

**BUKU AJAR
PENGANTAR KESEHATAN MASYARAKAT
(DALAM PROMOSI KESEHATAN)
JILID 2**

**Neni Fitra Hayati
Novelasari
Nindy Audia Nadira**



GET PRESS INDONESIA

BUKU AJAR
PENGANTAR KESEHATAN MASYARAKAT
(DALAM PROMOSI KESEHATAN)
JILID 2

Penulis :

Neni Fitra Hayati
Novelasari
Nindy Audia Nadira

ISBN :

Editor : Hafizah Rahmadhani
Hanifah Muliana

Penyunting: Aulia Syaharani, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak :

Hafizah Rahmadhani
Hanifah Muliana

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar. Tak lupa juga mengucapkan salawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan.

Adapun, buku ajar kami yang berjudul “Buku Ajar Pengantar Kesehatan Masyarakat (Dalam Promosi Kesehatan) jilid 2” ini telah selesai kami buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana kesehatan masyarakat dalam promosi kesehatan.

Kami sadar, masih banyak luput dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang buku ini. Oleh sebab itu, kami mohon agar pembaca memberi kritik dan juga saran terhadap karya buku ajar ini agar kami dapat terus meningkatkan kualitas buku.

Demikian buku ajar ini kami buat, dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan mengenai bidang kesehatan masyarakat dalam promosi kesehatan serta dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam arti luas.

Padang, September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB 1 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT	1
1.1 Konsep-konsep mengenai Usaha Promotif dalam Mengembangkan Konsep Gizi Seimbang dan Hidup Sehat Pada Daur Kehidupan Manusia	1
1.2 Masalah Gizi.....	2
1.3 Penilaian Status Gizi	6
1.4 Penilaian Status Gizi	10
1.5 Ringkasan	11
BAB 2 KESEHATAN IBU DAN ANAK.....	17
2.1 Konsep Kesehatan Reproduksi	17
2.2 Konsep Kesehatan Ibu dan Anak.....	18
2.3 Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	19
2.4 Prinsip dan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	20
2.5 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	21
2.6 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	22
2.7 Jenis Indikator Kesehatan Ibu dan Anak	24
2.8 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia.....	25
2.9 Upaya Pencegahan Melalui Pemberdayaan Masyarakat.....	30
2.10 Upaya Kolaboratif untuk Perbaikan PONED-PONEK.....	31
2.11 Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak.....	32
2.12 Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	35
2.13 Menciptakan Layanan yang Berkualitas	37
2.14 Ringkasan	38

BAB 3 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI	43
3.1 Epidemiologi Dasar	43
3.2 Sejarah Epidemiologi.....	44
3.3 Definisi Dan Tujuan Epidemiologi.....	45
3.4 Metode Epidemiologi.....	47
3.5 Konsep Segitiga Epidemiologi (Triad Epidemiologi)	52
3.6 Konsep Riwayat Alamiah Penyakit Dan Pencegahan	56
3.7 Wabah Dan Kejadian Luar Biasa (KLB)	65
3.8 Peran Epidemiologi Bagi Kesehatan Masyarakat ...	69
3.9 Ringkasan	70
BAB 4 SISTEM KESEHATAN NASIONAL	77
4.1 Pendahuluan	77
4.2 Pembangunan Kesehatan	78
4.3 Definisi SKN.....	79
4.4 Perkembangan SKN dan Pelaksanaan.....	79
4.5 Tujuan SKN	81
4.6 Pelaku SKN.....	81
4.7 Maksud Dan Kegunaan SKN	81
4.8 Asas SKN	81
4.9 Penyelenggaraan SKN	82
4.10 Sub Sistem Kesehatan Nasional.....	83
4.11 Pendekatan SKN Input, Proses, Output, Impact dan Outcome	85
4.12 Ringkasan	86
BAB 5 PROMOSI KESEHATAN	93
5.1 Pengertian Promosi Kesehatan	93
5.2 Tujuan, Strategi, Dan Ruang Lingkup	93
5.3 Teori Promosi Kesehatan	96
5.4 Penyampaian Pesan Dalam Promosi Kesehatan	96
5.5 Alat Bantu/ Peraga Dalam Promosi Kesehatan	97
5.6 Media Dalam Promosi Kesehatan	98
5.7 Metode Promosi Kesehatan.....	100

5.8 Metode Promosi Massa.....	105
5.9 Sasaran Promosi Kesehatan	105
5.10 Promosi Kesehatan Di Puskesmas.....	107
5.11 Ringkasan	112
DAFTAR PUSTAKA.....	118
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Rantai Penularan Penyakit.....	53
Gambar 4.1. Target MDGs ke SDGs.....	78

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Tabel Batas IMT	8
Tabel 3.2. Faktor Pencegahan Berdasarkan Fase Prepatogenesis dan Patogenesis.....	59
Tabel 3.3. Perbedaan Pencegahan dengan pendekatan pada masyarakat dan individu berisiko tinggi.....	61
Tabel 3.4. Tingkat pencegahan penyakit.....	64
Tabel 4.1. Fokus Bidang Kesehatan MDGs dan SDGs	78
Tabel 4.2. Perubahan Sub Sistem Dalam SKN	80

BAB 1

GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

1.1 Konsep-konsep mengenai Usaha Promotif dalam Mengembangkan Konsep Gizi Seimbang dan Hidup Sehat Pada Daur Kehidupan Manusia

Kebutuhan gizi dalam daur kehidupan dimulai dari kehamilan hingga lansia. Setiap manusia akan melalui siklus atau tahapan dalam periode kehidupannya. Siklus kehidupan manusia terdiri dari periode kehamilan, menyusui, masa bayi, masa anak-anak, masa remaja, masa dewasa dan masa lansia.

Untuk dapat hidup, kita membutuhkan nutrisi setiap fase kehidupan ini. Setiap tahap kehidupan akan memiliki kebutuhan zat gizi yang berbeda. Zat gizi harus dikonsumsi sesuai dengan kebutuhan pada setiap tahapan agar berfungsi secara optimal dan menunjang setiap periode kehidupan dengan baik. Jika kebutuhan zat gizi ini tidak dipenuhi dengan baik, maka dapat menyebabkan berbagai penyakit dan mengganggu tugas pertumbuhan dan perkembangan setiap siklus hidup secara optimal.

Angka kematian bayi, balita, dan ibu melahirkan yang terus meningkat merupakan salah satu masalah kesejahteraan rakyat yang dihadapi Indonesia saat ini. Angka penyakit infeksi yang terus meningkat merupakan penyebab langsung dari kematian ini. Mereka yang berisiko terkena penyakit infeksi ini disebabkan oleh daya tahan tubuh mereka yang sangat rendah terhadap infeksi yang disebabkan oleh faktor gizi yang buruk.

Oleh karena itu, tidak mengherankan jika banyak penyakit infeksi tersebut juga disertai dengan penyakit kekurangan gizi.

Kurang gizi dan infeksi saling berkorelasi. Anak-anak yang kurang gizi lebih rentan terhadap infeksi karena daya tahan tubuh yang lemah. Namun, anak-anak yang terkena penyakit infeksi lebih rentan terhadap penyakit kurang gizi. Salah satu indikator peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah peningkatan gizi pada bayi dan anak balita.

Meningkatnya angka kematian orang dewasa akibat penyakit jantung dan hipertensi adalah masalah kesehatan lain yang kita hadapi. Keduanya terkait erat dengan kegemukan, penyakit gula, dan penyakit pembuluh darah lainnya. Pola hidup yang tidak sehat adalah penyebab semua penyakit ini. Pola hidup yang tidak sehat terutama mencakup pola makan yang tidak sehat, kurang olahraga, merokok, dan meminum alkohol. Pendidikan perilaku hidup sehat, terutama dengan mengikuti pedoman gizi seimbang setiap hari, dapat membantu mencegah penyakit tersebut di atas.

1.2 Masalah Gizi

Makanan yang dikonsumsi mempengaruhi kesehatan seseorang. Seseorang berada dalam tingkat kesehatan gizi yang optimal jika mereka mengonsumsi cukup sumber energi dan zat gizi setiap harinya untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Namun, kesalahan gizi (*malnutrition*) terjadi ketika kekurangan atau kelebihan gizi terus menerus yang berakibat buruk bagi kesehatan. Kekurangan gizi disebut gizi kurang, dan kelebihan gizi disebut gizi lebih (*overnutrition*).

Kemiskinan, kurangnya pasokan makanan, kualitas lingkungan (sanitasi) yang buruk, pengetahuan tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan yang kurang, dan adanya wilayah yang kurang gizi adalah semua faktor yang menyebabkan gizi yang lebih rendah di negara-negara miskin

dan berkembang. Meskipun distribusi pangan yang lebih baik, ekonomi yang lebih baik, dan daya beli masyarakat telah meningkatkan keadaan gizi masyarakat, tetapi masih ada beberapa daerah di Indonesia kurang gizi. Berikut permasalahan gizi di Indonesia :

1. Kurang Kalori dan Protein (KKP)

Kekurangan makan sumber energi dan kekurangan protein menyebabkan penyakit kurang kalori dan protein. Hal ini biasanya terjadi pada anak balita. KKP pada anak dapat menghambat pertumbuhan, meningkatkan risiko penyakit terutama penyakit infeksi, dan menurunkan kecerdasan. Penyakit ini pada anak diklasifikasikan dalam tiga tingkat, sebagai berikut :

- a. KKP ringan terjadi jika berat badan anak memiliki nilai antara 84—95% dari berat badan menurut standar Harvard.
- b. KKP sedang terjadi jika berat badan anak memiliki nilai antara 60—83% dari berat badan menurut standar Harvard.
- c. KKP ringan terjadi jika berat badan anak memiliki nilai antara 44—60% dari berat badan menurut standar Harvard.

KKP ringan (gizi kurang) dan KKP berat, atau gizi buruk (marasmus dan kwashiorkor) adalah dua jenis KKP yang diakui oleh para ahli saat ini. Penderita marasmus terlihat hanya seperti "tulang dan kulit", serta memiliki berat badan menurut usia <60 standar internasional. Dibandingkan dengan individu yang sehat, penderita marasmus lebih rentan terhadap infeksi dan memiliki kemungkinan kematian yang lebih tinggi atau kecacatan akibat infeksi.

Kwashiorkor terjadi ketika berat badan menurut usia <80 dari standar internasional. Jika dibandingkan dengan

marasmus, penderita kwasiorkor memiliki perubahan metabolisme lebih parah dan kematian yang juga lebih tinggi.

KKP pada orang dewasa mengurangi produktivitas kerja dan derajat kesehatan, serta meningkatkan risiko serangan penyakit. KPP berat pada orang dewasa yang disebabkan oleh kelaparan disebut *honger oedeem*. Penyakit ini juga dikenal sebagai penyakit kurang makan, kelaparan, atau busung lapar, dan memiliki tanda *oedema* yang biasanya terlihat di area kaki.

2. Anemia Gizi Besi (AGB)

Salah satu penyakit kekurangan gizi yang paling umum di seluruh dunia dan bersifat epidemik adalah anemia gizi besi. Hal ini banyak terjadi pada anak-anak dan wanita dalam usia reproduktif di wilayah tropis dan subtropis. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang dilakukan pada tahun 2001 menunjukkan bahwa anemia gizi besi pada balita sebesar 48,1% dan anemia gizi besi pada ibu hamil sebesar 40,1% di Indonesia. Kekurangan besi adalah penyebab utama anemia, yang terjadi ketika produksi hemoglobin berkurang secara signifikan, yang mengakibatkan penurunan kadar hemoglobin dalam darah.

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

insiden berat badan bayi ketika lahir rendah tinggi ($< 2,5$ kg). Pada anak-anak dapat mengganggu kemampuan belajar mereka dan pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas kerja.

3. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium

Sejak program iodisasi garam nasional dimulai pada tahun 1990-an, gangguan yang disebabkan oleh kekurangan iodium telah berkurang. Iodium diperlukan untuk pembentukan hormon tiroid di kelenjar tiroid yang memainkan peran penting dalam pengaturan metabolisme. Oleh karena itu, iodium sangat penting bagi tubuh. Kekurangan iodium selama kehamilan dapat menyebabkan keguguran, kematian bayi, defisiensi mental, tingkat kecerdasan yang rendah, dan mata juling.

Pada anak-anak dan remaja, penyakit gondok terjadi karena tubuh mencoba mengkompensasi kekurangan iodium dengan menambah jaringan di kelenjar gondok mereka, yang akhirnya menyebabkan kelenjar gondok membesar. Selain itu, dapat menyebabkan *cretinisme*. *Cretinisme* adalah keadaan di mana seseorang memiliki tinggi badan di bawah normal dan mengalami masalah dengan fungsi mental dan kecerdasan, sehingga ekspresi muka mereka terlihat bodoh karena tingkat kecerdasan yang rendah. Ibu yang kekurangan iodium biasanya melahirkan *cretin*. Gondok pada orang dewasa dapat menyebabkan komplikasi seperti masalah pernapasan dan menelan.

Dalam kebanyakan kasus, pengobatan yang diberikan kepada penderita kekurangan iodium dewasa tidak memadai. Oleh karena itu, cara terbaik untuk mencegah hal ini terjadi adalah dengan menghindari pemberian garam yang diperkaya dengan iodium.

4. Defisiensi vitamin A

Kebanyakan penyebab kebutaan pada anak-anak adalah kekurangan vitamin A. Kekurangan vitamin A menyebabkan lebih dari 150 juta anak lebih rentan terhadap kematian akibat penyakit infeksi yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A. Efek klinis yang paling umum dari kekurangan vitamin A pada mata adalah *xeroftalmia*, yang berasal dari kata Yunani "*xeros*" yang berarti kekeringan dan "*oftalmia*" yang berarti mata.

Gejala penyakit ini ditandai dengan kekeringan epitel biji mata dan kornea karena glandula lacrimalis menurun. Selaput bola mata terlihat keriput, dan biji mata terlihat kusam saat bergerak. Berkurangnya fungsi mata menyebabkan gangguan adaptasi mata saat gelap, yang dikenal sebagai buta senja atau buta ayam, yaitu tidak bisa melihat cahaya remang-remang. Pada tahap akhir, mata mengoreng karena sel-selnya menjadi lunak, yang dikenal sebagai *keratomalacia*, yang dapat menyebabkan kebutaan.

Kekurangan vitamin A tidak hanya menyebabkan kebutaan, tetapi juga dapat meningkatkan risiko infeksi berat, gangguan pertumbuhan, dan kulit kering. Penyakit yang paling umum di Indonesia yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A adalah *xeroftalmia*. Program pencegahan balita dengan memberikan kapsul vitamin A selama hari imunisasi nasional, mendorong ASI, dan menangani infeksi. Selain itu, ini juga dilakukan dengan menyediakan makanan pokok dengan nutrisi yang baik dan menambah vitamin A ke dalamnya.

1.3 Penilaian Status Gizi

Status gizi seseorang akan dipengaruhi oleh makanan yang mereka konsumsi. Status gizi dikatakan baik jika tubuh menerima gizi yang cukup dan digunakan secara efisien

sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, dan kesehatan secara optimal. Status gizi buruk jika tubuh kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial atau status gizi lebih jika tubuh menerima gizi dalam jumlah yang berlebihan dan mengakibatkan efek toksis pada tubuh.

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Gondok endemik adalah contoh ketidakseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran iodium tubuh (Supariasa, dkk, 2001). Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dengan menggunakan metode antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Selain itu status gizi juga dapat ditentukan dengan cara tidak langsung melalui melakukan survei tentang konsumsi pangan, statistik penting, dan kondisi lingkungan.

1. Penilaian status gizi secara langsung

- a. Antropometri: berhubungan dengan berbagai ukuran ukuran dan komposisi tubuh untuk berbagai usia dan tingkat gizi. Antropometri biasanya digunakan untuk melihat pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan air dalam tubuh. Antropometri menunjukkan ketidakseimbangan dalam asupan protein dan energi. Penggunaan teknik indeks massa tubuh (IMT) atau body mass index (BMI) adalah salah satu cara untuk menilai status gizi dengan antropometri. IMT adalah alat sederhana untuk melacak status gizi orang dewasa, terutama yang berkaitan dengan masalah berat badan atau kekurangan berat badan.

IMT ini dapat menentukan berat badan beserta risikonya. IMT menggunakan rumus berikut.

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan } 2(M)^2}$$

Ketentuan FAO/WHO yang membedakan batas ambang laki-laki dan perempuan digunakan untuk menentukan batas ambang IMT. Batas ambang normal untuk laki-laki adalah 20,1-25,0, sedangkan untuk perempuan adalah 18,7-23,8. FAO/WHO juga menyarankan penggunaan ambang batas antara laki-laki dan perempuan untuk memantau tingkat defisiensi kalori dan kegemukan. Untuk kategori kurus, ambang batas ditetapkan untuk laki-laki dan ambang batas untuk perempuan. Batas ambang diubah lagi untuk kepentingan Indonesia berdasarkan pengalaman klinis dan temuan penelitian di negara-negara berkembang. Pada akhirnya, diambil kesimpulan, batas ambang IMT untuk Indonesia adalah sebagai berikut.

Tabel 1.2. Tabel Batas IMT

Kategori		IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17,0
	Kekurangan berat badan tingkat berat	17,0 – 18,4
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	25,1 – 27,0
	kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

Sumber : P2PTM Kemenkes RI, 2019

- b. Klinis : Metode ini berdasarkan pada perubahan yang disebabkan oleh kekurangan zat gizi. Perubahan-perubahan ini dapat ditemukan pada jaringan epitel, atau jaringan epitel superior, seperti kulit, mata,

rambut, dan mukosa oral, atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh, seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Di samping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit (Supariasa dkk, 2002).

Sebagian besar, metode ini digunakan untuk survei klinis cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini bertujuan untuk menemukan gejala klinis umum kekurangan zat gizi. Selain itu, pemeriksaan fisik, yang mencakup tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit, digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang (Supariasa et al., 2002).

- c. Biokimia : secara biokimia dilakukan dengan memeriksa spesimen jaringan tubuh yang berbeda di laboratorium, seperti darah, urine, tinja, otot, dan hati.

2. Penilaian gizi secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga, yaitu survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

- a. Survei konsumsi makanan : Survei konsumsi makanan adalah cara secara tidak langsung untuk mengetahui status gizi seseorang dengan melihat jenis dan jumlah zat gizi yang dikonsumsi. Survei ini dapat memberikan gambaran tentang konsumsi zat gizi oleh masyarakat, keluarga, dan individu, serta dapat menemukan kelebihan dan kekurangan zat gizi.

- b. Statistik Vital: pengukuran status gizi dengan statistik vital dilakukan dengan menganalisis statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.
- c. Faktor Ekologi : Faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya berkontribusi pada masalah malnutrisi, yang merupakan masalah ekologi. Banyak faktor ekologi, seperti iklim, tanah, irigasi, dan lainnya, memengaruhi jumlah makanan yang tersedia. Sebagai dasar untuk program intervensi gizi, pengukuran faktor ekologi dianggap sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat.

1.4 Penilaian Status Gizi

Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya. Adapun cara yang bisa dilakukan diantaranya dengan cara:

1. Memberikan hanya ASI saja kepada bayi, sejak lahir sampai usia 6 bulan
2. Memantau berat badan secara teratur
3. Makan beraneka ragam
4. Mengkonsumsi hanya garam beryodium
5. Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

Semua keluarga ingin seluruh anggota keluarganya sehat, dan salah satu cara untuk mencapainya adalah dengan menjadi keluarga sadar gizi (Kadarzi). Keluarga sadar gizi adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan

dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil tindakan untuk mengatasi masalah gizi mereka. Tujuan umum Kadarzi adalah untuk mencapai keadaan gizi yang optimal untuk seluruh keluarga.

Indikator yang digunakan untuk menilai perubahan perilaku gizi anggota keluarga adalah sebagai berikut :

1. Kebiasaan keluarga dalam mengkonsumsi makanan yang bernaneka ragam sehari-harinya
2. Tidak ada satu jenis makanan yang memiliki semua zat gizi yang diperlukan untuk menjadi sehat, tumbuh kembang, dan produktif. Makan makanan yang bervariasi sangat bermanfaat bagi kesehatan karena karena kekurangan atau kekurangan zat gizi tertentu, zat gizi serupa dari satu jenis makanan akan mengimbangnya.
3. Dengan mengonsumsi makanan yang beranekaragam, seseorang dapat memenuhi kebutuhan energi, nutrisi, dan zat pengatur mereka. Idealnya, hidangan siang dan malam terdiri dari empat jenis makanan: makanan pokok, lauk-pauk, sayur-sayuran, dan buah.

1.5 Ringkasan

Kebutuhan gizi sepanjang daur kehidupan, mulai dari kehamilan hingga usia tua. Kehamilan, menyusui, masa bayi, masa anak-anak, masa remaja, masa dewasa, dan masa tua adalah bagian dari siklus kehidupan manusia.

Makanan yang dikonsumsi seseorang memengaruhi kesehatannya. Seseorang berada dalam tingkat kesehatan gizi yang optimal jika mereka mengonsumsi cukup sumber energi dan zat gizi setiap hari. Namun, kesalahan gizi (malnutrition) terjadi ketika kekurangan atau kelebihan gizi berlangsung lama dan berdampak buruk pada kesehatan. Kekurangan gizi dikenal sebagai gizi kurang, sedangkan kelebihan gizi dikenal sebagai gizi lebih.

Penilaian status gizi dapat diukur dengan cara langsung ataupun tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dilakukan dengan cara antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Sedangkan tidak langsung di antaranya dengan melakukan survei konsumsi pangan, statistik vital, dan faktor ekologi.

Pengertian Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya.

Latihan

1. Kesehatan seseorang ditentukan oleh makanan yang dikonsumsi, jelaskan maksudnya!
2. Apa saja yang dapat kita lakukan dalam upaya pembinaan keluarga mandiri sadar gizi?
3. Seorang petugas kesehatan melakukan pembinaan KADARZI terhadap sebuah keluarga. Keluarga tersebut terdiri dari seorang ayah, ibu hamil, dan balita usia 4 tahun. Jelaskan hal apa yang harus dilakukan keluarga tersebut!
4. Seorang laki-laki berusia 25 tahun memiliki berat badan 65 kg dan tinggi badan 170 cm. Hitunglah IMT laki-laki tersebut!
5. Seorang Perempuan berusia 30 tahun memiliki berat badan 65 kg dan tinggi badan 160 cm. Hitunglah IMT-nya!

Tes 1

1. Angka Kecukupan Gizi (AKG) dibuat sesuai dengan kelompok umur dengan mempertimbangkan proporsi tubuh rata-rata orang Indonesia. Data apakah yang dicantumkan dalam AKG tersebut?
 - a. Aktivitas dan umur
 - b. Tinggi badan dan umur
 - c. Berat badan dan aktivitas
 - d. Berat badan dan tinggi badan
2. Pasien anak laki-laki berusia 4 tahun 4 bulan 16 hari datang ke rumah sakit dengan kondisi demam, suhu tubuh 38 derajat celsius dan data antropometri berat badan = 9,8kg dan tinggi badan = 95 cm. Hb darah 11 mg. Data skrining manakah yang menjadi dasar kategori anak tersebut termasuk kelompok beresiko malnutrisi?
 - a. Berat badan dan tinggi badan

- b. Kadar Hb darah
 - c. Demam
 - d. Usia
3. Seorang Wanita dengan usia 45 tahun memiliki berat badan 59 kg dan tinggi badan 154 cm. Berapakah berat badan ideal Wanita tersebut ?
- a. 60 kg
 - b. 48 kg
 - c. 67 kg
 - d. 40 kg
4. Perempuan usia 35 tahun memiliki tinggi badan 160 cm dan berat badan 54 kg. Bagaimanakah status gizi Perempuan tersebut ?
- a. Sangat kurus
 - b. Obesitas
 - c. Normal
 - d. Kegemukan
5. Seorang petugas kesehatan melakukan pemeriksaan gondok dengan cara palpasi pada murid sekolah dasar. Apa metode penilaian status gizi yang dilakukan oleh petugas tersebut?
- a. Biofisik
 - b. Antropometri
 - c. Survei konsumsi
 - d. Klinis
6. Seorang petugas kesehatan melakukan pembinaan KADARZI terhadap sebuah keluarga. Keluarga tersebut terdiri dari seorang ayah, ibu, dan bayi usia 3 bulan dan balita usia 3 tahun. Hal yang harus dilakukan tersebut adalah...
- a. Mengonsumsi garam yang tidak beryodium bagi seluruh anggota keluarga
 - b. Perbanyak konsumsi makanan cepat saji bagi ibu

- c. Memberikan ASI eksklusif pada bayi usia 3 bulan
 - d. Memberikan ASI eksklusif kepada balita
7. Seorang Ibu melahirkan bayi dengan berat badan bayi lahir 2 kg. Apa yang menyebabkan hal tersebut ?
- a. Bayi mengalami AGB
 - b. Ibu mengalami obesitas
 - c. Ibu mengalami diabetes
 - d. Ibu mengalami AGB
8. Seorang anak berusia 8 tahun mengalami kondisi kulit kering. Selain itu anak juga mengalami kekeringan biji epitel biji mata dan kornea. Apa yang dialami oleh anak tersebut ?
- a. KEK
 - b. AGB
 - c. Kekurangan vitamin A
 - d. Kekurangan Yodium
9. Adapun cara yang bisa dilakukan dalam upaya pembinaan keluarga mandiri sadar gizi diantaranya dengan cara...
- a. Memberikan hanya ASI saja kepada bayi, sejak lahir sampai usia 6 bulan
 - b. Memantau berat badan secara teratur
 - c. Makan beraneka ragam
 - d. Semua Benar
10. Salah satu masalah kesejahteraan rakyat yang dihadapi bangsa Indonesia saat ini adalah
- a. angka kematian ibu
 - b. angka kematian bayi
 - c. angka kematian balita
 - d. semua benar

BAB 2

KESEHATAN IBU DAN ANAK

2.1 Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi bukan hanya kondisi tanpa penyakit atau kecacatan. Kesehatan reproduksi adalah kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang mencakup semua aspek sistem dan fungsi, serta proses reproduksi. Setiap individu harus memiliki kemampuan untuk menjalani kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya sendiri, serta mampu menurunkan dan memenuhi keinginan mereka tanpa hambatan, kapan, dan berapa sering mereka ingin memiliki keturunan. Setiap orang berhak untuk mengatur jumlah keluarganya, termasuk mendapatkan informasi lengkap tentang berbagai metode kontrasepsi sehingga mereka dapat memilih metode yang paling mereka sukai. Selain itu, hak untuk mendapatkan perawatan kesehatan reproduksi tambahan, seperti perawatan antenatal, persalinan, dan nifas, serta perawatan untuk anak dan remaja juga harus dilindungi (Harahap, 2003).

Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan adalah sebagai berikut (Harahap, 2003):

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS,
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi,
4. Kesehatan reproduksi remaja,
5. Pencegahan dan penanganan infertile,
6. Kanker pada usia lanjut,
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dan lain-lain.

2.2 Konsep Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya kesehatan yang meliputi pemeliharaan dan perawatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, balita, dan anak prasekolah. Pemberdayaan masyarakat di bidang KIA membantu mengatasi situasi darurat terkait aspek nonklinis kehamilan dan persalinan. Sistem kesiapsiagaan adalah sistem bantuan yang dibuat untuk dan untuk masyarakat, seperti penggunaan sarana transportasi atau komunikasi seperti handphone dan telepon rumah, pembiayaan, donor darah, pemantauan dan informasi tentang kesehatan ibu dan anak. Dalam pengertian ini termasuk pendidikan kesehatan untuk tokoh masyarakat, pelatihan untuk dukun bayi, dan bimbingan kesehatan di taman kanak-kanak.

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) berfungsi untuk mengurangi AKI dan AKB, termasuk *Safe Motherhood*. Di Indonesia, program KIA mencakup pemeriksaan dan perawatan kehamilan, persalinan yang aman dan sehat, dan layanan obstetri esensial di pusat kesehatan masyarakat (Zahtamal, 2011).

Keluarga inti, yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, dimaksudkan dalam definisi keluarga. Ayah dan ibu memenuhi tugas mereka sebagai orang tua dan mampu melakukannya. Keluarga mempunyai peran yang signifikan dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal dan kritisnya. Ibu adalah yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya, dan peran ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi hingga dewasa karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tuanya, terutama ibunya (Asfryati, 2013). Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa,

bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung jawabnya atau menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

2.3 Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah mencapai kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan ibu dan keluarganya untuk mencapai Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) dan peningkatan derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang yang optimal, yang merupakan landasan untuk peningkatan kualitas manusia seutuhnya. Tujuan khusus pelayanan KIA adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, komunitas 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, komunitas 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
5. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.

Program pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu program pelayanan kesehatan dasar.

Pelayanan KIA menjadi tolok ukur dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dan memiliki 10 (sepuluh) indikator kinerja, antara lain (Depkes RI, 2008c):

1. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4 dengan target 95%;
2. Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dengan target 80%;
3. Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan dengan target 90%;
4. Persentase cakupan pelayanan nifas dengan target 90%
5. Persentase cakupan neonatus komplikasi yang ditangani dengan target 80%; 6. Persentase cakupan kunjungan bayi dengan target 90%;
6. Persentase cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) dengan target 100%;
7. Persentase cakupan pelayanan anak balita dengan target 90%;
8. Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan pada keluarga miskin dengan target 100%;
9. Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani dengan target 100%

2.4 Prinsip dan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok:

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.

2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

2.5 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Kesehatan Maternal/Ibu
2. Kesehatan Perinatal dan Neonatal
3. Kesehatan Bayi dan Anak
4. Kesehatan Reproduksi
 - a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
 - b. Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
 - c. Pemantauan tumbuh kembang balita.
 - d. Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT 3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
 - e. Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
 - f. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
 - g. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari).
 - h. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-

kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan.

2.6 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Standar minimal “5 T” untuk pelayanan antenatal terdiri dari:

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur Tekanan darah
- c. Pemberian Imunisasi TT lengkap
- d. Ukur Tinggi fundus uteri
- e. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

2. Pertolongan Persalinan

Jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat:

- a. Tenaga profesional: dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat.
- b. Dukun bayi: Terlatih ialah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus. Sedangkan dukun bayi tidak terlatih ialah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

3. Deteksi dini ibu hamil berisiko:

Faktor risiko pada ibu hamil di antaranya adalah:

- a. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35

tahun.

- b. Anak lebih dari 4
- c. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e. Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm
- f. Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- g. Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dan normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi pada kehamilan meliputi:

- 1. Hb kurang dari 8 gram %
- 2. Tekanan darah tinggi yaitu sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg
- 3. Oedema yang nyata
- 4. Eklampsia
- 5. Pendarahan pervaginaan
- 6. Ketuban pecah dini
- 7. Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 8. Letak sungsang pada primigravida
- 9. Infeksi berat atau sepsis
- 10. Persalinan prematur
- 11. Kehamilan ganda
- 12. Janin yang besar
- 13. Penyakit kronis pada ibu antara lain jantung, paru, ginjal.
- 14. Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan.

Risiko tinggi pada neonatal meliputi:

1. BBLR atau berat lahir kurang dari 2500 gram
2. Bayi dengan tetanus neonatorum
3. Bayi baru lahir dengan asfiksia
4. Bayi dengan ikterus neonatorum yaitu ikterus lebih dari 10 hari setelah lahir
5. Bayi baru lahir dengan sepsis
6. Bayi lahir dengan berat lebih dari 4000 gram
7. Bayi preterm dan post term
8. Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang
9. Bayi lahir dengan persalinan dengan tindakan.

2.7 Jenis Indikator Kesehatan Ibu dan Anak

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pelayanan minimal atau SPM untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak yang wajib dilaksanakan yaitu: Cakupan Kunjungan ibu hamil K4. Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali. Standar 5T yang dimaksud adalah:

1. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi dan berat badan
2. Pemeriksaan atau pengukuran tekanan darah
3. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi fundus
4. Pemberian imunisasi TT
5. Pemberian tablet besi
 - a. Sumber data
 - 1) Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 diperoleh dari catatan register Kohort ibu dan laporan PWS KIA.
 - 2) Perkiraan penduduk sasaran ibu hamil diperoleh dari Badan Pusat Statistik atau BPS kabupaten atau

propinsi Jawa Barat.

b. Kegunaan

- 1) Mengukur mutu pelayanan ibu hamil
- 2) Mengukur tingkat keberhasilan perlindungan ibu hamil melalui pelayanan standar dan paripurna. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 Perkiraan penduduk
- 3) Mengukur kinerja petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan ibu hamil

2.8 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan saat ini di Indonesia adalah kesehatan ibu dan anak. Di suatu tempat di Indonesia, anak di bawah usia lima tahun meninggal setiap tiga menit. Selain itu, setiap jam seorang wanita meninggal karena alasan terkait kehamilan atau melahirkan. Sampai saat ini, banyak program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak. Pada dasarnya, program-program ini lebih fokus pada penurunan angka kelahiran kasar, kematian ibu, dan kematian bayi (Maas, 2004). Angka kematian bayi, angka kesakitan bayi, status gizi, dan angka harapan hidup saat lahir adalah beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kesehatan seseorang (WHO, 2016). Angka Kematian Bayi (AKB) adalah indikator pertama untuk mengetahui derajat kesehatan anak karena menunjukkan status kesehatan anak saat ini. Angka Kesakitan Bayi adalah indikator kedua karena nilai kesakitan menunjukkan daya tahan tubuh bayi dan anak balita yang lemah (WHO, 2002).

Dari 177 negara, Indonesia berada di peringkat 108 karena Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Ini lebih rendah dari negara-negara ASEAN lainnya seperti Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam, dan Thailand. Sebagai komponen IPM,

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menurun rendah dan menjadi masalah. Diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan dari lima juta kelahiran yang terjadi setiap tahun di Indonesia. Beberapa faktor menyebabkan masalah kegawat-daruratan obstetri dan neonatal.

Saat ini, pemerintah masih sangat memperhatikan masalah kesehatan ibu dan anak. KIA menjadi prioritas utama dalam program Kementerian Kesehatan karena angka kematian ibu, bayi, dan balita yang terus meningkat. Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 disebabkan oleh perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus.

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah orang yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Menurut laporan Badan Pusat Statistik (BPS), Indonesia memiliki angka kematian balita 19,83 per 1.000 kelahiran hidup pada 2022. Di sisi lain, Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah wanita yang meninggal karena gangguan kehamilan atau akibatnya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan hasil persalinan.

Salah satu agenda utama SDGs adalah menurunkan angka kematian ibu dan kematian Balita. Pemeriksaan antenatal yang berkualitas dan teratur selama kehamilan akan menentukan status kesehatan ibu hamil dan bayi yang

dilahirkan. Hingga saat ini, Angka Kematian Ibu (AKI masih di kisaran 305 per 100.000 Kelahiran Hidup, belum mencapai target yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 KH di tahun 2024. Demikian juga bayi dan balita yang masih harus kita selamatkan dari kematian. Target kematian Ibu dan anak dilakukan melalui intervensi spesifik yang dilakukan saat dan sebelum kelahiran.(Kemenkes, 2023)

Masalah kesehatan ibu dan anak mencakup angka kematian dan kesakitan. Angka kematian, kesakitan, status gizi, dan harapan hidup saat lahir adalah indikator kesehatan anak (WHO, 2016). Beberapa penyakit yang diderita ibu dan bayi kadang-kadang menyebabkan kematian. Bayi sering menderita penyakit berbahaya seperti ISPA, diare, dan tetanus. Namun, penyakit seperti anemia, hipertensi, dan hepatitis dapat meningkatkan risiko kematian pada wanita hamil (Maas, 2004).

Masalah kematian maupun kesakitan pada ibu dan anak sesungguhnya tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan di dalam masyarakat di mana mereka berada. Disadari atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab- akibat antara makanan dan kondisi sehat-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, seringkali membawa dampak baik positif maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak. Pola makan, misalnya, fakta dasarnya adalah merupakan salah satu selera manusia di mana peran kebudayaan cukup besar. Hal ini terlihat bahwa setiap daerah mempunyai pola makan tertentu, termasuk pola makan ibu hamil dan anak yang disertai dengan kepercayaan akan pantangan, tabu, dan anjuran terhadap beberapa makanan tertentu (Maas, 2004).

Masih tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-

faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/ maternal serta faktor 4T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T (Terlambat), yaitu: 1) Terlambat mengambil keputusan merujuk, 2) Terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/kompeten.

Salah satu faktor tersebut adalah keterlambatan dan sistem rujukan yang belum paripurna. Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan. Sistem rujukan tersebut dilakukan secara berjenjang mulai dari masyarakat, kader, bidan ke tingkat pelayanan dasar (Puskesmas) dilanjutkan ke jenjang tingkat lanjutan yaitu Rumah Sakit yang memiliki dokter spesialis, sehingga kematian ibu dan bayi dapat dicegah secara dini (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Sistem rujukan yang dibangun harus dilengkapi dengan manual supaya bisa dilaksanakan dengan lebih tertata dan jelas. Manual rujukan sebaiknya disusun dan dikembangkan oleh kelompok kerja (Pokja)/tim rujukan di sebuah kabupaten/kota.

Masih tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/ maternal serta faktor 4T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T (Terlambat), yaitu:

1. Terlambat mengambil keputusan merujuk.
2. Terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan
3. Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten.

Untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB, termasuk AKN yang kompleks, diperlukan upaya yang lebih besar dan dukungan komitmen dari seluruh stakeholder baik di pusat maupun daerah, termasuk organisasi profesi dan seminat, organisasi masyarakat dan swasta, dan LSM nasional dan internasional. Mewujudkan Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) adalah salah satu upaya untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui penanganan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar.

Sebagai bagian penting dari sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal neonatal emergensi, Puskesmas dapat memanfaatkan PONED untuk membantu mengurangi AKI dan AKN. Oleh karena itu, PONED harus dilaksanakan dengan baik agar puskesmas dapat memaksimalkan fungsinya.

Menurut *The International Federal On of Gynecology Obstetrics* (FIGO) terdapat 4 pintu untuk keluar dari kematian Ibu yaitu:

1. Status perempuan dan kesetaraan gender;
2. Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi;
3. Persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga yang kompeten
4. PONEC-PONEK. Jadi upaya PONEC hanyalah salah satu upaya dan merupakan upaya terakhir untuk mencegah kematian ibu.

2.9 Upaya Pencegahan Melalui Pemberdayaan Masyarakat

Upaya yang tidak kalah pentingnya adalah pencegahan melalui pemberdayaan masyarakat agar keluarga dan masyarakat secara mandiri bertanggung jawab atas kesehatan diri dan keluarganya, terutama ibu hamil dan janin yang dikandungnya.

Untuk mendorong pemberdayaan masyarakat, tenaga kesehatan yang mampu menggerakkan peran-serta aktif berbagai pihak peduli agar mau berpartisipasi dalam penggerakkan permintaan sasaran. Ini akan memastikan bahwa masyarakat mengetahui, ingin, dan mampu memanfaatkan layanan kesehatan emergensi maternal (ibu hamil) dan neonatal (bayi baru lahir).

Indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat ditunjukkan dengan adanya keseimbangan antara kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan supply side untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan obstetri neonatal yang baik dan peningkatan target demand untuk menggunakan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal yang tersedia.

Untuk membantu merangsang permintaan yang ditargetkan untuk layanan kesehatan yang disediakan, banyak pihak dapat berpartisipasi dalam upaya ini, seperti lintas sektor terkait, organisasi profesi kesehatan, tokoh agama dan

masyarakat, sektor swasta, LSM dan masyarakat peduli, dan media massa. di wilayah kerja mereka.

Upaya yang perlu dikembangkan dalam program pemberdayaan masyarakat adalah:

1. Upaya penggerakan *demand* target sasaran pelayanan, yaitu maternal bersama keluarganya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan baginya (melalui kelas ibu hamil, P4K, posyandu).
2. Upaya penguatan sisi *supply*, secara simultan dilaksanakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas.
3. Upaya memfungsikan sistem rujukan maternal-neonatal di wilayah kabupaten.

2.10 Upaya Kolaboratif untuk Perbaikan PONED-PONEK

Istilah komprehensif dalam PONEK, sering diartikan sebagai ketersediaan dan kelengkapan pelayanan emergensi obstetriginekologi di Instalasi Gawat-Darurat (IGD) dan unit pelayanan fungsional (UPF) Obstetri dan Neonatal. Dengan pemahaman seperti itu, maka RS PONEK hanya akan memfokuskan pada pelayanan tersebut pada pasien-pasien yang datang ke Rumah Sakit. Dengan kata lain, PONEK menjadi pelayanan statis dan pasif seperti yang terjadi pada masa-masa sebelum ini.

Komprehensif pada PONEK, harus proaktif dan dianggap sebagai pelayanan tanpa dinding. Bagaimana Rumah Sakit sebagai fasilitas medis yang statis dapat membantu masyarakat di sekitar wilayah kerja mereka? Penatalaksanaan pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit dimulai setelah pasien tiba di IGD, UPF Obstetri, atau Unit Perinatal, tetapi malah setelah mereka dikenal dan dirawat oleh petugas kesehatan yang ada di komunitas mereka. Hal-hal seperti ini hanya dapat terjadi

apabila fasilitas kesehatan primer atau petugas kesehatan menjadi bagian dari jejaring pelayanan Rumah Sakit. Program PONEK Rumah Sakit seharusnya membangun kondisi seperti ini. Selain itu, setiap RS PONEK harus membangun jejaring pelayanan emergensi dan komunikasi nir kabel (telepon selular) ke setiap Puskesmas binaan dan Bidan Desa yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas. Ini akan meningkatkan efisiensi dan proses pembelajaran untuk meningkatkan kinerja Puskesmas dan Bidan Desa.

Dokter dan Tim PONEK Puskesmas dan Bidan Desa dari kecamatannya dan kecamatan lain akan diajak untuk mengikuti OJT Puskesmas dengan pendekatan komprehensif pada tanggal yang telah ditentukan. Di masa lalu, dokter puskesmas yang tidak PONEK kurang terlibat dalam sistem rujukan kasus komplikasi dan emergensi obstetri/neonatal. Sekarang, mereka seharusnya bertanggung jawab atas pelayanan tersebut tanpa menghalangi proses rujukan kasus emergensi yang harus segera dirujuk ke Puskesmas PONEK jika dianggap masih memungkinkan atau langsung ke RS Rujukan Spesialistik (PONEK).

2.11 Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak

Berdasarkan Penyebab Kematian: Kematian ibu dan anak, seperti halnya di Puskesmas, dapat disebabkan oleh berbagai hal. Misalnya, kematian ibu dapat disebabkan oleh preeklamsia dan kematian anak dapat disebabkan oleh asfiksia. Selain itu, ada banyak alasan lainnya yang harus dipertimbangkan di luar program, terutama masalah gizi.

Dalam hal keselamatan pasien, sangat bergantung pada standar yang digunakan, seperti penggunaan PMK 75, baik dari sudut pandang instruksional maupun sarana. Apakah PKM memenuhi syarat atau tidak. Jika tidak, apa yang sudah kita lakukan untuk memenuhinya? Dalam hal tenaga, ada dua

komponen yang harus diperhatikan. dari perspektif jumlah (memenuhi atau tidak) dan kemampuan (berkompeten atau tidak). Meskipun Fasyankes tidak memadai untuk keselamatan pasien, harus ada bukti bahwa ada upaya untuk memperbaikinya. mulai dari hal-hal kecil seperti identifikasi pasien, misalnya dengan minimal dua informasi (nama dan tanggal lahir). gantungan infus dan pegangan tangan di kamar mandi pasien. Desain rute evakuasi Proses keselamatan pasien di PKM berbeda-beda, tetapi untuk standar tertentu, seperti penggunaan APD, harus sama. Untuk keselamatan pasien dalam praktik klinik, standar dan pedoman harus sama.

Kasus AKI dan AKB merupakan kontribusi dari beberapa faktor. Bisa karena petugas, pemahaman/kesadaran masyarakat, ketersediaan Fasyankes, kondisi sosial ekonomi, budaya dan pernikahan usia dini/kehamilan yang tidak diinginkan. Tingginya kasus AKI dan AKB di RS dikarenakan rujukan, ada istilah SPOG RS ketika menerima rujukan ibu bersalin “sisa dukun sisa bidan”. Faktor petugas di sini sangat fenomenal, karena akan mempengaruhi faktor penyebab yang lain, seperti jika petugas kurang kompeten dalam hal ANC Terpadu saja maka akan berpengaruh terhadap beberapa masalah yaitu:

1. Pemahaman/kesadaran bumil/keluarga
2. Deteksi awal faktor risiko
3. Tata laksana kasus jika ditemukan masalah spesifik, pada bumil (jangan-jangan petugas malah ada yang tidak tahu tentang ini). Itu baru bicara tentang ANC Terpadu, belum kita bicara tentang 26 penapisan bumil. Belum lagi bicara tentang APN (Asuhan Persalinan Normal).

Beberapa PKM tidak melakukan prosedur ANC standar. Tidak semua ibu hamil menerima item pelayanan ANC, seperti penilaian risiko kehamilan. Beberapa PKM, khususnya

konseling kehamilan, tidak memiliki tenaga promotor kesehatan untuk melakukan konseling preventif kepada ibu hamil, terutama ibu yang berisiko tinggi. Tidak semua PKM memiliki fasilitas yang memadai untuk menyediakan layanan KIA. Contoh Mobil Ambulans: Kalaupun ada, terkadang permintaan lebih besar dari fasilitas yang tersedia. Hal ini membuat sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik [RS].

Di Puskesmas, biasanya tidak ada pemisahan antara pasien yang berisiko dan pasien biasa. Bayi yang kurang sehat tidak memiliki tempat inkubasi. Sarana dan prasarana di puskesmas tidak dipertahankan dengan baik, terutama berkaitan dengan kebutuhan akan air bersih. Keterbatasan jumlah staf di puskesmas dan rasio antara staf dan kebutuhan masyarakat Bidan desa kadang-kadang tidak menetap di satu tempat, menyebabkan tenaga kerja yang kurang. Karena tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat, kekurangan tenaga kerja menyebabkan beban kerja tinggi. Beberapa PKM tidak menjalankan prosedur ANC yang seharusnya/ standar. Tidak semua Ibu hamil menerima item pelayanan ANC. Termasuk upaya untuk mendeteksi risiko kehamilan. Khususnya konseling kehamilan, beberapa PKM tidak memiliki tenaga promotor kesehatan untuk melakukan konseling kepada ibu hamil sebagai upaya promotif dan preventif, khususnya pada ibu yang berisiko tinggi. Tidak semua PKM memiliki fasilitas pelayanan KIA yang memadai. Contoh Mobil Ambulans, tidak semua PKM memiliki, kalaupun ada, terkadang permintaan lebih banyak dari fasilitas yang tersedia (pada saat permintaan bersamaan). Hal ini menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi [RS] menjadi sulit.

Rumah sakit tidak memisahkan pasien yang berisiko dari pasien biasa. Bayi yang kurang sehat tidak memiliki tempat inkubasi. Sarana dan prasarana di puskesmas tidak

dipertahankan dengan baik. terutama berkaitan dengan kebutuhan akan air bersih. Keterbatasan jumlah staf di puskesmas dan rasio antara staf dan kebutuhan masyarakat. Jumlah tenaga kerja yang tersedia kurang karena banyak bidan desa yang tidak menetap di suatu tempat. Kurangnya tenaga kerja menyebabkan beban kerja tinggi karena tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dari faktor petugas kesehatan, yaitu pendeteksian awal, yaitu skrining awal, adanya risiko dari ibu hamil, apabila pendeteksian awal dan penanganan awal akan mencegah risiko, seperti preeklamsia, apabila sudah dideteksi sejak awal maka harus diskriming awal atau dideteksi awal, seperti menganjurkan wajib melahirkan di RS atau ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Setiap RS dan sarana kesehatan memiliki standar masing-masing. Di Puskesmas juga ada yang namanya PONEK, PONEK, masing-masing punya standar dan tipenya masing-masing.

2.12 Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Layanan yang berkualitas dan memuaskan akan dapat membangun citra layanan yang baik di mata konsumen dan sasaran pelayanannya, baik internal maupun eksternal. Dengan cara ini, diharapkan layanan akan berhasil membangun citra layanan yang baik karena berhasil mencapai tujuannya. Konsumen semakin yakin untuk pergi ke klinik karena mereka yakin masalah kesehatan mereka akan diselesaikan dengan baik.

Jika layanan di puskesmas dapat memberikan kepuasan kepada pasien, maka layanan tersebut dianggap berkualitas. Artinya, apa yang diperoleh pasien dari layanan tersebut sesuai dengan apa yang diharapkan ketika mencari layanan yang mereka butuhkan. Pasien yang dirujuk ke Puskesmas dalam kondisi sakit yang cukup berat atau dalam kondisi kegawat-daruratan medis yang mampu PONEK dan sudah dilayani

sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya sesuai dengan standar pelayanan medik dan SPO, layanan kesehatan di Puskesmas berhasil mencapai tujuan. Jika pasien tidak dapat mendapatkan perawatan sampai tuntas, pasien dapat dipersiapkan dan dirujuk tepat waktu dan sesuai tujuan.

Untuk memberikan layanan yang memuaskan selain kualitas teknis yang dapat menghasilkan kesembuhan atau penyelesaian masalah kesehatannya, komponen personal/fungsional, yaitu cara layanan diberikan, sangat penting. Kedua komponen ini akan membentuk citra layanan yang baik, yang mampu memberikan rasa puas bagi pengguna dan meningkatkan harapan pengguna untuk memanfaatkan fasilitas.

Layanan dianggap memuaskan apabila harapan pengguna dipenuhi ketika mereka menerimanya, dan layanan dianggap prima apabila memenuhi harapan pengguna. Jika harapan pengguna tidak terpenuhi, reputasi layanan akan menjadi buruk. Tidak perlu dikatakan bahwa layanan dalam kondisi ini tidak berkualitas atau penyakitnya tidak sembuh; namun, meskipun penyakitnya sembuh atau masalah kesehatannya teratasi, pasien mungkin pulang dengan perasaan tidak atau kurang puas karena faktor kualitas personal atau fungsional layanan tersebut yang kurang atau tidak memuaskannya. Banyak pasien yang mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah, termasuk Puskesmas, mengalami kondisi seperti itu. Kualitas interaksi dan pertemuan antara pelanggan dan penyedia layanan adalah kunci kualitas personal dan fungsional proses pelayanan.

Dimensi kualitas teknis dari suatu pelayanan yang diberikan oleh Tim Interprofesi akan menghasilkan *outcome*. Fase pemberian layanan ketika itu disebut sebagai *the moment of truth* yaitu momen di mana terjadi pertemuan antara pemberi layanan dengan konsumen atau pasien. Pada fase *the*

moment of truth ini, *provider* pemberi layanan mempunyai peluang terbesar untuk dapat mempertunjukkan seperti apa kualitas layanan yang dapat diberikan kepada konsumen, sehingga fase ini benar-benar merupakan momen penting bagi diri pemberi pelayanan dalam membangun citra dimata konsumen/ pasien, di samping teknis layanan yang perlu dijaga juga kualitasnya.

Apabila dalam proses pemberian layanan pada momen tersebut diabaikan, maka peluang emas bagi *provider* akan berlalu, dalam arti *provider*/pemberi layanan kehilangan peluang/kesempatan menunjukkan dirinya sebagai pemberi layanan sebagaimana diharapkan konsumennya. Dan seandainya timbul masalah akibat layanan yang baru saja diberikannya saat itu, maka *provider* sudah kehilangan kesempatan untuk memperbaikinya.

2.13 Menciptakan Layanan yang Berkualitas

Menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan yang ada dalam pelayanan untuk dapat menciptakan citra yang baik bagi institusinya, karena pencitraan suatu institusi merupakan hasil kerja sama yang baik antara orang- orang yang berada dalam institusi tersebut. Membangun karakter diri dan organisasi bukanlah hal yang mudah, hal-hal yang harus diperhatikan dalam membangun karakter adalah:

1. Kepuasan pelanggan adalah kepuasan petugas Puskesmas (kepuasan pelanggan adalah segala-galanya).
2. Berkomitmen selalu memberi yang terbaik (selalu berusaha memberikan nilai lebih kepada pelanggan, tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, siap dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan).
3. Memberi pelayanan dengan hati (dengan penuh rasa tanggung jawab untuk berkarya dan berprestasi mandiri bukan karena diawasi)

4. Peduli pada kebutuhan masyarakat
5. Selalu memberikan yang terbaik pada setiap pelanggan.

Hal-hal tersebut di atas dilakukan dalam satu siklus yang berlangsung terus menerus agar dapat menghasilkan pelayanan yang memuaskan.

2.14 Ringkasan

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya kesehatan yang meliputi pemeliharaan dan perawatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, balita, dan anak prasekolah yang membantu mengatasi situasi darurat terkait aspek nonklinis kehamilan dan persalinan.

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) berfungsi untuk mengurangi AKI dan AKB, termasuk Safe Motherhood. Masalah kesehatan ibu dan anak meliputi angka kematian, kesakitan, status gizi, dan harapan hidup saat lahir adalah indikator kesehatan anak. Program kesehatan ibu dan anak (KIA) dapat dilakukan dengan pemberdayaan Masyarakat, upaya kolaboratif berbaikan PONE-PONED dan menciptakan pelayanan yang berkualitas.

Latihan

1. Jelaskan apa yang anda ketahui tentang definisi KIA
2. jelaskan apa yang dimaksud dengan family nuklear
3. jelaskan apa saja tujuan pelayanan kesehatan ibu dan anak
4. sebutkan 10 indikator pelayanan Kesehatan ibu dan anak
5. jelaskan dan sebutkan prinsip dan pengelolaan pelayanan kesehatan ibu dan anak

Tes 2

1. Seorang tenaga promosi kesehatan bekerja di sebuah Poskesri dan mendapati banyak ibu bersalin dengan komplikasi karena banyak Masyarakat desa tidak mempunyai biaya untuk dana persalinan. Apa yang harus dilakukan tenaga promkes dalam menyikapi kasus tersebut?
 - a. Pembentukan desa siaga
 - b. Pembentukan suami siaga
 - c. Pembentukan tabulin
 - d. Pembentukan kelompok donor darah
2. Seorang tenaga promkes di tempatkan sebagai nakes disuatu desa terpencil yang persalinan ditolong dukunnya masih tinggi. Sebagai bidan tenaga promkes, apakah hal pertama yang akan dilakukan oleh tenaga promkes tersebut?
 - a. Memberikan penyuluhan pada ibu hamil
 - b. Melakukan pendekatan pada tokoh Masyarakat
 - c. Membuat kelompok ibu hamil
 - d. Membuat kelompok suami siaga
3. Ibu Yani umur 28 tahun hamil 7 bulan datang ke polindes, ini adalah kunjungan yang pertama selama hamil. Ibu Yani selama ini tidak pernah periksa karena jarak rumah dengan polindes jauh dan tidak ada yang mengantar. Saat ini dia mengeluh kaki sering kram dan bengkak. Karena khawatir dengan keadaan kehamilannya, maka Ibu Yani terpaksa datang ke polindes. Hasil pemeriksaan TD 110/90 mmHg, N 60 x/menit. Tindakan yang harus di lakukan tenaga promkes selanjutnya adalah ?
 - a. Melakukan penyuluhan kesehatan
 - b. Membrikan uang transport untuk pemeriksaan

kesehatan

- c. Menganjurkan pasien untuk mencari tumpangan
 - d. Merencanakan kunjungan rumah untuk pemeriksaan selanjutnya
4. Tenaga promosi kesehatan bekerjasama dengan kader mengadakan posyandu bayi dan balita di wilayah kerjanya. Dari 25 bayi balita yang berkunjung, 7 diantaranya berada di bawah garis merah (BGM). Apakah pendidikan kesehatan yang tepat untuk kasus di atas ?
- a. Stimulasi tumbuh kembang
 - b. Nutrisi bergizi dan seimbang
 - c. ASI eksklusif
 - d. Imunisasi dasar
5. Pada suatu kelompok ibu hamil di Desa X berjumlah 10 orang diberikan penyuluhan di Balai Desa X. Namun di Desa tersebut media elektronik tidak dapat digunakan karena tidak terdapat sarana listrik untuk menunjang kegiatan tersebut.
- a. Leaflet
 - b. Baliho
 - c. Flipchart
 - d. Powerpoint
6. Puskesmas X bermaksud melakukan pelayanan kesehatan dengan sasaran Ibu Hamil, Bayi dan tujuannya agar mereka sebagai kelompok berisiko dapat diminimalisir risiko kejadian penyakit terhadap mereka. Jenis pelayanan kesehatan apa yang dilakukan ?
- a. Kuratif
 - b. Preventif
 - c. Promotive

d. Rehabilitative

7. Menurut Data dari Puskesmas X bahwa cakupan ASI Eksklusif hanya mencapai 39% sementara target cakupan adalah 80%. Mahasiswa Promkes bermaksud melakukan penelitian untuk mengungkap penyebab masalah tersebut, dalam pelaksanaannya instrumen penelitian yang digunakan adalah para mahasiswa itu sendiri dengan menggunakan pedoman wawancara dan pelaksanaannya dilakukan Focus Group Discussion (FGD) dan wawancara mendalam. Jenis Penelitian yang digunakan Para Mahasiswa Promkes adalah?
 - a. Kualitatif
 - b. Kuantitatif
 - c. Case control
 - d. Eksperimen
8. Standar minimal “5 T” untuk pelayanan antenatal terdiri dari:
 - a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 - b. Pemberian Imunisasi TT lengkap
 - c. Ukur Tinggi fundus uteri
 - d. Semua benar
9. Pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat..
 - a. Trimester 1 minimal 2 kali
 - b. Trimester ii minimal 2 kali
 - c. Trimester iii minimal 2 kali.
 - d. Trimester III minimal 3 kali

10. Faktor risiko pada ibu hamil di antaranya adalah...

- a. Bayi dengan tetanus neonatorum
- b. Bayi lahir dengan berat lebih dari 4000 gram
- c. Bayi baru lahir dengan sepsis
- d. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun

BAB 3

KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI

3.1 Epidemiologi Dasar

Ketika Anda sedang membaca kasus demam berdarah di Indonesia, sebagai tenaga kesehatan, pertanyaan apa yang Anda ajukan ketika melihat grafik pada gambar di bawah ini?

Coba Anda tuliskan berapa hal yang akan Anda tanyakan di bawah ini.

1.
2.
3.
4.
5. dan seterusnya

Tuliskan sebanyak mungkin pertanyaan yang ada dalam pikiran Anda dan apa yang anda lakukan dengan mengamati gambar.

Apakah Anda sudah selesai menuliskan daftar pertanyaan? Jika sudah marilah kita simpulkan pertanyaan yang Anda tulis.

1. Bagaimana gambaran distribusi demam berdarah di setiap provinsi yang ada di Indonesia?
2. Bagaimana karakteristik penderita demam berdarah berdasarkan jenis kelamin, umur, dan tempat tinggal?
3. Faktor apa saja (determinan) yang menyebabkan terjadinya peningkatan kasus demam berdarah di Indonesia?
4. Bagaimana riwayat penyakit demam berdarah?
5. Berapa angka kesakitan dan kematian demam berdarah?
6. Bagaimana penularan demam berdarah?

7. Bagaimana mencegah penularan demam berdarah di Indonesia?

Berdasarkan pertanyaan yang Anda tulis, banyak hal yang harus dipelajari dalam epidemiologi, mulai dari definisi, tujuan epidemiologi, konsep segitiga epidemiologi, riwayat alamiah penyakit, tingkat pencegahan penyakit, perhitungan epidemiologi dan ilmu epidemiologi dasar lainnya. Pada topik ini, kita hanya akan membahas hal-hal yang berkaitan dengan epidemiologi dasar.

3.2 Sejarah Epidemiologi

Epidemiologi dilator belakang oleh berbagai penyebab yang penting. adapun penyebab-penyebab tersebut yaitu:

1. Perubahan zaman mengakibatkan perubahan masalah dan pola penyakit di masa lalu dan sekarang. Epidemiologi adalah sesuatu tentang penyakit infeksi dan wabah. Sekarang dikenal sebagai penyakit tidak menular, yang langsung atau tidak langsung terkait dengan penyakit dan masalah kesehatan umum.
2. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Lain: Pandangan ahli kesehatan masyarakat tentang proses terjadinya penyakit berubah karena kemajuan pengetahuan klinik kedokteran, serta ilmu biostatistik, administrasi, dan ilmu perilaku. Jika pada masa lalu penyebab penyakit selalu dikaitkan dengan peristiwa atau situasi tertentu, maka pada saat ini faktor-faktor tertentu menjadi penyebab penyakit atau masalah kesehatan.

Sejarah epidemiologi akan dapat memberikan suatu pengetahuan atau pemahaman terhadap pembacanya tentang perkembangan epidemiologi sejak dari masa pra Hippocrates, masa Hippocrates (bapak kedokteran modern sekaligus tokoh

epidemiologi), sampai dengan penghujung abad 20 yang dikenal dengan era epidemiologi modern.

Di Cina, variolasi (vaksinasi cacar secara artifisial) adalah salah satu tindakan pengendalian epidemiologi penyakit sebelum Hippocrates. Di India, itu adalah dengan menghindari kontak dengan tikus yang menyebabkan penyakit sampar. Untuk mencegah penularan lepra, penderita lepra di negara-negara Asia diasingkan dari orang lain. Hippocrates (460–377 SM) dikenal sebagai bapak kedokteran modern karena berhasil membebaskan hambatan filosofis spekulatif dan supersensitif (tahayul) yang menghalangi pemahaman manusia tentang penyakit. Teorinya yang terkenal adalah:

1. Penyakit terjadi karena adanya kontak dengan jasad hidup.
2. Penyakit terjadi berkaitan dengan lingkungan eksternal dan internal

Di Eropa setelah era Hippocrates pada abad keempat belas dan lima belas terjadi wabah sampar yang dikenal sebagai Bubonic Plague, yang membunuh jutaan orang. Penyakit ini menyerang rodentia, terutama tikus, tetapi agen dapat menyebar ke manusia melalui kutunya. Infeksi dapat menyebar dengan cepat dari satu orang ke orang lain.

3.3 Definisi Dan Tujuan Epidemiologi

Mari, kita telaah apa yang dimaksud dengan epidemiologi. Ada beberapa definisi epidemiologi sebagai berikut.

1. Mac Mahon dan Pugh (1970)

Epidemiologi adalah sebagai cabang ilmu yang mempelajari penyebaran penyakit dan faktor-faktor yang menentukan terjadinya penyakit pada manusia.

2. W.H. Frost (1972)

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari timbulnya, distribusi, dan jenis penyakit pada manusia menurut waktu dan tempat.

3. Omran (1974)

Epidemiologi adalah suatu studi mengenai terjadinya distribusi keadaan kesehatan, penyakit dan perubahan pada penduduk, begitu juga determinannya dan akibat-akibat yang terjadi pada kelompok penduduk.

4. Last (1988)

Studi tentang distribusi dan determinan tentang keadaan atau kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pada populasi tertentu dan aplikasi studi untuk menanggulangi masalah kesehatan.

5. W.H. Welch

Suatu ilmu yang mempelajari timbulnya, perjalanan, dan pencegahan penyakit, terutama penyakit infeksi menular. Dalam perkembangannya, masalah yang dihadapi penduduk tidak hanya penyakit menular, melainkan juga penyakit tidak menular, penyakit degeneratif, kanker, penyakit jiwa, kecelakaan lalu lintas, dan sebagainya. Oleh karena batasan epidemiologi menjadi lebih berkembang.

6. WHO (Regional Commite Nacting ke-42 di Bandung)

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

Berdasarkan definisi-definisi dari para ahli, dapat disimpulkan bahwa epidemiologi mempelajari distribusi dan determinan kejadian penyakit dan kondisi kesehatan lainnya. Pada populasi umum atau populasi khusus untuk memberikan

masukkan kebijakan kesehatan dalam mengontrol masalah kesehatan (Najmah, 2014).

Tujuan dari ilmu epidemiologi menurut Lilienfeld dalam Timmreck (2004) sebagai berikut.

1. Menjelaskan etiologi (studi tentang penyebab penyakit) satu penyakit atau sekelompok penyakit, kondisi, gangguan, defek, ketidakmampuan, sindrom, atau kematian melalui analisis terhadap data medis dan epidemiologi dengan menggunakan manajemen informasi sekaligus informasi yang berasal dari setiap bidang atau disiplin ilmu yang tepat, termasuk ilmu sosial/perilaku.
2. Menentukan apakah data epidemiologi yang ada memang konsisten dengan hipotesis yang diajukan dan dengan pengetahuan, ilmu perilaku, dan ilmu biomedis yang berlaku.
3. Memberikan dasar bagi pengembangan langkah-langkah pengendalian dan prosedur pencegahan bagi kelompok dan populasi yang berisiko dan untuk pengembangan langkah-langkah dan kegiatan kesehatan masyarakat yang diperlukan; yang semuanya itu akan digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan langkah-langkah, kegiatan, dan program intervensi.

3.4 Metode Epidemiologi

Secara umum, metode epidemiologi dapat dibagi dalam 2 pendekatan sebagai berikut.

1. **Epidemiologi Deskriptif**
Epidemiologi deskriptif mempelajari frekuensi dan distribusi penyakit atau masalah kesehatan pada masyarakat dengan melihat variabel orang, tempat, dan waktu. Variabel ini digunakan untuk memberikan gambaran yang jelas tentang morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) yang dihadapi. Dengan

demikian mempermudah pengamatan, pencegahan, dan penanggulangan.

a. Variabel orang

Variabel orang tak terhitung jumlahnya. Umur, jenis kelamin, dan golongan etnik akan dibahas di sini.

1) Umur

Karena semua angka kesakitan dan kematian yang dilaporkan hampir selalu berkorelasi dengan umur, umur merupakan variabel yang penting. Angka kesakitan menunjukkan bahwa setiap penyakit dapat menyerang setiap golongan umur. Tetapi beberapa penyakit menyerang golongan umur tertentu. Penyakit generatif, seperti jantung, diabetes, hipertensi, banyak menyerang orang dewasa dan lanjut usia, penyakit kelamin, seperti gonore dan AIDS, banyak menyerang remaja dan dewasa, dan penyakit infeksi, seperti diare dan infeksi saluran pernapasan bagian atas (ISPA), lebih banyak menyerang anak-anak berusia 1 hingga 5 tahun. Berdasarkan angka kematian, kematian tertinggi terjadi pada rentang umur 0–5 tahun, dan kematian terendah terjadi pada rentang umur 15–25 tahun. Secara umum, kematian akan meningkat seiring bertambahnya usia.

2) Jenis kelamin

Secara umum, penyakit dapat menyerang semua jenis kelamin, tetapi terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan pada beberapa penyakit tertentu. Penyakit yang lebih sering diderita perempuan dibandingkan laki-laki termasuk diabetes melitus, obesitas, dan rematoid arthritis, sebaliknya penyakit jantung koroner dan kanker paru-paru adalah penyakit yang lebih

sering diderita laki-laki. Penyakit yang hanya diderita perempuan termasuk kanker payudara dan kanker.

3) Golongan etnik

Penyakit sering dikelompokkan berdasarkan golongan etnik karena sulit dilakukan, sehingga sering terjadi perdebatan. Penyakit yang dikaitkan dengan golongan etnik umumnya dikaitkan dengan gen dan lingkungan, seperti osteoporosis yang banyak terjadi pada orang Cina dan sickle cell anemia yang banyak terjadi pada orang Afrika Amerika. Studi menunjukkan bahwa orang Jepang lebih rentan terhadap kanker lambung daripada orang Jepang yang tinggal di Amerika Serikat. Ini menunjukkan bagaimana lingkungan mempengaruhi kejadian penyakit.

b. Variabel tempat

Faktor tempat atau distribusi geografis dapat memengaruhi pola penyakit; misalnya, pola penyakit di daerah perkotaan akan berbeda dengan daerah pedesaan, begitu pula di daerah pantai dan pegunungan. Pola penyakit juga dapat berbeda antar negara atau benua, misalnya, penyakit tertentu hanya ada di benua Asia, dan penyakit di daerah tropis akan berbeda dengan penyakit di daerah subtropis dan pedesaan.

c. Variabel waktu

Variabel ini sangat penting untuk penelitian deskriptif karena survei yang dilakukan pada waktu dan musim yang berbeda dapat menghasilkan pola penyakit yang berbeda. Kecenderungan sekuler, variasi siklik, variasi musim, dan variasi random adalah perubahan waktu yang perlu diperhatikan;

pengetahuan tentang variasi dalam bidang epidemiologi ini sangat penting untuk menentukan apakah peningkatan kasus penyakit adalah akibat dari variasi musim.

Kecenderungan sekuler ialah kecenderungan terjadi perubahan pola penyakit atau kejadian luar biasa dalam waktu yang lama, yang dapat berlangsung bertahun-tahun hingga beberapa dasawarsa. Misalnya, pola penyakit di negara-negara maju telah berubah dari penyakit menular ke penyakit noninfeksi dalam beberapa dekade terakhir. Perubahan pola penyakit dapat digunakan untuk menilai keberhasilan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.

Variasi siklik hanya terjadi pada penyakit menular, yang terulang kembali dalam waktu singkat, seperti wabah yang dapat terjadi dalam waktu dua hingga tiga tahun.

Variasi musim Perubahan dalam frekuensi dan prevalensi penyakit tertentu disebabkan oleh perubahan musim selama satu tahun.

Variasi random adalah wabah yang tidak dapat diprediksi, seperti bencana alam yang menyebabkan penyakit.

2. Epidemiologi Analitik

Dalam studi epidemiologi deskriptif, distribusi penyakit ditemukan berdasarkan orang, tempat, dan waktu berikut.

- a. Kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan menyebabkan terjadinya penyakit diare.
- b. Kebiasaan mengomsumsi gula berlebih menyebabkan terjadinya penyakit diabetes melitus.
- c. Kebiasaan makan makanan yang mengandung zat

pewarna makanan dapat menyebabkan terjadinya kanker hati.

Dengan menggunakan pendekatan epidemiologi analitik, akan dilakukan analisis lebih lanjut untuk menentukan apakah kebiasaan makan makanan yang mengandung pewarna makanan dan kebiasaan mengonsumsi gula berlebih adalah faktor penyebab kanker hati atau apakah kebiasaan mengonsumsi gula berlebih adalah faktor penyebab kanker hati.

Epidemiologi analitik dapat dibagi atas berikutnya

1) *Case control*

Jika variabel akibat diambil terlebih dahulu (terkena penyakit), kemudian variabel penyebab dilihat ke belakang. Lalu dibandingkan dengan orang yang tidak terkena penyakit.

Contoh: ada hipotesis penyebab utama penyakit diabetes adalah kurangnya mengonsumsi makanan berserat. Untuk menguji hipotesis tersebut, diambil kelompok orang yang menderita diabetes dan ditanyakan kebiasaannya makannya. Demikian pula pada kelompok orang yang sehat ditanyakan kebiasaannya makannya. Dari jawaban pola makannya, kemudian kedua kelompok ini di uji dengan uji statistik, apakah ada perbedaan bermakna pada dua kelompok tersebut.

2) *Kohort studies*

Jika variabel penyebab diambil terlebih dahulu, hasilnya akan dilihat selanjutnya. Ada teori bahwa kurang mengonsumsi makanan berserat adalah salah satu faktor yang menyebabkan diabetes melitus. Dalam penelitian ini, satu kelompok dipilih yang tidak biasa mengonsumsi makanan berserat, dan kelompok lain dipilih yang memiliki karakteristik yang sama tetapi

biasa mengonsumsi makanan berserat. Kelompok kedua disebut sebagai kelompok kontrol. Beberapa saat kemudian, kedua kelompok ini dibandingkan.

3. Epidemiologi Eksperimental

Studi ini dilakukan dengan melakukan percobaan atau perlakuan terhadap kelompok uji dan kemudian membandingkannya dengan kelompok kontrol yang tidak menerima perlakuan. Misalnya, untuk mengetahui seberapa efektif jamu untuk menurunkan berat badan, kelompok uji diberi jamu dan kelompok kontrol hanya diberi plasebo. Setelah beberapa bulan, mereka melihat penurunan berat badan dalam kedua kelompok tersebut.

3.5 Konsep Segitiga Epidemiologi (Triad Epidemiologi)

Menurut *triad epidemiologi*, penyakit menular menyebar karena hubungan antara faktor penyebab penyakit atau "agen", manusia sebagai "penjamu" atau "host", dan lingkungan sebagai faktor pendukung. Semua tiga komponen ini bekerja sama dan saling bergantung satu sama lain ketidakseimbangan akan terjadi ketika salah satu faktor tidak seimbang, seperti ketika kekebalan pejamu menurun, perubahan lingkungan, atau jumlah sumber penyakit meningkat, yang akan menyebabkan sakit

1. Rantai Penularan

Interaksi antara agen, penjamu, dan lingkungan menyebabkan penyakit menular. Ini adalah proses interaksi yang dapat terjadi antara individu atau kelompok. Mulai dari infeksi, kondisi tubuh tampak normal (tanpa gejala atau tanda-tanda), hingga penyakit menjadi parah dan dapat menyebabkan kematian. Tujuan utama epidemiologi penyakit menular adalah untuk menjelaskan

bagaimana infeksi muncul dengan tujuan membangun, menerapkan, dan mengevaluasi metode yang tepat untuk mengendalikan penyakit (Najmah, 2015). Kecuali untuk rantai penularan tertentu, diperlukan pemahaman tentang setiap komponen rantai infeksi sebelum melakukan intervensi. Misalnya, salah satu cara untuk mencegah HIV adalah menghindari menggunakan jarum suntik bersama. Namun, kurangnya kesadaran tentang risiko menggunakan jarum suntik bersama untuk mencegah penyebaran penyakit HIV, dan negara harus berkomitmen untuk mencegah penggunaan jarum suntik bersama.



Gambar 3.2. Rantai Penularan Penyakit
(Sumber : Najmah (2015) Rantai Penular Penyakit)

2. Faktor Agen

Agen adalah faktor penyebab penyakit, yang dapat berupa unsur hidup atau mati dalam jumlah berlebih atau kurang. Agen antara lain dapat berupa mikroorganisme (virus, bakteri, jamur, parasit, protozoa), fisik (cahaya, sinar radioaktif, pestisida, logam-logam berat, karbon

monoksida), fisik (tekanan atau benturan, unsur pokok kehidupan (udara dan air), dan gizi (garam berlebih dan kurang serat).

Sifat infeksi ditentukan oleh karakteristik khusus dari setiap agen. Faktor-faktor yang menentukan sebagai berikut.

- a. Dosis infektif adalah jumlah mikroorganisme patogen yang diperlukan untuk menimbulkan infeksi pada penjamu yang rentan disebut sebagai dosis infektif. Dihitung dengan membagi jumlah orang yang terinfeksi mikroorganisme tertentu dengan jumlah orang yang lebih rentan terhadap penyakit tertentu.
- b. Patogenitas adalah kemampuan mikroorganisme untuk menyebabkan penyakit dikenal sebagai patogenitas. dihitung dengan membandingkan jumlah kasus penyakit tertentu dengan jumlah orang yang terinfeksi.
- c. Virulensi adalah kemampuan mikroorganisme untuk menyebabkan keparahan penyakit hingga kematian. Virulensi dihitung dari jumlah kasus berat atau fatal dibagi dengan semua jumlah kasus penyakit tertentu. Setiap mikroorganisme memiliki tingkat patogenitas dan virulensi yang berbeda. Contoh :
 - 1) Hepatitis A dan mempunyai tingkat patogenitas dan virulensi yang rendah.
 - 2) Cacar air dan influenza memiliki tingkat patogenitas yang tinggi tapi memiliki virulensi yang rendah.
 - 3) Flu burung dan rabies memiliki patogenitas dan virulensi yang tinggi pula.
- d. *Reservoir* adalah tempat alami di mana mikroorganisme pathogen hidup dan berkembang. Reservoir dapat terjadi pada manusia, hewan, atau sumber lingkungan, yang menjadikannya sumber infeksi atau penularan.

Sumber infeksi utama adalah manusia sebagai pembawa, yaitu mereka yang sudah terinfeksi tetapi tidak menunjukkan gejala klinis. Siklus penularan di mana manusia sebagai reservoir dapat menularkan penyakitnya secara langsung kepada orang lain atau secara tidak langsung melalui antropoda, seperti nyamuk yang menghisap darah yang mengandung bibit penyakit, dan kemudian menularkannya pada orang yang rentan, seperti penyakit kelamin dan difteri.

3. Faktor Penjamu

Menurut Budiarto dan Anggraeni (2003), host atau penjamu adalah kondisi manusia yang meningkatkan risiko penyakit. Faktor penjamu dapat dianalogikan dengan tanah dan agen; pertumbuhan benih bergantung pada kondisi tanah, seperti halnya penyakit muncul bergantung pada kondisi penjamu. Agen dapat masuk ke penjamu melalui selaput lendir, kulit, pernapasan, dan saluran pencernaan.

- a. Genetik, misalnya jika seseorang memiliki riwayat hipertensi dalam keluarganya, mereka cenderung menderita hipertensi pada anak dan cucu mereka.
- b. Umur, misalnya semakin lanjut usia semakin berisiko untuk menderita penyakit jantung, kanker, dan sebagainya.
- c. Jenis kelamin, misalnya pada wanita cenderung mengalami diabetes dan *rheumatoid arthritis*, sedangkan pada laki-laki cenderung mengalami jantung dan hipertensi.
- d. Keadaan fisiologi, ibu yang sedang hamil atau melahirkan mudah terkena penyakit anemia, keracunan kehamilan, dan psikosis pascapartum.
- e. Kekebalan, orang-orang yang memiliki kekebalan suatu penyakit dalam tubuhnya akan tidak mudah terkena

penyakit tersebut.

- f. Penyakit yang diderita sebelumnya, orang-orang yang terkena penyakit cacar tak mudah terkena penyakit cacar kembali.

4. Faktor Lingkungan

Faktor keempat yang mempengaruhi kesehatan adalah lingkungan, yang terdiri dari lingkungan fisik, biologis, dan sosial ekonomi, dan dikenal sebagai faktor ekstrinsik. Faktor lingkungan memainkan peran dalam penyebaran penyakit menular. Faktor-faktor fisik seperti suhu, cuaca, polusi udara, sanitasi umum, dan kualitas air memengaruhi setiap tahap rantai infeksi. Faktor biologis, misalnya, mengubah pola penyakit di daerah tertentu. Faktor sosial ekonomi seperti pekerjaan yang berhubungan dengan zat kimia dapat menyebabkan paparan zat kimia, urbanisasi dapat menyebabkan masalah sosial seperti sampah dan tinja mencemari lingkungan, dan pertumbuhan ekonomi dapat mengubah pola konsumsi masyarakat yang cenderung mengonsumsi makanan yang tinggi kolesterol, gula, dan garam. Keadaan ini membuat penyakit seperti jantung, hipertensi, dan diabetes lebih mudah muncul.

3.6 Konsep Riwayat Alamiah Penyakit Dan Pencegahan

Kecenderungan atau tren perubahan pola kesakitan dan kematian menunjukkan bahwa penyakit dapat mencegah kesakitan dan kematian. Tetapi orang yang sehat akan lebih rentan. Usia dan jenis kelamin adalah faktor risiko. Namun, sebagian besar populasi dapat mencegah kesakitan dan kematian jika disebabkan oleh penyakit tertentu.

Contoh: jika kita amati data Riset Kesehatan Dasar (2010), 'Secara nasional prevalensi penduduk umur 15 tahun ke atas yang merokok tiap hari sebesar 28,2%' . Secara nasional, rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap tiap hari adalah 1-10 batang oleh lebih dari separuh (52,3%) perokok dan sekitar 20% sebanyak 11—20 batang per hari. Rata-rata umur mulai merokok tiap hari terbanyak pada umur 15-19 tahun. Berdasarkan data Riskesdas ini, kita dapat memprediksi bahwa penyakit yang berkaitan dengan merokok di Indonesia termasuk gangguan pernapasan, penyakit berkaitan paru dan jantung dan bahkan kejadian kanker paru akan semakin meningkat beberapa dekade ke depan. Jika perilaku merokok tidak dapat dikurangi sejak dini, semakin banyak produktivitas kerja dan umur yang dapat berkurang akibat sakit yang berkaitan dengan perilaku merokok. Biaya untuk pengobatan dan beban keluarga pun akan meningkat. Sehingga pencegahan terhadap penyakit yang berkaitan dengan merokok harus dilakukan sedini mungkin, baik secara primordial, primer, sekunder, maupun tersier.

Berikut ini beberapa tahapan riwayat alamiah penyakit secara umum.

1. Tahap Prepatogenesis

Pada tahap ini, individu berada dalam kondisi kesehatan yang baik dan normal. Namun, agen di luar tubuh penjamu berinteraksi dengan penjamu. Jika kekebalan tubuh penjamu lemah dan bibit penyakit (agen) lebih ganas, penyakit akan tetap ada pada penjamu secara alami. Tahap patogenesis adalah tahap di mana semuanya terjadi.

2. Tahap Patogenesis

Patogenesis terdiri atas empat subtahap sebagai berikut.

- a. Tahap inkubasi

Waktu masuknya bibit penyakit sampai timbulnya gejala dan tanda klinis.

- b. Tahap dini
Pada tahap ini, gangguan patologis sudah terjadi dan penyakit mulai menunjukkan gejalanya, sehingga diagnosis harus dilakukan segera.
- c. Tahap lanjut
Pada tahap ini, gangguan patologis menjadi lebih berat dan gejala penyakit menjadi lebih jelas, sehingga sangat mudah untuk membuat diagnosis penyakit. Pengobatan yang tepat mutlak diperlukan agar penyakit tidak bertambah parah.
- d. Tahap akhir
Merupakan tahap terakhir dari perjalanan penyakit, dengan kemungkinan yang terjadi pada penjamu:
 - 1) Sembuh Sempurna,
 - 2) Sembuh Dengan Cacat,
 - 3) Penjamu Terlihat Sembuh, Tetapi Dalam Tubuhnya Terdapat Bibit Penyakit(Karier),
 - 4) Penjamu Sakit Kronik,
 - 5) Penjamu Mengalami Kematian.

Untuk mencegah penularan penyakit contoh pada penyakit kaki gajah pada masyarakat berdasarkan riwayat alamiah penyakit, dilakukan promosi kesehatan melalui media cetak ataupun media elektronik, lalu promosi penggunaan kelambu pun digencarkan pada masyarakat khususnya di daerah-daerah yang endemik kaki gajah. Maka itu, pencegahan primordial dan primer dapat dilakukan untuk mencegah perkembangan awal penyakit kaki gajah. Jika orang sudah menderita kaki gajah, dilakukan pengobatan untuk mematikan perkembangan mikrofilaria dan juga cacing dewasa pada pengobatan jangka panjang. Untuk mengurangi kecacatan apabila perlu dilakukan tindakan operasi.

Tabel 3.2. Faktor Pencegahan Berdasarkan Fase Prepatogenesis dan Patogenesis

Fase Prepatogenesis		Fase Patogenesis		
Pencegahan Primer		Pencegahan Sekunder		Pencegahan Tersier
Promosi Kesehatan	Perlindungan Umum dan Spesifik	Diagnosis awal dan perawatan tepatwaktu	Pembatasan ketidakmampuan	Rehabilitasi
Penyuluhan	Imunisasi	Skrining penyakit	Pengobatan	Rehabilitasi

Sumber: Kombinasi Gordis, Riyadi dan Najmah (2015).

Berdasarkan fase yang berbeda dalam perkembangan penyakit, tingkat pencegahan dapat dibagi dalam empat tahap pencegahan, yaitu primordial, primer, sekunder, dan tersier. Masing-masing tingkat pencegahan ini berfungsi untuk mengurangi penyebab penyakit dan keparahan penyakit. Semua tingkat pencegahan harus saling melengkapi dan penting. Untuk meminimalkan kecacatan yang disebabkan oleh sakit, tahapan pencegahan primordial dan primer digunakan untuk menjaga kesehatan seluruh populasi. Sementara itu, tahapan pencegahan sekunder dan tersier digunakan untuk orang yang telah menunjukkan gejala penyakit dan telah sembuh.

1. Pencegahan Primordial

Tujuan pencegahan primer adalah untuk meningkatkan dan memelihara kondisi yang meminimalkan dampak negatif bagi kesehatan, seperti merokok. Merokok menyebabkan banyak gangguan paru-paru, yang dapat berkembang menjadi kanker paru-paru di masa depan.

Dengan membuat kebijakan yang melarang iklan rokok di media cetak dan elektronik, meningkatkan pajak untuk rokok, membuat area tanpa rokok, dan membuat kebijakan kesehatan lainnya yang mendukung pencegahan merokok, terutama pada usia muda (Bonita, 2006). Kebijakan ini tidak mudah dilaksanakan di Indonesia karena banyaknya kepentingan industri dan pekerja industri tembakau dari masyarakat menengah ke bawah. Selain itu, program yang telah dilaksanakan harus melibatkan industri pertanian, makanan, dan impor dan ekspor. Program yang mendorong orang untuk berolahraga secara teratur dapat membantu mengurangi risiko penyakit degeneratif di kemudian hari (Bonita, 2006). Pada negara maju dengan tingkat penyakit degeneratif tinggi dan tingkat penyakit menular yang rendah, orang banyak melakukan aktivitas fisik. Salah satu contohnya adalah mereka menggunakan sepeda atau jalan kaki ke sekolah atau kantor dengan fasilitas pengendara sepeda dan jalan kaki yang baik.

2. Pencegahan Primer

Dengan mengontrol penyebab penyakit dan faktor risiko, pencegahan primer bertujuan untuk mengurangi jumlah penyakit yang muncul. Bonita (2006) menyatakan bahwa upaya pencegahan primer dilakukan tidak pada individu, tetapi pada seluruh masyarakat untuk mengurangi risiko terkena penyakit rata-rata. Risiko ini dapat dikurangi melalui strategi berbasis masa atau populasi atau melalui strategi berbasis individu yang berisiko tinggi.

Salah satu keuntungan besar dari pendekatan pencegahan yang diarahkan pada masyarakat adalah bahwa mereka tidak perlu mengidentifikasi kelompok berisiko tinggi; sebaliknya, mereka hanya perlu mengurangi sejumlah kecil kelompok tersebut. Faktor-

faktor risiko yang ada di seluruh populasi Kerugian utama dari strategi ini adalah bahwa itu memberikan sedikit manfaat untuk banyak orang karena sebagian dari mereka memiliki risiko absolut yang cukup rendah terhadap penyakit. Contohnya, sebagian besar orang akan selalu mengenakan sabuk pengaman saat mengemudikan mobil tanpa pernah mengalami kecelakaan. Namun, orang yang belum pernah mengalami kecelakaan belum merasakan manfaat penggunaan sabuk pengaman secara umum. Menurut Bonita (2006), fenomena ini dikenal sebagai paradoks pencegahan.

Tabel 3.3. Perbedaan Pencegahan dengan pendekatan pada masyarakat dan individu berisiko tinggi

Ciri-ciri	Pendekatan Populasi	Pendekatan Individu Risiko Tinggi
Keuntungan	1. Bebas 2. Potensi besar untuk seluruh populasi 3. Perilaku sesuai	1. Cocok untuk individu 2. Motivasi subjek 3. Motivasi dokter 4. Keuntungan dengan <i>risk</i> rasio
Kerugian	1. Manfaat kecil untuk individu 2. Kurangnya motivasi subjek 3. Kurangnya motivasi dokter 4. Rasio manfaat dan risiko mungkin rendah	1. Kesulitan dalam mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi 2. Efek sementara 3. Efek terbatas perilaku sesuai

Sumber: Bonita (2006).

Penyuluhan intensif, perbaikan rumah sehat, perbaikan gizi, peningkatan hygiene individu dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan, pemberian imunisasi, perlindungan kerja, nasihat perkawinan, dan pendidikan seks yang bertanggung jawab adalah beberapa contoh pencegahan primer lainnya (Ryadi S. dan Wijayanti, 2011).

3. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan untuk mengurangi keparahan penyakit yang lebih serius melalui diagnosis dan pengobatan dini. Tujuan dari tindakan pencegahan adalah untuk mengurangi prevalensi penyakit selama periode antara timbulnya penyakit dan masa diagnosis. Penyakit dengan riwayat alamiah yang jelas, yang mencakup masa inkubasi, subklinis, dan klinis, dapat diobati dengan pencegahan sekunder untuk mencegah perkembangan penyakit ke tahap yang lebih serius. Jika program pencegahan sekunder memenuhi dua persyaratan utama, yaitu metode deteksi penyakit yang akurat dan aman dan intervensi yang efektif (lebih baik pada tahap pra klinis) maka program tersebut dapat berguna (Bonita, 2006; Ryadi S dan Wijayanti, 2011).

Kegiatan pencegahan sekunder termasuk memperbaiki dan meningkatkan pengobatan lanjutan agar penyakit tidak bertambah parah, mencegah komplikasi atau cacat setelah sembuh, meningkatkan fasilitas kesehatan sebagai pendukung, dan mengurangi tekanan nonmedis (sosial) pada pasien sehingga mereka termotivasi untuk melanjutkan pengobatan dan perawatan diri (Ryadi S. dan Wijayanti, 2011). Contoh langkah pencegahan sekunder yang sering digunakan termasuk pengujian kulit dan data radiografi untuk diagnosis

tuberkulosis; skrining untuk tekanan darah tinggi di usia pertengahan; pengujian untuk gangguan pendengaran pada pekerja pabrik; dan pengujian penglihatan dan pendengaran pada anak usia sekolah (Bonita, 2006).

4. Pencegahan Tersier

Tujuannya adalah untuk meminimalkan perkembangan atau komplikasi penyakit, dan merupakan komponen penting dari terapi dan rehabilitasi. Ini terdiri dari tindakan yang bertujuan untuk mengurangi gangguan yang disebabkan oleh cacat, mengurangi penderitaan yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang memburuk, dan membantu pasien menyesuaikan diri dengan kondisi yang tidak dapat disembuhkan. Salah satu tujuan pencegahan kekambuhan adalah pengobatan penyakit kronis. Oleh karena itu, sering kali sulit untuk membedakan antara pencegahan tersier dan pengobatan (Bonita, 2006; Ryadi S dan Wijayanti, 2011). Pasien yang menderita polio, kusta, strok, cedera, kebutaan, dan kondisi kronis lainnya memerlukan rehabilitasi untuk memungkinkan mereka berpartisipasi dalam kehidupan sosial sehari-hari.

Tabel 3.4. Tingkat pencegahan penyakit

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Tujuan	Kegiatan	Target
Primordial	Kondisi ekonomi, sosial, dan lingkungan yang mengarah kepenyebab	Membangun dan memelihara kondisi yang meminimalkan bahaya/efek negatif bagi kesehatan	Tindakan yang menghambat munculnya kondisi gawat dari, aspek ekonomi, sosial, perilaku dan lingkungan.	Jumlah populasi atau kelompok yang dipilih; dicapai melalui kebijakan kesehatan

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Tujuan	Kegiatan	Target
				masyarakat dan promosi kesehatan.
Primer	Faktor penyebab spesifik	Mengurangi insiden penyakit	Perlindungan kesehatan dengan upaya pribadi dan komunal, seperti meningkatkan status gizi, memberikan imunisasi, dan menghilangkan risiko lingkungan.	Jumlah populasi, kelompok yang dipilih dan individu yang sehat; dicapai melalui kebijakan kesehatan masyarakat.
Sekunder	Tahap awal penyakit	Mengurangi prevalensi penyakit dengan memperpendek riwayat alamiah penyakit	Langkah-langkah yang tersedia bagi individu dan masyarakat untuk deteksi dini dan intervensi cepat untuk mengendalikan penyakit & meminimalkan	Individu yang berisiko tinggi dan pasien; dicapai melalui pengobatan dan pencegahan.

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Tujuan	Kegiatan	Target
			kecacatan (misalnya melalui program skrining)	
Tersier	Tahap akhir penyakit	Mengurangi jumlah dan dampak komplikasi.	Tindakan yang bertujuan meminimalisasi dampak penyakit jangka panjang dan cacat, mengurangi masa sakit, memaksimalkan produktivitas.	Pasien, dicapai melalui rehabilitasi .

3.7 Wabah Dan Kejadian Luar Biasa (KLB)

1. Pengertian

- a. Wabah penyakit menular, juga dikenal sebagai "wabah", adalah ketika suatu penyakit menular menyebar dalam masyarakat dan jumlah penderitanya meningkat lebih dari normal dan dapat menyebabkan malapetaka.
- b. Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB, adalah timbulnya atau meningkatnya jumlah kasus

kesakitan dan/atau kematian yang signifikan secara epidemiologi pada suatu wilayah dalam jangka waktu tertentu, yang dapat menyebabkan wabah, dikenal sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB)

2. Jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah

Penetapan penyakit menular tertentu yang dapat menyebabkan wabah bergantung pada epidemiologi, sosial budaya, keamanan, ekonomi, ilmu pengetahuan, dan teknologi, serta bagaimana penyakit tersebut dapat menyebabkan malapetaka di masyarakat.

a. Jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah sebagai berikut.

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) Kolera | 10) Avian Influenza H5N1 |
| 2) Pes | 11) Antraks |
| 3) Demam berdarah <i>dengue</i> | 12) Leptospirosis |
| 4) Campak | 13) Hepatitis |
| 5) Polio | 14) Influenza A baru
(H1N1)/Pandemi
2009 |
| 6) Difteri | 15) Meningitis |
| 7) Pertusis | 16) <i>Yellow fever</i> |
| 8) Rabies | 17) Chikungunya |
| 9) Malaria | |

b. Penyakit menular tertentu lainnya yang dapat menimbulkan wabah ditetapkan oleh menteri.

3. Penetapan daerah KLB

a. Suatu daerah dapat ditetapkan dalam keadaan KLB, apabila memenuhi salah satu kriteria sebagai berikut.

- 1) Timbulnya suatu penyakit menular yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.

- 2) Peningkatan kejadian kesakitan terus menerus selama 3 (tiga) kurun waktu dalam jam, hari, atau minggu berturut-turut menurut jenis penyakitnya.
 - 3) Peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu jam, hari, atau minggu menurut jenis penyakitnya.
 - 4) Jumlah penderita baru dalam periode waktu 1 (satu) bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
 - 5) Rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan selama 1 (satu) tahun menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan pada tahun sebelumnya.
 - 6) Angka kematian kasus suatu penyakit (*case fatality rate*) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% (lima puluh persen) atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasus suatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
 - 7) Angka proporsi penyakit (*proportional rate*) penderita baru pada satu periode menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibanding satu periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
- b. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala dinas kesehatan provinsi, atau menteri dapat menetapkan daerah dalam keadaan KLB apabila suatu daerah memenuhi salah satu kriteria di atas.
 - c. Dalam hal kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tidak menetapkan suatu daerah di wilayahnya dalam keadaan KLB, kepala dinas kesehatan provinsi dapat menetapkan daerah tersebut dalam keadaan KLB.

- d. Dalam hal kepala dinas kesehatan provinsi atau kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tidak menetapkan suatu daerah di wilayahnya dalam keadaan KLB, menteri menetapkan daerah tersebut dalam keadaan KLB.
- e. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala dinas kesehatan provinsi, atau menteri harus mencabut penetapan daerah dalam keadaan KLB berdasarkan pertimbangan keadaan daerah tersebut tidak sesuai dengan kriteria KLB.

4. Penetapan Daerah Wabah

Penetapan penyakit menular tertentu yang dapat menyebabkan wabah bergantung pada epidemiologi, sosial budaya, keamanan, ekonomi, ilmu pengetahuan, dan teknologi, serta bagaimana penyakit tersebut dapat menyebabkan malapetaka di Masyarakat dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. Secara epidemiologis data penyakit menunjukkan peningkatan angka kesakitan dan/atau angka kematian.
- b. Terganggunya keadaan masyarakat berdasarkan aspek sosial budaya, ekonomi, dan pertimbangan keamanan.

Menteri harus mencabut penetapan daerah wabah berdasarkan pertimbangan keadaan daerah tersebut tidak sesuai dengan keadaan sebagaimana pertimbangan di atas.

5. Penanggulangan KLB/Wabah

- a. Dilakukan secara terpadu oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat sebagai berikut:
 - 1) Penyelidikan epidemiologis;
 - 2) Penatalaksanaan penderita yang mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina;

- 3) Pencegahan dan pengebalan;
 - 4) Pemusnahan penyebab penyakit;
 - 5) Penanganan jenazah akibat wabah
 - 6) Penyuluhan kepada masyarakat; dan
 - 7) Upaya penanggulangan lainnya.
- b. Upaya penanggulangan tambahan termasuk meliburkan sekolah dan fasilitas umum untuk sementara waktu, melakukan pengamatan dan survei intensif selama terjadi KLB, dan melakukan evaluasi menyeluruh atas upaya penanggulangan.
 - c. Upaya penanggulangan lainnya dilakukan sesuai dengan jenis penyakit yang menyebabkan KLB/wabah.
6. Pendanaan serta Sarana dan Prasarana
- a. Pendanaan yang timbul dalam upaya penanggulangan KLB/wabah dibebankan pada anggaran pemerintah daerah.
 - b. Jika pemerintah daerah tidak dapat menangani KLB atau wabah, Anda dapat meminta bantuan dari pemerintah federal atau pemerintah daerah lainnya.
 - c. Dalam keadaan KLB/wabah seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan terhadap penderita atau tersangka penderita.
 - d. Dalam keadaan KLB/wabah, pemerintah dan pemerintah daerah wajib menyediakan perbekalan kesehatan meliputi bahan, alat, obat dan vaksin serta bahan/alat pendukung lainnya.

3.8 Peran Epidemiologi Bagi Kesehatan Masyarakat

Dalam ilmu kesehatan masyarakat, epidemiologi menduduki peranan yang penting di samping berbagai cabang ilmu pengetahuan kedokteran, kesehatan, teknik, matematika,

statistika, sosial, politik, budaya, bahkan ekonomi dan manajemen. Epidemiologi menjadi salah satu fondasi dasar ilmu kesehatan masyarakat. Epidemiologi menjadi alat untuk mendiagnosis masalah kesehatan, menegakkan faktor penyebab masalah kesehatan, serta mengevaluasi efektivitas berbagai intervensi kesehatan.

Fokus utama ilmu epidemiologi adalah mencari bukti yang menunjukkan hubungan kausalitas antara masalah kesehatan yang diamati dan faktor yang diduga sebagai penyebabnya. Selain itu, epidemiologi dapat menggunakan kemampuan ini untuk mengetahui bagaimana penyakit berperilaku di dalam populasi. Pengetahuan ini dapat digunakan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit yang ada di populasi, yang pada akhirnya akan meningkatkan kesehatan masyarakat. Sejarah perkembangan ilmu epidemiologi telah menunjukkan bahwa hanya dengan mempelajari penyakit dapat dicegah dan menghentikan penyebarannya.

3.9 Ringkasan

Epidemiologi mempelajari distribusi dan determinan kejadian penyakit dan kondisi kesehatan lainnya. Pada populasi umum atau populasi khusus untuk memberikan masukan kebijakan kesehatan dalam mengontrol masalah kesehatan (Najmah, 2014).

Tujuan dari ilmu epidemiologi menurut Lilienfeld dalam Timmreck (2004) adalah:

1. Menjelaskan etiologi (studi tentang penyebab penyakit) satu penyakit atau sekelompok penyakit, kondisi, gangguan, defek, ketidakmampuan, sindrom, atau kematian.
2. Menentukan apakah data epidemiologi yang ada memang konsisten dengan hipotesis yang diajukan dan dengan pengetahuan, ilmu perilaku, dan ilmu biomedis yang

berlaku.

3. Memberikan dasar bagi pengembangan langkah-langkah pengendalian dan prosedur pencegahan bagi kelompok dan populasi yang berisiko dan untuk pengembangan langkah-langkah dan kegiatan kesehatan masyarakat yang diperlukan; yang semuanya itu akan digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan langkah-langkah, kegiatan, dan program intervensi.

Kondisi kesehatan seseorang disebabkan adanya interaksi antara faktor penyebab penyakit atau “agen”, manusia sebagai “penjamu” atau “host” dan lingkungan sebagai faktor pendukung.

Agar seseorang tetap sehat diperlukan empat tingkat pencegahan, sesuai dengan fase yang berbeda dalam perkembangan penyakitnya yaitu pencegahan primordial, pencegahan primer, pencegahan sekunder, pencegahan tersier.

Latihan

1. Jelaskan istilah-istilah yang anda ketahui tentang reservoir, karier, dan vektor serta berikan contoh-contohnya!
2. Jelaskan faktor risiko yang membuat penjamu sakit!
3. Jelaskan riwayat alamiah suatu penyakit menular!
4. Sebutkan penyakit menular tertentu yang dapat menyebabkan wabah!
5. Jelaskan penetapan daerah KLB!

Tes 3

1. Masalah kesehatan yang selaras dengan upaya yang dilakukan adalah...
 - a. Masalah genetika melalui pemerintah mengeluarkan peraturan perundangan dan pengetahuan lingkungan hidup
 - b. Masalah determinan sosial melalui pemerintah mengeluarkan Perpres no.12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan nasional
 - c. Masalah fasilitas kesehatan dengan meningkatkan pendidikan mengenai PHBS pada Masyarakat
 - d. Masalah lingkungan dengan meningkatkan pendidikan PHBS pada Masyarakat
2. Penyakit Rabies merupakan penyakit virus yang mematikan dan telah dilaporkan di lebih dari 150 negara di dunia termasuk di Indonesia. Bali dan Sulawesi utara merupakan 2 Provinsi dengan kasus Lyssa terbesar yaitu 15 kasus dan 28 kasus (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016). Pelatihan bagi para petugas kesehatan untuk melakukan tata laksana kasus dan penyuluhan kesehatan akan bahaya penyakit Rabies sudah dilakukan. Adapun salah satu cara pencegahan penyakit rabies yang bisa dilakukan adalah.....
 - a. Memberikan vaksinasi pada hewan peliharaan dan manusia yang berisiko tinggi
 - b. Menyuntikkan SAR (Serum Anti Rabies)
 - c. Mencuci luka dengan sabun
 - d. Memberikan vaksin anti rabies dengan metode 2-1-1
3. Secara garis besar transisi epidemiologi ditandai dengan perubahan pola penyakit dan kematian yang semula didominasi oleh penyakit infeksi beralih ke penyakit non

infeksi (non-communicable disease) atau penyakit tidak menular. Faktor risiko penyakit tidak menular dipengaruhi oleh kemajuan era globalisasi yang telah mengubah cara pandang penduduk dunia dan melahirkan kebiasaan-kebiasaan baru yang tidak sesuai dengan gaya hidup sehat. Berikut ini adalah pola hidup sebagai upaya yang dapat menurunkan kejadian penyakit tidak menular, kecuali...

- a. Mengurangi aktivitas fisik
 - b. Rajin berolahraga.
 - c. Mengurangi tingkat stress.
 - d. Mengurangi konsumsi lemak.
 - e. Pengaruh lingkungan tempat tinggal
4. Segitiga epidemiologi (triad epidemiologi) merupakan konsep dasar/model epidemiologi yang mengilustrasikan bagaimana penyakit dan masalah kesehatan lainnya terjadi. Triad epidemiologi terdiri dari agent, host dan environment. Yang dimaksud dengan Host adalah :
- a. Semua faktor diluar Individu, dapat berupa lingkungan fisik, biologis dan sosial
 - b. Semua faktor manusia atau makhluk lainnya, tempat terjadi proses alamiah perkembangan penyakit
 - c. Semua faktor diluar Individu termasuk makhluk hidup dan unsure lainnya
 - d. Unsur, Organisme hidup atau kuman efektif yang menyebabkan terjadisuatu penyakit
5. Berdasarkan triad epidemiologi di atas, apakah yang dimaksud dengan agent?
- a. Semua faktor diluar Individu, dapat berupa lingkungan fisik, biologis dan sosial
 - b. Semua faktor manusia atau makhluk lainnya, tempat terjadi proses alamiah perkembangan penyakit

- c. Semua faktor diluar Individu termasuk makhluk hidup dan unsure lainnya
 - d. Unsur, Organisme hidup atau kuman efektif yang menyebabkan terjadisuatu penyakit
6. Dalam rangka memahami konsep tingkat pencegahan suatu penyakit, seorang public health harus mampu memahami riwayat alamiahnya, Dimana riwayat alamiah suatu penyakit merupakan perkembangan secara alamiah tanpa intervensi/campur tangan medis, sehingga suatu penyakit berlangsung secara natural. Tahap kerentanan individu dalam keadaan sehat terhadap agen penyakit dimana telah terjadi interaksi antara penjamu dan agen diluar tubuh penjamu, merupakan tahap dari?
- a. Inkubasi
 - b. Dini
 - c. Patogenesis
 - d. Prepatogenesi
7. Penyakit menular merupakan salah satu penyebab kematian utama di negara berkembang. Penyakit menular dapat dikelompokkan menjadi emerging disease dan reemerging disease. Penyebab penyebaran emerging disease dapat dikelompokkan menjadi 3 faktor yaitu faktor agent, host, dan environment. Infeksi oportunistis pada penderita HIV-AIDS (ODHA) dan infeksi pada orang yang menjalani terapi imunosupresan adalah contoh dari penyebaran emerging disease karena faktor host, yaitu :
- a. Traveling
 - b. Perubahan iklim
 - c. Perusakan habitat hewan liar
 - d. Daya imunitas rendah

8. Proses fogging dilakukan untuk upaya jangka pendek yaitu mencegah wabah Demam Berdarah (DBD) dalam suatu kawasan. Proses fogging dinilai kurang efektif karena hanya mampu membunuh nyamuk dewasa. Pilihlah salah satu program dibawah ini yang bisa melengkapinya?
 - a. Menerapkan Pola Hidup Bersih (PHBS) dengan cara memberantas jentik dirumah sekali seminggu
 - b. Mengundang konsultan kesehatan untuk melakukan analisa dan menemukan solusinya
 - c. Membuat peraturan supaya anggota keluarga tidak tidur siang e. Menyalakan obat anti nyamuk 24 jam
 - d. Membuat leaflet atau poster yang berisi bahayanya wabah demam berdarah (DBD) dan mendistribusikannya
9. Orang yang memiliki bibit penyakit tanpa menunjukkan tanda-tanda sakit dan berpotensi untuk menularkan penyakit
 - a. Virulensi
 - b. Vektor
 - c. Inkubasi
 - d. Karier
10. Kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka
 - a. Wabah
 - b. Penjamu
 - c. Endemik
 - d. Agen

BAB 4

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

4.1 Pendahuluan

Masalah kesehatan masyarakat berkembang seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi, dan perubahan lingkungan, antara lain. Pada masa lalu, Indonesia didominasi oleh masalah kesehatan seperti penyakit menular (infeksi), angka kematian ibu (AKI), dan kurang gizi. Namun, saat ini, dengan lebih banyak pelayanan kesehatan, teknologi modern, dan peningkatan pengetahuan tentang kehidupan manusia, harapan hidup manusia meningkat. Masalah kesehatan di Indonesia termasuk angka kematian ibu dan bayi, kurang gizi, kelebihan gizi, penyakit tidak menular (kronis/degeneratif), dan kesehatan mental dan jiwa.

Tidak hanya Indonesia yang mengalami masalah yang berubah-ubah, tetapi dunia juga mengalaminya. Dari Millenium Development Goals (MDGs) 2005–2015 ke Sustainable Development Goals (SDGs) 2016–2030, ada pergeseran fokus masalah global. MDGs, yang terdiri dari 8 tujuan dan 50 target, berkonsentrasi pada mengurangi masalah sosial ekonomi pada tahun 2015, yaitu separuh dari kondisi 2005. SDGs, di sisi lain, memiliki 17 tujuan dan 169 target yang berfokus pada menghilangkan masalah sosial ekonomi sampai tidak ada warga yang ketinggalan zaman (zero kemiskinan).



Gambar 4.1. Target MDGs ke SDGs Sumber:
<https://www.undp.org/>

Tabel 4.1. Fokus Bidang Kesehatan MDGs dan SDGs

MDGs	SDGs
Goal 1: Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan	Goal 2: Tanpa Kelaparan
Goal 4: Menurunkan angka kematian Anak	Goal 3: Kehidupan Sehat dan Sejahtera
Goal 5: Meningkatnya kesehatan ibu	Goal 5: Kesenjangan Gender
Goal 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria serta penyakit menular lainnya	Goal 6: Air Bersih dan Sanitasi Layak

4.2 Pembangunan Kesehatan

Bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai pembangunan kesehatan maka diperlukan adanya SKN. Sistem Kesehatan Nasional adalah cara penyelenggaraan

pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945.

4.3 Definisi SKN

Sistem terdiri dari sekumpulan kegiatan dan komponen yang saling berhubungan untuk membentuk sesuatu yang bermanfaat. Dalam kebanyakan kasus, sistem terdiri dari subsistem. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sistem kesehatan suatu negara terdiri dari kumpulan berbagai faktor yang saling berhubungan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan kebutuhan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sistem kesehatan nasional, menurut Pasal 1 angka 2 Perpres 72/2012, adalah pengelolaan kesehatan yang dilakukan oleh semua elemen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung untuk menjamin derajat kesehatan masyarakat yang setinggi mungkin.

Pengelolaan kesehatan adalah proses untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan; pembiayaan; sumber daya manusia; obat-obatan, alat, dan makanan; dan pemberdayaan masyarakat.

4.4 Perkembangan SKN dan Pelaksanaan

Sejarah GBHN dimulai pada tahun 1982 dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 99 tahun 1982, yang menghasilkan Undang-Undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992. Visi dan misi Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005–2025 dibuat, dan peraturan harus diubah untuk menyesuaikannya. Undang-Undang nomor 36 tahun

2009 tentang kesehatan dibuat pada tahun 2009, dan Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang SKN dibuat pada tahun 2012. Peraturan presiden RI nomor 18 tahun 2021 tentang kementerian kesehatan dikeluarkan pada tahun 2021, dan kita tidak tahu apa yang akan terjadi dengan subsistem kesehatan terbaru. Adapun isi dari perubahan subsistem, dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Perubahan Sub Sistem Dalam SKN

2004	2009	2012
Peyesuaian SKN berdasarkan Kepmenkes 99a/1982	Sesuai Visi Misi RPJK(2005-2025)\	Sesuai UU noor 36 tahun2009 ps. 167
1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan 4. Obat & perbekalan kesehatan 5. Pemberdayaan Masyarakat 6. Manajemen kesehatan	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan 4. Sediaan farmasi, Alkes, & makanan 5. Pemberdayaan Masyarakat 6. Manajemen & Informasi kesehatan	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan 4. Sediaan farmasi, Alkes, & makanan 5. Pemberdayaan Masyarakat 6. Manajemen, Informasi, 7. Penelitian pengembangan kesehatan

Masalah sosial biasanya terkait dengan berbagai kenyataan sosial yang saling berhubungan satu sama lain. Misalnya, ketika wabah penyakit terjadi, hal itu memiliki hubungan dengan psikologi, budaya lokal, ekonomi, kebijakan pemerintah, dan lainnya.

4.5 Tujuan SKN

Pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, badan hukum, perusahaan, dan lembaga swasta bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan secara efektif dan efisien untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

4.6 Pelaku SKN

Masyarakat: TOMA, LSM, Media, akademisi
Pemerintah: pusat, provinsi, kabupaten/ kota
Badan Legislatif: Pusat dan daerah
Badan Yudikatif: Penegak hukum dan peraturan.

4.7 Maksud Dan Kegunaan SKN

1. Menyesuaikan SKN sebelumnya dengan perubahan
2. Mempertegas makna pembangunan kesehatan (pemenuhan HAM)
3. Memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan (RPJP-K)
4. Memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif
5. Melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu
6. Meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional
7. Dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan

4.8 Asas SKN

1. Dasar Pembangunan Kesehatan
 - a. Perikemanusiaan
 - b. Pemberdayaan dan kemandirian
 - c. Adil dan merata

- d. Pengutamaan manfaat
- 2. Dasar SKN
 - a. Perikemanusiaan
 - b. Keseimbangan
 - c. Manfaat
 - d. Perlindungan
 - e. Keadilan
 - f. Penghormatan HAM
 - g. Sinergis dan tata pemerintahan yang baik
 - h. Legalitas
 - i. Antisipatif dan proaktif
 - j. Gender dan nondiskriminatif
 - k. Kearifan lokal

4.9 Penyelenggaraan SKN

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) termasuk dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, yang mencakup perencanaan, pengaturan, pembinaan, dan pengawasan, serta evaluasi penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara proporsional dan seimbang dengan partisipasi masyarakat.

Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip berikut: pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Dilakukan secara bertahap dari tingkat pusat hingga tingkat daerah. Kebijakan pemerintah dibuat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Mempertimbangkan komitmen global dan bagian-bagiannya, yang masing-masing memiliki dampak penting dan signifikan terhadap kesehatan masyarakat.

4.10 Sub Sistem Kesehatan Nasional

Sistem terdiri dari input, proses, dan output. Input terdiri dari sumber daya manusia (SDM) kesehatan, pembiayaan kesehatan, penyediaan fasilitas, alat kesehatan (Faralkes), dan makanan. Proses terdiri dari penelitian dan pengembangan, upaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan. Terakhir, output terdiri dari pembangunan kesehatan..

1. Sub Sistem Upaya Kesehatan

Adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang lengkap, terpadu, dan berkualitas, yang mencakup peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif). Tujuannya adalah untuk memastikan pembangunan kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan berkualitas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Termasuk kesehatan fisik, mental, intelektual, dan sosial.

Upaya Kesehatan meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Pribadi (UKP). Memiliki tingkatan, yaitu: primer, sekunder, tersier dengan penyelenggaraan sistem rujukan

- ### 2. Sub Sistem Penelitian & Pengembangan Kesehatan
- adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan untuk memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan ini, kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan dilakukan dengan tujuan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi kesehatan,

dan informasi tentang kesehatan lainnya.

3. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan, adalah mengelola berbagai upaya untuk menggali, menempatkan, dan membelanjakan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan tujuan untuk memastikan dana kesehatan tersedia dengan cukup. terdistribusi secara adil, merata, dan dimanfaatkan secara efektif dan berdaya guna, dan didistribusikan sesuai dengan tujuan untuk memastikan bahwa pembangunan kesehatan dijalankan dengan tujuan untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang optimal.
4. Sub Sistem SDM Kesehatan, Adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan. Upaya ini mencakup perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan kualitas sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuannya adalah agar sumber daya manusia kesehatan tersedia sesuai kebutuhan dan memiliki kewenangan yang didistribusikan secara adil.
5. Sub Sistem Sediaan Farmasi, Alkes, dan Makanan, adalah pengelolaan berbagai upaya untuk menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan khusus untuk obat tersedia (dalam jenis dan jumlah) dan mudah diakses untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi mungkin.
6. Sub Sistem Manajemen, Informasi & Regulasi Kesehatan,

adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari skn guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuannya yaitu terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan, yang berhasil guna berdaya guna dan akuntabel serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

7. Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat, adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuannya adalah agar masyarakat dapat berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berpartisipasi aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, dan menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan yang berwawasan.

4.11 Pendekatan SKN Input, Proses, Output, Impact dan Outcome

Input adalah latar belakang masalah kesehatan. Input dapat berupa tuntutan, keinginan, tantangan, dan peluang di bidang kesehatan atau masalah kebijakan kesehatan baru dari sistem ekologi, biologi, individual, dan sosial kemasyarakatan dalam negeri maupun luar negeri.

Proses adalah proses atau mekanisme untuk membuat kebijakan kesehatan yang politis dan melibatkan berbagai kelompok kepentingan yang berbeda, terkadang bertentangan. Kelompok kepentingan ini termasuk stake holder, seperti pejabat pemerintah, pejabat negara, lembaga pemerintah, dan lingkungan masyarakat, serta asosiasi politik dan kelompok masyarakat lainnya.

utput adalah lahirnya kebijakan kesehatan, yang merupakan tindakan yang diambil untuk menyelesaikan masalah atau mencapai tujuan kesehatan tertentu. Impact adalah Dampak kebijakan kesehatan terhadap kelompok sasaran yang ingin dipengaruhi atau diubah perilakunya disebut efek. Baik dalam lingkungan domestik maupun internasional, lingkungan kebijakan (sistem ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan dan keamanan) menerima input dari tuntutan dan permintaan masyarakat serta dukungan kebijakan.

4.12 Ringkasan

A. Teknik Umum

1. Teknik mengulang kembali (restatement)
2. Teknik menerima (acceptance)
3. Teknik menstruktur (structuring)
4. Teknik memantulkan perasaan (reflection of feeling)
5. Teknik Klarifikasi (clarification)
6. Teknik simpulan sebagian (summry)
7. Teknik mendukung/ penguatan
8. Teknik konfrontasi
9. Teknik mengakhiri

B. Teknik Khusus

1. Latihan Arsetif
2. Disensitisasi Sistematis
3. Pengkondisian Aversi

4. Pembentukan Perilaku Model

5. Permainan Dialog

6. Teknik Pembalikan

7. Imitas

C. Hal yang harus dimiliki konselor

1. Kesadaran akan diri dan nilai-nilai.

2. Kesadaran akan adanya heterogenitas dalam masyarakat, misal: keragaman budaya.

3. Kemampuan menganalisis kemampuan diri.

4. Kemampuan berperan sebagai teladan.

5. Kesediaan berkorban misalnya dalam hal waktu dan tenaga.

6. Berpegang kuat pada etik konseling, misalnya tidak membocorkan rahasia klien

7. Tanggung jawab

D. Keterampilan yang perlu dimiliki konselor

1. Keterampilan menyimak

2. Keterampilan memberi arah

3. Keterampilan memantulkan

4. Keterampilan merangkum

5. Teknik memperhadapkan

LATIHAN

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah

Latihan berikut!

1. Jelaskan target focus bidang kesehatan MDGs dan SDGs!

2. Jelaskan tujuan dari SKN!

3. Sebutkan siapa saja pelaku SKN!

4. Jelaskan sub sistem SDM kesehatan dalam sistem kesehatan nasional!

5. Jelaskan pendekatan input, proses, output, impact dan outcome dalam pendekatan SKN

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Indonesia menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis yg mendasar baik eksternal maupun internal. Penyusunan SKN baru disesuaikan dengan SKN sebelumnya dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai landasan, arah, dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah (pusat, provinsi, kab/kota) serta pihak-pihak lainnya. Peyesuaian SKN pada umumnya dilihat berdasarkan analisis situasi dengan indikator :
 - a. Angka Kematian IBU (AKI), AKB, dan UHH
 - b. Cakupan Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan
 - c. Cakupan Upaya Pelayanan Kesehatan
 - d. AKI, AKB, Cakupan Pelayanan Kesehatan
2. Sistem merupakan sekumpulan kegiatan yang saling berhubungan untuk membentuk sesuatu yang bermanfaat yang meliputi input, proses, dan output. Subsistem mana yang ada dalam input? (10 Points)
 - a. SDM Kesehatan
 - b. Upaya Kesehatan
 - c. Pemberdayaan Masyarakat
 - d. Penelitian & pengembangan
3. Beberapa hal ini merupakan penyebab terjadinya perubahan SKN, kecuali? (10 points)
 - a. Terbitnya peraturan terbaru yang berkaitan dengan kesehatan
 - b. Bergantinya Presiden
 - c. Perubahan masalah kesehatan
 - d. Berlakunya rencana pembangunan jangka panjang atau menengahyang terbaru pada bidang kesehatan

4. Kementerian dalam negeri bekerjasama dengan Puskemas kecamatan mengiatkan peran kader Posyandu Lansia untuk mengurangi beban penyakit tidak menular padaLansia, dalam hal ini subsistem apa yang sedang diselenggarakan? (10 Points)
 - a. Subsistem upaya kesehatan
 - b. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan
 - c. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan
 - d. Subsistem pemberdayaan masyarakat
5. Perbedaan sistem kesehatan di Jepang dan di Indonesia adalah,kecuali?
 - a. Sistem rujukan berlaku di Jepang
 - b. Pembayaran premi asuransi berdasarkan kelas berlaku di Indonesia
 - c. di jepang, biaya RS ditanggung oleh pasien dan pemerintah sesuai denganketentuan usia
 - d. Masyarakat bebas memilih layanan kesehatan ke dokter, klinik, atau rumahsakit di Jepang
6. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undangundang Dasar 1945. Sistem Kesehatan Nasional perlu dilaksanakan dalam konteks Pembangunan Kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti: kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, dan kemampuan tenaga kesehatan mengatasi masalah tersebut. Sistem Kesehatan Nasional disusun

dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

- a. Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata
 - b. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat
 - c. Kebijakan pembangunan kesehatan
 - d. Semua Benar
7. Tujuan Sistem Kesehatan Nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, hingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Landasan Sistem Kesehatan Nasional meliputi:
- a. Landasan Idiil, yaitu Pancasila.
 - b. Landasan Konstitusional, yaitu UUD 1945, khususnya: Pasal 28 A, 28 H ayat (1) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (2) dan ayat (3), Pasal 28 B ayat (2), Pasal 28 C ayat (1)
 - c. Landasan Operasional meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.
 - d. Semua benar
8. Terwujudnya keadaan sehat tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, tetapi juga tanggung jawab sektor terkait, misalnya sistem pendidikan nasional (SISDIKNAS). Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, SKN bersinergis dengan sistem nasional lainnya. SKN juga mencakup beberapa sistem. Urutan kedudukan sistem upaya kesehatan dalam sistem ketahanan nasional dari uruan terendah adalah :
- a. Sub Sistem Upaya Kesehatan - SKN - SISDIKNAS - Sistem Ketahanan Nasional
 - b. SKN - Sub Sistem Upaya Kesehatan - Sistem Ketahanan

Nasional – SISDIKNAS

- c. SISDIKNAS – SKN – Sistem Ketahanan Nasional - Sub Sistem Upaya Kesehatan
 - d. Sistem Ketahanan Nasional - SISDIKNAS – SKN - Sub Sistem Upaya Kesehatan
9. Dalam perkembangannya, SKN mengalami beberapa perubahan dalam subsistem karena perkembangan pembangunan hasil dan pendekatan manajemen. Pada SKN 2012, subsistem yang baru adalah :
- a. Pembiayaan Kesehatan
 - b. Penelitian dan pengembangan kesehatan
 - c. Farmasi dan Alkes
 - d. Pemberdayaan Masyarakat
10. Apa upaya yang paling tepat untuk menangani masalah desentralisasi sistem pemerintahan di Indonesia?
- a. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat dan terpadu
 - b. Tenaga kesehatan yang memadai
 - c. Pembiayaan kesehatan
 - d. Meningkatkan peran pemerintah dan Kolaborasi lintas

BAB 5

PROMOSI KESEHATAN

5.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (DEPKES RI, 2006). Promosi kesehatan adalah suatu proses memberdayakan atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan sehat (Piagam Ottawa, Notoatmodjo, 2007). Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan adalah cabang ilmu kesehatan masyarakat yang memiliki akar tiga bidang ilmu, yaitu ilmu perilaku, pendidikan, dan kesehatan masyarakat.

5.2 Tujuan, Strategi, Dan Ruang Lingkup

1. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan sebagai berikut.

- a. **Mengembangkan kebijakan pembangunan kesehatan** (*healthy public policy*), yaitu

mengembangkan berbagai kebijakan pembangunan di setiap sektor dengan memperhatikan dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat dan lingkungan sekitarnya.

- b. **Mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung** (*create partnership and supportive environment*), yaitu mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung suasana/memungkinkan masyarakat yang termotivasi melakukan pembangunan kesehatan.
- c. **Memperkuat kegiatan masyarakat** (*strengthen community action*), yaitu memberikan bantuan dan dukungan terhadap kegiatan yang sudah berjalan di masyarakat, serta memberikan peluang bagi masyarakat untuk melakukan kegiatan dan berperan aktif dalam upaya pembangunan kesehatan.
- d. **Meningkatkan keterampilan individu** (*personnel skill*), yaitu meningkatkan keterampilan dalam memelihara kesehatan masyarakat dengan cara memberikan penyuluhan mengenai cara pemeliharaan kesehatan, serta pencegahan dan pengobatan penyakit.
- e. **Reorientasi Pelayanan Kesehatan** (*reorient health services*), yaitu pemberdayaan masyarakat agar dapat ikut serta dalam menerima dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Strategi Promosi Kesehatan (WHO, 1994)

Strategi promosi kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi 3 hal sebagai berikut.

a. Advokat (*Advocacy*)

Melakukan kegiatan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Melakukan advokasi berarti

melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa promosi kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan publik (Notoatmodjo, 2007).

b. Dukungan sosial (*Social Support*)

Menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Dalam melaksanakan program-program kesehatan perlu kerja sama dengan program lain di lingkungan kesehatan, maupun sektor lain yang terkait.

c. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Masyarakat perlu diberikan kemampuan atau keterampilan agar dapat mandiri di bidang kesehatan, termasuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Misalnya pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan keterampilan bertani, bertanam obat tradisional, beternak dan sebagainya dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga. Selanjutnya dengan ekonomi keluarga meningkat, diharapkan kemampuan dalam pemeliharaan dan peningkatkan kesehatan keluarga juga meningkat (Notoatmodjo, 2007).

3. Ruang lingkup promosi kesehatan dapat dikategorikan menjadi 2 dimensi sebagai berikut.

- a. **Aspek Kesehatan.** Secara umum, kesehatan masyarakat mencakup 2 aspek pokok, yakni aspek promotif dengan sasaran kelompok orang sehat, dan aspek preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang berisiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok orang sakit.
- b. **Aspek Tatahan Pelaksanaan.** Ruang lingkup promosi kesehatan diklasifikasikan menjadi promosi kesehatan

pada tatanan keluarga (rumah tangga), pada tatanan sekolah, di tempat kerja, di tempat-tempat umum, dan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

5.3 Teori Promosi Kesehatan

Salah satu teori yang mendasari promosi kesehatan adalah komunikasi. Istilah komunikasi berasal dari bahasa Inggris *communication*. Secara etimologis atau menurut asal katanya berasal dari Bahasa Latin *communicatus* dengan pokok kata *communis* yang memiliki makna 'berbagi' atau 'menjadi milik bersama', yaitu suatu usaha untuk mendapatkan kesamaan makna. Komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses penyampaian pesan kepada orang lain dengan atau tanpa alat bantu dan media. Komunikasi meliputi lima unsur berikut:

1. Komunikator (pemberi pesan),
2. Isi pesan,
3. Alat bantu/peraga dan media (alat bantu yang dipakai),
4. Metode (yang digunakan),
5. Komunikan (sasaran/penerima pesan),
6. Efek (dampak/efek setelah menerima pesan).

5.4 Penyampaian Pesan Dalam Promosi Kesehatan

Proses penyampaian pesan terdiri atas dua tahap sebagai berikut.

1. Proses komunikasi primer, yaitu proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (*symbol*) sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah pesan verbal (bahasa) dan pesan nonverbal (*kial/gesture*, isyarat, gambar, warna, dan lain sebagainya) yang secara langsung dapat/ mampu menerjemahkan pikiran dan atau perasaan komunikator kepada komunikan.

2. Proses komunikasi sekunder, yaitu proses penyampaian pesan kepada orang lain menggunakan alat bantu/peraga atau media. Seorang komunikator menggunakan media ke dua dalam menyampaikan komunikasi karena komunikan sebagai sasaran berada di tempat yang relatif jauh atau jumlahnya banyak. Surat, telepon, teleks, surat kabar, majalah, radio, televisi, film, dan sebagainya merupakan media yang sering digunakan dalam komunikasi. Proses komunikasi sekunder ini menggunakan media yang dapat diklasifikasikan sebagai media massa (surat kabar, televisi, radio, dan sebagainya) dan media nirmassa (telepon, surat, megapon, dan sebagainya).

5.5 Alat Bantu/ Peraga Dalam Promosi Kesehatan

Alat-alat yang digunakan oleh komunikator dalam menyampaikan pesan sering disebut sebagai alat peraga. Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 (sebelas) tingkatan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat bantu tersebut dalam suatu kerucut. Menempati dasar kerucut adalah benda asli yang mempunyai intensitas tertinggi disusul benda tiruan, sandiwara, demonstrasi, *field trip*/kunjungan lapangan, pameran, televisi, film, rekaman/radio, tulisan, dan kata-kata. Penyampaian bahan dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah.

Manfaat alat peraga sebagai berikut.

1. Mempermudah penyampaian pesan oleh para komunikator.
2. Menimbulkan minat sasaran.
3. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
4. Membantu mengatasi hambatan bahasa.
5. Merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.

6. Membantu sasaran untuk belajar lebih banyak dan cepat.
7. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain.
8. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran.

Menurut penelitian ahli indra, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75—87% pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata, sedangkan 13—25% lainnya tersalurkan melalui indra lain. Di sini, dapat disimpulkan bahwa alat peraga visual lebih memudahkan dalam penyampaian dan penerimaan pesan.

Macam-macam alat peraga sebagai berikut.

1. Alat peraga lihat (*visual aids*); misalnya alat yang diproyeksikan (*slide*, film, film strip, dan sebagainya) dan alat yang tidak diproyeksikan (untuk dua dimensi misalnya foto, gambar, peta, bagan ; dan untuk tiga dimensi misalnya bola dunia, boneka).
2. Alat peraga dengar (*audio aids*); misalnya piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.
3. Alat peraga lihat dengar (*audio visual aids*); misalnya televisi, video, dan film.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perencanaan dan penggunaan alat peraga adalah tujuan pendidikan, yaitu untuk mengubah pengetahuan/pengertian, mengubah sikap dan persepsi, atau mengubah perilaku/membuat perilaku baru.

5.6 Media Dalam Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu (peraga). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan, media dibagi menjadi tiga sebagai berikut.

1. Media cetak

- a. *Booklet*: untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer* (selebaran): seperti *leaflet*, tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart* (lembar balik): pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. Rubrik/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

2. Media elektronik

- a. Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, *spot*, *quiz*, atau cerdas cermat, dan sebagainya.
- b. Radio: bisa dalam bentuk obrolan/ tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radiospot, dan sebagainya.
- c. *Video compact disc* (VCD)
- d. *Slide*: *slide* juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

3. Media papan (*bill board*)

Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

5.7 Metode Promosi Kesehatan

Secara global ada dua jenis metode promosi sebagai berikut.

1. Metode didaktik (*one way method*)

Metode ini menitikberatkan bahwa komunikator merupakan orang yang paling mengetahui pesan yang perlu disampaikan sehingga perlu aktif, misalnya metode ceramah, siaran radio/televisi, pemutaran film, *leaflet*, *booklet*, dan poster.

2. Metode sokratik (*two way method*)

Metode ini menghendaki komunikasi timbal balik antara komunikator dan sasaran, termasuk metode ini sebagai berikut.

3. Metode promosi individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk, yaitu bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*) serta wawancara (*interview*).

4. Metode promosi kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan besar atau kecil jumlah sasaran, karena metodenya berbeda. Efektivitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran. Kelompok besar menggunakan metode ceramah atau seminar. Ceramah merupakan metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Seminar hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu

penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Kelompok kecil dapat menggunakan metode berikut.

a. Diskusi kelompok dilakukan dengan membuat posisi duduk melingkar sehingga semua saling berhadapan. Pimpinan diskusi/penyuluh duduk di antara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi. Setiap peserta merasa punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

Kelebihan metode ini sebagai berikut.

- 1) Anggota kelompok berpartisipasi aktif.
- 2) Mengembangkan tanggung jawab perorangan dan individu mengukur konsep serta ide dapat diakui kebenarannya dan dapat diterangkan.
- 3) Ide berkembang, terbuka, dan terarah.
- 4) Memperole banyak informasi.

Kelemahannya sebagai berikut.

- 1) Memakan banyak waktu.
- 2) Dapat menimbulkan frustasi karena anggota kelompok ingin segera melihat hasil nyata.
- 3) Perlu persiapan matang sebelum diskusi.
- 4) Perlu waktu untuk anggota kelompok pemalu dan anggota kelompok yang dominan untuk belajar lebih demokratis.

b. Curah pendapat (*brain storming*) merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan yang ditulis dalam *flip chart*/papan tulis. Sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak

boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, setiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

Keuntungan metode ini sebagai berikut.

- 1) Timbul pendapat baru merangsang semua anggota untuk mengambil bagian.
- 2) Menghasilkan reaksi rantai dan pendapat.
- 3) Tidak menyita waktu.
- 4) Dapat dipakai dalam kelompok besar maupun kecil.
- 5) Perlu sedikit pengalaman.

Kerugian metode ini sebagai berikut.

- 1) Mudah terlepas dari kontrol.
- 2) Dilanjutkan evaluasi jika diharapkan efektif.
- 3) Mungkin sulit membuat anggota tahu bahwa segala pendapat dapat diterima.
- 4) Anggota cenderung mengadakan evaluasi segera setelah satu pendapat diajukan.

c. Bola salju (*snow balling*). Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

d. Kelompok kecil-kecil (*buzz group*). Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok

mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

e. Bermain peran (*role play*). Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat, atau sebagai bidan, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas. Kelebihan metode ini sebagai berikut.

- 1) Mendorong keterlibatan peserta latihan secara aktif.
- 2) Memberikan kesempatan untuk mengungkapkan pengalamannya melalui peran yang dimainkan dikaitkan dengan tugas sehari-hari.
- 3) Membangkitkan empati terhadap peran yang dimainkan.
- 4) Menumbuhkan keceriaan dalam belajar dan sangat bermanfaat terhadap peran yang dimainkan.
- 5) Dapat mengembangkan sikap dan cara pandang baru.

Kelemahan metode ini sebagai berikut.

- 1) Sangat tergantung pada skenario yang disusun dan diperlukan kemampuan fasilitator dalam menyusun skenario yang baik.
- 2) Perlu waktu banyak.
- 3) Situasi, kondisi, dan pelaku buatan palsu atau bersandiwara dapat menyebabkan peserta latihan lupa akan masalah yang seharusnya dipecahkan sehingga kurang terjadi perubahan perilaku dalam situasi sesungguhnya
- 4) Keengganan melakukan peran tertentu dapat terjadi atau peserta latihan tidak dapat sepenuhnya

menghayati perannya.

- 5) Apabila masalah yang harus dipecahkan karena kurang bervariasi akan menimbulkan rasa bosan pada peserta latih.
- 6) Dapat menimbulkan sikap apatis dan masa bodoh.

f. Permainan simulasi (*simulation games*) merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis, seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber. Kelebihan metode ini sebagai berikut.

- 1) Membentuk pemahaman dan keterampilan bagi pekerjaan yang berbahaya atau mengandung risiko bagi peserta latih maupun bagi orang lain.
- 2) Membentuk kemampuan menilai situasi dan membuat pertimbangan berdasarkan kemungkinan yang muncul.
- 3) Memberi kesempatan berlatih mengambil keputusan yang mungkin tak dapat dilakukan.
- 4) Menanamkan disiplin sekaligus meningkatkan sikap hati-hati.

Kekurangan metode ini sebagai berikut.

- 1) Kurang efektif untuk menyampaikan informasi umum.
- 2) Memerlukan fasilitas khusus yang mungkin sulit disediakan di tempat latihan antara lain karena dibutuhkan banyak kelengkapan dan alat bantu sebagaimana pada kondisi sebenarnya.
- 3) Dibutuhkan waktu yang lama agar semua peserta latih melakukannya.

- 4) Media latih yang merupakan situasi buatan tidak selalu sama dengan situasi yang sebenarnya baik dalam hal kecanggihan alat, lingkungan, dan sebagainya.

5.8 Metode Promosi Massa

Pada umumnya, bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contohnya sebagai berikut.

1. **Ceramah umum** (*public speaking*). Dilakukan pada acara tertentu, misalnya hari kesehatan nasional oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.
2. **Pidato** tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah bentuk pendidikan kesehatan massa.
3. **Simulasi** dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio merupakan pendidikan kesehatan massa.
4. **Sinetron** "Dokter Sartika" dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa.
5. **Tulisan** di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan, antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
6. **Bill board**, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster, dan sebagainya adalah bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh: *bill board* "Ayo ke Posyandu".

5.9 Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dibedakan antara berikut ini.

1. Sasaran primer adalah individu/kelompok yang diharapkan mengubah perilakunya.
2. Sasaran sekunder adalah individu/kelompok yang

berpengaruh terhadap sasaran primer.

3. Sasaran tersier adalah para pengambil keputusan, penyandang dana, atau pembuat kebijakan yang terkait sasaran primer.

Secara umum ragam komunikasi berdasarkan sasaran sebagai berikut.

1. Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*), yaitu komunikasi yang dilakukan seseorang kepada orang lain yang lebih bersifat pribadi dan sampai pada tataran prediksi hasil komunikasinya pada tingkatan psikologis yang memandang pribadi sebagai unik. Dalam komunikasi ini, jumlah perilaku yang terlibat pada dasarnya dapat lebih dari dua orang selama pesan atau informasi yang disampaikan bersifat pribadi.
2. Komunikasi kelompok (*group communication*), yaitu komunikasi yang berlangsung di antara anggota suatu kelompok yang relatif homogen. Komunikasi kelompok sebagai interaksi tatap muka dari tiga atau lebih individu guna memperoleh maksud atau tujuan yang dikehendaki seperti berbagi informasi, pemeliharaan diri atau pemecahan masalah sehingga semua anggota dapat menumbuhkan karakteristik pribadi anggota lainnya dengan akurat.
3. Komunikasi massa (*mass communication*), yaitu komunikasi yang ditujukan kepada sejumlah audiens yang tersebar, heterogen, dan anonim melalui media massa cetak atau elektronik sehingga pesan yang sama dapat diterima secara serentak dan sesaat. Ada juga yang menyebutnya sebagai komunikasi publik atau komunikasi kelompok besar (*large group communication*).

5.10 Promosi Kesehatan Di Puskesmas

Salah satu program Kementerian Kesehatan dalam promosi kesehatan adalah promosi kesehatan di puskesmas yang meliputi kegiatan di dalam dan di luar gedung puskesmas. Promosi kesehatan dalam gedung puskesmas adalah promosi kesehatan yang dilaksanakan di lingkungan dan gedung puskesmas, seperti di tempat pendaftaran, poliklinik, ruang perawatan, laboratorium, kamar obat, tempat pembayaran, dan halaman puskesmas dengan perincian sebagai berikut.

1. Di tempat pendaftaran

Jenis informasi yang disediakan sebagai berikut.

- a. Alur pelayanan puskesmas.
- b. Jenis pelayanan kesehatan.
- c. Denah poliklinik.
- d. Informasi masalah kesehatan yang menjadi isu pada saat itu.
- e. Peraturan kesehatan, seperti dilarang merokok, dilarang meludah sembarangan, membuang sampah pada tempatnya, dan lain-lain.
- f. Petugas memberikan salam dan sambutan yang menyenangkan pada pengunjung puskesmas dengan baik.

2. Di poliklinik

Jenis informasi yang disediakan sebagai berikut.

- a. Petugas meluangkan waktu untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien tentang penyakit dan obatnya.
- b. Menyediakan berbagai media seperti lembar balik (*flashcard*), poster, gambar-gambar, model anatomi, dan brosur (*leaflet*).
- c. Di ruang tunggu perlu dipasang media, seperti poster, brosur, pemutaran film, pemutaran radio, *tape recorder*, dan media lain yang berisi penyakit dan cara

pencegahannya serta berbagai jenis pelayanan yang bisa diperoleh di puskesmas tersebut.

3. Di ruang pelayanan KB dan KIA

Jenis informasi yang disediakan sebagai berikut.

- a. Petugas meluangkan waktu untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien tentang penyakit dan obatnya serta pelayanan lain yang berhubungan dengan bayi, anak, ibu hamil, ibu menyusui, ataupun alat kontrasepsi.
- b. Menyediakan berbagai media, seperti lembar balik (*flashcard*), poster, gambar-gambar, model anatomi, dan brosur (*leaflet*) khususnya masalah penyakit pada bayi, anak dan seputar kehamilan, persalinan, dan sebagainya, termasuk informasi tentang keluarga berencana (KB).
- c. Di ruang tunggu perlu dipasang media, seperti poster, brosur, pemutaran film, pemutaran radio dan media lain yang berisi penyakit dan cara pencegahannya serta berbagai jenis pelayanan yang bisa diperoleh di puskesmas tersebut, terutama penyakit pada bayi dan anak, pentingnya memeriksakan kehamilannya secara teratur, tablet besi (Fe) bagi ibu hamil, imunisasi lengkap bagi bayi, tumbuh kembang balita, KB, dan sebagainya.

4. Di ruang rawat inap

Jenis informasi yang disediakan sebagai berikut.

- a. Di tempat tidur, dilakukan oleh petugas di tempat tidur kepada pasien yang masih belum dapat atau belum bisa meninggalkan tempat tidurnya akan lebih efektif apabila menggunakan lembar balik (*flashcard*) yang sedikit kalimatnya dan atau alat peraga yang tepat lainnya. Penggunaan bahan bacaan (*biblioterapi*). Dilakukan dengan peminjaman bahan bacaan dan atau *bedside health promotion* dengan cara petugas membacakan bahan bacaan sambil melakukan promosi kesehatan.
- b. Penyuluhan kelompok dilakukan kepada pasien atau

keluarganya dikumpulkan pada suatu tempat (misalnya aula) dengan maksud untuk meningkatkan pengetahuan serta mengubah sikap dan perilaku sekaligus menjadi salah satu media sosialisasi antar pasien. Kegiatan ini lebih bersifat menghibur, santai, dan dapat diselingi rekreasi (misalnya di halaman puskesmas). Metode ini lebih efektif menggunakan alat peraga atau media promosi yang bersifat menghibur seperti simulasi atau permainan. Media yang bisa digunakan, antara lain *flipchart*, poster, *standing banner*, laptop, LCD *projector*, dan sebagainya.

- c. Pemanfaatan ruang tunggu. Ruang tunggu yang memadai sangat cocok untuk digunakan sebagai sarana untuk bina suasana bagi para pengunjung. Di dalam ruang tunggu, perlu disediakan berbagai media promosi, seperti poster, brosur, pemutaran film, pemutaran radio, TV, dan media lain.
 - d. Pendekatan keagamaan. Petugas kesehatan baik secara mandiri maupun melalui bantuan pemuka agama dapat mengajak pasien/keluarga untuk berdoa sesuai keyakinan agamanya, menyediakan bahan bacaan keagamaan, kitab suci, dan membimbing membacanya atau membuat acara keagamaan yang dilakukan secara personal maupun kelompok. Frekuensinya bisa bersifat harian, mingguan atau bulanan secara rutin.
5. Di Laboratorium

Umumnya pengunjung di ruang ini tidak terlalu lama menunggu. Oleh karena itu, jenis informasi yang disediakan harus bersifat swalayan (*self service*), seperti poster/*standing banner* yang dapat dibaca dan *leaflet* yang dapat diambil yang berisikan informasi tentang pentingnya penegakan diagnosis, manfaat *screening* kesehatan secara

berkala, jenis pelayanan, ataupun pola tarifnya dan sebagainya.

6. Di kamar obat

Jenis informasi yang disediakan di ruang ini adalah poster/*standing banner* yang dapat dibaca, *leaflet* yang dapat diambil, pemutaran TV, *tape recorder*, atau *flyer* yang berisikan informasi tentang manfaat obat generik dan keuntungan menggunakannya, kesabaran dan kedisiplinan menggunakan obat sesuai petunjuk dokter serta pentingnya tanaman obat keluarga (TOGA).

7. Di tempat pembayaran

Sebelum pasien/keluarga pulang sebaiknya seluruh petugas memberi pelayanan yang hangat sebagai salam perpisahan, ucapan terima kasih, ataupun selamat jalan semoga bertambah sehat serta jangan lupa sampaikan kapan pun membutuhkan pelayanan lagi jangan ragu-ragu untuk datang lagi di puskesmas. Fase terminasi pasien di puskesmas akan lebih berkesan apabila dimanfaatkan untuk promosi pelayanan dengan memberikan cendera mata sederhana, seperti *leaflet*, kalender, buku saku, CD, dan sebagainya yang bermanfaat bagi kesehatannya.

8. Di klinik khusus

Poliklinik khusus di puskesmas, antara lain klinik gizi, klinik sanitasi, klinik konsultasi remaja, klinik PHBS, dan sebagainya. Promosi kesehatan yang paling efektif adalah konseling dengan didukung oleh semua media dan alat peraga di atas sesuai kebutuhan masing-masing pasien/klien, seperti lembar balik, *leaflet*, poster, *banner*, buku saku, CD, *pantoom*, TV, dan lain sebagainya.

Promosi kesehatan di luar gedung puskesmas mencakup jenis informasi yang disediakan sebagai berikut.

- a. Tempat parkir kendaraan. Tempat ini biasanya berupa

lapangan parkir, sebaiknya promosi kesehatan bersifat umum seperti himbauan PHBS, larangan merokok, larangan menyalahgunakan narkotika dan bahan berbahaya, bahaya napza, dan lain sebagainya dengan menggunakan media baliho/*bilboard*, spanduk, dan media serupa lainnya.

- b. Taman atau halaman puskesmas. Taman atau halaman puskesmas di samping sebagai penunjang keindahan, juga dapat dijadikan sebagai model promosi kesehatan dengan memberikan contoh-contoh tanaman obat keluarga (TOGA) sekaligus diberikan penjelasan mengenai nama tanaman, kandungan gizi dan manfaatnya.
- c. Dinding puskesmas. Dinding puskesmas dapat dimanfaatkan untuk promosi kesehatan dengan menggunakan poster dan media serupa lainnya yang ditata indah dan rapi mungkin (jangan terlalu banyak) yang berisi pesan-pesan umum tentang kesehatan dan PHBS.
- d. Pagar puskesmas. Pada waktu-waktu tertentu, misalnya pada waktu peringatan hari kesehatan nasional (HKN), hari tembakau, hari gizi, dan sebagainya; pagar dapat dimanfaatkan sebagai media promosi melalui pemasangan spanduk, rontek, dan umbul-umbul, semuanya harus dipertimbangkan agar tidak merusak keindahan.
- e. Kantin/warung kawasan puskesmas. Di tempat ini, sebaiknya pesan yang disampaikan berisikan tentang makanan sehat, pesan gizi seimbang, keluarga sadar gizi dan PHBS dengan menggunakan poster, neon *box*, *leaflet*, selebaran, dan sebagainya.
- f. Tempat ibadah. Di tempat ibadah, (mushola) akan lebih tepat digunakan untuk menyampaikan informasi seputar kesehatan rohani (jiwa) dikaitkan dengan perintah-perintah agama dengan menggunakan poster, neon *box*, *leaflet*, selebaran buku saku, bahan bacaan, dan sebagainya

yang bersifat gratis.

- g. Promosi kesehatan di luar puskesmas merupakan kegiatan yang dilakukan dengan sasaran masyarakat yang berada di wilayah kerja puskesmas yang bersangkutan sebagai upaya untuk meningkatkan PHBS melalui pengorganisasian masyarakat. Pelaksanaan promosi kesehatan di luar gedung dilaksanakan puskesmas bekerja sama dengan berbagai pihak potensial melalui metode advokasi, bina suasana, dan gerakan pemberdayaan yang dijiwai semangat kemitraan.

5.11 Ringkasan

Promosi kesehatan adalah suatu proses memberdayakan atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan serta pengembangan lingkungan sehat. Strategi promosi kesehatan mencakup advokat (*advocacy*), dukungan sosial (*social support*), dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Salah satu teori yang mendasari promosi kesehatan adalah teori komunikasi. Komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan atau tanpa alat bantu dan media untuk mengubah perilakunya. Komunikasi meliputi lima unsur, yaitu komunikator (penyampai pesan), isi pesan, alat bantu/peraga, media yang digunakan, serta sasaran dan dampaknya. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemilihan alat peraga adalah tujuan penggunaannya untuk mengubah pengetahuan, mengubah sikap, atau mengubah tindakan. Berdasarkan fungsinya, media promosi terdiri atas media cetak, media elektronik, dan mediapapan (*bill board*). Sasaran promosi kesehatan adalah individual, kelompok, dan massa. Salah satu program Kementerian Kesehatan adalah promosi

kesehatan di puskesmas yang mencakup kegiatan di dalam puskesmas, di halaman puskesmas, dan di luar puskesmas.

LATIHAN

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1. Jelaskan pengertian promosi kesehatan!
2. Jelaskan tujuan promosi kesehatan!
3. Jelaskan strategi promosi kesehatan!
4. Apa manfaat alat bantu/peraga dalam promosi kesehatan?
5. Jelaskan pembagian sasaran promosi kesehatan!

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Situasi penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia saat ini semakin mengawatirkan. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, di Indonesia 20 juta orang terkena penyakit paru menahun, 5 juta orang terkena diabetes, 4 juta orang terkena penyakit jantung, 3 juta orang terkena kanker, dan 3 juta orang terkena stroke. Kasus PTM ini umumnya memiliki perjalanan penyakit yang kronis, oleh karena itu Pencegahan yang paling efektif untuk mengurangi kejadian kasus PTM adalah:
 - a. Pencegahan dengan promosi kesehatan pada kelompok sehat
 - b. Pencegahan dengan pemeriksaan selektif
 - c. Pencegahan dengan pemberian fasilitas khusus
 - d. Pencegahan dengan rehabilitasi
2. Suatu Desa di Sumatera Selatan terkenal dengan kondisi lingkungan yang kurang sehat. Terbukti di Desa tersebut banyak masyarakat menderita penyakit berbasis lingkungan. Dinas Kesehatan melalui Puskesmas setempat

bermaksud melaksanakan suatu tindakan agar dapat merubah lingkungan Desa tersebut menjadi lebih sehat. Puskesmas membuat suatu program yang mengajak semua masyarakat sehat untuk membersihkan lingkungan mereka dan menjaga kebersihan individu agar terhindar dari penyakit berbasis lingkungan sehingga tercipta kondisi lingkungan dan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Program yang dilaksanakan oleh Puskesmas tersebut merupakan suatu tindakan pencegahan penyakit yaitu...

- a. Disability Limitation
 - b. Rehabilitation
 - c. Health Promotion
 - d. General And Spesific Protection
3. Seorang dosen di salah satu fakultas kesehatan masyarakat merasa pengendalian penggunaan tembakau sudah sangat dibutuhkan. Salah satu ide (yang telah berdasarkan kajian dan penelitian) adalah menaikkan harga rokok di pasaran. Hasil kajian ini pun ia bawa dan paparkan dengan berbagai sektor baik pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Perindustrian, dll) maupun sektor swasta. Hal ini dilakukan agar kajian yg ia bawa mendapat pengakuan dan bisa dilegalkan menjadi aturan dari pemerintah. Apa nama kegiatan/langkah yang dilakukan dosen tersebut?
- a. Komunikasi
 - b. Advokasi
 - c. Penyuluhan
 - d. Manajemen
4. Di suatu desa, Ibu Maya rajin membawa balitanya ke Posyandu untuk memeriksakan tumbuh kembang anaknya. Ibu Maya merasa ini penting dilakukan karena pada

dasarnya ia telah tahu dan paham akan pentingnya Posyandu dari berbagai info yang diberikan oleh kader-kader kesehatan dan petugas-petugas Puskesmas yang ada. Hal ini juga ditambah akses ke fasilitas Posyandu dan Puskesmas di desa tersebut terjangkau. Berdasarkan Teori Green, faktor predisposing dari cerita tersebut adalah...

- a. Tahu dan paham akan pentingnya posyandu
 - b. Rajin membawa balita ke posyandu
 - c. Sikap/dorongan dari kader dan petugas kesehatan
 - d. Akses ke fasilitas kesehatan terjangkau
5. Saat ini masih banyak kelompok-kelompok yang kontra terhadap imunisasi dengan berbagai macam alasan, mulai dari alasan agama bahkan alasan medis. Kemungkinan kelompok kontra tersebut didasari karena kurangnya pengetahuan tentang imunisasi ataupun mengikuti berita-berita yang tidak benar yang beredar di kalangan mereka. Sebagai seorang kader kesehatan, apa yang dapat anda lakukan?
- a. Menjamin ketersediaan dan kecukupan vaksin
 - b. Memberikan akses kepada masyarakat dan swasta
 - c. Memberikan informasi lisan, mengajak ibu-ibu dan mempengaruhi mereka agar melakukan imunisasi
 - d. Melakukan sosialisasi melalui media televisi
6. Prevalensi merokok di Indonesia sangat tinggi di berbagai lapisan masyarakat, terutama pada laki-laki mulai dari anak-anak, remaja dan dewasa. Kecenderungan merokok terus-menerus meningkat dari tahun ke tahun baik laki-laki maupun perempuan. Untuk mengurangi angka prevalensi tersebut maka pemerintah dan instansi terkait melakukan beberapa upaya diantaranya?
- a. Memberikan sanksi yang berat kepada perokok

- b. Melarang penjualan rokok di setiap toko
 - c. Membuat iklan anti rokok di media massa
 - d. Membuat program satu hari tanpa rokok
7. Memasuki musim penghujan, dinas kesehatan kota X melaksanakan program penyuluhan kepada masyarakat tentang program 3M+ untuk mencegah terjadinya demam berdarah dengue atau DBD. Dalam 5 level prevention, termasuk kedalam level manakah tindakan yang dilakukan dinas kesehatan kota X ?
- a. Health Promotion
 - b. General and specific protection
 - c. Early Diagnosis and Prompt Treatment
 - d. Disability Limitation E. Rehabilitation
8. Puskesmas A di daerah B telah melakukan penyuluhan program PHBS. Namun, pada hasil evaluasi ditemukan perilaku warga yang kembali pada pola hidup tidak sehat, tidak lagi menerapkan PHBS. Salah satu faktor penyebabnya adalah lingkungan yang tidak mendukung. Dalam kasus ini, ketua RT/RW, tokoh masyarakat dan lurah tidak memberikan contoh atau panutan kepada masyarakat. Sehingga hal tersebut diketahui sebagai penyebab perilaku PHBS tidak bertahan. Menurut teori Lawrence Green, peran ketua RT/RW dan tokoh masyarakat merupakan faktor...
- a. Predisposisi
 - b. Pemungkin/Enabling
 - c. Penguat/Reinforcing
 - d. Internal
9. Sasaran tersier dalam promosi kesehatan adalah
- a. Individu

- b. Kelompok masyarakat
 - c. Massa
 - d. Pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang terkait
10. Program promosi kesehatan di luar gedung puskesmas misalnya
- a. Di loket pengambilan obat
 - b. Di ruang tunggu puskesmas
 - c. Di klinik khusus
 - d. Di posyandu

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Riris Andono, dkk. Buku Teks Epidemiologi Untuk Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Asfryati. 2003. Pengaruh Keluarga Terhadap Anak. Universitas Sumatera Utara. Sumatera Utara.
- Budiarto, Eko & Anggraeni. 2003. Pengantar Epidemiologi E/2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. 2006. Basic epidemiology, World Health Organization.
- Harahap, J. 2003. Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Maas, L. 2004. Kesehatan Ibu dan Anak [Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatannya] (Jurnal Elektronik. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm%20linda2.pdf/>).
- Najmah, 2016, Epidemiologi Penyakit Menular, Cetakan Pertama, Trans Info Media, Jakarta.
- Notoatmodjo, S .2005. Promosi Kesehatan teori dan aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Rahmah, Ferry Fadzlul. 2020. *Introduction To Public Health Management, Organization, and Policy*. Yogyakarta : Deepublish
- Supariasa IDN, Dkk. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC; 2001
- Supariasa, dkk. 2002. "Penilaian Status Gizi". Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Zahtamal, Restuastuti, T. dan Chandra, F., 2011, "Perilaku Masyarakat dan Masalah Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi Riau Riau," Kesehatan Masyarakat Andalas, 5
- Riyadi, S dan Wijayanti, T. 2014. Dasar Dasar Epidimiologi. Salemba Medika: Jakarta.
- Laporan Badan Pusat Statistik 2022
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230115/4842206/turunkan-angka-kematian-ibu-melalui-deteksi-dini-dengan-pemenuhan-usg-di-puskesmas/>

BIODATA PENULIS



Neni Fitra Hayati, SSiT, M.Kes,
Dosen di Poltekkes Kemenkes Padang

Neni Fitra Hayati, SSiT, M.Kes, lahir di Padang, 6 Juli 1971. Penulis menempuh pendidikan tinggi mulai dari D-III Gizi di Akademi Gizi Depkes RI Padang (lulus 1992) dan Pendidikan Sarjana DIV Prodi Gizi dan Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (lulus 2001) dan Pendidikan Pasca Sarjana di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (lulus 2003). Pernah bekerja sebagai ahli gizi di RSUP DR. M.Djamil Padang (1993-2006) dan RS Stroke Nasional Bukittinggi (2006-2009). Pernah menjadi dosen tidak tetap pada Stikes Perintis Prodi Gizi di Padang dan Stikes Amanah Prodi Keperawatan di Padang. Saat ini penulis beraktivitas sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Padang pada Prodi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dan pernah di Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika. Jalin kerjasama dengan penulis via surel nenifitra67@gmail.com

BIODATA PENULIS



Novelasari, SKM, M.Kes,
Dosen di Poltekkes Kemenkes Padang

Novelasari, SKM, M.Kes, lahir di Bukittinggi, 13 Agustus 1965. Penulis menempuh pendidikan tinggi mulai dari D-III Gizi di Akademi Gizi Depkes RI Padang (lulus 1987) dan Pendidikan Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara (lulus 1998) dan Pendidikan Pasca Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada Yogyakarta (lulus 2004). Pernah bekerja sebagai ahli gizi di RS Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi dan RS Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Pernah menjadi dosen tidak tetap pada Stikes Perintis Prodi Keperawatan di Bukittinggi dan Prodi Gizi di Padang. Pernah menjadi dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Baiturrahmah Padang dan Prodi Kesehatan Masyarakat di Stikes Alifah Padang. Saat ini penulis beraktivitas sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Padang pada Prodi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dan Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika serta di Prodi D-III Gizi. Jalin kerjasama dengan penulis via surel novelasari@poltekkes-pdg.ac.id.

BIODATA PENULIS



Nindy Audia Nadira, SKM, MKM,

Dosen pada jenjang pendidikan Sarjana Terapan di Program
Studi Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Padang

Nindy Audia Nadira, SKM, MKM, lahir di Padang, 14 Desember 1995. Penulis menempuh pendidikan tinggi mulai dari S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas (lulus 2016) dan pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (lulus 2019). Saat ini penulis beraktivitas sebagai Dosen pada jenjang pendidikan Sarjana Terapan di Program Studi Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Padang. Jalin kerja sama dengan penulis via surel nindyaudia@poltekkes-pdg.ac.id.