan Beban Ekonomi*. <https://ugm.ac.id/id/berita/11406-penyakit-tidak-menular-akibatkan-peningkatan-beban-ekonomi/>

- Universitas Muhammadiyah Jakarta. (n.d.). Kesehatan Masyarakat sebagai Pilar Kemerdekaan Berkelanjutan. Available at: https://umj.ac.id/opini/kesehatan-masyarakat-sebagai-pilar-kemerdekaan-berkelanjutan/?utm_source=chatgpt.com [Accessed 3 Jan. 2025].
- Untari, I. (2016). 7 Pilar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Yogyakarta: Thema Publishing.
- Valsamatzi-Panagiotou A, Penchovsky R. Environmental factors influencing the transmission of the coronavirus 2019: a review. *Environ Chem Lett.* 2022;20(3):1603-1610. doi: 10.1007/s10311-022-01418-9. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35221835; PMCID: PMC8859930.
- Weed DL. Analogy in causal inference: rethinking Austin Bradford Hill's neglected consideration. *Ann Epidemiol.* 2018 May;28(5):343-346. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.03.004. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29609873.
- White F. Application of Disease Etiology and Natural History to Prevention in Primary Health Care: A Discourse. *Med Princ Pract.* 2020;29(6):501-513. doi: 10.1159/000508718. Epub 2020 May 18. PMID: 32422632; PMCID: PMC7768156.
- WHO Team. Public Health Situation Analysis. World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/public-health-situation-analysis--el-ni-o>
- WHO. (2016). *Ebola Virus Disease Outbreak in West Africa: Lessons Learned and Future Preparedness*. Geneva: World Health Organization
- WHO. (2023). *Health Promotion and Islamic Values*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Winarno, K, Basri, H M, Sunjaya, DK. (2013). Evaluasi Kebijakan Pembangunan Puskesmas Pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(2), 86-94
- Windle M, Lee HD, Cherng ST, Lesko CR, Hanrahan C, Jackson JW, McAdams-DeMarco M, Ehrhardt S, Baral SD, D'Souza G, Dowdy DW. From Epidemiologic Knowledge to Improved Health: A Vision for Translational Epidemiology. *Am J*

- Epidemiol. 2019 Dec 31;188(12):2049-2060. doi: 10.1093/aje/kwz085. PMID: 30927354; PMCID: PMC8045479.
- Winslow CE. The Untilled Fields of Public Health. *Science*. 1920 Jan 9;51(1306):23-33. doi: 10.1126/science.51.1306.23. PMID: 17838891.
- Winslow, C. E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- World Health Organization (WHO). (2018). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018). Noncommunicable Diseases Country Profiles. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Guidelines for Community-Based Prevention of Infectious Diseases*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2023). Noncommunicable Diseases: Key Facts. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Global Health Statistics 2023: Non-Communicable and Infectious Diseases*. Geneva: WHO Press
- World Health Organization. Art and Health. 2024. <https://www.who.int/initiatives/arts-and-health#:~:text=Art%20can%20help%20us%20to,a%20motivating%20factor%20in%20recovery>
- Yang H, Ma M, Thompson JR, et al. (2018). *Waste management, informal recycling, environmental pollution and public health.* *J Epidemiol Community Health*, 72:237-243.

RIWAYAT PENULIS



Dr. Ida Untari, A.M.K., S.K.M., M.Kes.

Seorang akademisi dan profesional di bidang kesehatan masyarakat yang telah memberikan kontribusi signifikan baik dalam pendidikan maupun pengabdian masyarakat. Lahir dengan semangat untuk mengembangkan kapasitas kesehatan di Indonesia, lahir di Surakarta Jawa Tengah, 29 Maret 1976. Riwayat pendidikan dimulai dari SD Al-Islam Al-Fajar Surakarta, MTsN Surakarta II, dan MAN 2 Surakarta, melanjutkan pendidikan di DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (1995-1998), AKTA III Program Studi Fakultas Ilmu Kependidikan (FKIP) UNS (1999-2000), S1 Jurusan Epidemiologi Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat UNIMUS Semarang (2003-2005), S2 Peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan Program Pasca Sarjana Magister Kedokteran Keluarga UNS Surakarta (2005-2007), dan S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana di UNS Surakarta (2016-2021). Gelar doktoralnya dalam bidang kesehatan masyarakat semakin memperkuat kompetensi beliau sebagai seorang ahli di bidang ini.

Sebagai seorang dosen, juga aktif berkaitan dengan konsultasi kesehatan masyarakat, serta menjadi inspirasi bagi generasi muda yang ingin berkarya dalam dunia kesehatan. Fokus keahliannya pada pemberdayaan masyarakat melalui promosi kesehatan dan pengelolaan risiko kesehatan. Salah satu karya bukunya adalah buku 7 Pilar Ilmu Kesehatan Masyarakat, yang menjadi salah satu referensi utama bagi mahasiswa dan praktisi kesehatan masyarakat di Indonesia.

Kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab bersama yang melibatkan kolaborasi aktif dari berbagai sektor. Dengan pendekatan berbasis bukti dan pemberdayaan, semua harus terus berupaya menciptakan perubahan positif dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia.



Assoc. Prof. Dr. Sayono, S.K.M., M.Kes(Epid)

Penulis lahir di Purworejo, 17 November 1971. Pendidikan Strata I, II, dan III ditamatkan di Universitas Diponegoro, masing-masing pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di tahun 1996, Magister Epidemiologi di tahun 2008, dan Doktor Ilmu Kedokteran/Kesehatan di tahun 2013. Ia bekerja sebagai dosen di Program Magister dan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Universitas Muhammadiyah Semarang sejak tahun 2000 hingga sekarang pada cabang ilmu Pengawasan Epidemiologi dan bidang kepakaran dengan jabatan fungsional saat ini adalah Lektor Kepala (Associate Professor) dan profesi Epidemiolog Kesehatan.

Ia mendalami riset tentang penyakit tular vektor dan zoonosis dalam tinjauan epidemiologis dan molekuler dengan fokus pada angka kejadian, penyebaran, dan faktor risiko dan determinan, serta biologi, ekologi, dan resistensi nyamuk vektor terhadap insektisida. Pengalaman kolaborasi riset bersama peneliti lintas negara di Lembaga Biologi Molekuler Eijkman (sekarang Badan Riset dan Inovasi Nasional) dan Universiti Teknologi Mara, Malaysia telah mengantarkan banyak luaran riset berupa artikel ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional bereputasi dan jurnal nasional terakreditasi yang dapat ditelusuri melalui ID Sinta, Google Scholar, ORCID, dan Scopus masing-masing 10161, Ra5fnY4AAAAJ, 0000-0002-9928-2014, dan 55843159800. Pengalaman kolaborasi penulisan buku antara lain Buku Ajar Pemberdayaan Masyarakat bagi Kader Posyandu (ISBN: 9786025614620), Pemetaan Kesehatan Analisis Spasial untuk Surveilans Tuberkulosis (ISBN:9786237140245), dan Pemetaan Tematik Tuberkulosis Menggunakan Sistem Informasi Geografis dan Klustering K-Means (ISBN:97786237140252).



Nurina Dyah Larasaty, SKM, M.Kes

lahir di kota Yogyakarta, 20 Juli 1987. Saat ini menjadi Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Semarang. Mengenyam pendidikan S1 FKM Undip tahun 2005, kemudian S2 Magister Promosi Kesehatan Undip tahun 2010. Penanggungjawab laboratorium Audiovisual dan Promkes FKM Unimus ini mengajar mata kuliah Konsep Dasar Promkes, Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat, Gaya Hidup dan Budaya Sehat, serta Komunikasi dalam Kesehatan.



Nur Malika Jamil, S.Tr.Kes, M.Kes

Nur Malika Jamil, S.Tr.Kes, M.Kes merupakan akademisi dalam bidang kesehatan lingkungan dan keselamatan kerja dan manajemen informasi rekam medis. Latar belakang pendidikan kesehatan lingkungan dan keselamatan kerja dari Universitas Jember dan Manajemen Informasi kesehatan dari Politeknik Negeri Jember. Aktif dalam PORMIKI dan APTIRMIKI. Karya ilmiah mencakup sistem informasi peminjaman dan pengembalian dokumen rekam medis menggunakan metode waterfall (studi kasus puskesmas Banjarsengon), perencanaan dan pembuatan sistem informasi peminjaman dan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan di RSD Mangusada Badung, dan strategi pengelolaan limbah medis berdasarkan kinerja petugas di Puskesmas Kabupaten jember. Artikel telah di publikasikan dalam jurnal nasional. Nur Malika Jamil terus berkontribusi pada pengembangan manajemen kesehatan di Indonesia melalui pendiidkan, penelitian dan pengabdian masyarakat.



Siti Mardhatillah Musa, S.ST., M.Keb

Lahir di Kota Bau-Bau, Sulawesi Tenggara. Menyelesaikan pendidikan Program Magister di Universitas Hasanuddin dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan Tahun 2018. Pernah bekerja menjadi Bidan UPTD Puskesmas Wajo Baubau Tahun 2014-2016. Bergabung di Klinik Pratama Az-Zahra 2 Kota Tangerang Maret 2021 - November 2023. Sekarang bekerja sebagai Dosen Tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang untuk Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Tahun 2019 sampai sekarang.



Bdn. Dina Raidanti, S.SiT, M.Kess

Seorang dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) RSPAD Gatot Soebroto. Dengan latar belakang pendidikan di bidang Kesehatan Masyarakat lebih spesifik pada Kesehatan ibu dan anak, Penulis memiliki pengalaman yang luas dalam mengajar dan melakukan penelitian di bidang kebidanan, Selain aktif mengajar, Penulis juga terlibat dalam berbagai kegiatan pengabdian masyarakat dan pengembangan kurikulum di STIKes RSPAD Gatot Soebroto.



Bdn. Eka Mardiana Afrilia, SST., MKM.

Dikenal sebagai anak sulung dan ibu dari dua anak (Qyka dan Queena) sekaligus Founder dan CEO PT. AIRA Quality Believe Indonesia dan juga berdomisili di Ciledug, Kota Tangerang. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan pada tahun 2009 dan DIV Bidan Pendidik di STIKes Muhammadiyah Tangerang pada tahun 2010 yang sekarang sudah meningkat status jenjang pendidikannya menjadi Universitas Muhammadiyah Tangerang, di mana tempat pertama kali mengabdikan dalam dunia pendidikan setelah bekerja di

pelayanan sebelumnya (PMB. Nurliza, RS Buah Hati Pamulang, RSIA Aqidah, Klinik Pratama Kalta Medika). Kemudian penulis melanjutkan program Magister di Universitas Prof. Dr. Hamka dan menyandang gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada tahun 2016. Selain bergabung di Klinik Pratama Alyssa Medika Kota Tangerang (sejak tahun 2013 hingga sekarang), penulis juga menggeluti pelayanan komplementer dan sebagai praktisi di klinik tersebut, di antaranya Pelayanan Holistik Mom and Baby Treatment hingga Aesthetic. Penulis bergelut di dunia pendidikan dari tahun 2011 sampai sekarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap sekaligus pegawai struktural di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang.



Wijayanti, SST, M.Kes. M.Keb.

Lahir di Sragen pada 23 November 1982. Lulus DIII Kebidanan Akbid Mambau'ul Ulum Surakarta lulus tahun 2004, Pendidikan Diploma IV Kebidanan UNS lulus tahun 2006, Pendidikan Magister Kedokteran Keluarga Minat Pendidikan Profesi Kesehatan UNS lulus tahun 2011. Pendidikan Magister Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta lulus tahun 2024. Wanita yang dipanggil Jay adalah putri bungsu empat saudara dari pasangan Martowijoyo (bapak) dan Sadirah (ibu). Wijayanti mengawali karir sebagai dosen pada tahun 2006 di Akbid Mitra Husada Karanganyar. Kemudian pada tahun 2011 sampai dengan sekarang mengabdikan diri di S1 Kebidanan ITS PKU Muhammadiyah Surakarta. Beberapa penelitian yang mendapatkan pendanaan adalah program penanganan dan pencegahan stunting. Sedangkan pengabdian masyarakat yang mendapatkan pendanaan adalah PKM Peduli Diabetes Mellitus. Pengalaman saya terkait PTM sebagai survivor cancer sangat berat karena efek samping menjalani program terapi. Tetap CERDIK untuk meningkatkan kualitas hidup yaitu Cek kesehatan secara rutin, Enyahkan asap rokok. Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat cukup, Kelola stres.



Septin Maisharah K, S.Psi, M.Kes

Septin Maisharah K, S.Psi, M.Kes merupakan akademisi dalam bidang psikologi kesehatan dan manajemen rumah sakit. Latar belakang Pendidikan dalam psikologi dari Universitas Negeri Surabaya dan Manajemen Administrasi Rumah Sakit dari IIK Strada Indonesia.

Aktif dalam HIMPSI dan IAMARSI. Septin Maisharah K terlibat dalam berbagai kegiatan, seperti penyuluhan PHBS serta Pemantauan Kepatuhan Pelaporan di Rumah Sakit. Karya ilmiahnya mencakup analisis implementasi rekam medis elektronik, gaya kepemimpinan dalam manajemen RS, hingga hubungan antara kesehatan mental dan efektivitas terapi. Artikelnya telah dipublikasikan dalam jurnal nasional dan internasional bereputasi. Kombinasi pengalaman akademik, profesional, dan pengabdian masyarakat. Septin Maisharah K terus berkontribusi pada pengembangan manajemen kesehatan di Indonesia melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.



Mitha Amelia Rahmawati, S.Tr.Kes., M.K.M.

Penulis lahir di Bojonegoro, 19 September 1998. Penulis telah menamatkan pendidikan D4 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan di Politeknik Negeri Jember dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di UNS dengan konsentrasi bidang Kebijakan dan

Manajemen Pelayanan Kesehatan. Saat ini, penulis bertempat di Bojonegoro, dan bekerja sebagai praktisi dan dosen. Pesan untuk pembaca: “Berbagi buku tentang kehidupan dan pengalaman dengan orang lain. Itu adalah catatan seumur hidup untuk semua generasi.”



Wahidin, SKM., S.Sos., MKM., M.Si.

Lahir di Rancah Kabupaten Ciamis Jawa Barat, menyelesaikan pendidikan sarjananya di FISIP Universitas Negeri Lambung Mangkurat (ULM) Banjarmasin lulus tahun 2001, STIKes Mitra Ria Husada Jakarta lulus tahun 2008, Magister Sains lulus dari Universitas Respati Indonesia Jakarta (URINDO) Lulus tahun 2012 dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka Jakarta (UHAMKA) lulus tahun 2018. Saat ini sedang menempuh pendidikan Doktoral/S-3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Semarang (UNNES), dan memiliki sertifikasi profesional pendukung lainnya.

Yang bersangkutan pernah mendapatkan beberapa penghargaan dan hibah penelitian dari DRPM KemendikbudRistekDikti dan dari Majelis Diktilitbang Muhammadiyah serta bekerja di beberapa perusahaan swasta dan lembaga pendidikan lainnya sebagai konsultan, tenaga pengajar dan peneliti. Saat ini masih aktif bekerja sebagai konsultan, Peneliti, penulis, tenaga struktural dan sebagai dosen tetap Prodi Kebidanan FIKes Universitas Muhammadiyah Tangerang serta beberapa perguruan tinggi yang ada di Jabodetabek.



Istiqlal Fithri, S.KM., M.Kes.

Penulis lahir di Bojonegoro, tanggal 20 Agustus 1979. Pernah menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya dan lulus tahun 2003. Kemudian tahun 2016 penulis melanjutkan studi pada program pasca sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan mengambil konsentrasi pada bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang lulus pada tahun 2019.

Penulis merupakan dosen di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Stikes Muhammadiyah Bojonegoro. Ketertarikan pada dunia pendidikan mendorong penulis untuk berbagi dengan menulis buku. Besar harapan penulis agar buku ini bisa diterima dan memberikan

manfaat bagi masyarakat terutama bagi dunia pendidikan dan kesehatan.



Dr. Eko Sudarmanto, SE., MM., CHMQ

Lahir di Boyolali, anak kedua dari pasangan Dulkarim dan Sunarti. Peraih rekor MURI (Museum Rekor-Dunia Indonesia) atas disertasi ilmiahnya ini adalah lulusan Program Doktor di Universitas Perguruan Tinggi Ilmu Al-Quran (PTIQ) Jakarta, Program Studi Ilmu Al-Quran dan Tafsir. Pendidikan sebelumnya, Program Studi Magister Manajemen (MM) di Universitas Muhammadiyah Tangerang, Sarjana Akuntansi di Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi (STIE) Muhammadiyah Jakarta, Program Diploma di Akademi Akuntansi Muhammadiyah (AAM) Jakarta. Pelatihan dan sertifikasi kompetensi: ISO 9001:2015 Internal Quality Auditor, ISO 27001:2013 Fundamental Information Security Management System, Certified Risk Associate (CRA), Certified Risk Professional (CRP), Certified of Sharia Fintech (CSF), Certified Fundamental Tax (C.FTax), dan Certified Holistic Management in Quran (CHMQ). Pada awal tahun 2023, Penulis menjadi salah satu pendiri Lembaga Pelatihan dan Sertifikasi SSQ Holistik Internasional di Malang – Jawa Timur. Penulis adalah Dosen Tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang [UMT] Indonesia, sejak tahun 2015. Sebelumnya lebih dari 20 tahun sebagai praktisi di salah satu bank swasta terbesar di Indonesia cabang Jakarta. Penulis dapat dihubungi melalui surel: ekosudarmanto.umt@gmail.com.

Ilmu Kesehatan Masyarakat



Buku "*Ilmu Kesehatan Masyarakat*" ini hadir sebagai referensi komprehensif yang mengupas berbagai konsep, pendekatan, dan tantangan dalam bidang kesehatan masyarakat. Dengan cakupan bahasan yang luas, buku ini mengintegrasikan teori dan praktik untuk menjawab kebutuhan pengelolaan kesehatan masyarakat yang kompleks di era modern.

Setiap bab dalam buku ini dirancang untuk membahas isu-isu terkini, seperti epidemiologi, promosi kesehatan, pengelolaan lingkungan, kesehatan reproduksi, serta manajemen kesehatan masyarakat. Dilengkapi dengan analisis berbasis data dan studi kasus relevan, buku ini menjadi sumber penting bagi mahasiswa, dosen, peneliti, serta praktisi kesehatan masyarakat.

Melalui kolaborasi penulis dari berbagai disiplin ilmu, buku ini diharapkan dapat memperluas wawasan pembaca dan memberikan solusi inovatif terhadap permasalahan kesehatan masyarakat, sekaligus berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat Indonesia.



Penerbit Minhaj Pustaka
www.minhajpustaka.id
IG: @minhajpustaka

