

SOSIOLOGI KESEHATAN



PENULIS:

- Bkti Putri Harwijayanti
- Christina Rony Nayoan
- Mina Yumei Santi
- Andi Yaumil
- Febriantika
- Lukman Waris
- Mei Rianita Elfrida Sinaga
- Romi Mesra
- Maria Oce Yea ST
- Veronike E.T Salem
- Marni

ISBN 978-623-198-562-0



9 786231 985620



SOSIOLOGI KESEHATAN

**Bekti Putri Harwijayanti
Christina Rony Nayoan
Mina Yumei Santi
Andi Yaumil
Febriantika
Lukman Waris
Mei Rianita Elfrida Sinaga
Romi Mesra
Maria Oce Yea ST
Veronike E.T Salem
Marni**



GET PRESS INDONESIA

SOSIOLOGI KESEHATAN

Penulis :

Bekti Putri Harwijayanti
Christina Rony Nayoan
Mina Yumei Santi
Andi Yaumil
Febriantika
Lukman Waris
Mei Rianita Elfrida Sinaga
Romi Mesra
Maria Oce Yea ST
Veronike E.T Salem
Marni

ISBN : 978-623-198-562-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

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, 5 Agustus 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 dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Sosiologi Kesehatan ini.

Buku ini membahas Konsep Dasar, Perspektif dan Pendekatan sosiologi, Masyarakat, Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan, Kondisi Sosial sebagai Determinan Utama Problem Kesehatan, Negara dan pelayanan Kesehatan (*Health Care*), Rumah sakit dan problem layanan Kesehatan, Sosial-epidemologi, Jejaring Lintas Sektor dan Pembangunan Kesehatan, Kesehatan Lingkungan Kerja : Pendekatan Sosiologis, Pendekatan Ekologis dalam Memahami Problem Kesehatan, Transformasi Kesehatan berbasis Kearifan Lokal, Faktor Sosial Budaya Berhubungan dengan Makanan dan Kesehatan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 5 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DASAR, PERSPEKTIF, DAN PENDEKATAN SOSIOLOGI.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Dasar Sosiologi	2
1.3 Perspektif Sosiologi	4
1.4 Pendekatan Sosiologi.....	9
DAFTAR PUSTAKA.....	17
BAB 2 MASYARAKAT, KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN	19
2.1 Masyarakat	19
2.1.1 Konsep dasar	19
2.1.2 Klasifikasi masyarakat.....	22
2.1.3 Teori Perkembangan Masyarakat	26
2.2 Kesehatan.....	28
2.2.1 Pendekatan Fungsionalis.....	29
2.2.2 Pendekatan Konflik.....	32
2.2.3 Pendekatan Interaksionis Simbolik.....	34
2.3 Pentingnya Kesehatan	35
2.4 Pelayanan Kesehatan.....	39
2.5 Penutup	41
DAFTAR PUSTAKA.....	43
BAB 3 KONDISI SOSIAL SEBAGAI DETERMINAN UTAMA PROBLEM KESEHATAN.....	45
3.1 Pendahuluan.....	45
3.2 Determinan Sosial Kesehatan.....	46
3.3 Model Determinan Eko-Sosial Kesehatan	48
3.3.1 Bagian Pusat	49
3.3.2 Lapisan Pertama	50
3.3.3 Lapisan Kedua	51

3.3.4 Lapisan Ketiga	51
3.3.5 Lapisan Terluar	54
DAFTAR PUSTAKA.....	56
BAB 4 NEGARA DAN PELAYANAN KESEHATAN (HEALTH CARE)	59
4.1 Definisi dan Konsep Pelayanan Kesehatan.....	59
4.1.1 Pengertian pelayanan kesehatan dan komponennya.....	59
4.1.2 Konsep-konsep kunci dalam pelayanan kesehatan.....	60
4.2 Peran Negara dalam Pelayanan Kesehatan.....	61
4.2.1 Rationale mengapa negara terlibat dalam pelayanan Kesehatan.....	61
4.2.2 Tujuan negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas	63
4.2.3 Model dan pendekatan yang digunakan oleh negara dalam pelayanan kesehatan.....	64
4.3 Sistem Kesehatan Nasional.....	65
4.3.1 Sistem Kesehatan Nasional.....	65
4.3.2 Fungsi dan komponen utama dalam sistem kesehatan nasional.....	66
4.3.3 Peran negara dalam mengatur dan mengawasi sistem kesehatan nasional.....	68
4.4 Pendanaan Pelayanan Kesehatan oleh Negara	70
4.4.1 Sumber pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara	70
4.4.2 Keuntungan dan tantangan dalam pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara	71
4.5 Aksesibilitas dan Kesenjangan dalam Pelayanan Kesehatan	73
4.5.1 Pentingnya Aksesibilitas dan Kesenjangan dalam Pelayanan Kesehatan.....	73

4.5.2 Strategi Negara untuk Meningkatkan Aksesibilitas dan Kesetaraan.....	74
4.6 Regulasi dan Standar dalam Pelayanan Kesehatan	76
4.6.1 Peran Negara dalam Mengatur dan Menjaga Standar Pelayanan Kesehatan:.....	76
4.6.2 Peran negara dalam mengatur dan menjaga standar pelayanan kesehatan	77
4.6.3 Penerapan dan penegakan regulasi dalam pelayanan Kesehatan	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 5 RUMAH SAKIT DAN PROBLEM LAYANAN KESEHATAN	83
DAFTAR PUSTAKA.....	94
BAB 6 SOSIO-ANTROPOLOGI DAN EPIDEMIOLOGI.....	95
6.1 Pendahuluan.....	95
6.2 Sosio-antropologi dan epidemiologi.....	96
6.2.1 Sosiologi kesehatan.....	97
6.2.2 Antropologi.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	105
BAB 7 JEJARING LINTAS SEKTORAL DAN PEMBANGUNAN KESEHATAN	107
7.1 Pendahuluan.....	107
7.2 Defenisi	108
7.3 Dasar pemikiran	109
7.4 Manfaat	110
7.5 Tujuan	110
7.6 Prinsip dasar Kerjasama lintas sector	111
7.7 Tahapan Pelaksanaan	111
7.8 Masalah Publik terkait jejaringa lintas sektoral.....	116
7.9 Tantangan	117
7.10 Implikasi.....	117
DAFTAR PUSTAKA.....	118

BAB 8 LINGKUNGAN KERJA: PENDEKATAN SOSIOLOGIS.....	119
8.1 Pendahuluan.....	119
8.2 Kesehatan Lingkungan Kerja: Pendekatan Sosiologis.....	120
DAFTAR PUSTAKA.....	129
BAB 9 PENDEKATAN EKOLOGIS DALAM MEMAHAMI PROBLEM KESEHATAN.....	131
9.1 Pengertian.....	131
9.1.1 Pemahaman Ekologi.....	131
9.1.2 Pemahaman Ekologi Kesehatan	132
9.2 Hubungan Sistem Ekologis dan Kesehatan Manusia	133
9.3 Pentingnya Kondisi Ekologis Terhadap Kondisi Kesehatan Masyarakat.....	134
9.4 Penalaran Kondisi Kesehatan Berdasarkan Kondisi Ekologis, Spasial dan Infrastruktur	135
9.4.1 Penalaran Kondisi Kesehatan Secara Spasial.....	137
9.4.2 Penalaran Kondisi Kesehatan Terkait Infrastruktur Masyarakat.....	139
9.5 Langkah Pencegahan Masalah Kesehatan Akibat Kondisi Ekologis	141
9.6 Bentuk Strategi Ekologis di Lingkungan Masyarakat.....	143
9.7 Studi Kasus Masalah Kesehatan Akibat Kondisi Ekologis.....	146
DAFTAR PUSTAKA.....	152
BAB 10 TRANSFORMASI KESEHATAN BERBASIS KEARIFAN LOKAL	155
10.1 Pendahuluan.....	155
10.2 Transformasi Kesehatan berbasis Kearifan Lokal.....	156
10.2.1 Dukungan dari semua pemangku kepentingan.....	159
10.2.2 Pengiriman pesan yang konsisten.....	159
10.2.3 Peluncuran yang hati-hati dan berpusat pada konsumen.....	160
DAFTAR PUSTAKA.....	164

BAB 11 FAKTOR SOSIAL BUDAYA BERHUBUNGAN	
DENGAN MAKANAN DAN KESEHATAN	165
11.1 Pendahuluan.....	165
11.2 Kebiasaan Makan dalam Masyarakat.....	167
11.3 Faktor Budaya yang Mempengaruhi Makanan	175
11.4 Peran Keluarga dan Komunitas dalam Pola Makan.....	184
11.5 Faktor Sosial Ekonomi dan Akses Terhadap Makanan	186
11.6 Pengaruh Media dan Periklanan dalam Mempromosikan Makanan	188
11.7 Kebiasaan Makan di Tempat Kerja atau Sekolah	190
11.8 Hubungan Antara Pola Makan dan Kesehatan	191
DAFTAR PUSTAKA.....	195
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP DASAR, PERSPEKTIF, DAN PENDEKATAN SOSIOLOGI

Oleh Bekti Putri Harwijayanti

1.1 Pendahuluan

Selama beberapa dekade terakhir eskalasi kesehatan telah menjadi ciri utama kebijakan kesehatan di tingkat lokal, nasional dan internasional, yang membentuk bagian dari inisiatif kesehatan global seperti yang didukung oleh Organisasi Kesehatan Dunia. Pada saat yang sama, kepedulian terhadap 'hidup sehat' telah menjadi perhatian banyak orang. Sosiologi Kesehatan menanggapi dengan pandangan sosiologis kritis dari perkembangan ini dan menempatkannya dalam seperangkat sosial budaya yang lebih luas dalam bentuk perubahan yang terkait dengan modernisme akhir (Conrad, 2009).

Sosiologi Kesehatan menawarkan analisis kebijakan kesehatan masyarakat kontemporer, gaya hidup, konsumsi, risiko dan kesehatan. Ilmu ini juga mengkaji kritik sosial-politik promosi kesehatan dan merefleksikan implikasinya terhadap kebijakan dan praktik, dampak morbiditas pada kehidupan sosial dan kehidupan sosial pada morbiditas. Penyakit dan kondisi yang dulu dikaitkan terutama dengan predisposisi genetik semakin dilihat di bawah mikroskop yang lebih global dengan faktor-faktor seperti keluarga, pendidikan, agama, dan status ekonomi semuanya memainkan peran kunci dalam memahami masalah yang dihadapi (Clarke, 2010).

Sejarah HIV/AIDS menggambarkan contoh utama bagaimana faktor sosiologis mempengaruhi kesehatan. Penyakit

tersebut diperkirakan berasal dari Afrika Sub-Sahara, di mana kasus HIV/AIDS dunia saat menjadi sebagai komponen penting untuk dipertimbangkan. Namun, ada lebih banyak keadaan sosiologis yang berkontribusi pada banyaknya korban HIV/AIDS di wilayah dunia ini.

Contoh lain, mutilasi alat kelamin perempuan, yang merupakan sebuah norma budaya yang merugikan di beberapa bagian Afrika, ternyata sangat kondusif untuk terjadinya transmisi penyakit melalui pertukaran darah selama hubungan seksual. Selain itu, campur tangan para aktivis agama seringkali menghalangi harapan untuk mempromosikan kampanye seks aman. Sudut pandang yang mengabaikan fakta-fakta ini menempatkan masyarakat yang sudah sangat rentan tertular penyakit pada posisi yang bahkan lebih tidak teredukasi (Cockerham, 2009).

1.2 Konsep Dasar Sosiologi

Istilah sosiologi beranjak dari kata *socius* dan *logos*. *Socius* artinya berteman, berkawan, atau bermasyarakat dan *logos* bermakna ilmu. Kedua kata tersebut kemudian dirangkai menjadi *sociology*, berarti ilmu untuk berteman, ilmu dalam berkawan, ilmu untuk bermasyarakat, atau ilmu kemasyarakatan (Fajar, 2022).

Sosiologi adalah disiplin ilmu sosial yang mengambil pendekatan berbeda untuk menyelidiki masyarakat. Menurut Stacey, sosiologi 'merupakan tubuh pengetahuan tentang masyarakat dan hubungan sosial di dalamnya dan mengambil sebagai pokok bahasan semua bidang sosial'. Sebagai konsekuensi dari fokus pada 'sosial' ini, semua aspek kehidupan manusia terbuka untuk penyelidikan sosiologis. Ini adalah studi tentang perilaku sosial yang merupakan pusat dari perusahaan sosiologis (Clarke, 2010).

Penjelasan tentang perilaku yang hanya didasarkan pada faktor biologis individu atau proses psikologis seringkali hanya memberi kita pemahaman parsial tentang mengapa individu berperilaku seperti itu. Dari sudut pandang sosiolog, manusia pada hakekatnya adalah makhluk sosial dan karena itu pemahaman penuh tentang perilaku manusia tidak dapat dicapai tanpa mempertimbangkan aspek-aspek latar sosial di mana perilaku itu terjadi (Clarke, 2010; Mooney *et al.*, 2015).

Dalam bidang kesehatan, sosiologi berperan penting sehingga memiliki cabang ilmu tersendiri. Sosiologi kesehatan merupakan suatu cabang ilmu dari sosiologi yang membahas masalah kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat dalam hal ini diartikan sebagai ranah kesehatan publik (masyarakat umum) yang membahas kesehatan penduduk, kesehatan keluarga, kesehatan rumah tangga, atau kesehatan subyek-subyek yang ada di dalam masyarakat. Pernyataan yang menyebutkan bahwa - cukup mempelajari kesehatan masyarakat saja, tidak perlu harus mengkaji sosiologi kesehatan- harus ditepis karena objek formal sosiologi adalah “interaksi”. Interaksi merupakan objek formal yang tidak akan terlepas dari interaksi dengan manusia atau lingkungan sekitarnya. Dimana dampaknya mampu melahirkan hal-hal yang positif maupun negatif.

Hal-hal negatif tersebut mencakup transmisi penyakit dari satu orang ke orang lain (penyakit menular langsung) seperti penyakit TBC, kelamin, mata, dan lain-lain, sedangkan transmisi penyakit tidak langsung seperti penyakit malaria, demam berdarah, filaria, disentri, dan lain-lain yang disebabkan oleh serangga, ternak, dan hewan. Seluruh kondisi tersebut terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungan fisik maupun dengan lingkungan sosialnya.

Oleh karena itu sosiologi kesehatan berhubungan erat dengan ilmu kesehatan karena ilmu kesehatan membicarakan masalah kesehatan secara panjang lebar. Tentu kesehatan dalam

konteks ini adalah kesehatan masyarakat (*public health*). Dengan begitu, hal-hal yang menjadi kajian sosiologi kesehatan adalah kajian kesehatan secara umum, sedangkan secara teknis medis atau klinik menjadi kompetensi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, dan lain-lain. Jadi, yang menjadi 'mainstream' kajian sosiologi kesehatan adalah "kesehatan masyarakat".

Kesehatan dimaknai sebagai kondisi berbeda yang dialami setiap orang. Banyak peneliti dan para ahli yang telah menjelaskan konsep orang atau masyarakat tentang sehat. Meskipun demikian, hal yang lebih penting adalah adanya kebutuhan bagi setiap orang atau masyarakat untuk mendefinisikan apa arti sehat bagi diri sendiri, orang awam, profesional, maupun organisasi kesehatan dunia/ *World Health Organization* (WHO). Untuk kepentingan materi kesehatan masyarakat, setiap ilmuwan berbeda paradigma dalam memandang kesehatan itu sendiri, namun esensi kesehatan dalam hal ini tetap sama (Clarke, 2010; Fajar, 2022).

1.3 Perspektif Sosiologi

Perspektif dijelaskan sebagai "cara memandang dunia". Namun, teori-teori dalam sosiologi memberi kita perspektif yang berbeda dalam memahami masyarakat. Dalam sosiologi, terdapat tiga perspektif teoretis utama yaitu, perspektif fungsionalis kesehatan, perspektif konflik kesehatan, perspektif interaksionis simbolik kesehatan. Perspektif sosiologis ini menjelaskan kesehatan dan perawatan sosial dengan cara tertentu, sebagai berikut;

1. Perspektif struktural fungsionalis

Menurut perspektif ini, masyarakat bekerja sebagai tubuh manusia, di mana setiap bagian memainkan perannya dalam menjaga fungsinya dengan baik. Demikian pula, pengelolaan masalah kesehatan yang efektif sangat penting untuk kelancaran fungsi masyarakat. Misalnya, pasien

membutuhkan perawatan, dan dokter perlu memberikan perawatan ini.

Pada dasarnya, sebagai perspektif teoritis fungsionalisme struktural berfokus pada cara di mana kehidupan sosial diatur dan tatanan sosial tercapai. Pendekatan ini memainkan peran yang berpengaruh dalam pemikiran sosiologis dan penelitian selama pertengahan dekade abad kedua puluh. Salah satu pendukung utama perspektif ini adalah sosiolog Amerika, Talcott Parsons. Perhatian utamanya adalah menyediakan kerangka umum analisis yang mampu menjelaskan bahwa masyarakat dan sistem sosial berhasil berfungsi sebagai kesatuan terintegrasi, kohesif dan unit sosial yang stabil. Pendekatannya terhadap masalah kesehatan dan penyakit sangat banyak dipengaruhi oleh keinginannya untuk mengembangkan pemahaman teoretis tentang bagaimana sistem sosial, terlepas dari adanya potensi konflik atas norma dan nilai antara kelompok-kelompok sosial konstituen, membangun keseimbangan sosial dan memelihara tatanan sosial.

Fokus sentral dari pendekatan fungsionalis adalah pada masyarakat atau level tindakan sosial makroskopis. Pendapat umum Parsons, pengamanan dan pemeliharaan tatanan sosial tergantung pada individu yang berperilaku sesuai dengan norma-norma sosial yang mengatur perilaku yang tepat, sesuai dengan apa yang didefinisikan sebagai peran sosial yang diakui. Apapun yang mencegah individu melakukan tugas atau peran mereka dan memenuhi kewajiban sosial mereka dipandang sebagai potensi disintegrasi kekuatan dalam sistem sosial. Dengan demikian, timbulnya penyakit merupakan ancaman bagi kelangsungan masyarakat jika menghambat individu dari memenuhi apa yang dianggap sebagai kewajiban sosial normal mereka,

seperti merawat anggota keluarga tertanggung dan melakukan pekerjaan berbayar (Clarke, 2010).

Sebagai perspektif sosiologis fungsionalisme struktural telah banyak dikritik karena konservatisme yang melekat: seperti yang digambarkan oleh kecenderungan untuk fokus pada struktur sosial yang ada dan masalah mempertahankan masyarakat yang tertib, daripada berhadapan langsung dengan dinamika perubahan sosial. Pendekatan ini kadang-kadang disebut sebagai perspektif konsensus karena fakta bahwa ia melihat masyarakat sebagian besar disatukan oleh adanya konsensus di sekitarnya dengan seperangkat nilai dasar. Dalam mengadopsi pendekatan berorientasi konsensus untuk analisis dari struktur masyarakat, fungsionalisme terlalu menekankan peran yang dimainkan oleh sosial norma dan nilai dalam menghasilkan kohesi dan kerjasama dalam kehidupan bermasyarakat. Banyak kritikus yang berpendapat bahwa mayoritas ahli teori fungsionalis gagal mengenali dan mengakui pentingnya fakta bahwa struktur sosial menghasilkan konflik sosial dan bahwa pemaksaan dan pertentangan adalah ciri khas dari kehidupan sosial. Satu kelompok kritikus termasuk dalam apa yang secara longgar disebut konflik perspektif (Clarke, 2010).

2. Perspektif konflik kesehatan

Teori konflik menyatakan bahwa ada dua kelas sosial di mana kelas bawah kurang memiliki akses ke sumber daya. Mereka lebih rentan terhadap penyakit dan kurang memiliki akses ke perawatan kesehatan berkualitas baik. Kesetaraan harus dipastikan dalam masyarakat sehingga setiap orang mendapatkan kesehatan yang baik. (Mooney *et al.*, 2015)

Seperti fungsionalis struktural atau ahli teori konsensus, ahli teori konflik juga peduli dengan bagaimana masyarakat

secara keseluruhan bekerja dan dalam hal ini kedua pendekatan tersebut dapat digambarkan sebagai 'strukturalis'. Meskipun kedua perspektif umum ini memiliki beberapa fitur yang sama, mereka berbeda secara signifikan dalam hal asumsi yang mereka buat tentang sifat dasar masyarakat dan jenis hubungan yang ada di antara bagian-bagian atau sub-sistem penyusunnya. Sebagai contoh, ahli teori konsensus melihat masyarakat sebagai sistem terintegrasi dari bagian-bagian yang saling bergantung. Institusi-institusi sosial, pendidikan, dan budaya yang utama dipercayakan melayani fungsi yang lebih luas dari integrasi sosial. Melalui kontak dengan berbagai institusi inilah anggota masyarakat individu, melalui proses sosialisasi, dapat mengidentifikasi dengan seperangkat aturan umum yang mengatur perilaku sosial (Bunton, Nettleton and Burrows, 2005).

Dalam teori, kepatuhan terhadap norma sosial, ditambah dengan penerimaan yang luas terhadap nilai-nilai umum dan harapan sosial, menghasilkan kohesi sosial, solidaritas, dan harmoni. Sementara ahli teori konsensus melihat masyarakat dari sudut pandang pemeliharaan ketertiban dan stabilitas sosial, ahli teori konflik menawarkan bentuk analisis yang lebih radikal. Dari perspektif konflik, perbedaan distribusi kekuasaan dan otoritas dalam masyarakat menciptakan pembagian sosial yang penting yang menimbulkan konflik dan pertikaian antar kelompok sosial.

Jadi, sejauh menyangkut teori konflik, pemaksaan dan bukan konsensus memberikan kunci untuk memahami cara kerja masyarakat modern. Ketika membahas masalah kesehatan dan penyakit, teori konflik, pada umumnya, mengambil perspektif ekonomi politik dan fokus pada bagaimana sistem kapitalis mempengaruhi produksi sosial kesehatan dan

penyakit, dan menentukan pengorganisasian sosial layanan kesehatan. (Clarke, 2010)

3. Perspektif interaksionis simbolik kesehatan

Sudut pandang ini menyatakan bahwa isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan dan kepedulian sosial adalah istilah yang dibangun secara sosial. Misalnya, pemahaman skizofrenia berbeda di masyarakat yang berbeda, sehingga metode pengobatannya beragam dan memerlukan perspektif sosial untuk penerapannya.

Asumsi mayor dalam perspektif ini menyatakan bahwa kesehatan dan penyakit adalah konstruksi sosial. Kondisi fisik dan mental memiliki sedikit atau tidak ada realitas objektif tetapi dianggap sebagai kondisi sehat atau sakit hanya jika didefinisikan demikian oleh masyarakat. Dokter "mengelola situasi" untuk menampilkan otoritas dan pengetahuan medis mereka (Schofield, 2015).

Kritikus menyalahkan pendekatan interaksionis simbolik karena menyiratkan bahwa tidak ada penyakit yang memiliki realitas objektif. Banyak kondisi kesehatan yang serius memang ada dan menempatkan orang pada risiko kesehatan mereka terlepas dari apa yang mereka atau masyarakat mereka pikirkan. Kritikus juga mengatakan bahwa pendekatan tersebut mengabaikan efek ketidaksetaraan sosial untuk kesehatan dan penyakit (Weitz, 2013). Terlepas dari kemungkinan kesalahan ini, pendekatan interaksionis simbolik mengingatkan kita bahwa kesehatan dan penyakit memang memiliki realitas subjektif dan objektif. (Walker and Peterson, 2018)

1.4 Pendekatan Sosiologi

Pendekatan sosiologi merupakan metode kajian yang membahas tentang objek kesehatan berdasarkan pada masyarakat/komunitas tertentu. Pendekatan sosiologis menekankan bahwa kelas sosial kita, ras dan etnis, dan jenis kelamin, di antara aspek lain dari latar belakang sosial kita, memengaruhi tingkat kesehatan dan penyakit kita.

1. Model biokimia versus pendekatan holistik

Kesehatan dan penyakit, merupakan deskripsi biologis dari keadaan tubuh kita. Saat kita sakit, maka kita sakit. Versi yang lebih baik dari pandangan rasional ini mendasari model penyakit biomedis yang sudah lama ada. Model ini telah mendominasi praktik medis karena terbukti berhasil. Ini didasarkan pada ilmu pengetahuan yang kuat secara teknis yang telah memberikan kontribusi besar pada bidang kesehatan utama (misalnya, vaksinasi).

Struktur anatomis dan neurofisiologis tubuh telah dipetakan, dan pemetaan genetik tubuh dilakukan melalui Proyek Genom Manusia. Pencarian dasar – yaitu genetik – dari patologi manusia terus berlangsung, targetnya adalah kanker, AIDS atau penyakit Alzheimer. Pemeriksaan tubuh yang semakin dekat dan lebih canggih ini – atau seperti yang dikatakan Foucault (1977a), pandangan medis – telah membawa kekuatan dan prestise yang besar ke dunia profesi medis. Hal tersebut juga telah membentuk pasar yang besar dan menguntungkan bagi perusahaan farmasi besar. Model biomedis juga mendasari definisi resmi kesehatan dan penyakit yang diadopsi oleh otoritas negara dan internasional. Pemerintah nasional dan lembaga internasional seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan tujuan kesehatan jangka panjang mereka adalah pemberantasan penyakit.

Kadang mereka berhasil, seperti dalam pemberantasan cacar secara global. Oleh karena itu, penerapan rasional ilmu

kedokteran merupakan ciri khas modernitas, karena hal itu bergantung pada perkembangan selama dua abad terakhir dari analisis medis yang kuat dan berbasis eksperimen terhadap struktur dan fungsi tubuh serta agen-agen yang menyerang atau melemahkannya.

Selama ini, kedokteran ilmiah telah secara efektif menggantikan pengobatan rakyat atau awam. Modernitas adalah tentang keahlian, bukan tradisi; tentang inspeksi kritis, bukan kepercayaan rakyat; tentang kontrol melalui regulasi ilmiah dan teknis tubuh, bukan kebiasaan dan pengertian penyembuhan yang salah.

Namun kekuatan dan status profesi medis dan industri kesehatan pada umumnya tidak boleh mengalihkan kita dari pertanyaan tentang dasar sosial kesehatan dan penyakit. Faktanya, posisi profesional medis itu sendiri merupakan hasil dari kekuatan yang dilembagakan secara sosial untuk mendefinisikan pengalaman 'sakit' dan memutuskan perawatan apa yang diperlukan. Dokter yang lebih reflektif akan mengakui definisi kesehatan dan penyakit yang tidak selalu diceritakan oleh pasien mereka dan oleh karena itu harus dipromosikan melalui pendidikan, sosialisasi dan iklan mahal.

Gejala yang menurut model biomedis harus memaksa kita pergi ke dokter atau minum pil belum tentu dilihat sebagai tanda penyakit oleh orang itu sendiri. Di antara rumah tangga perokok, misalnya, 'batuk perokok' di pagi hari tidak mungkin dilihat sebagai abnormalitas atau tanda kesehatan yang buruk. Di antara banyak orang Barat, berjemur menunjukkan kesehatan dan ketampanan daripada menyebabkan kulit keriput atau kanker kulit. Di antara Madi Uganda, penyakit sering dikaitkan dengan kegagalan untuk menangani hubungan interpersonal dengan benar, sehingga diperlukan perbaikan sosial atau moral - daripada biomedis (Allen, 1992).

Oleh karena itu, pengobatan alternatif atau pelengkap untuk kesehatan yang buruk seringkali menggunakan pendekatan holistik untuk memahami penyebab penyakit dan pengobatannya.

Sosiolog, antropolog, dan sejarawan telah menggambarkan dasar sosial kesehatan dan penyakit dalam berbagai studi, termasuk etnografi komunitas tertentu. Mereka telah mengeksplorasi masalah perawatan kesehatan, 'peran sakit', konstruksi penyakit mental sebagai penyakit, penciptaan sistem kepercayaan medis yang lebih luas dan hubungan antara ini dan pelaksanaan kekuasaan dan kontrol sosial.

Sosiologi kesehatan dan penyakit berkaitan dengan asal-usul sosial dan pengaruh penyakit, bukan dengan mengeksplorasi manifestasi organiknya dalam tubuh individu. Sosiologi dari obat berkaitan dengan mengeksplorasi alasan sosial, sejarah dan budaya terhadap munculnya dominasi obat - terutama model biomedis - dalam definisi dan pengobatan penyakit. Bidang-bidang ini terkait erat, karena cara kedokteran profesional (atau ortodoks) mendefinisikan dan mengelola penyakit mencerminkan dinamika sosial yang lebih luas yang membentuk persepsi dan pengalaman penyakit. (Bunton, Nettleton and Burrows, 2005)

2. Hubungan antara masyarakat dan individu

Hubungan antara individu dan masyarakat atau struktur tempat mereka hidup adalah spesifik dan berbeda. Contoh bagaimana struktur masyarakat memengaruhi tindakan dan pengalaman individu dikaji oleh Giddens. Dia menggunakan analogi bahasa untuk mengilustrasikan hubungan yang dimiliki individu dengan struktur sosial yang lebih luas. Tak satu pun dari kita yang menemukan bahasa yang kita gunakan tetapi tanpanya aktivitas sosial tidak akan mungkin karena itu adalah makna bersama kita menopang masyarakat. Namun, seperti yang juga

ditunjukkan Giddens (1994), masing-masing dari kita mampu menggunakan bahasa itu dengan cara yang kreatif, berbeda, dan individual, namun tidak ada satu orang pun yang menciptakan bahasa. Dengan cara yang sama perilaku manusia tidak ditentukan secara mekanis oleh struktur yang kita sebut masyarakat. Hubungan dan interaksi antara masyarakat dan individu dijelaskan dalam kerangka Struktur dan agensi. Yang terakhir adalah konsep yang digunakan untuk merujuk pada sekelompok ide tentang potensi individu untuk menentukan kehidupan mereka, untuk mengubah lingkungan mereka dan akhirnya mempengaruhi struktur yang lebih luas. Oleh karena itu, konsep agensi memungkinkan kita menghargai cara kita dibentuk oleh masyarakat dan pada gilirannya membentuk masyarakat. Jika subjek sosiologi adalah masyarakat manusia dan perilaku dijelaskan terutama dalam istilah 'struktur', maka ini secara logis menunjukkan faktor-faktor spesifik dalam kerangka penjelasan disiplin.

Penjelasan sosiologis tentang apa yang menentukan keadaan kesehatan kita tentu akan berbeda, contohnya, penjelasan biologis. Jelas penyakit adalah entitas biologis dan fisik yang dialami melalui media tubuh. Penyebab penyakit, selain biologis, juga dapat dipertimbangkan dari segi faktor sosial dan struktural. Penyebab langsung dari penyakit mungkin infeksi tetapi faktor yang menyebabkan hal ini mungkin banyak dan beragam. Ini bisa kita sebut sebagai penentu sosial kesehatan. Penentu sosial kesehatan adalah kondisi di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja dan usia. Keadaan ini dibentuk oleh distribusi uang, kekuasaan, dan sumber daya di tingkat global, nasional, dan lokal. Penentu sosial kesehatan sebagian besar bertanggung jawab atas ketidakadilan kesehatan - perbedaan yang tidak adil dan dapat dihindari dalam status kesehatan yang terlihat di dalam dan antar negara. Beberapa faktor sosial dan lingkungan tersebut seperti umur, kelas sosial,

etnis, ras dan jenis kelamin termasuk dalam lingkup sosiologi kesehatan (Mooney *et al.*, 2015).

3. Ketidaksetaraan kelas dan kesehatan

Kelas mengacu pada stratifikasi masyarakat yang kompleks berdasarkan akses dan kontrol kekuasaan, status dan sumber daya ekonomi. Ini adalah hubungan kekuatan yang kompleks dan dinamis antara orang-orang.

Kelas masyarakat masing-masing berbeda dari masyarakat lain yang juga bertingkat. Misalnya dalam masyarakat feodal perbedaan antara orang-orang itu kaku, tidak bergerak dan terlihat ditahbiskan secara religius. Alasan mengapa seseorang menjadi tuan atau petani adalah karena Tuhan menghendaki demikian dan tidak ada cara untuk mengubahnya. Tetapi dalam masyarakat kontemporer seseorang dapat lebih bergerak secara sosial antar kelas. Hal ini disebabkan oleh, cara seseorang mencapai posisi kelasnya sendiri dan itu tidak ditentukan oleh kelahirannya.

Ada banyak perbedaan antara harapan hidup orang tergantung pada kelas mana mereka berasal. Jika seseorang dari latar belakang kelas manual atau pekerja, secara umum, kemungkinan besar meninggal lebih muda, menua lebih cepat dan mengalami penyakit yang membatasi jangka panjang daripada seseorang dari latar belakang non manual atau kelas menengah. Keadaan yang menyedihkan ini telah terlihat di sebagian besar penelitian yang mengamati kelas dan kesehatan selama beberapa waktu sekarang. Pada pertengahan 1800-an, Marx kolaborator Engels menulis tentang buruknya kesehatan kelas pekerja di Manchester. Dia mengklaim bahwa tingkat penyakit, penyakit dan kematian adalah bentuk 'pembunuhan sosial' yang dilakukan oleh kaum borjuis (Clarke, 2010).

4. Suku bangsa, ras dan kesehatan

Ras mengacu pada perbedaan biologis antara orang-orang berdasarkan warna kulit dan ciri fisik lainnya, meskipun perbedaan sebenarnya di antara mereka secara genetik sangat kecil. Etnisitas mengacu pada warisan budaya dan identitas sekelompok orang di mana warisan budaya bersama secara sosial dipelajari dan dibangun. Ras seharusnya didasarkan pada sifat biologis atau genetik di mana etnisitas adalah fenomena sosial murni.

Rasisme mengacu pada anggapan superioritas rasial dari satu kelompok atas kelompok lainnya yang memiliki beban kesehatan yang buruk di antara kelompok etnis minoritas di Inggris. Banyak

orang-orang dari kelompok etnis minoritas melaporkan kesehatan yang buruk dan penyakit jangka panjang yang membatasi. Hal ini lebih terkenal karena kelompok etnis minoritas cenderung memiliki profil usia yang lebih muda daripada populasi mayoritas kulit putih. Para peneliti di masa lalu lebih menyukai penjelasan yang menarik perhatian baik secara genetik atau alasan budaya tentang status kesehatan yang buruk. Implikasinya adalah ada yang salah dengan kondisi biologi kelompok etnis, yang membuat mereka rentan terhadap jenis penyakit tertentu atau karena kesalahan budaya etnis.

Gupta et.al. (1995) menyimpulkan bahwa susunan genetik 'orang Asia Selatan' membuat mereka cenderung terkena PJK, sesuatu dalam praktik budaya seperti memasak dengan bahan tertentu, kebiasaan berolahraga atau karena tidak memanfaatkan layanan medis dengan sebaik-baiknya. Namun dalam beberapa tahun terakhir, karya peneliti lain, seperti Ahmad (2000), Nazroo (2006) dan Smaje (1996), telah mengajukan penjelasan yang lebih menantang dan canggih tentang cara kompleks di mana etnisitas, masyarakat dan kesehatan berinteraksi. Seperti Higginbottom (2006:585) yang

secara berguna meringkas, variasi dalam etnisitas dan kesehatan dan penyakit, 'muncul dari perpaduan faktor-faktor kompleks seperti migrasi, adaptasi budaya, rasisme, penerimaan oleh komunitas tuan rumah, pengaruh sosial-ekonomi, dan masyarakat yang berlaku. Berbagai penelitian dan laporan, menyimpulkan bahwa layanan medis dan perawatan kesehatan dapat menjadi masalah bagi orang kulit hitam dan etnis minoritas, dengan pengalaman negatif layanan medis dan kesehatan menjadi masalah umum. Hal ini terutama terbukti pada layanan kesehatan mental. Orang kulit hitam menerima perawatan yang berbeda jika tidak lebih buruk daripada orang kulit putih. Dengan demikian, perbedaan kelas dan sosial ekonomi mempengaruhi kesehatan kelompok etnis minoritas. Bahkan dalam kelompok etnis minoritas yang sama terdapat perbedaan kesehatan, dengan mereka yang berasal dari kelas pekerjaan non-manual memiliki kesehatan yang lebih baik daripada mereka yang berada di kelas pekerjaan manual. Selain itu, efek psiko-sosial dari rasisme dapat berdampak kuat pada kesehatan kelompok etnis minoritas (Schofield, 2015).

5. Gender dan kesehatan

Gender mengacu pada perbedaan sosial, budaya dan psikologis antara laki-laki dan perempuan. Hal ini mengacu pada perbedaan yang dibangun secara sosial dalam peran dan tanggung jawab yang diberikan kepada laki-laki dan perempuan dalam budaya atau lokasi tertentu dan struktur sosial yang mendukung mereka. Peran dan ekspektasi gender dipelajari dan dimaknai bahwa keduanya dapat berubah dari waktu ke waktu dan bervariasi di dalam dan di antara budaya.

Kajian gender dan kesehatan mengalami masa perubahan dan transisi. Pemikiran tentang bagaimana menjadi wanita atau pria memengaruhi kesehatan seseorang saat ini berkembang dengan cara baru dan menarik. Namun kita tidak dapat mengabaikan

perspektif tradisional dalam membahas gender dan kesehatan yang dapat dengan mudah diringkas sebagai 'laki-laki meninggal dan perempuan menderita', artinya jika menyangkut kesehatan, terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan, laki-laki mengalami tingkat kematian dini lebih tinggi, sedangkan perempuan hidup lebih lama tetapi mengalami tingkat morbiditas yang lebih tinggi selama hidup mereka. Alasan perbedaan ini sering dijelaskan dengan merujuk pada peran pekerjaan berbayar dan rumah tangga serta yang lebih luas dan merujuk pada stereotip maupun peran sosial, yang dipegang pria dan wanita.

Annandale dan Hunt (2000) menunjukkan bahwa penelitian dalam studi gender dan kesehatan berada di persimpangan jalan dengan pendekatan 'tradisional' yang digantikan oleh pendekatan 'baru'. Pendekatan tradisional memandang bahwa laki-laki dan perempuan berada dalam peran sosial yang sangat jelas dan berbeda (laki-laki dalam pekerjaan penuh waktu dan perempuan di rumah). Peran sosial ini mengharuskan mereka untuk bertindak dengan cara tertentu, yang secara umum baik untuk pria tetapi buruk untuk wanita. Pendekatan baru berpendapat bahwa peran sosial mungkin 'maskulin' atau 'feminin' dalam orientasi (seperti menjalankan bisnis atau merawat anak-anak) tetapi seorang pria dapat melakukan peran feminin (menjaga anak-anak), sementara seorang wanita dapat menempati peran maskulin (menjalankan bisnis).

Pendekatan baru juga fokus pada bagaimana pria dan wanita menjalani peran tersebut dan bagaimana pengalaman tersebut memengaruhi kesehatan mereka. Semakin 'feminin' sebuah peran, semakin rendah statusnya dan ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk. Melakukan peran feminin juga membawa lebih banyak tekanan daripada melakukan peran laki-laki. (Annandale and Hunt, 2000)

DAFTAR PUSTAKA

- Annandale, E. and Hunt, K. 2000. *Gender Inequalities in Health*. Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- Bunton, R., Nettleton, S. and Burrows, R. (eds). 2005. *The Sociology of Health Promotion: Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*. New York: Rotledge.
- Clarke, A. 2010. *The Sociology of Healthcare*. Second Edi. London: Pearson Education Limited.
- Cockerham, W. C. 2009. *Medical Sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Conrad, P. 2009. *Sociology of health and illness: Critical perspectives*. 8th edn. New York: Worth.
- Fajar, N. A. 2022. *Sosiologi Kesehatan*. Edited by M. Nasrudin. Pekalongan, Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management.
- Mooney, L. A. *et al.* 2015. *Understanding Social Problems*. 5th edn. Nelson Education Limited.
- Schofield, T. 2015. *A Sociological Approach to Health Determinants*. Cambridge University Press. doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9781316178713>.
- Walker, C. and Peterson, C. L. 2018. 'A Sociological Approach to Resilience in Health and Illness', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12955>.
- Weitz, R. 2013. *The sociology of health, illness, and health care: A critical approach*. 6th editio. Thousand Oaks: Wadsworth.

BAB 2

MASYARAKAT, KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Christina Rony Nayoan

2.1 Masyarakat

2.1.1 Konsep dasar

Masyarakat adalah topik yang luas dalam sosiologi, ilmu sosial pada umumnya, dan bahkan dalam ilmu alam dan fisika. Sosiologi kesehatan akan lebih berfokus terutama pada masyarakat manusia, dan meskipun banyak definisi berbeda telah ditawarkan, sebagian besar melibatkan beberapa klaim dasar. Meskipun tidak ada definisi masyarakat yang disetujui secara umum, berbagai sosiolog telah mencoba mendefinisikannya dengan cara berikut berdasarkan ciri-ciri umum tertentu. Pertama, masyarakat adalah sekelompok orang yang berinteraksi satu sama lain, misalnya sebagai teman atau tetangga. Kedua, interaksi ini biasanya dipandang terjadi dalam wilayah geografis yang dibatasi, seperti lingkungan atau kota. Ketiga, anggota masyarakat sering berbagi nilai, kepercayaan, atau perilaku yang sama.

Masyarakat adalah istilah yang memiliki banyak arti baik sosiologis maupun non-sosiologis. Ini digunakan dengan cara luas untuk merujuk pada berbagai unit sosial tertentu. Dalam bahasa umum, kata 'masyarakat' digunakan untuk kumpulan orang yang melakukan jenis pekerjaan terkait, seperti "masyarakat guru" atau "masyarakat dokter". Ini juga digunakan untuk menunjukkan kumpulan orang yang memiliki kesamaan sebagai "masyarakat muslim", "masyarakat katolik", atau "masyarakat Kristen" tanpa harus tinggal di daerah tertentu. Kadang-kadang, ini digunakan

untuk menggambarkan kelompok yang dianggap koheren, seperti 'masyarakat internasional'. Penggunaan kata 'masyarakat yang longgar seperti itu selalu menyesatkan dan hanya menunjukkan massa yang tidak berbentuk.

Istilah ini telah digunakan dalam literatur sosiologis untuk merujuk langsung pada jenis pemukiman penduduk, seperti masyarakat pedesaan atau masyarakat perkotaan, untuk cara hidup tipikal yang dianggap ideal di tempat-tempat seperti itu; dan ke jejaring sosial yang anggotanya memiliki karakteristik umum yang terpisah dari atau di samping lokasi umum. Ini juga telah digunakan untuk memfokuskan terutama pada perbedaan budaya sebagai masyarakat tradisional dan masyarakat modern.

Seorang sosiolog abad kesembilan belas, F. Tonnies, yang digambarkan sebagai pendiri teori masyarakat, mendefinisikan 'masyarakat dalam bukunya *Gemeinschaft* dan *Gesellschaft* "sebagai kolektivitas sosial yang organik dan 'alami' yang anggotanya terikat bersama oleh rasa memiliki, tercipta dari kontak sehari-hari yang mencakup seluruh rentang aktivitas manusia". Tonnies membandingkan jenis kolektivitas ini dengan yang lain, yang disebut asosiasi, yang secara sadar diorganisir untuk tujuan tertentu dan yang anggotanya terikat bersama oleh peraturan atau kepentingan bersama. Pada abad ke-19, bentuk asosiasi sosial ini ditandai dengan tingkat keintiman pribadi yang tinggi, kedalaman emosi, komitmen moral, kohesi sosial, dan kesinambungan waktu. Dikhawatirkan justru ciri-ciri inilah yang menghilang dalam transisi dari masyarakat industri berbasis pedesaan ke perkotaan. Talcott Parsons (menyatakan bahwa masyarakat dapat didefinisikan sebagai "kolektivitas, yang anggotanya berbagi wilayah teritorial yang sama sebagai basis operasi mereka". Ferdinand Tonnies mendefinisikan masyarakat sebagai "kelompok sosial yang organik dan alami yang anggotanya terikat bersama oleh rasa memiliki yang diciptakan dari kontak sehari-hari yang mencakup seluruh rentang aktivitas manusia".

Masyarakat adalah sekelompok orang yang berinteraksi satu sama lain. Interaksi tersebut terjadi dalam wilayah geografis yang dibatasi. Semua aktivitas sehari-hari (bekerja dan tidak bekerja) terjadi dalam wilayah geografis yang mandiri. Anggota masyarakat berbagi nilai, kepercayaan, dan perilaku yang sama. Masyarakat memiliki struktur sosial tertentu. Ada juga kumpulan orang yang mungkin tidak disebut masyarakat karena kurangnya struktur sosial. Para anggota memiliki rasa memiliki.

Ada banyak upaya untuk mendefinisikan konsep masyarakat. Ini telah mengambil dua arah yang berbeda — konsepsi 'organik' dan konsepsi masyarakat 'ekologis'. Cendekiawan (seperti F. Tonnies dan Max Weber), yang telah membaca dengan teliti konsepsi organik, menekankan terutama pada rasa memiliki, kontak pribadi yang dekat dan identitas kepentingan sebagai karakter utama dari masyarakat, sedangkan para pengikut konsepsi kedua, yaitu ekologis, telah menyoroti karakter geografis atau teritorialnya. Bagi mereka, itu adalah kolektivitas yang anggotanya berbagi basis operasi teritorial yang sama untuk kegiatan sehari-hari.

R.E. Park seorang sosiolog ditahun 1921 menulis: "Masyarakat, dalam arti luas, memiliki konotasi spasial dan geografis." Konsepsi geografis masyarakat ini melibatkan gagasan pendudukan yang pasti dan permanen dari suatu wilayah tertentu. Tetapi masyarakat bukanlah ekspresi geografis belaka. Hubungan di antara orang-orang yang bertempat tinggal di suatu daerah harus sedemikian rupa sehingga membentuk suatu masyarakat. Harus ada beberapa tingkat mutualitas, organisasi dan konsensus, beberapa interaksi dan komunikasi. Dengan 'masyarakat', Weber mengartikan bahwa anggota "saling mengenal" dan memiliki tingkat kesadaran dan identitas yang sama dan mengecualikan mereka yang tidak seperti diri mereka sendiri.

MacIver dan Page menulis "Di mana pun anggota suatu kelompok—kecil atau besar—hidup bersama sedemikian rupa

sehingga mereka berbagi, bukan kepentingan khusus ini atau itu, tetapi kondisi dasar kehidupan, kami menyebut kelompok itu masyarakat." Di tempat lain, mereka mendefinisikannya sebagai "kelompok yang terjalin erat yang menempati satu wilayah geografis dan menjalani kehidupan bersama". Secara sosiologis, gagasan tentang masyarakat seringkali mencakup beberapa komitmen, identitas, dan perasaan hidup bersama dan nasib bersama. Dengan demikian, lingkungan yang erat atau kelompok agama adalah masyarakat. Dalam pengertian ini, Weber menganggap kelompok status, seperti kasta India, sebagai masyarakat. Namun MacIver dan Page di sini berbeda dengan Weber yang tidak menganggap kasta sebagai masyarakat. Mereka telah menyatakan, "kasta sosial memiliki koherensi sosial tetapi tidak memiliki dasar teritorial masyarakat". Banyak sosiolog (dulu dan sekarang) sangat mementingkan karakter teritorial masyarakat seperti yang kita lihat dalam definisi berikut. Sosiolog Bogardus di tahun 1952 menyatakan, "masyarakat adalah kelompok sosial dengan derajat tertentu yang kita rasakan dan tinggal di wilayah tertentu". Demikian pula, Eshleman dan Lebih lanjut, Cashion seorang sosiolog di tahun 1983 mendefinisikannya sebagai "kumpulan orang-orang di dalam wilayah geografis yang di antaranya ada tingkat saling identifikasi, saling ketergantungan atau organisasi kegiatan". Dotson (1991) menambahkan, "masyarakat adalah unit spasial atau teritorial dari organisasi sosial di mana orang memiliki rasa identitas dan rasa memiliki".

2.1.2 Klasifikasi masyarakat

Sebuah buku teks sosiologi (O'Donnel, 1997) telah menganalisis berbagai definisi masyarakat dan mengelompokkannya dalam tiga kategori utama: 1. Istilah 'masyarakat' digunakan untuk menggambarkan lokalitas tetap (area geografis tertentu) sebagai dasar organisasi sosial. Jadi, dari sudut pandang ini, desa tradisional adalah masyarakat tempat

orang lahir, hidup, dan mati. 2. Masyarakat digunakan untuk merujuk pada sistem sosial lokal atau rangkaian hubungan yang berpusat pada suatu lokalitas tertentu. Dari sudut pandang sosiologis, yang penting adalah konsentrasi hubungan, bukan faktor geografis. 3. Istilah 'masyarakat' juga digunakan untuk menggambarkan kualitas hubungan yang menghasilkan rasa identitas bersama yang kuat. Penggunaan ini tidak mementingkan aspek spasial atau geografis masyarakat. Itu tidak tergantung pada keberadaan fisik atau bahkan pada orang yang pernah bertemu satu sama lain.

Selama beberapa tahun terakhir, pengertian masyarakat yang ketiga ini semakin berkembang dan telah digunakan secara luas. Karakter teritorial lama masyarakat (batas tertutup) relatif sedikit untuk dilakukan dan sedikit banyak menyerah demi kualitas hubungan (rasa memiliki dan identitas bersama). Dengan demikian, dusun, kota kecil, kota besar, dan dalam kondisi modern, seluruh dunia dengan segala perbedaan ras, budaya, dan kepentingannya adalah masyarakat. Merangkum ide-ide dari penulis yang berbeda, karakteristik masyarakat dapat dinyatakan sebagai berikut: (1) Sekelompok orang. (2) Area geografis atau lokalitas yang dibatasi (tidak banyak berlaku untuk masyarakat modern). (3) Budaya umum dan sistem sosial yang mengatur kegiatan mereka. (4) Kesadaran anggota akan kesatuan dan rasa memiliki (*we-feeling*). (5) Bertindak secara kolektif secara terorganisir. (6) Suatu pembagian kerja menjadi fungsi-fungsi khusus dan saling bergantung.

MacIver dan Page (1949) in Payne (2009) menyatakan bahwa ada dua basis masyarakat yang penting:

(1) Lokalitas:

Sebuah masyarakat selalu menempati wilayah teritorial. Masyarakat adalah kelompok teritorial yang berbagi tanah dan cara hidup yang sama. Orang-orang yang tinggal di daerah tertentu cenderung berkumpul bersama dan berbagi rasa

memiliki. Dengan demikian daerah yang berbeda mengembangkan cara hidup yang berbeda, budaya yang berbeda dan dari masyarakat yang berbeda. Selama perencanaan kota, perencana membatasi kota menjadi berbagai sektor dan lokalitas yang menciptakan masyarakat yang berbeda. Namun, selama pembangunan kembali sebuah kota, sulit untuk mengaturnya kembali menjadi divisi-divisi berbeda yang tidak serupa dengan divisi-divisi sebelumnya karena rasa kepemilikan teritorial ini.

Hampir semua sosiolog (misalnya, A. Green, K. Davis, Lundberg, Bogardus, dll.) telah menyebutkannya sebagai kondisi dasar dalam definisi masyarakat mereka. Ikatan solidaritas yang kuat yang kita temukan pada anggota suatu masyarakat berasal dari kondisi lokalitas—tinggal di wilayah geografis tertentu. Ikatan ini melemah hari ini karena perkembangan alat komunikasi modern. Namun, perluasan komunikasi dengan cara lain membantu dalam ikatan teritorial. Kini, wilayah teritorial masyarakat modern semakin meluas. Tempat tinggal bersama tidak secara otomatis menghasilkan masyarakat. “Masyarakat orang-orang yang berpikiran sama” dan “masyarakat cendekiawan di seluruh dunia” adalah ungkapan-ungkapan yang menolak berbagi wilayah tempat tinggal yang spesifik dan terbatas.

(2) Sentimen masyarakat:

Lokalitas, meskipun merupakan syarat yang diperlukan, tidak cukup untuk menciptakan masyarakat. Harus ada kehidupan bersama dengan kesadaran berbagi cara hidup bersama. Masyarakat bukan hanya tentang hidup bersama tetapi mengembangkan 'perasaan kita'. Hidup bersama menciptakan ingatan, budaya, dan tradisi yang sama. Individu mulai mengidentifikasi minatnya dengan kelompok sosial yang lebih besar. Setiap individu memiliki kedudukan sosial tertentu dan harapan kontribusinya terhadap masyarakat didasarkan pada

kedudukan dan status sosial tersebut. Namun, sentimen masyarakat terus berubah. Masyarakat tidak memiliki batasan tetap untuk membatasi siapa yang termasuk dalam masyarakat mana. Jadi, alih-alih menjadi bagian dari satu masyarakat yang mencakup semua, kita semua menjadi bagian dari berbagai masyarakat berbeda yang terkadang tumpang tindih. Namun transportasi modern dan internet telah membuat dunia menjadi tempat yang sangat terhubung dan mengurangi koherensi dan intensitas sentimen masyarakat.

Daerah lokal yang tidak memiliki koherensi sosial tidak dapat disebut sebagai masyarakat. Daerah seperti itu kekurangan 'sentimen masyarakat', kondisi yang sangat diperlukan untuk keberadaan masyarakat. Sentimen masyarakat melibatkan kontak yang cukup dan kepentingan bersama untuk menanamkan identifikasi sadar dengan area bersama dengan 'we-feeling', yaitu perasaan memiliki bersama. Ini adalah perasaan tentang kesamaan yang mereka miliki — ingatan, tradisi, adat istiadat, dan institusi.

Lebih lanjut, sosiolog Alex Inkeles (1993), menyampaikan tiga elemen berikut ini relevan sebagai landasan sebuah masyarakat. (1) Ketika sekumpulan rumah tangga relatif terkonsentrasi di wilayah geografis yang dibatasi; (2) Penghuninya menunjukkan tingkat interaksi sosial terintegrasi yang substansial; Dan (3) Mereka memiliki rasa keanggotaan bersama, memiliki bersama, yang tidak hanya didasarkan pada ikatan kekerabatan. Dengan demikian, esensi masyarakat adalah rasa ikatan bersama, berbagi identitas, keanggotaan dalam kelompok, memegang beberapa hal fisik atau spiritual, dalam penghargaan bersama, ditambah dengan pengakuan hak dan kewajiban dengan mengacu pada semua orang lain yang diidentifikasi.

Masyarakat kecil alami dari penduduk tetap seperti desa, kota, atau lingkungan sekitar menggabungkan semua elemen ini. Masyarakat dapat dibagi berdasarkan berbagai alasan.

Berdasarkan wilayah tempat tinggalnya, masyarakat dapat dibedakan menjadi perkotaan, semiperkotaan dan pedesaan.

1. Urban– Urban area merupakan pusat kegiatan tersier. Biasanya jaraknya berdekatan, daerah padat penduduk, mereka memiliki gaya hidup yang sangat sibuk dan tidak memiliki rasa koherensi masyarakat yang kuat.
2. Suburban– Sub Urban area biasanya berada di pinggiran perkotaan, ditandai dengan sektor industri dan manufaktur. Mereka semi-perkotaan, semi-pedesaan.
3. Pedesaan– Pedesaan adalah masyarakat yang terjalin erat dengan rasa kohesif budaya dan identitas masyarakat yang kuat yang menyediakan basis/bahan mentah untuk ekonomi Perkotaan dan Pinggiran Kota.

Masyarakat juga dapat diklasifikasikan berdasarkan tujuan yang menyatukan mereka, antara lain:

1. Minat– masyarakat orang-orang yang memiliki minat yang sama.
2. Aksi– masyarakat orang yang mencoba membawa semacam perubahan.
3. Tempat– masyarakat orang-orang yang dipersatukan oleh kebetulan tempat tinggal geografis yang sama.
4. Praktek– masyarakat orang yang memiliki profesi yang sama atau melakukan kegiatan yang sama.
5. Keadaan– masyarakat orang yang disatukan oleh peristiwa/situasi eksternal.

2.1.3 Teori Perkembangan Masyarakat

NSB Gras, seorang sejarawan ekonomi, mengemukakan teori yang mencoba menjelaskan bagaimana kota berkembang dari masyarakat nomaden, yang dianggap sebagai bentuk masyarakat paling primitif. Desa diubah menjadi kota karena para pedagang menetap secara permanen di tempat-tempat untuk melakukan

perdagangan. Dengan munculnya negara dan bangsa, kota-kota berkembang menjadi kota-kota metropolitan karena perlindungan bagi orang-orang kaya. Gras menyatakan bahwa syarat-syarat berikut harus dipenuhi agar kota metropolitan dapat muncul—sumber daya alam, transportasi yang baik, tanah untuk pembangunan jalan raya, navigasi yang baik melalui air, jarak yang cukup jauh dari kota lain, dan iklim sedang. Jadi rumah dibangun, hotel dan toko didirikan dan lembaga dan organisasi berkumpul untuk memenuhi semua jenis kebutuhan masyarakat.

F. Tonnies (sosiolog di tahun 1887), L. Wirth (sosiolog di tahun 1938) dan banyak sosiolog lainnya berpendapat bahwa ketika masyarakat tumbuh dalam ukuran, sifat hubungan antara anggotanya juga berubah. Hal tersebut juga memfasilitasi pemisahan spasial (atau fisik), berdasarkan ras, etnis, kelas sosial, dan gaya hidup. Kedekatan fisik, meskipun merupakan elemen masyarakat yang penting, tidak dengan sendirinya membentuk sebuah masyarakat. Interaksi tatap muka langsung dapat digantikan sampai taraf tertentu oleh interaksi simbolik yang dipupuk oleh media komunikasi. Masyarakat mungkin sebesar bangsa yang luas atau mereka mungkin sangat kecil seperti suku primitif, gerombolan, kelompok nomaden, atau lingkungan. Sebuah desa, kota atau metropolis adalah contoh lain dari sebuah masyarakat. Masyarakat ada di dalam masyarakat yang lebih besar — kota di dalam negara, negara di dalam negara, dan negara di dalam masyarakat dunia. Ada pengelompokan manusia tertentu yang belum ada jawaban yang jelas tentang karakter masyarakatnya.

Mengubah konsep masyarakat

Jenis kelompok primer yang stabil, solider, dan intim dari ‘masyarakat sempurna’ dengan cepat menghilang sebagai akibat dari industrialisasi, urbanisasi, sarana komunikasi modern dan teknologi informasi. Unit lokal semakin terserap ke dalam

masyarakat ekonomi dan politik yang lebih besar. Individu tidak lagi hidup seluruhnya atau bahkan sebagian besar di dalam kelompok primer tetapi berorientasi pada dunia sosial yang lebih besar di luar. Kepentingan individu, melampaui lokalitas, terintegrasi pada tingkat nasional atau internasional. Karena kontak menjadi lebih bervariasi dan luas, mereka juga menjadi lebih formal dan eksternal. Orang tersebut terfraksionalisasi, berpartisipasi dalam masing-masing dari beberapa atau banyak pengelompokannya hanya dengan aspek terbatas dari dirinya yang total. Sebagai kepribadian yang konkret dan total, dia tidak diperintah oleh satu kelompok pun, bahkan oleh keluarganya. Keintiman telah digantikan oleh kenalan atau anonimitas berdasarkan ide-ide di atas, beberapa sosiolog telah mengajukan tesis yang dikenal sebagai "kehilangan masyarakat".

Karakteristik lama masyarakat, yakni lokalitas dan sentimen masyarakat atau rasa kebersamaan tergerus oleh kekuatan modernitas. Kekuatan-kekuatan ini telah mematahkan mitos 'masyarakat homogen'. 'Masyarakat minoritas', 'masyarakat mayoritas', 'pribumi' atau 'masyarakat perempuan' sekarang terpecah menjadi feminis versus konservatif atau liberal versus konservatif atau berbagai aliran opini lainnya. Seringkali terlihat bahwa perempuan tidak serta merta memihak perempuan hanya karena mereka perempuan atau tergabung dalam masyarakat perempuan. Pada akhirnya, kita dapat menyimpulkan bahwa konsep masyarakat menjadi sangat elastis ketika kita mendengar tentang konsep yang baru dikembangkan seperti 'desa global' atau 'masyarakat global. Dengan demikian, konsep ini kini tidak lagi terbatas pada satu atau wilayah geografis yang terbatas.

2.2 Kesehatan

Ketika kita memikirkan kesehatan dan penyakit, kita biasanya berpikir tentang makan dengan benar dan kebiasaan sehat lainnya dari institusi, seperti rumah sakit, dan profesional

kesehatan seperti dokter dan perawat. Definisi Kesehatan memiliki unsur budaya di dalamnya, karena kesehatan adalah tema dari sebagian besar budaya. Salah satu definisi kesehatan tertua adalah "Tidak adanya penyakit". Dalam beberapa budaya, kesehatan dan keharmonisan dianggap setara dan didefinisikan sebagai "berdamai dengan diri sendiri, masyarakat, dewa, dan kosmos". Orang India dan Yunani kuno berbagi konsep ini yang mengaitkan penyakit dengan gangguan keseimbangan tubuh.

Sushrut, seorang pendukung kedokteran dan pembedahan India kuno (Sujahta, 2017) mendefinisikan kesehatan sebagai "keadaan senang atau perasaan kesejahteraan fisik, spiritual, dan mental." Ciri-ciri penting dari orang yang sehat memiliki segalanya dalam jumlah yang tepat, cacat atau kelemahan, kualitas pencernaan, fungsi tubuh normal. Dalam pengertian ini kesehatan dianggap sebagai kesejahteraan total dan perasaan bahagia.

Kesehatan mengacu pada tingkat kesejahteraan fisik, mental, dan sosial seseorang. Seperti yang disarankan definisi ini, kesehatan adalah konsep multidimensi. Meskipun tiga dimensi kesehatan yang baru saja disebutkan sering saling mempengaruhi, tidak menutup kemungkinan seseorang berada dalam kondisi kesehatan fisik yang baik dan kesehatan mental yang buruk, atau sebaliknya. Kedokteran mengacu pada institusi sosial yang berupaya mencegah, mendiagnosis, dan mengobati penyakit serta meningkatkan kesehatan dalam berbagai dimensinya. Akhirnya, pelayanan kesehatan mengacu pada penyediaan layanan medis untuk mencegah, mendiagnosa, dan mengobati masalah kesehatan. Tiga set teori masyarakat atau perspektif hadir dalam sosiologi.

2.2.1 Pendekatan Fungsionalis

Pelayanan kesehatan yang efektif dan kesehatan yang baik diperlukan untuk kelancaran fungsi masyarakat. Pasien harus melakukan peran sakit agar dianggap sakit secara sah dan dibebaskan dari kewajiban normalnya. Hubungan dokter-pasien bersifat hierarkis. Dokter memberikan instruksi. Dan pasien perlu

mengikuti mereka. Kesehatan yang buruk mengganggu kemampuan kita untuk menjalankan peran kita di masyarakat. Struktur sosial tidak dapat bekerja dengan baik dengan orang yang tidak sehat. Jika terlalu banyak orang yang tidak sehat, fungsi dan stabilitas masyarakat akan terganggu. Jika seseorang mengemudi dalam keadaan mabuk dan mengalami kecelakaan, simpati akan berkurang dibandingkan jika pengemudi dalam keadaan sadar dan menabrak pohon.

Seperti yang dipahami oleh Talcott Parsons seorang sosiolog di tahun 1951 (Parsons, 1951), menyampaikan bahwa perspektif fungsionalis menekankan bahwa kesehatan yang baik dan pelayanan kesehatan yang efektif sangat penting bagi kemampuan masyarakat untuk berfungsi. Kesehatan yang buruk merusak kemampuan kita untuk menjalankan peran kita dalam masyarakat, dan jika terlalu banyak orang yang tidak sehat, fungsi dan stabilitas masyarakat akan terganggu. Pelayanan kesehatan yang buruk juga berdampak besar bagi masyarakat, karena orang yang sakit akan menghadapi kesulitan yang lebih besar untuk menjadi sehat sedangkan orang yang sehat lebih mungkin menjadi sakit. Agar seseorang dianggap sakit secara sah, kata Parsons, beberapa harapan harus dipenuhi. Parsons menyebut harapan ini sebagai peran sakit. Pertama, orang sakit tidak boleh dianggap sebagai penyebab masalah kesehatannya sendiri. Jika kita makan makanan berlemak tinggi, menjadi gemuk, dan mengalami serangan jantung, simpati yang kita timbulkan lebih sedikit daripada jika kita mempraktikkan nutrisi yang baik dan mempertahankan berat badan yang tepat. Jika seseorang mengemudi dalam keadaan mabuk dan menabrak pohon, simpatinya jauh lebih sedikit dibandingkan jika pengemudinya tidak mabuk dan tergelincir dari jalan dalam cuaca hujan deras. Kedua, orang sakit pasti ingin sembuh. Jika mereka tidak ingin sembuh atau, lebih buruk lagi, dianggap berpura-pura sakit atau berpura-pura sakit setelah menjadi lebih sehat, mereka tidak lagi

dianggap sakit secara sah oleh orang-orang yang mengenal mereka atau, lebih umum, oleh masyarakat itu sendiri. Ketiga, orang sakit diharapkan agar penyakitnya dikonfirmasi oleh dokter atau profesional pelayanan kesehatan lainnya dan mengikuti instruksi profesional tersebut agar sembuh. Jika orang sakit gagal melakukannya, dia kembali kehilangan hak untuk melakukan peran sakit.

Jika semua harapan ini terpenuhi, kata Parsons, orang sakit diperlakukan sebagai orang sakit oleh keluarga, teman, dan orang lain yang mereka kenal, dan mereka dibebaskan dari kewajiban normal mereka kepada semua orang ini. Kadang-kadang mereka bahkan disuruh tetap di tempat tidur ketika mereka ingin tetap aktif. Dokter juga memiliki peran untuk dilakukan, kata Parsons. Pertama dan terpenting, mereka harus mendiagnosis penyakit orang tersebut, memutuskan bagaimana cara mengobatinya, dan membantu orang tersebut menjadi sehat. Untuk melakukannya, mereka memerlukan kerja sama dari pasien, yang harus menjawab pertanyaan dokter secara akurat dan mengikuti petunjuk dokter. Oleh karena itu, Parsons memandang hubungan dokter-pasien sebagai hierarkis: dokter memberikan perintah (atau, lebih tepatnya, memberikan saran dan instruksi), dan pasien mengikutinya.

Parsons memang benar dalam menekankan pentingnya kesehatan individu yang baik bagi kesehatan masyarakat, tetapi pandangannya telah dikritik karena beberapa alasan. Pertama, gagasannya tentang peran sakit lebih berlaku untuk penyakit akut (jangka pendek) daripada penyakit kronis (jangka panjang). Meskipun banyak dari diskusinya menyiratkan bahwa seseorang untuk sementara memasuki peran sakit dan meninggalkannya segera setelah mengikuti pelayanan kesehatan yang memadai, orang dengan penyakit kronis dapat dikurung dalam peran sakit untuk waktu yang sangat lama atau bahkan permanen. Kedua, diskusi Parsons mengabaikan fakta, yang disebutkan sebelumnya,

bahwa latar belakang sosial kita memengaruhi kemungkinan sakit dan kualitas pelayanan kesehatan yang kita terima. Ketiga, Parsons menyetujui hierarki yang tersirat dalam hubungan dokter-pasien. Banyak ahli mengatakan hari ini bahwa pasien perlu mengurangi hierarki ini dengan mengajukan lebih banyak pertanyaan kepada dokter mereka dan dengan mengambil peran yang lebih aktif dalam menjaga kesehatan mereka.

2.2.2 Pendekatan Konflik

Pendekatan konflik menekankan ketidaksetaraan dalam kualitas kesehatan dan pelayanan kesehatan (Weitz, 2013). Seperti disebutkan sebelumnya, kualitas kesehatan dan pelayanan kesehatan sangat berbeda di seluruh dunia. Ketidaksetaraan masyarakat di sepanjang kelas sosial, ras dan etnis, dan garis gender direproduksi dalam pelayanan kesehatan dan kesehatan kita. Orang-orang dari latar belakang sosial yang kurang beruntung lebih mungkin untuk jatuh sakit, dan begitu mereka sakit, pelayanan kesehatan yang tidak memadai mempersulit mereka untuk menjadi sehat. Seperti yang akan kita lihat, bukti perbedaan dalam kesehatan dan pelayanan kesehatan sangatlah luas dan dramatis. Pendekatan konflik juga mengkritik upaya dokter selama beberapa dekade untuk mengontrol praktik kedokteran dan mendefinisikan berbagai masalah sosial sebagai masalah medis.

Beberapa contoh mengilustrasikan kritik teori konflik. Pengobatan alternatif menjadi semakin populer, tetapi begitu juga kritik dari kalangan medis. Dokter mungkin secara jujur merasa bahwa alternatif medis tidak memadai, tidak efektif, atau bahkan berbahaya, tetapi mereka juga menyadari bahwa penggunaan alternatif ini secara finansial merugikan praktik mereka sendiri. Gangguan makan juga menggambarkan kritik teori konflik. Banyak wanita dan anak perempuan yang mengalami gangguan makan menerima bantuan dari dokter, psikiater, psikolog, atau ahli kesehatan lainnya. Meskipun pelayanan ini seringkali sangat

membantu, definisi gangguan makan sebagai masalah medis tetap memberikan sumber pendapatan yang baik bagi para profesional yang merawatnya dan mengaburkan akar budayanya dalam standar kecantikan wanita di masyarakat (Whitehead & Kurz, 2008). Pelayanan kebidanan memberikan contoh lain. Dalam sebagian besar sejarah manusia, bidan atau yang setara adalah orang yang membantu ibu hamil melahirkan bayinya. Pada abad kesembilan belas, para dokter menyatakan bahwa mereka lebih terlatih daripada bidan dan menerima undang-undang yang memberi mereka wewenang untuk menolong persalinan bayi. Mereka mungkin secara jujur merasa bahwa bidan kurang terlatih, tetapi mereka juga menyadari sepenuhnya bahwa pelayanan kebidanan akan sangat menguntungkan (Ehrenreich & Barr, 2005).

Sebagai contoh terakhir, banyak anak hiperaktif sekarang didiagnosis dengan ADHD, atau gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas. Satu generasi atau lebih yang lalu, mereka akan dianggap terlalu aktif. Setelah Ritalin, obat yang mengurangi hiperaktif, dikembangkan, perilaku mereka dianggap sebagai masalah medis dan diagnosis ADHD semakin diterapkan, dan puluhan ribu anak pergi ke kantor dokter dan diberi Ritalin atau obat serupa. Definisi perilaku mereka sebagai masalah medis sangat menguntungkan bagi dokter dan perusahaan yang mengembangkan Ritalin, dan juga mengaburkan kemungkinan akar perilaku mereka dalam pola asuh yang tidak memadai, sekolah yang kaku, atau bahkan sosialisasi gender, karena sebagian besar anak hiperaktif adalah laki-laki. (Rao & Seaton, 2010).

Kritikus mengatakan penilaian pendekatan konflik terhadap kesehatan dan obat-obatan terlalu keras dan kritiknya terhadap motivasi dokter terlalu sinis. Pengobatan ilmiah telah sangat meningkatkan kesehatan orang-orang di seluruh dunia. Meskipun dokter pasti termotivasi, seperti banyak orang, oleh pertimbangan ekonomi, upaya mereka untuk memperluas cakupan mereka ke bidang nonmedis sebelumnya juga berasal dari

keyakinan jujur bahwa kesehatan dan kehidupan masyarakat akan meningkat jika upaya ini berhasil. Tentu ada benarnya kritik terhadap pendekatan konflik ini, tetapi bukti ketidaksetaraan dalam kesehatan dan kedokteran dan aspek negatif dari motivasi pendirian medis untuk memperluas jangkauannya tetap meyakinkan.

2.2.3 Pendekatan Interaksionis Simbolik

Pendekatan interaksionis simbolik menekankan bahwa sehat dan sakit merupakan konstruksi sosial. Ini berarti bahwa berbagai kondisi fisik dan mental memiliki sedikit atau tidak ada realitas objektif tetapi dianggap sebagai kondisi sehat atau sakit hanya jika didefinisikan demikian oleh masyarakat dan anggotanya (Buckser, 2009). Contoh ADHD yang baru saja dibahas juga mengilustrasikan kekhawatiran teori interaksionis simbolik, karena perilaku yang sebelumnya tidak dianggap sebagai penyakit kemudian didefinisikan sebagai penyakit setelah perkembangan Ritalin.

Pendekatan interaksionis simbolik juga memberikan studi penting tentang interaksi antara pasien dan profesional kesehatan. Sadar atau tidak, dokter “mengelola situasi” untuk menampilkan otoritas dan pengetahuan medisnya. Pasien biasanya harus menunggu lama sampai dokter datang, dan dokter sering memakai jas lab putih; dokter juga sering dipanggil “Dokter”, sedangkan pasien sering dipanggil dengan nama depannya. Dokter biasanya menggunakan istilah medis yang kompleks untuk menggambarkan penyakit pasien daripada istilah yang lebih sederhana yang digunakan oleh orang awam dan pasien itu sendiri. Pengelolaan situasi mungkin sangat penting selama pemeriksaan ginekologi. Jika dokternya laki-laki, situasi ini berpotensi menimbulkan rasa malu dan gelisah karena laki-laki memeriksa dan menyentuh area kelamin perempuan. Dalam keadaan ini, dokter harus bertindak secara murni profesional. Dia harus menunjukkan tidak ada minat

pribadi pada tubuh wanita dan sebagai gantinya harus memperlakukan ujian tidak berbeda dari jenis ujian lainnya. Untuk lebih jauh "menghilangkan" situasi dan mengurangi potensi ketidaknyamanan, seorang perawat wanita sering hadir selama ujian. Kritikus menyalahkan pendekatan interaksionis simbolik karena menyiratkan bahwa tidak ada penyakit yang memiliki realitas objektif. Banyak kondisi kesehatan yang serius memang ada dan menempatkan orang pada risiko kesehatan mereka terlepas dari apa yang mereka atau masyarakat mereka pikirkan. Kritikus juga mengatakan bahwa pendekatan tersebut mengabaikan efek ketidaksetaraan sosial untuk kesehatan dan penyakit. Terlepas dari kemungkinan kesalahan ini, pendekatan interaksionis simbolik mengingatkan kita bahwa kesehatan dan penyakit memang memiliki realitas subjektif dan objektif.

2.3 Pentingnya Kesehatan

Kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup. Tidak ada tolok ukur tunggal untuk mengukur kesehatan. Itu tidak dirasakan dengan cara yang sama oleh semua anggota masyarakat, berbagai profesi, kelompok, dll. Kesehatan adalah konsep multidimensi yang tidak hanya berfokus pada individu tetapi juga masyarakat lingkungan. Secara tradisional kesehatan dipandang sebagai tidak adanya penyakit dan jika seseorang bebas dari penyakit, ia dianggap sehat. Konsep ini dikenal sebagai konsep biomedis. Tapi itu tidak bisa mengungkapkan arti kesehatan tertentu. Ini mengabaikan dampak lingkungan, psikologis, sosial, budaya, penentu kesehatan. Memang benar bahwa model biomedis mendapat sukses spektakuler dalam mengobati penyakit tetapi tidak memadai dalam memecahkan beberapa masalah. masalah utama yang berkaitan dengan pencemaran lingkungan, penyakit mental, ledakan populasi, dll. Para ahli ekologi mengajukan hipotesis menarik yang memandang kesehatan sebagai keseimbangan dinamis antara manusia dengan lingkungan. Dubos

(Tompsett, 1994) mendefinisikan kesehatan dengan mengatakan "Kesehatan menyiratkan tidak adanya rasa sakit, ketidaknyamanan, adaptasi terus menerus, penyesuaian terhadap lingkungan untuk memastikan fungsi yang optimal. Konsep kesehatan holistik ditekankan oleh WHO, yang menggambarkan kesehatan sebagai "Keadaan sejahtera fisik, mental, sosial yang lengkap, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan." Tetapi membutuhkan definisi yang lebih praktis dan operasional. Dalam arti luas kesehatan dapat dilihat sebagai perspektif sosiologisnya.

Sosiologi kesehatan mempelajari isu-isu seperti bagaimana faktor sosial dan budaya memengaruhi kesehatan dan persepsi orang tentang kesehatan dan penyembuhan, dan bagaimana penyembuhan dilakukan di masyarakat yang berbeda. Struktur sosial dan praktik budaya memiliki konsekuensi nyata bagi kehidupan masyarakat. Analisis sosiologis menekankan bahwa terjadinya penyakit tidak acak. Berbagai jenis masyarakat menghasilkan pola kesehatan dan penyakit mereka sendiri. Kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor yang digabungkan bersama. Penyakit adalah kesehatan yang buruk akibat penyakit tubuh atau pikiran, penyakit atau penyakit. Sehat atau tidaknya seseorang ditentukan oleh keadaan dan lingkungannya. Faktor-faktor seperti tempat tinggal kita, lingkungan tempat kita tinggal, genetika, penyakit, pekerjaan dan penghasilan, pendidikan, dan hubungan dengan teman dan keluarga semuanya memiliki dampak yang cukup besar terhadap kesehatan dan kesejahteraan. , sedangkan faktor yang lebih sering dipertimbangkan seperti akses dan penggunaan layanan pelayanan kesehatan seringkali kurang berdampak.

Ketika kita berpikir tentang bayi yang baru lahir, kemungkinan untuk kesehatan hanya dibatasi oleh susunan genetik anak. Peluang hidup bayi ini, termasuk kemungkinan

bahwa dia akan hidup, akan memperoleh keterampilan untuk sukses dalam budayanya, dan mencapai dan mempertahankan kesuksesan itu, sangat dipengaruhi oleh semua keadaan dan kekuatan sosial yang akan dia hadapi sepanjang hidupnya. Kelahiran bayi, berat badan, dipengaruhi oleh pola makan ibunya. Fitur lain dari konteks sosial ibu memiliki konsekuensi langsung bagi kesehatan bayi baru lahir, termasuk ibu merokok atau kebiasaan obat perumahan dan kondisi sanitasi bertanggung jawab. Faktor lain yang secara langsung mempengaruhi kesehatan bayi adalah kehidupan rumah dan lingkungannya. Saat bayi tumbuh dewasa, jenis kelamin, ras, etnis, dan kelas sosial memengaruhi peluang hidupnya. Di kemudian hari pengalamannya sebagai pekerja akan menempatkan dirinya dalam berbagai lingkungan fisik dan hubungan sosial yang akan mempengaruhi kesehatannya. Budayanya akan membentuk apa yang dia suka makan, bagaimana dia mengalami stres, apakah dia minum alkohol, dan bagaimana perasaannya terhadap tubuhnya. Bayi dilahirkan ke dalam struktur sosial dan budaya sosial yang juga sangat kuat mempengaruhi apa yang akan dianggap penyakit dan bagaimana penyakit itu akan diobati.

Ketika orang ini sakit, kekuatan sosial memainkan peran penting dalam menentukan peluangnya untuk menjadi sehat. Fakta ini jelas bahwa ketika bayi ini sakit, bagaimana sikap orang lain, bagaimana tanggapan mereka, dan lingkungan sosial dan fisik mempengaruhi peluang hidupnya? Bagaimana reaksi orang? Apa yang akan terjadi jika dia mengidap penyakit yang menstigmatisasi, seperti kusta atau AIDS? Penyebab kesehatan bergantung pada sumber daya, pendekatan sistem medis untuk organisasi bantuan, seperti perusahaan asuransi, industri farmasi, produsen peralatan medis, rumah sakit, dan pemerintah. agensi. Faktanya adalah bahwa badan-badan individu terkait dengan cara kerja badan-badan sosial. Pada tingkat yang lebih besar, peluang seseorang untuk sakit dan sembuh dengan sukses adalah hasil dari

pengaturan sosial tertentu. Jadi penyakit, kematian, kesehatan dan kesejahteraan dihasilkan secara sosial.

Masyarakat tidak benar-benar membuat atau menghasilkan tubuh, tetapi mereka dapat mempengaruhi, membentuk, dan merusaknya. Kelompok sosial dan budaya, mereka berbagi, dapat membentuk kesehatan tubuh. Penyakit bukan hanya pengalaman fisik tetapi juga pengalaman sosial. Seorang ahli biologi mengilustrasikan konsekuensi fisik dari praktik sosial bahwa jika suatu masyarakat mengenakan setengah dari anak-anaknya dalam pakaian dan rok tetapi memperingatkan mereka untuk tidak bergerak dengan cara yang memperlihatkan celana dalam, sambil mengenakan pakaian dalam. setengah lainnya mengenakan jeans dan keseluruhan dan mendorong mereka untuk memanjat pohon dan bermain bola dan permainan luar ruangan aktif lainnya. Kemudian selama masa remaja, separuh yang memakai celana panjang dinasihati untuk makan seperti anak laki-laki yang sedang tumbuh, sedangkan separuh yang memakai rok diperingatkan untuk menjaga berat badan dan menjadi gemuk. Jika separuh berjeans berlari-lari dengan sepatu kets atau sepatu bot, sementara separuh lainnya dengan rok terhuyung-huyung dengan sepatu hak tinggi, maka kedua kelompok orang ini akan berbeda secara biologis dan sosial.

Sosiologi kesehatan membawa dua fokus analisis studi yang berbeda. Pada tahap pertama ia mencoba untuk 'memahami penyakit' pada tingkat ini sosiologi memberikan kontribusi penting ke dalam isu-isu yang menarik bagi dokter dan profesional kesehatan lainnya, pengembangan kesehatan kebijakan, studi epidemiologi. Pada eksplorasi sosiologis tingkat kedua dapat memecahkan pertanyaan untuk memahami dampak dari proses sosial yang lebih luas terhadap kesehatan individu dan kelompok sosial. Oleh karena itu, teori sosiologis adalah seperangkat gagasan yang mengklaim menjelaskan bagaimana masyarakat atau aspek masyarakat bekerja.

2.3 Pelayanan Kesehatan

Kesehatan mengacu pada tingkat kesejahteraan fisik, mental, dan sosial seseorang. Definisi ini diambil dari World Health Organization, menekankan kesehatan itu adalah konsep kompleks yang melibatkan tidak hanya kesehatan tubuh seseorang tetapi juga keadaan pikiran seseorang dan kualitas lingkungan sosial tempat dia tinggal. Kualitas lingkungan sosial pada gilirannya dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang, menggarisbawahi pentingnya faktor sosial untuk aspek kembar dari kesejahteraan kita secara keseluruhan. Obat adalah lembaga sosial yang berusaha baik untuk mencegah, mendiagnosa, dan mengobati penyakit dan untuk meningkatkan kesehatan seperti yang baru saja didefinisikan. Ketidakpuasan terhadap pendirian medis telah berkembang. Sebagian dari ketidakpuasan ini berasal dari kesehatan yang melonjak. Beberapa ketidakpuasan juga mencerminkan pandangan yang berkembang bahwa ranah sosial dan bahkan spiritual dari keberadaan manusia memainkan peran kunci dalam kesehatan dan penyakit. Pandangan ini telah memicu minat baru dalam pengobatan alternatif. Pendekatan Sosiologis untuk Kesehatan dan Kedokteran biasanya memikirkan kesehatan, penyakit, dan obat-obatan dalam istilah individu. Ketika seseorang jatuh sakit, penyakit dipandang sebagai masalah medis dengan penyebab biologis, dan seorang dokter memperlakukan individu tersebut sesuai dengan itu. Pendekatan sosiologis mengambil pandangan yang berbeda. Berbeda dengan dokter, sosiolog dan ahli kesehatan masyarakat lainnya tidak mencoba untuk memahami mengapa seseorang menjadi sakit. Sebaliknya, mereka biasanya memeriksa tingkat penyakit untuk menjelaskan mengapa orang dari latar belakang sosial tertentu lebih mungkin sakit daripada orang lain. Di sini terlihat, posisi sosial kita dalam masyarakat —kelas sosial, ras dan etnisitas, dan gender—membuat perbedaan yang kritis.

Fakta bahwa latar belakang sosial mempengaruhi kesehatan masyarakat mungkin sulit untuk dipahami. Selalu ada penyebab "medis" dari penyakit orang ini, dan dokter melakukan yang terbaik untuk mencoba menyembuhkannya dan mencegahnya kambuh. Terkadang mereka berhasil; terkadang mereka gagal. Apakah seseorang menderita penyakit serius seringkali hanya masalah nasib buruk atau gen buruk: individu bisa saja melakukan segalanya dengan benar dan tetap sakit. Para sosiolog tidak menyangkal kemungkinan- latar belakang sosial individu mempengaruhi kesehatannya. Pendekatan sosiologis juga menekankan bahwa masyarakat budaya membentuk pemahamannya tentang kesehatan dan penyakit serta praktik kedokteran. Secara khusus, budaya membentuk suatu masyarakat persepsi tentang apa artinya menjadi sehat atau sakit, alasan yang menyebabkan penyakit, dan cara-cara yang dilakukan untuk menjaga anggotanya tetap sehat dan untuk menyembuhkan mereka yang sakit (Hahn & Inborn, 2009). Mengetahui tentang masyarakat budaya, kemudian, membantu kita memahami bagaimana ia memandang kesehatan dan penyembuhan. Dengan cara yang sama, mengetahui tentang masyarakat kesehatan dan obat-obatan membantu kita untuk memahami aspek-aspek penting dari budayanya. Contoh budaya yang menarik dalam hal ini terlihat pada keengganan Jepang terhadap transplantasi organ, yang jauh lebih jarang terjadi di negara itu dibandingkan di negara kaya lainnya. Keluarga Jepang tidak suka menodai tubuh orang mati, bahkan untuk otopsi, yang juga jauh lebih jarang terjadi di Jepang dibandingkan negara lain. Pandangan budaya ini seringkali mendorong mereka untuk menolak izin transplantasi organ ketika berkeluarga anggota meninggal, dan itu menyebabkan banyak orang Jepang menolak untuk menunjuk diri mereka sebagai donor organ potensial (Shinzo, 2004). Satu dekade kemudian, hukum transplantasi organ gagal. Sebagai budaya perubahan dari waktu ke waktu, itu juga benar bahwa persepsi kesehatan dan obat-

obatan juga dapat berubah. Beberapa abad silam, dokter di sekolah kedokteran top menyarankan wanita untuk tidak kuliah karena tekanan pendidikan tinggi akan mengganggu siklus menstruasi mereka (Ehrenreich & Barr, 2005). Nasihat yang tidak masuk akal ini mencerminkan seksisme waktu itu, dan kini sudah tidak lagi diterima, tetapi itu juga menunjukkan bahwa apa artinya sehat atau sakit dapat berubah seiring dengan perubahan budaya masyarakat. Sebuah masyarakat budaya penting dalam berbagai cara ini, tetapi begitu juga struktur sosialnya, khususnya tingkat perkembangan ekonominya dan tingkat keterlibatan pemerintah dalam pelayanan. Seperti yang terlihat, masyarakat miskin memiliki kesehatan yang jauh lebih buruk daripada masyarakat yang lebih kaya. Pada saat yang sama, masyarakat yang lebih kaya memiliki kesehatan tertentu risiko dan kesehatan masalah, yang dihindari oleh masyarakat miskin. Tingkat keterlibatan pemerintah dalam kesehatan -pemberian pelayanan juga penting. Meskipun penyakit seringkali merupakan masalah nasib buruk atau gen buruk, masyarakat tempat kita tinggal tetap dapat memengaruhi peluang kita untuk menjadi dan tetap sakit.

2.4 Penutup

Pemahaman sosiologis menekankan pengaruh latar belakang sosial masyarakat terhadap kualitas kesehatan dan pelayanan kesehatan mereka. Budaya masyarakat dan struktur sosial juga mempengaruhi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Pendekatan fungsionalis menekankan bahwa kesehatan yang baik dan pelayanan kesehatan yang efektif sangat penting bagi kemampuan masyarakat untuk berfungsi, dan memandang hubungan dokter-pasien sebagai hierarkis. Pendekatan konflik menekankan ketidaksetaraan dalam kualitas kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan. Pendekatan interaksionis menekankan bahwa sehat dan sakit adalah konstruksi sosial; kondisi fisik dan mental memiliki sedikit atau tidak ada realitas

objektif tetapi sebaliknya dianggap kondisi sehat atau sakit hanya jika didefinisikan demikian oleh masyarakat dan anggotanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Banton, M. 2007. Max Weber on 'ethnic communities': A critique. *Nations and Nationalism*, 13(1), 19-35.
- Buckser, A. 2009. Institutions, agency, and illness in the making of Tourette syndrome. *Human Organization*, 68(3), 293-306.
- Ehrenreich, B., & English, D. 2005. Demi kebbaikannya sendiri: Nasihat para ahli untuk wanita selama dua abad (edisi ke-2). New York, NY: Buku Jangkar.
- Ehrenreich, N., & Barr, M. 2005. Intersex surgery, female genital cutting, and the selective condemnation of" cultural practices". *Harv. cr-cll Rev.*, 40, 71
- Gras, N. S. 1927. The rise and development of economic history. *The Economic History Review*, 1(1), 12-34.
- Hahn, R.A., & Inborn, M. (Eds.). 2009. Antropologi dan kesehatan masyarakat : Menjembatani perbedaan budaya dan masyarakat (edisi ke-2). New York, NY: Oxford University Press.
- Inkeles, A. 1993. Industrialization, modernization and the quality of life. *International Journal of Comparative Sociology*, 34(1), 1.
- O'Donnell, M. 1997. *Introduction to sociology*. Nelson.
- Park, R. E. 2019. V. Community Organization and Juvenile Delinquency. In *The city* (pp. 99-112). University of Chicago Press.
- Parsons, T. 1951. *The social system*. New York, NY: Free Press.
- Payne, G. 2007. Edges to Middles': Robert Morrison MacIver on 'Community. *Journal of Scottish Thought*, 1(1), 25-48.
- Payne, G. A. 2009. Mediated communication and integration of diasporic communities: toward a theoretical model. *Global Media Journal*, 8(14).

- Ralph R. Tompsett (Infectious Diseases). 1994. Viewpoint: Dr. René Dubos and the Mirage of Health, Baylor University Medical Center Proceedings, 7:4, 15-17, DOI: 10.1080/08998280.1994.11929887
- Rao, A., & Seaton, M. 2010. *The way of boys: Promoting the social and emotional development of young boys*. New York, NY: Harper Paperbacks.
- Shinzo, K. 2004. Transplantasi organ dan donor mati otak: Perspektif dokter Jepang. *Kematian*, 9(1), 13–26.
- Weitz, R. 2013. *The sociology of health, illness, and health care: A critical approach* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Wadsworth.
- Whitehead, K., & Kurz, T. 2008. Saints, sinners and standards of femininity: Discursive constructions of anorexia nervosa and obesity in women's magazines. *Journal of Gender Studies*, 17, 345–358.

BAB 3

KONDISI SOSIAL SEBAGAI DETERMINAN UTAMA PROBLEM KESEHATAN

Oleh Mina Yumei Santi

3.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan negara berkembang yang masih menghadapi tantangan berat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya yang ditunjukkan melalui penurunan angka kematian ibu dan bayi, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita, serta meningkatnya umur harapan hidup (Surjadi, Sunyoto, & Djarir, 2019). Angka Kematian Ibu masih berada pada angka 305 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Angka tersebut masih jauh dari target yang ditetapkan dalam SDG's bahwa AKI hendaknya berada di angka 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 (Tarmizi, 2023). Melihat dari Angka Kematian Bayi (AKB), pada tahun 2022 Indonesia telah berhasil menurunkan menjadi 16,85 bayi per 1.000 KH. Data ini dinyatakan sejalan dengan data estimasi *World Bank* dan UNICEF (Javier, 2023). Terkait dengan status gizi kurang pada balita, ditemukan bahwa prevalensi pada tahun 2019 adalah 16,3% dan meningkat menjadi 17% pada tahun 2021. Pada tahun 2022 kembali terjadi peningkatan meskipun hanya 0,1% dibandingkan tahun sebelumnya menjadi 17,1% (Annur, 2023). Berbicara tentang umur harapan hidup di Indonesia maka data yang kita temukan adalah untuk laki-laki maupun perempuan sama-sama mengalami peningkatan. Pada laki-laki terjadi peningkatan angka harapan hidup sebesar 6,9 tahun dari

62,5 tahun menjadi 69,4 tahun. Sedangkan pada perempuan, peningkatannya lebih tinggi yaitu 7,8 tahun dari 65,7 tahun menjadi 73,5 tahun. Hal yang menarik adalah ketika membahas tentang provinsi yang memiliki harapan hidup tertinggi adalah Bali (75,4 tahun) dan provinsi yang harapan hidup terendah adalah Papua (65,2 tahun). Kondisi ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan kesehatan antar wilayah yang mengindikasikan adanya pengaruh faktor sosial pada tingkatan individu, masyarakat maupun faktor kebijakan struktural (Surjadi, Sunyoto, & Djarir, 2019).

Masalah determinan sosial tidak dapat diabaikan dan perlu dikaji untuk menganalisis kesenjangan kesehatan yang terjadi di masyarakat karena kesehatan tidak semata tentang faktor medis tetapi faktor nonmedis terutama sosial justru berperan besar. Sehingga pada bab ini akan dibahas tentang kondisi sosial sebagai determinan utama masalah kesehatan.

3.2 Determinan Sosial Kesehatan

Kondisi sosial dapat berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap kesenjangan kesehatan dalam masyarakat yang disebut determinan sosial kesehatan atau *Social Determinants of Health* (SDH). Determinan sosial kesehatan merupakan proses yang membentuk perilaku di dalam masyarakat dan di luar faktor medis meliputi kondisi pekerjaan sehari-hari dan juga kondisi kehidupan seseorang. Perilaku merupakan segala kegiatan yang dilakukan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku seseorang terbentuk dari pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2012).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan sehat sebagai “suatu keadaan sehat sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang”. Berdasarkan pengertian tersebut, maka dapat dikatakan bahwa penyakit merupakan

pengakuan sosial saat seseorang tidak mampu melaksanakan peran normal sebagaimana mestinya. Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dihubungkan dengan munculnya beragam penyakit, selain sebagai hasil dari kebudayaan yang berlaku di masyarakat (Irwan, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2015, status kesehatan selain dipengaruhi oleh faktor biomedis juga dipengaruhi oleh determinan sosial seperti: kondisi sosial, ekonomi, politik, budaya, kondisi lingkungan dimana seseorang dilahirkan, bertempat tinggal, bermain, belajar, tumbuh dewasa, bekerja, beribadah dan menua (Australian Institute of Health and Welfare, 2016; Hacker & Houry, 2022). Determinan sosial kesehatan dan perilaku mempengaruhi mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas dan dipengaruhi oleh pemerintah sebagai penyedia layanan, masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan (Bapenas, 2010).

Sebelum membahas lebih lanjut tentang determinan sosial kesehatan/SDOH, perlu dipahami terlebih dahulu tentang konsepnya dengan memahami tiga istilah (Surjadi, Sunyoto, & Djarir, 2019) yaitu:

1. *Health disparity* (kesenjangan kesehatan), merupakan perbedaan status kesehatan yang terjadi pada kelompok populasi yang memiliki karakteristik tertentu dan dikaitkan dengan ragam status kesehatan yang terdiri dari status sosial ekonomi, rasial, gender, geografis, kelompok marginal, wilayah kumuh dan sebagainya.
2. *Health inequality* (ketidaksamaan kesehatan), untuk menunjukkan adanya perbedaan, variasi dan kesenjangan yang terjadi di masyarakat atau antar masyarakat dalam hal kesehatan individu atau kelompok masyarakat.
3. *Health inequity* (ketidakmerataan kesehatan), berkaitan dengan perbedaan kesehatan yang disebabkan ketidakadilan/tidak adanya pemerataan dalam hal

kesehatan, yang sesungguhnya tidak perlu terjadi dan dapat dihindari. Contohnya golongan tidak mampu lebih terdoda untuk mengonsumsi jajanan berlemak tinggi ataupun tidak sehat dibandingkan golongan yang mampu. Mengapa hal tersebut terjadi? Jawabannya adalah karena golongan masyarakat tidak mampu lebih sulit dan terbatas kemampuannya dalam membeli jajanan sehat dan bergizi. Sebagai akibatnya adalah bahwa kasus kurang gizi termasuk kegemukan banyak ditemukan pada golongan tidak mampu, sedangkan pada golongan mampu hanya ditemukan kasus kegemukan. Yang perlu kita pahami adalah bahwa perbedaan antara ketidakmerataan berdasar pada konsep keadilan dan keadaan masyarakat termasuk ketidaksamaan kesehatan. Ketidakadilan dari segi sumber daya, informasi dan akses pada upaya kesehatan menyebabkan perbedaan kesehatan antara kelompok masyarakat terjadi karena ketidakadilan sosial yang berdampak terhadap terjadinya ketidaksamaan kesehatan yang selanjutnya menyebabkan ketidakadilan kesehatan.

3.3 Model Determinan Eko-Sosial Kesehatan

Dahlgren dan Whitehead (1991) dalam teori eko-sosial kesehatan menyatakan bahwa kesehatan/penyakit dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berada di lapisan lingkungan. Model ini berfokus pada faktor penentu kesehatan daripada penyebab berbagai penyakit. Fokus pada determinan kesehatan memungkinkan untuk mengembangkan strategi komprehensif terkait dengan salah satu determinan utama kesehatan (Dahlgren & Whitehead, 2021). Model determinan kesehatan menurut Dahlgren & Whitehead (1991) selengkapnya ditunjukkan pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Model Determinan Kesehatan Menurut Dahlgren & Whitehead (1991)
(Sumber : Dahlgren & Whitehead, 2021)

3.3.1 Bagian Pusat

Bagian pusat atau sentral memuat unsur yang terdiri dari:

1. Usia

Usia dapat digunakan sebagai penanda sehat seseorang dan berdampak juga terhadap lama waktu seseorang tersebut akan hidup. Jika dilihat dari golongan usia maka ada perbedaan pola penyakit. Usia balita akan sering menderita penyakit infeksi, sedangkan usia lanjut akan sering menderita penyakit kronis (Notoatmodjo, 2012). Kematian bayi terbanyak ditemukan pada usia neonatus atau dalam 28 hari pertama (Shanti, 2022).

2. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin akan menghasilkan penyakit yang berbeda. Kalangan wanita lebih banyak menderita kanker payudara, sedangkan kalangan laki-laki banyak menderita kanker prostat. Faktanya, seks dan gender “terjerat” (Springer, 2012), namun kita tetap dapat dengan mudah

melihat bahwa banyak perbedaan terkait kesehatan antara pria dan wanita lebih bersifat gender daripada terkait jenis kelamin. Laki-laki mengambil lebih banyak risiko yang akan terlibat dalam lebih banyak aktivitas yang merusak kesehatan.

3. Gen

Menurut Blum (1974) yang dipetik dari Notoadmodjo, faktor genetik meliputi sistem imunitas individu dan penyakit yang diturunkan (Notoatmodjo, 2012).

3.3.2 Lapisan Pertama

1. Perilaku

Perubahan perilaku merupakan suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Terdapat tiga tahapan untuk seseorang menerima atau mengadopsi perilaku dalam kehidupannya, yaitu; pengetahuan, sikap, dan tindakan (Notoatmodjo, 2012).

a. Pengetahuan kesehatan

Pengetahuan mencakup cara memelihara kesehatan. Indikatornya terdiri dari pengetahuan tentang sakit dan penyakit, pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, serta pengetahuan tentang kesehatan lingkungan.

b. Sikap terhadap kesehatan

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berasal dari pengalaman dan dapat mencerminkan penerimaan atau penolakan terhadap sesuatu.

c. Tindakan kesehatan

Tindakan untuk hidup sehat adalah aktivitas dalam rangka memelihara kesehatan. Faktor yang mendukung untuk terjadinya tindakan untuk hidup sehat

diantaranya yaitu ada tidaknya fasilitas dan dukungan dari pihak lain.

2. *Gaya Hidup/lifestyle*

Menurut Blum (1974) faktor gaya hidup yang dimaksud adalah meliputi sikap dan perilaku (Notoatmodjo, 2012).

3.3.3 Lapisan Kedua

Lapisan kedua pada model determinan kesehatan Dahlgren & Whitehead memuat dua unsur yaitu:

1. Dukungan sosial

Dukungan sosial memiliki efek terhadap kesehatan yang relevan, diantaranya menurunkan tingkat stres, meningkatkan harga diri, memfasilitasi perkembangan kognitif, mendorong dan mendukung perilaku kesehatan yang lebih baik, dan mengurangi kecemasan (Karademas, 2005).

2. Jejaring sosial

Jejaring sosial adalah tentang jumlah interaksi, itu penting karena menunjukkan bahwa karakteristik jaringan sosial mempengaruhi perilaku yang relevan dengan kesehatan (Fowler, 2009).

3.3.4 Lapisan Ketiga

Lapisan ketiga atau lapisan meso terdiri dari faktor pemukiman/perumahan/papan yang layak, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi tempat kerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih, dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, serta lapangan kerja yang layak (Juwita, 2021). Beberapa faktor dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Lingkungan pemukiman/tempat tinggal yang baik

Menurut Blum (1974), faktor lingkungan merupakan faktor utama yang memengaruhi kesehatan individu, kelompok,

atau masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Berbicara tentang lingkungan tidak hanya sebatas tentang kualitas perumahan/tempat tinggal tetapi juga termasuk akses transportasi, ketersediaan makanan bergizi, tingkat polusi, dan kejahatan lingkungan.

Lingkungan tempat tinggal merupakan kebutuhan dasar bagi kehidupan manusia. Pertumbuhan penduduk dapat menimbulkan masalah kepadatan populasi dan lingkungan tempat tinggal sehingga menyebabkan masalah kesehatan.

2. Ketersediaan pangan

Makan dan minum adalah kebutuhan manusia sehari-hari. Makanan dan minuman yang menyehatkan tidak perlu yang mahal, namun bebas dari kuman, bebas dari bahan kimia berbahaya, dan steril. Dalam masalah gizi buruk, masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah biasanya lebih rentan menderita gizi buruk. Tingkat ekonomi rendah sulit untuk mendapatkan makanan dengan nilai gizi yang bisa dibilang layak.

3. Kondisi tempat kerja

Tempat kerja berperan sebagai salah satu lingkungan utama yang memengaruhi determinan sosial kesehatan seorang pekerja. ketika pemilik perusahaan atau pimpinan mengabaikan hal ini maka baik pekerja maupun perusahaan atau instansi akan alami kerugian karena hilangnya produktifitas disebabkan absensi, sakit dan harus merotasi karyawan yang kondisi kesehatannya memburuk. Tempat kerja merupakan lingkungan yang memengaruhi kesehatan mental, fisik dan juga sosial para pekerjanya, sehingga sudah seharusnya perusahaan atau pimpinan bertanggungjawab memperbaiki kondisi tempat kerja dan mengurangi paparan terhadap efek buruk yang

disebabkan determinan sosial kesehatan di tempat kerjanya (Trijatna, 2023) .

4. Penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan
Menurut Blum (1974), faktor lingkungan terdiri dari sumber air, sanitasi lingkungan, pencemaran, serta sumber vektor (Notoatmodjo, 2012). Jika kehilangan sumber air bersih maka akan mengganggu kesehatan tubuh dan meningkatkan risiko untuk terjangkit suatu penyakit.
5. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu
Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yang berarti jika pelayanan kesehatan ini berkualitas dan mudah diakses atau dijangkau oleh individu atau masyarakat maka derajat kesehatan masyarakat akan meningkat, begitu juga sebaliknya. Walyani dan Purwoastuti (2015) menuliskan bahwa pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila pelayanan yang diberikan berkualitas dan mampu memberikan kepuasan bagi pengguna jasa serta dalam penyelenggaraan layanannya telah sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Astuti, et al., 2021). Pada kenyataannya, belum semua masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. masih banyak kita temukan bahwa hanya masyarakat golongan mampu yang mengakses layanan tersebut. Sebagaimana yang dituliskan (Irwan, 2018) bahwa masyarakat golongan tidak mampu lebih cenderung untuk mencari layanan non medis saat sakit, dan ini terlihat dari rendahnya angka pemanfaatan layanan rumah sakit oleh golongan tidak mampu tersebut. Menurut Wibisana (2019), faktor pendukung agar masyarakat sadar tentang pentingnya mengakses layanan

kesehatan yang tepat diantaranya adalah kemampuan ekonomi, kebijakan tentang biaya atau dana kesehatan misalnya asuransi kesehatan, perkembangan teknologi dan pengetahuan termasuk nilai yang dianut oleh masyarakat (Astuti, et al., 2021).

6. Akses terhadap pendidikan yang berkualitas

Tingkat pengetahuan melahirkan cara berfikir dan kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan untuk menjaga kesehatannya. Pendidikan akan memengaruhi perilaku seseorang dalam menjaga kesehatan. Orang yang berpendidikan mempunyai risiko lebih kecil terkena penyakit atau masalah kesehatan lainnya dibandingkan dengan masyarakat yang awam dengan kesehatan.

7. Lapangan kerja yang layak

Seseorang yang memiliki pekerjaan lebih baik untuk kesehatan daripada tidak memiliki pekerjaan. Pengangguran akan membahayakan kesehatan yaitu adanya efek psikologis dan masalah keuangan yang dibawanya. Tetapi segala aspek di tempat kerja semua penting juga untuk kesehatan. Terjadinya stres di tempat kerja memainkan peran penting dalam berkontribusi terhadap kesehatan.

3.3.5 Lapisan Terluar

Lapisan terluar terdiri dari kondisi dan kebijakan makro sosial ekonomi, budaya, politik, dan lingkungan fisik. Termasuk faktor makro antara lain kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan antar bangsa, kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian,

perubahan iklim, ekosistem, bencana alam maupun buatan. Contoh dari bencana alam buatan adalah kebakaran hutan dan pencemaran asap kendaraan (Juwita, 2021).

Berdasarkan model determinan eko-sosial kesehatan oleh Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat dilihat bahwa tingkat kesehatan dan distribusi kesehatan masyarakat ditentukan oleh beragam faktor di berbagai level kesehatan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor pada lapisan lingkungan dan sebagian besar faktor sebenarnya dapat diubah atau dimodifikasi (*modifiable factors*) (Juwita, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Annur, C. M. 2023, Februari 03. *Layanan Konsumen & Kesehatan*. Retrieved Juni 19, 2023, from databoks: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/02/03/selain-stunting-ini-deretan-masalah-gizi-yang-kerap-dialami-balita-di-indonesia>
- Astuti, A., Dewi, R. K., Azizah, N., Nardina, E. A., Lestari, R. T., Hutomo, C. S., . . . Santi, M. Y. 2021. *Mutu Pelayanan Kebidanan: Standar, Indikator, dan Penilaian*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Australian Institute of Health and Welfare. 2016. *Australia's Health 2016. Australia's health series no. 15. Cat. no. AUS 199*. Canberra: AIHW. Retrieved from <https://www.aihw.gov.au/getmedia/9844cefb-7745-4dd8-9ee2-f4d1c3d6a727/19787-AH16.pdf.aspx?inline=true>
- Bapenas. 2010. *Laporan Oencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*. Jakarta: Bapenas.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. 2021. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. In Public health. *NLM (Medline)*, 20–24.
- Fowler, N. A. 2009. Connected: The Surprising Power of our Social Networks and How they Shape our Lives, Little, Brown, New York, NY. *Journal of Cognition and Culture*, 401–403.
- Hacker, K., & Houry, D. 2022. Social Needs and Social Determinants: The Role of the Centers for Disease Control and Prevention and Public Health. *Public Health Reports*, 137(6), 1049-1052. doi:<https://doi.org/10.1177/00333549221120244>
- International Conference on Public Health*. (n.d.). Retrieved from <http://theicph.com/>: http://theicph.com/id_ID/icph/health-determinants/
- Irwan. 2018. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: CV Absolute Media.

- Javier, F. 2023, Februari 8. *Data*. Retrieved from tempo.co: <https://data.tempo.co/data/1616/angka-kematian-bayi-indonesia-menurun>
- Juwita, C. P. 2021. Retrieved Juni 20, 2023, from uki.ac.id: <http://repository.uki.ac.id/9069/1/ModulKonsepSehatdanSakit.pdf>
- Karademas, E. C.-A. 2005. Subjective well-being, demographic and intra-personal correlates. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 506-523.
- Notoatmodjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Shanti, H. D. 2022, Oktober 10. *berita*. (E. Saptiyulda, Editor) Retrieved Juni 20, 2023, from antaranews.com: <https://www.antaranews.com/berita/3170469/ibi-beberkan-72-ribu-kematian-bayi-pada-usia-neonatal>.
- Springer, K. W.-Y. 2012. Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science and Medicine*, 11, 1817-1824. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.033.
- Surjadi, C., Sunyoto, I., & Djarir, H. 2019. *Determinan Sosial Kesehatan: Panduan Belar Sendiri*. Jakarta: Penerbit Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Tarmizi, S. N. 2023, Januari 15. *Rokom*. Retrieved 2023, from sehatnegeriku.kemkes.go.id: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230115/4842206/turunkan-angka-kema-tian-ibu-melalui-deteksi-dini-dengan-pemenuhan-usg-di-puskesmas/>
- Trijatna, Z. I. 2023, Mei 3. Retrieved from LinkedIn: <https://id.linkedin.com/pulse/determinan-sosial-kesehatan-mengapa-perlu-menjadi-pertimbangan>.

BAB 4

NEGARA DAN PELAYANAN KESEHATAN (HEALTH CARE)

Oleh Andi Yaumil Bay R Thaifur

4.1 Definisi dan Konsep Pelayanan Kesehatan

4.1.1 Pengertian pelayanan kesehatan dan komponennya.

Pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai rangkaian tindakan dan layanan yang diberikan untuk mencegah, mendiagnosis, mengobati, dan mengatasi masalah kesehatan serta memulihkan kesehatan individu atau populasi. Pelayanan kesehatan merujuk pada serangkaian tindakan yang ditujukan untuk mempromosikan, mencegah, mengobati, dan memulihkan kesehatan individu atau populasi. Pelayanan kesehatan mencakup berbagai aspek, mulai dari promosi kesehatan dan pencegahan penyakit hingga diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan jangka Panjang (WHO, 2021)

Berikut adalah komponen utama dalam pelayanan kesehatan:

1. Promosi Kesehatan

Upaya untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang praktik-praktik sehat dan mempengaruhi faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Ini melibatkan kampanye edukasi, penyebaran informasi, dan pembangunan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat.

2. Pencegahan penyakit

Upaya untuk mengurangi risiko dan mencegah penyakit melalui vaksinasi, skrining, imunisasi, dan intervensi

lainnya. Pencegahan juga melibatkan promosi gaya hidup sehat, seperti makan sehat, olahraga teratur, dan menghindari kebiasaan merokok.

3. Diagnosis

Proses mengidentifikasi penyakit atau kondisi kesehatan melalui pemeriksaan medis, tes laboratorium, dan evaluasi gejala. Diagnosis yang akurat penting untuk menentukan pengobatan yang tepat.

4. Pengobatan

Tindakan medis untuk menyembuhkan atau mengelola penyakit atau kondisi kesehatan. Ini bisa melibatkan pemberian obat, terapi fisik, operasi, atau tindakan medis lainnya yang sesuai dengan diagnosis.

5. Rehabilitasi

Upaya untuk mengembalikan fungsi fisik, mental, atau sosial individu setelah penyakit, cedera, atau kondisi kesehatan yang mengganggu. Rehabilitasi meliputi terapi fisik, terapi okupasi, konseling, dan dukungan sosial.

6. Perawatan jangka Panjang

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dengan kondisi kronis atau cacat jangka panjang. Ini bisa meliputi perawatan rumah, perawatan paliatif, atau perawatan di panti jompo.

4.1.2 Konsep-konsep kunci dalam pelayanan kesehatan meliputi:

1. Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan merujuk pada kemampuan individu atau populasi untuk memperoleh layanan kesehatan yang tepat pada waktu yang tepat. Akses yang baik mencakup ketersediaan, aksesibilitas fisik, ketersediaan sumber daya, penerimaan terhadap layanan kesehatan, dan keuangan. Faktor-faktor seperti jarak geografis,

ketersediaan fasilitas kesehatan, biaya, kebudayaan, dan faktor sosial dapat mempengaruhi aksesibilitas (Frenk et al., 2010).

2. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan mencerminkan tingkat kecukupan, kesesuaian, dan keamanan pelayanan yang diberikan kepada individu atau populasi. Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur berdasarkan indikator seperti efektivitas (tingkat kesembuhan atau perbaikan), keamanan (menghindari kesalahan medis atau efek samping yang merugikan), responsif (merespons kebutuhan dan preferensi pasien), efisiensi (menggunakan sumber daya secara bijaksana), dan kesetaraan (pelayanan yang sama bagi semua individu) (Institute of Medicine, 2001).

3. Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan

Keberlanjutan pelayanan kesehatan merujuk pada kemampuan sistem pelayanan kesehatan untuk terus menyediakan layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh individu atau populasi dalam jangka panjang. Ini mencakup aspek keuangan, sumber daya manusia, infrastruktur, kebijakan, dan dukungan dari pemerintah serta masyarakat. Keberlanjutan yang baik memastikan bahwa pelayanan kesehatan tetap ada dan terjangkau dalam jangka waktu yang Panjang (WHO, 2021)

4.2 Peran Negara dalam Pelayanan Kesehatan

4.2.1 Rationale mengapa negara terlibat dalam pelayanan Kesehatan

Negara terlibat dalam pelayanan kesehatan dengan alasan yang kuat karena kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan tanggung jawab pemerintah untuk melindungi dan meningkatkan kesejahteraan warganya (WHO, 2014).

Berikut adalah beberapa alasan atau rasional mengapa negara terlibat dalam pelayanan kesehatan:

1. **Perlindungan dan pemenuhan hak asasi manusia**
Kesehatan diakui sebagai hak asasi manusia yang mendasar. Negara memiliki tanggung jawab untuk melindungi dan memenuhi hak kesehatan warganya, termasuk akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas (UN, 2015).
2. **Pengendalian penyakit dan krisis Kesehatan**
Negara memiliki peran penting dalam mengendalikan penyakit menular, mengatasi wabah atau epidemi, serta merespons bencana kesehatan dan krisis seperti pandemi. Pemerintah bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan yang efektif dan efisien dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat.
3. **Perlindungan sosial dan kesejahteraan masyarakat**
Pemerintah dapat berperan dalam melindungi masyarakat dari risiko kesehatan yang tinggi dan memberikan perlindungan sosial melalui program-program kesehatan seperti jaminan kesehatan universal, asuransi kesehatan, dan bantuan keuangan bagi mereka yang membutuhkan.
4. **Pemerataan akses dan mengurangi kesenjangan Kesehatan**
Negara dapat memainkan peran penting dalam memastikan akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan. Dengan memperhatikan kelompok rentan dan daerah terpencil, pemerintah dapat mengurangi kesenjangan kesehatan dan memastikan bahwa semua warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan.

4.2.2 Tujuan negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas

Tujuan negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat bervariasi, tetapi pada umumnya melibatkan beberapa aspek penting. Berikut adalah beberapa tujuan umum negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas:

1. Meningkatkan kesehatan masyarakat

Tujuan utama dari penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Negara berupaya untuk mencegah penyakit, mengurangi angka kematian, meningkatkan harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup warganya melalui pelayanan kesehatan yang efektif.

2. Meningkatkan akses dan keadilan

Negara bertujuan untuk memberikan akses yang merata dan adil terhadap pelayanan kesehatan bagi semua warga negara. Ini melibatkan mengurangi kesenjangan dalam akses dan memberikan perhatian khusus kepada kelompok yang rentan atau terpinggirkan.

3. Menjamin keamanan dan kepuasan pasien

Negara berkomitmen untuk menjaga keamanan pasien dan memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang disediakan memenuhi standar keselamatan yang tinggi. Selain itu, tujuan negara adalah meningkatkan kepuasan pasien dengan memberikan perhatian yang tepat, responsif, dan empatik terhadap kebutuhan dan keinginan mereka.

4. Meningkatkan efisiensi dan pengelolaan sumber daya

Negara berupaya untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang terbatas dalam sistem pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah meningkatkan efisiensi, menghindari pemborosan, mengelola anggaran dengan bijaksana, dan memastikan bahwa sumber daya yang ada

digunakan sebaik mungkin untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
(WHO, 2010)

4.2.3 Model dan pendekatan yang digunakan oleh negara dalam pelayanan kesehatan

Negara dapat menggunakan berbagai model dan pendekatan dalam penyediaan pelayanan kesehatan, tergantung pada konteks dan sistem kesehatan masing-masing negara. Berikut adalah beberapa model dan pendekatan yang umum digunakan oleh negara:

1. Model Sistem Kesehatan Universal

Model ini didasarkan pada prinsip jaminan kesehatan universal, di mana negara memberikan akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada semua warganya, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau pekerjaan. Contoh dari model ini adalah sistem National Health Service (NHS) di Britania Raya.

2. Model Asuransi Kesehatan Wajib

Dalam model ini, negara mewajibkan setiap warga untuk memiliki asuransi kesehatan dan memberikan jaminan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah atau lembaga asuransi. Negara dapat mensubsidi premi asuransi bagi penduduk dengan pendapatan rendah. Contoh dari model ini adalah sistem asuransi kesehatan wajib di Jerman (Sayedoff & Gottret, 2008).

3. Model Campuran

Beberapa negara mengadopsi model campuran di mana pemerintah bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan dasar dan asuransi kesehatan, sementara sektor swasta juga berperan dalam menyediakan layanan kesehatan. Contoh dari model ini adalah sistem campuran yang ditemukan di Kanada.

4. Pendekatan Berbasis Komunitas

Beberapa negara menerapkan pendekatan berbasis komunitas di mana pelayanan kesehatan diselenggarakan dan dikembangkan dengan melibatkan masyarakat setempat. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai bagian integral dalam perencanaan, implementasi, dan pengelolaan pelayanan kesehatan. Contoh dari pendekatan ini adalah program kesehatan masyarakat di Kuba.

(WHO, 2010)

4.3 Sistem Kesehatan Nasional

4.3.1 Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan nasional adalah kerangka kerja yang mengatur penyediaan pelayanan kesehatan di suatu negara. Hal ini mencakup aturan, kebijakan, struktur, dan proses yang mengatur cara pelayanan kesehatan disediakan, dibiayai, dan diawasi oleh negara. Tujuan utama sistem kesehatan nasional adalah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, melindungi dan mempromosikan kesejahteraan masyarakat, serta memberikan perlindungan keuangan terhadap risiko kesehatan. Sistem kesehatan nasional melibatkan interaksi antara berbagai elemen, termasuk pemerintah, lembaga kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, pasien, dan masyarakat secara keseluruhan (Bodenheimer & Grumbach, 2019).

Fungsi utama sistem kesehatan nasional meliputi:

1. Pembiayaan

Bagaimana sistem kesehatan dibiayai, termasuk pendanaan publik, asuransi kesehatan, iuran, dan kontribusi pribadi.

2. Penyediaan Pelayanan Kesehatan

Bagaimana pelayanan kesehatan disediakan, baik melalui rumah sakit, klinik, pusat kesehatan masyarakat, praktisi kesehatan primer, atau kombinasi dari semuanya.

3. Regulasi

Bagaimana sistem kesehatan diatur dan diawasi untuk memastikan standar kualitas, keselamatan, etika, dan kepatuhan terhadap peraturan.

4. Jaminan Kesehatan

Bagaimana kebijakan jaminan kesehatan diterapkan untuk memberikan perlindungan finansial terhadap risiko kesehatan dan akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan.

5. Organisasi dan Manajemen

Bagaimana sistem kesehatan dikelola dan diorganisasi untuk mencapai tujuan kesehatan yang ditetapkan.

4.3.2 Fungsi dan komponen utama dalam sistem kesehatan nasional

Fungsi dan komponen utama dalam sistem kesehatan nasional dapat bervariasi, tetapi umumnya mencakup beberapa elemen inti. Berikut adalah fungsi dan komponen utama yang umum ditemukan dalam sistem kesehatan nasional:

1. Pembiayaan

Fungsi ini melibatkan pengumpulan dana untuk pembiayaan sistem kesehatan, baik melalui pajak umum, iuran asuransi kesehatan, kontribusi pribadi, atau kombinasi dari berbagai sumber pendanaan. Tujuannya adalah untuk memastikan sumber daya yang memadai untuk penyediaan pelayanan kesehatan.

a. Pembiayaan public

Melibatkan pendanaan yang berasal dari pemerintah melalui pajak dan anggaran publik.

b. Asuransi Kesehatan

Melibatkan program asuransi kesehatan yang dikelola oleh pemerintah atau swasta untuk melindungi masyarakat dari risiko kesehatan dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

c. Kontribusi pribadi

Melibatkan pembayaran langsung dari individu untuk pelayanan kesehatan yang mereka terima.

2. Penyediaan Pelayanan Kesehatan

Fungsi ini melibatkan jaringan penyedia pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, klinik, pusat kesehatan masyarakat, dan praktisi kesehatan lainnya. Tujuan dari fungsi ini adalah untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau kepada populasi.

a. Fasilitas Kesehatan

Termasuk rumah sakit, klinik, pusat kesehatan masyarakat, dan praktek dokter.

b. Tenaga Kesehatan

Melibatkan dokter, perawat, paramedis, tenaga ahli kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

3. Regulasi dan Kebijakan

Fungsi ini melibatkan pembuatan kebijakan, regulasi, dan standar untuk mengatur dan mengawasi sistem kesehatan. Tujuannya adalah untuk memastikan kualitas, keamanan, dan etika dalam penyediaan pelayanan kesehatan, serta mengendalikan biaya dan mengarahkan penggunaan sumber daya.

a. Regulasi fasilitas Kesehatan

Memastikan standar kualitas, keselamatan, dan kepatuhan terhadap peraturan di fasilitas kesehatan.

b. Regulasi praktik klinis

Melibatkan pengawasan terhadap praktik medis, etika, dan standar klinis.

c. Pengawasan obat dan peralatan medis

Memastikan keamanan, efektivitas, dan kualitas obat dan peralatan medis yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

4. Informasi Kesehatan

Fungsi ini melibatkan pengumpulan, analisis, dan pengelolaan data dan informasi kesehatan yang relevan. Informasi ini digunakan untuk menginformasikan kebijakan, perencanaan, pengambilan keputusan, dan penelitian dalam sistem kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang masalah kesehatan dan kinerja sistem kesehatan.

a. Pengumpulan dan analisis data

Melibatkan pengumpulan, pengolahan, dan analisis data kesehatan untuk pemantauan, evaluasi, perencanaan, dan pengambilan keputusan.

b. Sistem informasi Kesehatan

Termasuk infrastruktur dan teknologi informasi yang mendukung pengumpulan dan pertukaran informasi kesehatan.

5. Sumber Daya Manusia: Fungsi ini melibatkan pengembangan, pengelolaan, dan alokasi sumber daya manusia di bidang kesehatan, termasuk pelatihan, rekrutmen, penempatan, dan pengaturan tenaga kesehatan. Tujuannya adalah untuk memastikan ketersediaan dan distribusi yang adil dari tenaga kesehatan yang berkualitas (Bodenheimer & Grumbach, 2019)

4.3.3 Peran negara dalam mengatur dan mengawasi sistem kesehatan nasional

Peran negara dalam mengatur dan mengawasi sistem kesehatan nasional sangat penting. Negara memiliki tanggung jawab untuk memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas,

terjangkau, dan terjangkau tersedia bagi seluruh populasi. Berikut adalah beberapa peran utama negara dalam mengatur dan mengawasi sistem kesehatan nasional:

1. Pembuatan Kebijakan

Negara bertanggung jawab untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang mengatur aspek-aspek seperti penyediaan pelayanan kesehatan, regulasi, pendanaan, sumber daya manusia, dan jaminan kesehatan. Kebijakan ini dirancang untuk mengarahkan dan mempengaruhi fungsi keseluruhan sistem kesehatan.

2. Regulasi dan Standarisasi

Negara memiliki peran dalam mengatur dan mengawasi penyediaan pelayanan kesehatan. Ini melibatkan pengawasan terhadap fasilitas kesehatan, praktik medis, obat dan peralatan medis, serta standar kualitas dan keselamatan yang harus dipenuhi oleh penyedia pelayanan kesehatan.

3. Pembiayaan dan Pengaturan Keuangan

Negara berperan dalam mengatur dan mengawasi pembiayaan sistem kesehatan, termasuk pendanaan publik, asuransi kesehatan, dan kontribusi pribadi. Negara juga dapat menetapkan kebijakan pembayaran, seperti sistem pembayaran berbasis upah atau sistem pembayaran berbasis hasil.

4. Penyuluhan dan Edukasi Masyarakat

Negara memiliki peran dalam memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat tentang masalah kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan. Hal ini dapat dilakukan melalui kampanye penyuluhan, program vaksinasi, dan kegiatan promosi kesehatan.

5. Monitoring dan Evaluasi: Negara perlu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap sistem kesehatan nasional untuk memastikan kinerjanya mencapai tujuan

kesehatan yang ditetapkan. Ini melibatkan pengumpulan data, analisis kinerja sistem kesehatan, dan pengembangan indikator kinerja untuk pemantauan (Bodenheimer & Grumbach, 2019)

4.4 Pendanaan Pelayanan Kesehatan oleh Negara

4.4.1 Sumber pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara

Sumber pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara dapat bervariasi tergantung pada sistem kesehatan yang diterapkan oleh masing-masing negara. Berikut adalah beberapa sumber pendanaan yang umum digunakan oleh negara dalam pelayanan Kesehatan :

1. Pajak dan Pendapatan Publik

Negara dapat menggunakan pendapatan yang diperoleh dari pajak dan sumber pendapatan publik lainnya untuk mendanai pelayanan kesehatan. Ini dapat mencakup pajak penghasilan, pajak konsumsi (seperti pajak penjualan), pajak properti, dan pajak kesehatan khusus. Pendapatan ini kemudian dialokasikan untuk membiayai program-program kesehatan yang berbeda (Blumenthal & Hsiao, 2019).

2. Asuransi Kesehatan Wajib

Beberapa negara menerapkan sistem asuransi kesehatan wajib yang mensyaratkan warga negara atau penduduk untuk membayar premi asuransi kesehatan. Premi yang dikumpulkan kemudian digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta asuransi (Thomson & Mossialos, 2017).

3. Denda dan Sanksi

Beberapa negara menggunakan denda dan sanksi sebagai sumber pendanaan untuk pelayanan kesehatan. Misalnya, denda kesehatan yang dikenakan kepada individu atau perusahaan yang melanggar peraturan kesehatan dapat

digunakan untuk membiayai program-program Kesehatan (Smith & Ginnelly, 2002).

4. Hibah dan Bantuan Luar Negeri
Negara juga dapat mendapatkan pendanaan untuk pelayanan kesehatan melalui hibah dan bantuan dari organisasi internasional atau negara-negara lain. Bantuan ini dapat digunakan untuk membiayai program-program kesehatan tertentu atau untuk memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan (Siddiqi et al., 2010).

4.4.2 Keuntungan dan tantangan dalam pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara

Berikut adalah beberapa keuntungan dan tantangan dalam pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara.

Keuntungan:

1. Universalitas Akses
Pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara dapat memastikan akses yang lebih merata dan universal bagi seluruh penduduk. Model seperti asuransi kesehatan universal atau sistem pembayaran langsung oleh negara dapat mengurangi disparitas dalam akses pelayanan kesehatan antara kelompok masyarakat yang berbeda (Carrin & James, 2004).
2. Perlindungan Finansial
Model pendanaan negara dapat memberikan perlindungan finansial kepada individu dan keluarga dari risiko keuangan yang diakibatkan oleh biaya perawatan kesehatan yang tinggi. Asuransi kesehatan universal atau sistem pembiayaan langsung oleh negara dapat membantu mengurangi beban keuangan yang tidak terjangkau oleh individu atau keluarga (Carrin & James, 2004).
3. Pengendalian Biaya dan Efisiensi

Pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara dapat memberikan kesempatan untuk mengendalikan biaya dan meningkatkan efisiensi sistem kesehatan. Dengan pengaturan dan pembayaran yang terpusat, negara dapat melakukan negosiasi harga yang lebih baik dengan penyedia layanan kesehatan, mengurangi biaya administrasi, dan mengimplementasikan kebijakan yang mempromosikan penggunaan sumber daya secara efisien (Carrin & James, 2005).

Tantangan:

1. Biaya yang Tinggi

Pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara sering kali dihadapkan pada tantangan biaya yang tinggi. Sistem kesehatan yang dibiayai secara universal membutuhkan sumber daya yang signifikan, dan pendanaan yang cukup dapat menjadi perhatian bagi negara dengan sumber daya terbatas (Carrin & James, 2004)

2. Keberlanjutan Finansial

Tantangan penting dalam pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara adalah menjaga keberlanjutan finansial jangka panjang. Negara harus memastikan kecukupan pendapatan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengorbankan keberlanjutan fiskal (Carrin & James, 2005).

3. Peningkatan Permintaan dan Beban Layanan

Pendanaan pelayanan kesehatan oleh negara dapat menghadapi tantangan dalam mengatasi peningkatan permintaan dan beban layanan kesehatan. Dalam sistem yang mencakup semua penduduk, lonjakan permintaan dapat menyebabkan kelebihan beban pada penyedia layanan dan menimbulkan penundaan dalam mendapatkan perawatan (Carrin & James, 2004).

4.5 Aksesibilitas dan Kesenjangan dalam Pelayanan Kesehatan

4.5.1 Pentingnya Aksesibilitas dan Kesenjangan dalam Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas dan kesetaraan adalah dua prinsip kunci dalam pelayanan kesehatan yang diinginkan dalam setiap sistem kesehatan nasional. Berikut ini adalah beberapa poin penting yang dapat mencakup penjelasan tentang pentingnya aksesibilitas dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan:

1. Aksesibilitas

Aksesibilitas merujuk pada kemampuan individu atau populasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan dengan cara yang mudah, terjangkau, dan tepat waktu. Pentingnya aksesibilitas dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Memastikan bahwa semua orang, terlepas dari latar belakang sosial, ekonomi, atau geografis, memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- b. Meningkatkan keadilan dalam pelayanan kesehatan dengan mengurangi kesenjangan akses antara kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda.
- c. Mendorong pencegahan, diagnosis dini, dan intervensi yang tepat waktu, sehingga membantu mengurangi beban penyakit dan meningkatkan hasil kesehatan.

2. Kesenjangan

Kesenjangan merujuk pada prinsip bahwa setiap individu memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi atau perlakuan yang tidak adil. Pentingnya kesetaraan dalam pelayanan kesehatan mencakup:

- a. Membangun sistem yang adil dan inklusif, di mana setiap individu memiliki akses yang sama ke pelayanan

kesehatan yang diperlukan, terlepas dari faktor-faktor seperti jenis kelamin, usia, etnisitas, status sosial, atau kondisi kesehatan.

- b. Memastikan bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya tersedia untuk kelompok-kelompok tertentu yang lebih beruntung atau berkecukupan secara ekonomi, tetapi juga mencakup populasi yang rentan atau marginal.
- c. Mengurangi disparitas kesehatan antara kelompok-kelompok populasi yang berbeda, sehingga mencapai hasil kesehatan yang lebih merata dan memperkuat keseluruhan sistem kesehatan.

4.5.2 Strategi Negara untuk Meningkatkan Aksesibilitas dan Kesetaraan

Untuk meningkatkan aksesibilitas dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan, negara dapat menerapkan berbagai strategi dan kebijakan. Beberapa contoh strategi yang mungkin dibahas dalam halaman ini termasuk:

1. Kebijakan Subsidi

Negara dapat menggunakan kebijakan subsidi untuk membantu mengurangi biaya akses ke pelayanan kesehatan bagi individu atau kelompok yang kurang mampu secara ekonomi. Subsidi ini dapat berupa bantuan keuangan langsung, pembebasan biaya, atau penurunan tarif pelayanan.

a. Subsidi Biaya Pelayanan Kesehatan

Negara dapat memberikan subsidi pada biaya pelayanan kesehatan, seperti biaya kunjungan dokter, obat-obatan, atau prosedur medis tertentu, untuk membuatnya lebih terjangkau bagi masyarakat.

- b. Subsidi Premi Asuransi Kesehatan

Negara dapat memberikan subsidi pada premi asuransi kesehatan untuk memastikan bahwa masyarakat dapat membayar premi dengan lebih terjangkau.
- 2. Jaminan Kesehatan

Negara dapat menyediakan program jaminan kesehatan yang melindungi semua warga negara dari risiko keuangan yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Jaminan kesehatan ini dapat mencakup jaminan pelayanan dasar, perlindungan finansial, dan jaringan pelayanan kesehatan yang meluas.

 - a. Program Jaminan Kesehatan Universal

Negara dapat meluncurkan program jaminan kesehatan universal yang memberikan perlindungan kesehatan kepada semua warga negara tanpa memandang latar belakang atau status sosial-ekonomi mereka.
 - b. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin

Negara dapat memiliki program jaminan kesehatan yang khusus ditujukan untuk masyarakat miskin atau kelompok rentan, yang memberikan akses pelayanan kesehatan yang terjangkau atau gratis.
- 3. Jaringan Pelayanan Kesehatan

Negara dapat membangun dan memperkuat jaringan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau. Ini melibatkan pembangunan infrastruktur kesehatan yang memadai, peningkatan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan, serta pengembangan sistem rujukan dan kolaborasi antara berbagai level pelayanan.

 - a. Pengembangan Infrastruktur Kesehatan

Negara dapat menginvestasikan dana untuk membangun, memperluas, atau memperbaiki infrastruktur kesehatan, seperti rumah sakit,

puskesmas, atau klinik, agar dapat mencakup daerah yang lebih luas dan meningkatkan aksesibilitas.

b. Program Pelayanan Kesehatan Komunitas

Negara dapat mengembangkan program pelayanan kesehatan komunitas yang melibatkan petugas kesehatan yang bekerja langsung di tingkat masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, penyuluhan, dan promosi Kesehatan (Saltman et al., 2007)

4.6 Regulasi dan Standar dalam Pelayanan Kesehatan

4.6.1 Peran Negara dalam Mengatur dan Menjaga Standar Pelayanan Kesehatan:

Negara memiliki peran penting dalam mengatur dan menjaga standar dalam pelayanan kesehatan. Beberapa poin yang dapat dijelaskan dalam halaman ini termasuk:

1. Pembuatan Kebijakan dan Regulasi

Negara bertanggung jawab untuk mengembangkan kebijakan dan regulasi yang mengatur praktik medis, obat-obatan, dan fasilitas kesehatan. Ini termasuk pembuatan peraturan untuk memastikan keamanan, efektivitas, dan kualitas dalam pelayanan kesehatan, serta regulasi terkait dengan lisensi dan akreditasi fasilitas kesehatan.

2. Penetapan Standar

Negara juga memiliki peran dalam menetapkan standar yang harus dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan. Standar ini mencakup aspek-aspek seperti standar kualitas pelayanan, etika medis, keamanan pasien, penggunaan obat-obatan, dan penggunaan teknologi medis. Standar ini digunakan sebagai panduan bagi penyedia layanan kesehatan untuk memastikan pelayanan yang aman, efektif, dan berkualitas.

4.6.2 Peran negara dalam mengatur dan menjaga standar pelayanan kesehatan

Peran negara dalam mengatur dan menjaga standar pelayanan kesehatan melibatkan berbagai aspek yang penting untuk memastikan kualitas, keselamatan, dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat. Berikut adalah beberapa penjelasan mengenai peran negara dalam hal ini:

- 1. Regulasi dan Standarisasi**

Negara memiliki peran dalam mengeluarkan regulasi dan standar yang mengatur praktik medis, obat-obatan, fasilitas kesehatan, dan profesi kesehatan lainnya. Regulasi ini mencakup etika, kompetensi, dan praktik yang harus diikuti oleh tenaga medis serta standar yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan. Tujuan dari regulasi ini adalah untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan dan aman bagi pasien. Contoh regulasi yang mengatur praktik medis adalah kode etik dan peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) di Indonesia.

- 2. Lisensi dan Sertifikasi**

Negara biasanya menetapkan persyaratan lisensi dan sertifikasi bagi tenaga medis dan fasilitas kesehatan. Lisensi ini menunjukkan bahwa mereka telah memenuhi standar yang ditetapkan dan memiliki kualifikasi yang diperlukan untuk berpraktik atau beroperasi. Prosedur lisensi melibatkan evaluasi kompetensi melalui ujian dan penilaian yang dilakukan oleh badan regulasi atau lembaga yang ditunjuk. Contoh dari lembaga yang mengeluarkan lisensi adalah Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) di Indonesia.

- 3. Pengawasan dan Penegakan Regulasi**

Negara memiliki peran dalam melakukan pengawasan dan penegakan regulasi terkait pelayanan kesehatan. Hal ini

meliputi inspeksi, pemantauan, dan penilaian terhadap praktik medis, fasilitas kesehatan, serta produksi dan distribusi obat-obatan. Tujuan dari pengawasan ini adalah untuk memastikan kepatuhan terhadap regulasi yang ada dan memberikan perlindungan kepada masyarakat. Jika terdapat pelanggaran, negara dapat mengambil tindakan disiplin dan memberikan sanksi sesuai dengan hukum yang berlaku (Kemkes RI, 2013).

4.6.3 Penerapan dan penegakan regulasi dalam pelayanan Kesehatan

Penerapan dan penegakan regulasi dalam pelayanan kesehatan melibatkan langkah-langkah untuk menerapkan aturan dan memastikan kepatuhan terhadap regulasi tersebut.

1. Penerapan Regulasi

Penerapan regulasi dalam pelayanan kesehatan melibatkan proses implementasi aturan dan kebijakan yang telah ditetapkan. Ini meliputi langkah-langkah seperti menyusun pedoman pelaksanaan, memberikan pelatihan kepada pihak terkait, dan memastikan pemahaman dan kepatuhan terhadap regulasi tersebut (Legido-Quigley et al., 2019).

2. Inspeksi dan Pemantauan

Inspeksi dan pemantauan merupakan langkah penting dalam penerapan regulasi dalam pelayanan kesehatan. Ini melibatkan kegiatan pengawasan, evaluasi, dan pengumpulan informasi tentang praktik medis, obat-obatan, dan fasilitas kesehatan untuk memastikan kepatuhan terhadap regulasi yang ada (Shaw et al., 2010).

3. Penegakan Regulasi

Penegakan regulasi melibatkan tindakan hukum atau sanksi terhadap pelanggaran regulasi dalam pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk memastikan kepatuhan

terhadap aturan yang ditetapkan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat (Grube, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Blumenthal, D., & Hsiao, W. 2019. Lessons from the East-China's Rapidly Evolving Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 381(12), 1185-1187.
- Bodenheimer, T. S., & Grumbach, K. 2019. *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (7th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Carrin, G., & James, C. 2004. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *Health Policy and Planning*, 19(1), 70-79.
- Carrin, G., & James, C. 2005. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 58(1), 45-64.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Zurayk, H. 2010. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Grube, D. 2020. Regulatory enforcement: Concepts, actors, and effects. In *The Palgrave Handbook of Criminology and the Global South* (pp. 623-640).
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Kemenkes RI. 2013. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Legido-Quigley, H., Pocock, N., Tan, S., Prawira, J., & Atun, R. (2019). Health systems governance for universal health coverage: a critical interpretive synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 99.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). 2007. *Decentralization in health care*. McGraw-Hill Education.

- Savedoff, W. D., & Gottret, P. (Eds.). 2008. Governing mandatory health insurance: learning from experience. World Bank Publications.
- Shaw, C., Newbury-Birch, B., McColl, K. J., & Fenwick, K. M. 2010. A framework for evaluating the impact of healthcare regulatory interventions. *Health Policy*, 97(1), 19-25.
- Siddiqi, S., Masud, T. I. M., & Nishtar, S. 2010. Framework for assessing governance of the health system in developing countries
- Smith, P. C., & Ginnelly, L. 2002. Evidence on the effect of health system reforms. In M. McKee & J. Figueras (Eds.), *European Observatory on Health Systems and Policies Series: Health Systems in Transition*. Open University Press.
- Thomson, S., & Mossialos, E. 2017. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- United Nations. 2015. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development.
- World Health Organization (WHO). 2010. The World Health Report 2010-Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage.
- World Health Organization (WHO). 2014. The Role of the Government in Health.
- World Health Organization (WHO). 2021. Health services: Sustainability of health services.

BAB 5

RUMAH SAKIT DAN PROBLEM LAYANAN KESEHATAN

Oleh Febriantika

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medis dan perawatan bagi individu yang membutuhkan. Rumah sakit memiliki peralatan medis dan tenaga medis yang terlatih untuk memberikan layanan diagnostik, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan pasien.

Rumah sakit biasanya memiliki berbagai departemen dan unit, seperti departemen bedah, departemen kebidanan dan kandungan, departemen anak, departemen penyakit dalam, departemen radiologi, unit gawat darurat, dan unit perawatan intensif. Rumah sakit juga dapat menyediakan layanan pemeriksaan laboratorium, pelayanan farmasi, dan fasilitas pendukung lainnya.

Kemenkes RI memiliki peran dalam mengatur dan mengawasi rumah sakit di Indonesia melalui peraturan-peraturan yang ditetapkan. Kementerian ini memastikan bahwa rumah sakit memenuhi standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan, termasuk standar fasilitas, standar tenaga medis, dan standar keamanan pasien.

Selain itu, Kemenkes RI juga berperan dalam mengawasi dan mengatur proses akreditasi rumah sakit. Akreditasi merupakan proses penilaian independen terhadap rumah sakit untuk memastikan bahwa rumah sakit tersebut memenuhi standar kualitas yang ditetapkan.

Rumah sakit di Indonesia juga memiliki peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk sebagai tempat rujukan bagi pasien yang membutuhkan pelayanan spesialis dan pelayanan yang lebih kompleks. Rumah sakit juga berperan dalam pendidikan dan pelatihan tenaga medis serta penelitian medis.

Namun, perlu diingat bahwa informasi ini didasarkan pada pengetahuan saya hingga September 2021. Untuk informasi terkini mengenai rumah sakit menurut Kemenkes RI, disarankan untuk mengunjungi situs web resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atau menghubungi instansi terkait.

Undang-Undang Rumah Sakit di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Undang-Undang ini memberikan landasan hukum dan pengaturan mengenai pendirian, pengelolaan, dan operasional rumah sakit di Indonesia.

Beberapa poin penting yang diatur dalam Undang-Undang Rumah Sakit antara lain:

Pendirian Rumah Sakit: Undang-Undang ini mengatur persyaratan dan prosedur pendirian rumah sakit, termasuk izin pendirian, kewajiban memiliki bangunan, peralatan medis, dan sumber daya manusia yang memadai.

Pengelolaan Rumah Sakit: Undang-Undang ini mengatur tata cara pengelolaan rumah sakit, termasuk pengangkatan direktur rumah sakit, organisasi struktur rumah sakit, serta pengaturan keuangan dan administrasi.

Pelayanan Kesehatan: Undang-Undang ini mengatur standar pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit, termasuk pelayanan dasar, pelayanan spesialis, pelayanan gawat darurat, dan pelayanan rehabilitasi.

Hak Pasien: Undang-Undang ini juga melindungi hak-hak pasien, seperti hak atas informasi, hak memilih dokter, hak atas kerahasiaan medis, dan hak mengajukan keluhan atau protes terhadap pelayanan rumah sakit.

Akreditasi: Undang-Undang ini mewajibkan rumah sakit untuk menjalani proses akreditasi sebagai bentuk penilaian independen terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Sanksi: Undang-Undang ini juga mengatur sanksi bagi rumah sakit yang melanggar ketentuan yang diatur dalam undang-undang ini

Rumah Sakit mengatur standar pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut tentang beberapa jenis pelayanan yang diatur dalam undang-undang tersebut:

Pelayanan Dasar: Rumah sakit diharuskan menyediakan pelayanan dasar yang meliputi pemeriksaan medis, pengobatan, dan perawatan pasien dengan standar yang memadai. Pelayanan dasar ini mencakup pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, radiologi, rehabilitasi, serta pemberian obat dan terapi.

Pelayanan Spesialis: Rumah sakit juga diharuskan menyediakan pelayanan spesialis yang mencakup berbagai bidang medis, seperti bedah, kebidanan dan kandungan, anak, penyakit dalam, mata, gigi, kulit, dan sebagainya. Pelayanan spesialis ini dilakukan oleh tenaga medis yang memiliki keahlian khusus di bidangnya.

Pelayanan Gawat Darurat: Rumah sakit harus memiliki unit gawat darurat yang siap memberikan pelayanan medis segera dan tanggap dalam situasi darurat. Unit gawat darurat bertanggung jawab untuk memberikan penanganan pertama kepada pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa atau membutuhkan perhatian medis mendesak.

Pelayanan Rehabilitasi: Rumah sakit diharuskan menyediakan pelayanan rehabilitasi kepada pasien yang membutuhkan pemulihan dan pemulihan fungsi setelah mengalami kecelakaan, penyakit, atau prosedur medis tertentu.

Pelayanan rehabilitasi ini dapat meliputi fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, dan pelayanan rehabilitasi lainnya.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat menghadapi beberapa masalah atau tantangan yang dapat mempengaruhi kualitas dan efektivitasnya. Beberapa masalah umum yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

Aksesibilitas: Beberapa rumah sakit mungkin tidak mudah diakses oleh masyarakat, terutama bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil atau daerah dengan infrastruktur yang terbatas. Ini dapat menyebabkan kesulitan bagi sebagian orang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Masalah aksesibilitas dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat menjadi tantangan nyata di beberapa daerah, terutama di daerah terpencil atau daerah dengan infrastruktur yang terbatas. Beberapa rincian masalah yang mungkin terjadi

Jarak yang jauh: Beberapa rumah sakit mungkin berlokasi di daerah yang jauh dari pemukiman penduduk, terutama di daerah pedesaan atau terpencil. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan bagi masyarakat untuk mencapai rumah sakit dalam waktu yang singkat. Jarak yang jauh juga dapat mempersulit pasien dalam mencari perawatan yang mendesak atau mendapatkan tindakan medis yang diperlukan.

Infrastruktur yang terbatas: Di beberapa daerah, infrastruktur jalan, transportasi umum, dan aksesibilitas fisik mungkin terbatas. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk mengakses rumah sakit dengan mudah. Jalan yang buruk, transportasi umum yang terbatas atau tidak ada, dan kurangnya fasilitas pendukung seperti jembatan atau akses transportasi lainnya dapat menjadi hambatan bagi pasien untuk mencapai rumah sakit.

Biaya transportasi: Bagi sebagian masyarakat, biaya transportasi ke rumah sakit bisa menjadi masalah. Biaya transportasi yang tinggi dapat menjadi beban finansial tambahan

bagi pasien dan keluarga mereka, terutama bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil atau berpenghasilan rendah. Hal ini dapat menghambat akses ke perawatan yang diperlukan.

Ketersediaan sarana transportasi: Di beberapa daerah terpencil, sarana transportasi umum mungkin terbatas atau bahkan tidak ada. Keterbatasan ini dapat membuat pasien sulit untuk mencapai rumah sakit, terutama bagi mereka yang tidak memiliki kendaraan pribadi. Ini dapat membatasi kemampuan pasien untuk mendapatkan perawatan medis tepat waktu.

Kurangnya fasilitas kesehatan di daerah sekitar: Di beberapa daerah terpencil, mungkin tidak ada rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang memadai. Hal ini dapat memaksa pasien untuk melakukan perjalanan jauh ke daerah lain untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan. Kurangnya akses terhadap fasilitas kesehatan di dekat rumah dapat meningkatkan hambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat waktu.

Kasus kurangnya fasilitas kesehatan di daerah terpencil atau rural merupakan suatu tantangan yang cukup besar di banyak negara, termasuk Indonesia. Berikut adalah contoh kasus yang bisa ditemukan:

Pulau Terpencil di Indonesia: Di banyak pulau kecil dan terpencil di Indonesia, fasilitas kesehatan sering kali sangat terbatas atau bahkan tidak ada sama sekali. Sebagai contoh, dalam beberapa laporan media, telah diberitakan tentang penduduk di beberapa pulau terpencil di Provinsi Maluku atau Nusa Tenggara Timur yang harus berpergian dengan perahu selama berjam-jam untuk bisa mencapai rumah sakit atau puskesmas terdekat.

Daerah Pegunungan Papua: Di Papua, terutama di daerah pegunungan yang sulit diakses, fasilitas kesehatan sangat terbatas. Masyarakat di daerah tersebut sering kali harus berjalan kaki selama sehari-hari untuk bisa mencapai puskesmas atau rumah sakit. Kasus ini sering menjadi perhatian ketika terjadi wabah

penyakit, seperti campak dan gizi buruk yang pernah terjadi di Asmat, Papua.

Daerah Perbatasan: Di daerah perbatasan Indonesia, seperti di Kalimantan dan Papua, juga sering kali terdapat keterbatasan fasilitas kesehatan. Hal ini dapat memaksa masyarakat untuk berpergian ke negara tetangga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah dan organisasi kesehatan tel.

Kapasitas Terbatas: Beberapa rumah sakit mungkin menghadapi kapasitas yang terbatas, baik dalam hal tempat tidur, peralatan medis, atau tenaga medis. Hal ini dapat menyebabkan waktu tunggu yang panjang atau kesulitan dalam mendapatkan perawatan yang tepat waktu. kualitas dan aksesibilitas perawatan kesehatan. Berikut beberapa faktor yang dapat menyebabkan kapasitas terbatas di rumah sakit.

Kejadian Luar Biasa: Situasi darurat, seperti pandemi atau bencana alam, dapat menempatkan tekanan luar biasa pada sistem perawatan kesehatan. Contohnya, selama pandemi COVID-19, banyak rumah sakit di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, mencapai atau melebihi kapasitas mereka karena lonjakan jumlah pasien yang membutuhkan perawatan intensif.

Penyakit Musiman: Wabah penyakit musiman, seperti flu, juga dapat mengakibatkan lonjakan jumlah pasien dan menempatkan tekanan pada kapasitas rumah sakit. Misalnya, selama musim flu, rumah sakit bisa melihat peningkatan jumlah pasien yang membutuhkan perawatan, yang bisa mempengaruhi kapasitas mereka.

Kurangnya Investasi dalam Infrastruktur Kesehatan: Jika tidak ada cukup investasi dalam pembangunan atau pemeliharaan infrastruktur kesehatan, rumah sakit mungkin tidak memiliki cukup tempat tidur, peralatan, atau staf untuk merawat semua pasien yang membutuhkan perawatan. Misalnya, di beberapa daerah terpencil di Indonesia, rumah sakit mungkin tidak memiliki

cukup tempat tidur atau staf medis, yang bisa mempengaruhi kemampuan mereka untuk merawat pasien.

Masalah Pendanaan: Banyak rumah sakit, khususnya yang berada di bawah pengelolaan pemerintah, sering kali menghadapi masalah pendanaan. Hal ini dapat membatasi kemampuan mereka untuk membeli peralatan baru, mempekerjakan atau melatih staf, atau mengembangkan fasilitas mereka. Misalnya, beberapa rumah sakit di Indonesia mengalami kesulitan keuangan karena keterlambatan atau kekurangan pembayaran dari program asuransi kesehatan nasional, BPJS Kesehatan.

Keterbatasan SDM: Selain faktor fisik, kapasitas rumah sakit juga bisa terbatas oleh keterbatasan sumber daya manusia, termasuk dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya. Contohnya, di beberapa daerah di Indonesia, terutama di daerah terpencil atau pedesaan, ada kekurangan dokter dan perawat, yang bisa mempengaruhi kapasitas rumah sakit untuk merawat pasien.

Kelebihan Pasien: Jika jumlah pasien yang membutuhkan perawatan melebihi kapasitas rumah sakit, ini bisa menyebabkan masalah. Ini bisa terjadi dalam situasi darurat, seperti pandemi atau bencana alam, atau bisa juga karena peningkatan populasi di suatu area.

Kurangnya Staf Medis: Jika rumah sakit tidak memiliki cukup dokter, perawat, atau tenaga medis lainnya, ini bisa mempengaruhi kemampuan rumah sakit untuk merawat pasien. Kurangnya staf medis bisa disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kelelahan, tingkat stres yang tinggi, dan tingginya turnover.

Kurangnya Peralatan dan Sumber Daya: Jika rumah sakit tidak memiliki peralatan medis yang cukup atau terbaru, atau jika mereka kekurangan sumber daya lainnya seperti obat-obatan atau tempat tidur, ini bisa mempengaruhi kemampuan mereka untuk merawat pasien.

Infrastruktur dan Manajemen: Infrastruktur yang kurang memadai, seperti ruang operasi atau unit perawatan intensif (ICU) yang tidak mencukupi, serta masalah dalam manajemen dan koordinasi, juga dapat mempengaruhi kapasitas rumah sakit.

Kualitas Pelayanan yang Bervariasi: Kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat bervariasi, tergantung pada sumber daya, manajemen, dan keahlian tenaga medis yang tersedia. Beberapa rumah sakit mungkin memiliki standar pelayanan yang rendah atau tidak konsisten, yang dapat berdampak negatif pada pengalaman pasien dan hasil perawatan.

Perbedaan kualitas pelayanan kesehatan di berbagai rumah sakit adalah realitas yang harus dihadapi di banyak negara, termasuk Indonesia. Berikut adalah beberapa kasus yang bisa dijelaskan:

Perbedaan antara Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta: Kualitas pelayanan di rumah sakit pemerintah dan swasta di Indonesia bisa sangat bervariasi. Sementara rumah sakit swasta mungkin memiliki sumber daya yang lebih baik dan staf yang lebih terlatih, rumah sakit pemerintah mungkin berjuang dengan kekurangan sumber daya dan peralatan medis yang tidak cukup. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien.

Daerah Urban dan Pedesaan: Ada juga perbedaan signifikan dalam kualitas pelayanan antara rumah sakit di daerah perkotaan dan pedesaan. Rumah sakit di daerah perkotaan cenderung memiliki akses ke teknologi medis terbaru dan tenaga medis yang lebih terlatih, sementara rumah sakit di daerah pedesaan mungkin berjuang dengan akses terbatas ke sumber daya dan kurangnya staf yang terlatih.

Rumah Sakit Besar dan Kecil: Rumah sakit dengan lebih banyak tempat tidur dan lebih banyak spesialis biasanya dapat memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit yang lebih kecil atau dengan staf yang lebih terbatas.

Rumah sakit yang lebih besar mungkin juga memiliki lebih banyak program pelatihan dan pendidikan untuk staf mereka, yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah tantangan besar yang melibatkan banyak faktor, termasuk peningkatan sumber daya dan infrastruktur, peningkatan pendidikan dan pelatihan untuk tenaga medis, dan peningkatan sistem manajemen dan pengawasan kualitas.

Keselamatan Pasien: Keselamatan pasien adalah aspek penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Namun, terkadang kesalahan medis atau infeksi rumah sakit dapat terjadi, yang dapat mengancam keselamatan dan kesehatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan faktor penting dalam layanan kesehatan. Namun, terdapat beberapa contoh kasus di mana keselamatan pasien bisa terancam, berikut ini beberapa di antaranya:

Kesalahan Medis: Kesalahan medis dapat mencakup berbagai insiden, mulai dari kesalahan diagnosis, kesalahan pemberian obat, hingga kesalahan saat operasi. Misalnya, mungkin ada kasus di mana dokter salah mendiagnosis kondisi pasien, yang bisa berakibat fatal. Atau, perawat mungkin salah memberikan dosis obat, yang bisa membahayakan pasien.

Infeksi Nosokomial: Infeksi nosokomial, atau infeksi yang didapat di rumah sakit, adalah masalah besar dalam keselamatan pasien. Misalnya, pasien yang menjalani operasi mungkin berisiko terkena infeksi jika ruang operasi atau alat-alat medis tidak steril. Selain itu, pasien yang dirawat di rumah sakit juga berisiko terkena infeksi dari kuman yang ada di lingkungan rumah sakit.

Insiden Pasien Jatuh: Pasien, terutama yang lanjut usia atau yang memiliki mobilitas terbatas, bisa jatuh di rumah sakit. Hal ini bisa terjadi jika tidak ada cukup staf untuk memantau dan membantu pasien, atau jika fasilitas rumah sakit tidak cukup aman.

Biaya dan Keuangan: Biaya perawatan di rumah sakit dapat menjadi beban finansial yang signifikan bagi sebagian masyarakat. Tidak semua orang mampu membayar biaya perawatan yang tinggi, dan ini dapat menjadi hambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Koordinasi Pelayanan: Terkadang, koordinasi antara berbagai departemen atau unit di dalam rumah sakit dapat menjadi kurang efektif. Hal ini dapat mempengaruhi kelancaran alur perawatan pasien dan komunikasi antara tim perawatan.

Masalah koordinasi pelayanan di rumah sakit memang bisa menjadi isu serius yang berdampak pada kualitas perawatan pasien. Berikut beberapa contoh kasus yang bisa terjadi:

Transfer Pasien antar Unit: Misalkan seorang pasien yang baru saja menjalani operasi perlu dipindahkan ke unit perawatan intensif (ICU). Jika koordinasi antara tim bedah dan tim ICU tidak berjalan dengan baik, bisa terjadi penundaan dalam pemindahan pasien, yang bisa mempengaruhi pemulihan pasien.

Koordinasi antar Spesialis: Pasien dengan kondisi yang kompleks mungkin memerlukan perawatan dari beberapa spesialis. Jika komunikasi dan koordinasi antara spesialis tersebut tidak efektif, bisa terjadi kebingungan dalam perawatan dan bahkan mungkin terjadi kesalahan.

Manajemen Pasien dengan Penyakit Kronis: Pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes atau penyakit jantung memerlukan perawatan yang koordinasi dari berbagai bidang, termasuk dokter, perawat, ahli gizi, dan lainnya. Jika tidak ada koordinasi yang baik, manajemen penyakit ini bisa menjadi tidak efektif.

Solusi untuk masalah koordinasi ini bisa mencakup penggunaan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, yang memungkinkan semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien untuk mengakses dan memperbarui informasi tentang pasien. Selain itu, peran koordinator perawatan juga bisa

sangat membantu. Koordinator perawatan adalah individu atau tim yang bertanggung jawab untuk memastikan semua aspek perawatan pasien terkoordinasi dengan baik.

Secara keseluruhan, sistem pelayanan kesehatan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan, mulai dari kurangnya akses ke fasilitas kesehatan di daerah terpencil, kekurangan tenaga kesehatan, kapasitas terbatas di rumah sakit, hingga isu-isu manajemen dan koordinasi. Namun, meski tantangan ini signifikan, mereka bukanlah hal yang tidak dapat diatasi.

Pemahaman yang mendalam tentang masalah-masalah ini dan penerapan strategi yang efektif dapat membantu memperbaiki sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Upaya ini dapat mencakup peningkatan investasi dalam infrastruktur kesehatan, peningkatan pelatihan dan dukungan untuk tenaga kesehatan, peningkatan akses ke asuransi kesehatan, dan implementasi teknologi informasi kesehatan untuk meningkatkan koordinasi dan efisiensi perawatan.

Kunci dari semua ini adalah komitmen dari semua pihak yang terlibat dalam sistem kesehatan, mulai dari pemerintah, petugas kesehatan, hingga masyarakat, untuk bekerja bersama-sama demi mencapai tujuan bersama yaitu sistem kesehatan yang lebih baik dan merata untuk semua warga Indonesia. Selain itu, penting juga untuk terus melakukan penelitian dan evaluasi guna memastikan bahwa upaya-upaya yang dilakukan benar-benar efektif dan berdampak positif bagi kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

BAB 6

SOSIO-ANTROPOLOGI DAN EPIDEMIOLOGI

Oleh Lukman Waris

6.1 Pendahuluan

Seorang Suku Bugis Makassar akan terangsang airliurnya apabila dihidangkan coto makassar, seorang Suku Minangkabau akan timbul selera makannya bila ditawarkan rendang padang, demikian juga dengan suku-suku lain akan menikmati makanan yang sudah menjadi menu mereka sejak masih kecil. Mereka yang terbiasa merokok akan merasa menikmati sebatang rokok setelah makan. Kesukaan dan kebiasaan mempunyai konsuekwensi terhadap kesehatan seseorang dikemudian hari. Kondisi ini yang disebut sosio-antropologi kesehatan (Shimmler, W, dkk, 1966).

Sosio-antropologi kesehatan adalah ilmu sosial dan antropologi yang membahas masalah kesehatan (Nelwan, 2022). Ada persamaan mendasar antara kedua ilmu ini dengan ilmu kesehatan masyarakat yaitu keduanya berbasis komunitas masyarakat. Ilmu epidemiologi yang membahas transmisi penyakit di komunitas masyarakat melengkapi ilmu sosial antropologi sehingga ilmu ini dikenal dengan "sosio anthropologi-epidemiologi"

Epidemiologi mempelajari masalah kesehatan masyarakat termasuk penyakit melalui pendekatan epidemiologi deskriptif dan inferensial. Pendekatan epidemiologi deskriptif menggambarkan pola penyakit berdasarkan tempat (*place*), waktu (*time*) dan orang (*person*). Gambaran pola penyakit berdasarkan orang beririsan dengan ilmu sosial-antropologi.

Pendekatan epidemiologi inperensia membahas hubungan sebab akibat antara penyebab dan faktor risiko penyakit dan faktor sosial-antropologi. Misalnya epidemiologi menemukan ada hubungan antara pendapatan dengan terjadinya diabetes melitus. Pendapatan adalah faktor sosial sehingga menanggulangi penyakit diabetes melitus karena terbiasa mengkonsumsi makanan kaya karbohidrat sehingga obesitas dengan pendekatan sosiologi.

Demikian juga dari segi antropologi, epidemiologi menemukan bahwa ada hubungan antara faktor genetika dengan terjadinya penyakit hereditas, misalnya anemia sel sabit (*sickle cell anemia*). Anemia sel sabit adalah penyakit karena terjadinya mutasi sehingga salah satu gen yang bertugas melakukan kode protein mengalami kekeliruan yang berakibat sel darah merah menjadi tidak bulat (berbentuk sabit). Kelainan ini muncul pada seorang anak karena turun dari kedua orang tua yang sama-sama memiliki sifat mutasi gen atau *autosomal resesif* (Steinberg, 2008).

Antropologi-epidemiologi merekomendasikan, penyakit hereditas dapat dihindari dengan tidak melakukan perkawinan yang masih ada hubungan keluarga. Gen kelainan hereditas umumnya bersifat resesif sehingga apabila salah satu orang tua tidak memiliki gen ini maka penyakit ini tidak akan muncul. Gen ini dikalahkan oleh sifat dominan gen normal.

6.2 Sosio-antropologi dan epidemiologi

Ilmu sosio-antropologi dan epidemiologi merupakan tiga keilmuan beririsan yang dipakai dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Terdiri dari ilmu sosiologi, antropologi dan epidemiologi yang melihat persoalan kesehatan masyarakat dari segi sosial ekonomi, budaya, keyakinan dan norma nilai yang ada di masyarakat.

6.2.1 Sosiologi kesehatan

1. Pengertian dan sejarah sosiologi kesehatan

Sosiologi berasal dari bahasa latin *socius* (kawan) dan *logos* (ilmu). Secara harfiah sosiologi mempunyai makna ilmu tentang kemasyarakatan (Bourdieu, 2008). Ilmu kemasyarakatan meliputi kehidupan, perubahan dan penyebab sosial serta segala konsekuensi perilaku manusia sebagai makhluk sosial yang saling tergantung. Sosiologi digambarkan oleh Herbert Spencer (1876) seperti tubuh manusia yaitu suatu organisasi yang terdiri dari bagian-bagian namun saling tergantung (Offer, 2019).

Sosiologi kesehatan masyarakat berakar dari sosiologi medis. Tahun 1874, Rudolt Virchow telah menerapkan ilmu sosiologi di bidang medis dengan menyarankan perbaikan ekonomi untuk pencegahan penyakit typhus karena ekonomi berperan dalam penyebaran penyakit typhus (McNeely, I. F. 2002).

Perkembangan sosiologi kesehatan yang dimulai tahun 1920 melalui kajian medika sosial dan epidemiologi sosial (Stacey, 2003) namun kehadiran ilmu sosiologi kesehatan dalam dunia kesehatan masyarakat masih relatif baru. Masih dibutuhkan banyak studi-studi sosiologi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat untuk memperkaya referensi keilmuan ini.

2. Ruang lingkup sosiologi kesehatan

Ruang lingkup ilmu sosiologi kesehatan meliputi masalah sosial berupa ekonomi, catatan sejarah, manajemen yang berkaitan dengan kesehatan. Dalam dunia kesehatan, catatan sejarah (riwayat terpapar sebuah agen penyebab penyakit) merupakan hal yang penting untuk diketahui untuk mengatasi penyebaran penyakit.

Pendekatan studi sosiologi kesehatan dilakukan dengan melihat hubungan interaksi antara kehidupan manusia sebagai

mahluk sosial dengan kejadian penyakit dan kematian. Interaksi dapat dilihat dari aspek komunitas diantaranya keluarga, pekerjaan, pendidikan, ekonomi yang sering disebut sebagai aspek sosial ekonomi.

Para ahli membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Sosiologi mengenai kesehatan lebih ke kepentingan sosiolog dalam pengembangan teori dan konsep sedangkan sosiologi dalam kesehatan lebih ke kepentingan kesehatan.

Sebuah kasus untuk membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan adalah kasus *Covid-19*. Kementerian Kesehatan menugaskan sosiolog dan ahli lain dalam ruang lingkup ilmu sosiolog (ahli kesehatan masyarakat, antropolog dan psikolog) melakukan *rapid assessment* di sarana publik dimana banyak terjadi transmisi penularan yang kemungkinan faktor sosial budaya sebagai faktor terjadinya transmisi maka hasil *rapid assessment* tersebut adalah sosiologi dalam kesehatan. Bila *assessment* dilakukan terhadap orang karena perilakunya termasuk komunitasnya serta pihak-pihak yang mempunyai komitmen dalam menanggulangi *covid-19* dengan tujuan memberikan masukan terhadap pengembangan konsep dan teori sosiologi maka kegiatan ini termasuk sosiologi mengenai kesehatan.

3. Sosiologi dalam kesehatan masyarakat

Dekade 1800-1900-an fokus kesehatan masyarakat pada penelitian bakteriologi dan imunologi untuk mencegah penyakit. Kemudian pasca tahun 1900-an bergeser ke aspek sosiologi yaitu mengatasi kemiskinan, gizi buruk, pemukiman kumuh (Raup, 1959), menyusul perkembangan *psychiatry* dan *psychopsysiological* dalam kaitannya dengan penyakit.

Perkembangan selanjutnya, para ahli kesehatan masyarakat semakin memahami bahwa kejadian penyakit

yang ada dan berkembang di masyarakat tidak terlepas dari aspek sosial sehingga dibutuhkan peran ilmu sosiologi kesehatan melakukan pendekatan sosial untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Misalnya mengatasi persoalan penyakit tidak menular yang semakin berkembang di abad ini akibat adanya perubahan sosial kemajuan teknologi yang mengubah kehidupan sosial.

Perubahan zaman pada hakekatnya terjadinya perubahan sosial. Kehadiran teknologi yang sedemikian cepat memaksa manusia untuk melakukan perubahan yang berimplikasi terhadap kehidupan sosial yang pada akhirnya berimplikasi terhadap bergesernya pola penyakit.

Terjadinya transmisi epidemiologi dari penyakit menular bergeser ke penyakit tidak menular adalah dampak perkembangan teknologi yang berimplikasi pada perubahan sosial. Sebagai contoh disaat peradaban belum menemukan *hand phone* membentuk kehidupan sosial dengan saling bertemu muka untuk melakukan transaksi. Seorang harus mengunjungi pasar apabila akan membeli sesuatu. Disaat teknologi *online* dengan sarana *hand phone* memanjakan manusia membeli sesuatu dengan "jarinya" dan tidak perlu lagi beranjak dari tempatnya. "tidak beranjak" berdampak pada kurangnya aktivitas fisik yang berdampak terhadap kesehatan.

6.2.2 Antropologi

1. Pengertian dan sejarah antropologi kesehatan

Antropologi berasal dari bahasa latin *antropos* (mahluk manusia) dan *logos* (ilmu). Pengertian Antropologi kesehatan menurut Solita (1993) adalah studi pengaruh budaya masyarakat terhadap kejadian penyakit (Muslimin, dkk, 2022). Kemudian pengertian ini berkembang menjadi studi yang mempelajari manusia dari aspek sosial budaya kaitannya dengan kejadian penyakit.

Antropologi dan sosiologi mempunyai perbedaan, antropologi menekankan kajian pada manusia dan sosiologi pada masyarakat terkait hubungan sosial, gejala dan fenomenanya (Foster, 1978)

Rudolf Vichow (1849) ahli patologi Jerman pertama mencetuskan antropologi dengan menulis struktur sosial yang mempengaruhi sehat dan sakit (Hajdu, 2005). Caudill (1953) adalah orang pertama menaruh perhatian terhadap antropologi kesehatan melalui tulisannya dengan judul “Applied Anthropology in Medicine” (Foster, 1998). Antropologi kesehatan baru menjadi subdisiplin ilmu dengan tulisan Pearsall pada tahun 1963 yang berorientasi antropologi berjudul “Medical Behaviour Science” (Pearsall, 1964).

2. Ruang lingkup antropologi kesehatan

Antropologi kesehatan mempunyai ruang lingkup dalam konteks budaya yang berkaitan dengan kesehatan. Budaya adalah istilah yang mencakup kepercayaan, kesenian, moral, hukum dan adat istiadat yang ada dalam masyarakat (Waris, 2017). Budaya yang meliputi sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia disebut kebudayaan. Tindakan kebudayaan yang dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari disebut gaya hidup.

Semua gaya hidup yang dianut oleh masyarakat dalam suatu komunitas adalah budaya misalnya kebiasaan merokok, pola makan, rutinitas berolah raga dan konsumsi alkohol. Budaya inilah yang berkaitan dengan kesehatan yang berada dalam ruang lingkup antropologi kesehatan.

Kebudayaan mempunyai tiga wujud yaitu wujud abstrak, wujud sistem sosial dan wujud peninggalan fisik berupa benda-benda seni. Wujud sistem sosial (*social system*) adalah semua aktivitas manusia yang berinteraksi, berhubungan, dan bergaul satu sama lain disetiap waktu

berdasarkan adat istiadat yang dipelihara secara turun temurun serta mengandung unsur-unsur kepercayaan (*cognitive elements*). Kebudayaan ini berpengaruh terhadap kesehatan misalnya kebiasaan merokok dan minum alkohol (*tuak*) pada adat suku Toraja disaat melakukan pesta kematian (*rambu' solo*) yang berdampak pada tingginya kasus resistensi insulin di masyarakat suku Toraja (Waris, 2017).

3. Antropologi dalam kesehatan masyarakat

Antropologi dalam kesehatan masyarakat mempunyai pengaruh penting karena “ikut andil” dalam proses terjadinya penyakit dalam masyarakat. Banyak hasil penelitian yang membuktikan bahwa antropologi kesehatan merupakan pendekatan yang dilakukan untuk bisa mengubah budaya yang bertentangan dengan kesehatan. Misalnya pada budaya masyarakat Bugis Makassar yang menempatkan makanan rasa manis dan lezat dengan nilai sangat tinggi dari segi sosial sehingga semua makanan yang akan dihidangkan setiap hari, terlebih dalam pesta adat harus mengandung unsur gula, kelapa (*santan*) dan beras (Hamdat, 2010). Maka muncullah makanan yang mempunyai status tinggi misalnya *cucuru bayao*, *coto mangkasara* dan lainnya. Budaya ini memberikan risiko masyarakat suku Bugis Makassar mengalami penyakit yang berkaitan dengan konsumsi gula dan santan diantaranya diabetes melitus dan kolesterol.

2.2.3 Epidemiologi

1. Pengertian epidemiologi

Epidemiologi berasal dari bahasa latin *epi* (menimpa), *demos* (penduduk) dan *logy* (ilmu) yang artinya kejadian yang menimpa penduduk. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang pola penyebaran penyakit atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan beserta faktor yang dapat

memengaruhi kejadian tersebut dan cara mengendalikannya (Porta, 2014).

Epidemiologi awalnya digunakan untuk pengendalian penyakit menular. Pada masa ini, para epidemiolog berusaha menemukan agen penyebab penyakit disusul terciptanya vaksin untuk "melumpuhkan" agen agar penyakit dapat dicegah. Studi selanjutnya meneliti hubungan antara manusia dengan agen. Mengetahui berapa risiko seseorang menderita sakit apabila terpapar agen penyakit. Saat ini studi epidemiologi mencari faktor penyebab penyakit yang disebut sebagai "multi faktor" diantaranya pengaruh sosial budaya.

Studi epidemiologi sudah berkembang ke epidemiologi lingkungan, injuri, kesehatan kerja, gizi dan penyakit tidak menular. Pada kejadian penyakit menular banyak terkait dengan faktor budaya dan gaya hidup termasuk perilaku sehingga ilmu epidemiologi bersinggungan dengan ilmu sosial antropologi.

2. Hubungan ilmu sosiologi, antropologi dan epidemiologi

Ilmu sosiologi, antropologi dan epidemiologi adalah tiga ilmu yang berkaitan erat dan mempunyai irisan yang luas sehingga sangat penting dalam mengendalikan penyakit. Perpaduan ketiga ilmu ini diterapkan dalam pengendalian penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit hereditas injuri, kecelakaan kerja, malnutrisi dan penyakit-penyakit berbasis lingkungan.

Pergeseran pola penyakit atau transisi epidemiologi mulai terjadi sejak tahun 1900-an dari penyakit menular ke penyakit tidak menular dan injuri. Pergeseran ini semakin memperkuat hubungan disiplin ilmu sosiologi, antropologi dan epidemiologi. Studi-studi epidemiologi dilakukan tidak hanya sebatas pada agen penyebab penyakit semata tetapi sudah meluas pada faktor manusia terutama gaya hidup. Gaya hidup sangat ditentukan oleh perilaku, budaya, nilai, status sosial

ekonomi dan aspek sosial lain yang erat kaitannya dengan sosiologi dan antropologi.

Kejadian penyakit kuru pada masyarakat suku Fore di Papua pada era tahun 1960-an disebabkan karena budaya praktek kanibalisme dimana masyarakat memakan otak mayat yang mengandung virus dari kakek nenek mereka yang sudah tua. Penyakit kuru termasuk *ransmissible spongiform encephalopathies* (TSEs) adalah penyakit yang menyerang sistem saraf dan mempegaruhi otak kecil sehingga mengganggu keseimbangan dan koordinasi tubuh. Sosio antropologi epidemiologi berperan dalam menghentikan penyakit ini karena intervensi sosial budaya melalui kebijakan pemerintah melarang masyarakat memakan otak nenek kakek mereka lagi. Saat ini penyakit kuru sudah tidak ada di masyarakat Fore Papua.

Hubungan antara budaya dan terjadinya penyakit menular sudah lama diteliti dan diketahui oleh para epidemiolog. Misalnya penyakit diabetes melitus berkaitan erat dengan sosial budaya. Negara yang masyarakatnya belum begitu maju yang masih budaya tradisional memiliki kasus diabetes melitus lebih rendah, namun di negara berkembang kasus diabetes melitus jauh lebih tinggi dan perkembangan kasus lebih cepat.

Studi epidemiologi menjelaskan bahwa ada kaitan sosial budaya terhadap kejadian diabetes melitus. Perilaku beresiko masyarakat karena dilandasi oleh sosial budaya mereka yang berdampak terjadinya obesitas sebagai pemicu terjadinya peningkatan kadar gula darah. Misalnya kurang aktivitas fisik, merokok, konsumsi makanan dengan karbohidrat tinggi dan serat rendah, kandungan lemak tinggi dan alkohol.

Pendekatan sosio-antropologi dianggap penting dalam penelitian epidemiologi untuk menanggulangi penyakit. Tiga keilmuan dianggap relevan dan mempunyai dasar yang sama yaitu sama-sama berbasis pada populasi sehingga mempunyai arsip

yang saling bersinggungan dan tidak bisa saling menggantikan namun justru saling melengkapi. Antropologi merupakan kontributor potensial untuk penelitian epidemiologi. Pendekatan kuantitatif di Epidemiologi dilengkapi dengan pendekatan kuantitatif di sosio- antropologi.

Pendekatan kuantitatif vs kualitatif sering diposisikan sebagai dua ilmu yang berseberangan yang justru sebenarnya saling membutuhkan. Pendekatan kuantitatif sebagai basis ilmu pasti alam dapat menghitung besar risiko setiap kelompok untuk menderita penyakit, disisi lain pendekatan kualitatif berbasis ilmu sosial sanggup menjelaskan mengapa risiko tersebut dapat terjadi di dalam populasi (Lapau 2015).

Atas perkembangan ilmu secara komprehensif cenderung semakin memeplihatkan besarnya peranan sosial antropologi ke dalam penelitian kesehatan. Sosial antropologi adalah pemegang kunci pintu masuk kedalam aspek sosial dan budaya suatu populasi. Sosio-antropologi sanggup memberikan solusi bagaimana menekan pengaruh sisi buruk akibat perubahan sosial ekonomi dan budaya yang merugikan kesehatan dengan menemukan informasi "sensitif dan tersembunyi" yang tidak memungkinkan bisa didapatkan dalam ilmu epidemiologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bourdeau, M. 2008. Auguste comte.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. 1978. *Medical anthropology*. John Wiley & Sons, Inc. 605 3rd Avenue, New York, NY 10016, USA.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. 1998. *The new field of medical anthropology*. The Art of Medical Anthropology: Readings, 3-9.
- Hajdu, S. I. 2005. Rudolph Virchow, pathologist, armed revolutionist, politician, and anthropologist. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 35(2), 203-205.
- Hamdat, S., 2010. *Budaya Pangan & Gaya Hidup Keluarga Makassar I*, Makassar: ASPublishing.
- Lampe, M., Waris, L., & Rajab, M. 2020. *The influence of socio-economic gender's roles towards diabetes symptoms in South Sulawesi fishermen community*. *Enfermeria Clinica*, 30, 140-143.
- Lapau, B. dan A.F.S., 2015. *Epidemiologi & Antropologi I*, Jakarta: prenatalamedia Group
- McNeely, I. F. 2002. "*Medicine on a Grand Scale*": Rudolf Virchow, Liberalism, and the Public Health. Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at University College London
- Muslimin, I., Suwarni, L., Bidullah, R., Ahmad, M., Syahrir, S., Akbar, H., ... & Widyastutik, O. 2022. *Teori Antropologi Kesehatan*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Nelwan, J. E. 2022. *Sosio-Antropologi Kesehatan*. Deepublish.
- Offer, J. 2019. *Herbert spencer, sociological theory, and the professions*. *Frontiers in Sociology*, 4, 77.

- Pearsall, M. 1964. *Cooperation in Change: An Anthropological Approach to Community Development*. By Ward Hunt Goodenough. New York: Russell Sage Foundation, 1963. 543 pp. \$6.50.
- Porta, M. (Ed.). 2014. *A dictionary of epidemiology*. Oxford university press.
- Raup, R. M. 1959. *The Indian health program, from 1800-1955*. Department of Health, Education and Welfare.
- Shimmler, W., & Neff, C. 1966. *Smoking Habits and Myocardial Infarction*. Socio-epidemiological Investigations in 473 Male and 77 Female Patients. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 108 (16), 903-15.
- Stacey, M. 2003. *The sociology of health and healing: a textbook*. Routledge.
- Steinberg, M. H. 2008. *Sickle cell anemia, the first molecular disease: overview of molecular etiology, pathophysiology, and therapeutic approaches*. *TheScientificWorldJournal*, 8, 1295-1324.
- Waris, L., Mihardja, L. K., Pratomo, H., Lampe, M., Soewondo, P., Djuwita, R., & Ronoatmodjo, S. 2018. *Understanding Pre-diabetic Life Style as a Determinant Factor of Type-2 Diabetes Mellitus in South Sulawesi Province, Indonesia*. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(3).
- Yoeantafara, A., & Martini, S. 2017. *Pengaruh Pola Makan Terhadap Kadar Kolesteroltotal*. *Jurnal Mkmi*, 13(4), 304-309.

BAB 7

JEJARING LINTAS SEKTORAL DAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

Oleh Mei Rianita Elfrida Sinaga

7.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu indikator produktivitas ekonomi seseorang di suatu wilayah. Indikator kesehatan inilah yang menjadi alasan mengapa kesehatan harus lebih dikembangkan. Untuk mengukur pencapaian pembangunan kesehatan menggunakan indeks pembangunan manusia. IPM didasarkan pada indeks dari tiga komponen: panjang usia, *lifestyle*, pemahaman terhadap standar hidup yang layak. Rata-rata IPM Indonesia tahun 2022 adalah 72,91. IPM Indonesia termasuk dalam kategori tinggi (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2023). Ada beberapa provinsi di Indonesia yang memiliki IPM lebih rendah dari Indonesia, termasuk provinsi Papua. Akibat koordinasi industri baik pusat maupun daerah, terdapat kendala dalam pelaksanaan beberapa program kesehatan. Kurangnya koordinasi ini bersumber dari ego sektoral yang membuat masing-masing sektor mengurus kepentingannya sendiri. Ketika ini terjadi, hasil perkembangan menjadi kurang optimal (Huwaيدا, 2021).

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara optimal diperlukan kerjasama multidisiplin yang optimal. Optimalisasi pembangunan kesehatan yang mendukung tercapainya tujuan menuntut terciptanya kemitraan lintas sektor dan potensi seluruh bangsa. Dalam kebijakan dan pelaksanaan pembangunan industri lain harus diperhatikan sebagai akibat dari

pembangunan kesehatan dan dukungan untuk keberhasilannya. Oleh karena itu, perlu dilakukan sosialisasi masalah kesehatan dan kerja pembangunan untuk sektor lain secara intensif dan berkesinambungan. Kerjasama antar sektor harus dilakukan mulai dari perencanaan dan penganggaran hingga pelaksanaan dan pengendalian, pemantauan dan evaluasi untuk mencapai hasil yang optimal. Prinsip kerjasama antar sektor ini dilaksanakan melalui perpaduan program internal dan eksternal di bidang kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran akan dampak kesehatan dari keputusan politik dan praktik organisasi di berbagai sektor.

7.2 Defenisi

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu program yang menopang pembangunan nasional di Indonesia yang memiliki tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dengan melibatkan berbagai pihak, dimana salah satu perwujudannya dapat dilihat dari penerapan Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Kerjasama terpadu dan saling koordinasi antara bidang kesehatan dengan bidang lain yang terkait, baik formal maupun informal, merupakan kunci keberhasilan pembangunan kesehatan. Kerjasama multidisiplin ini merupakan kolaborasi melibatkan organisasi, LSM, Pemerintah Desa dan dunia usaha terkait. Kerjasama ini dapat diwujudkan atas dasar saling pengertian dan saling keterbukaan antar cabang terkait operasionalnya. Kolaborasi ini merupakan upaya untuk mengintegrasikan pelaksanaan upaya kesehatan wajib serta pengembangan inovatif ke dalam berbagai program LSM terkait di tingkat pusat, daerah, kabupaten atau desa.

Dalam menyusun rencana pembangunan bidang kesehatan nasional dan jangka menengah, pemerintah memberikan arti penting bagi pembangunan kesehatan. Namun, pandemi COVID-19 meningkatkan risiko masalah kesehatan yang ada karena

Indonesia perlu menerapkan tujuan seperti peningkatan kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, serta penguatan sistem kesehatan. Pemerintah harus bertindak untuk mengurangi dampak COVID-19, terbukti dari pengalaman beberapa negara, antara lain memperkuat layanan kesehatan, melindungi masyarakat dan dunia usaha, menekan sektor keuangan dan mengembangkan program pemulihan bagi masyarakat yang tangguh secara ekonomi. Kehidupan Setelah Pandemi (Rahmawati, 2020).

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2018 meningkat dengan menggunakan ukuran IPKM, dan terdapat disparitas pembangunan kesehatan antara daerah negara/kota wilayah barat Indonesia dan wilayah timur Indonesia (Shobiha and Yuniasih, 2022).

7.3 Dasar pemikiran

Pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa variabel: Tingkat pengangguran berpengaruh negatif terhadap IPKM, sedangkan pembangunan manusia, pengeluaran pemerintah untuk pelayanan kesehatan dan akses internet berpengaruh positif terhadap IPKM di Indonesia. atau sama dengan IPKM nasional. Pembangunan kesehatan dapat ditingkatkan dengan optimalisasi magang untuk menciptakan tenaga kerja produktif dengan penghasilan yang cukup, optimalisasi program Indonesia Pintar, optimalisasi pelaksanaan anggaran kesehatan, percepatan pemerataan pembangunan infrastruktur internet, dan juga peningkatan literasi masyarakat (Shobiha and Yuniasih, 2022).

Selain itu perlu juga dilakukan kerjasama lintas sektoral atas dasar pemikiran peraturan perundang-undangan, kerjasama, standar kerja, kebijakan-kebijakan baik tersurat maupun tersirat,

saling memberikan manfaat terhadap kedua belah pihak, jaminan kesepakatan.

7.4 Manfaat

Kerjasama lintas sektoral ini dilakukan untuk memberikan manfaat:

1. Mendorong tercapainya perencanaan operasional yang sukses
2. Menyediakan penjelasan teknis program
3. Menghasilkan kebijakan pelaksanaan pelayanan kesehatan
4. Memberikan manfaat bagi kedua belah pihak yang merencanakan program
5. Memberikan perizinan dalam rujukan
6. Memberikan kontribusi fasilitas, sarana dan dana
7. Sebagai dokumen dalam perizinan dan kegiatan
8. Menyediakan sumber informasi untuk pembuatan kebijakan agar tercapai hasil yang diharapkan (Manalu *et al.*, 2014).

7.5 Tujuan

Kerjasama ini dilakukan dengan tujuan:

1. Meningkatkan partisipasi masyarakat
2. Meningkatkan kesehatan melalui kemitraan pemerintah dengan LSM dan masyarakat
3. Program pengembangan partisipasi masyarakat diketahui pada masing-masing bidang yang relevan dan dipahami oleh kedua belah pihak
4. Adanya saling pengertian tentang peran masing-masing sektor untuk saling mendukung dalam mendorong partisipasi masyarakat

Pembangunan kesehatan kurang optimal karena dukungan lintas sektor kurang optimal. Masih ada beberapa program sektoral

yang memiliki sedikit atau tidak ada bukti terkait kesehatan sehingga berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pendekatan multisektoral diperlukan untuk menghitung dampak kesehatan masyarakat dari program ini.

7.6 Prinsip dasar Kerjasama lintas sector

Dalam melakukan kerjasama lintas sektor sesuai dengan prinsip berikut.

1. Kesetaraan: setiap mitra patut dihormati, diakui kemampuannya dan dipercaya penuh
2. Keterbukaan: saling terbuka, percaya dan jujur, perjanjian terbuka
3. Saling menguntungkan: memberi manfaat lebih pada semua pihak

7.7 Tahapan Pelaksanaan

Pelaksanaan kerjasama lintas sektoral ini dapat dilakukan dengan tahapan:

1. Identifikasi dengan mendeskripsikan dengan jelas karakteristik jejaring yang dibutuhkan dan menetapkan siapa atau pihak mana saja yang terlibat dalam jejaring
2. Sosialisasi tentang program
3. Penyamaan persepsi dengan menemukan dan terlibat dengan mitra potensial dalam jejaring, berbagi gagasan dan partisipasi dalam rangka mencapai tujuan bersama, menyamakan persepsi, membangun hubungan baik dan kepercayaan di antara anggota
4. Pengaturan peran
5. Komunikasi intensif
6. Melakukan kegiatan/implementasi dengan membangun komitmen untuk bersama-sama mengupayakan agar jejaring dapat berfungsi dengan efisien dan efektif

7. Pemantauan dan evaluasi dengan kristalisasi dan konkretisasi nilai-nilai moral, etika dan disiplin antar jejaring, mengkonsolidasikan /kolaborasi untuk memperoleh manfaat yang sudah disepakati pada tahapan sebelumnya dan mengambil peluang untuk mencapai hasil yang maksimal.

Institusi/instansi yang terkait dalam lintas sektoral kesehatan yaitu:

1. Legislatif
2. Pemerintah daerah
3. Instansi Terkait
4. Pustu
5. Puskesmas keliling
6. Bidan/paramedis/dokter yang ditugaskan
7. Puskesmas
8. Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten
9. Pendidikan Negeri/Swasta
10. BKKBN/Bapermas
11. Wilayah (Desa, RT, RW, Kecamatan, Kabupaten)
12. PT/CV
13. Masyarakat termasuk organisasi kemasyarakatan/TOGA/TOMA

Misalnya, dalam memerangi malaria yang melibatkan semua sektor terkait seperti perikanan dan kelautan, peternakan, pertanian dan swasta, pemerintah daerah Batam dan otoritas harus mengatur hubungan kemitraan untuk menghilangkan malaria dari Batam. sesuai dengan peraturan daerah (Manalu *et al*, 2014).

Tabel 7.1. Peran Lintas Sektor di Bidang Kesehatan

No	Lintas Sektor	Uraian Tugas
1	Camat	a. Mengakomodir kerjasama interdisipliner b. Dukungan pelayanan kesehatan puskesmas c. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan
2	Polisi Sektor	a. Mengkoordinasikan upaya pencegahan insiden yang membutuhkan perawatan medis seperti: kecelakaan, pembunuhan, kematian mendadak di lokasi kegiatan b. Mengkoordinasikan persiapan otopsi dan laporan c. Mengkoordinasikan upaya pencegahan bencana d. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan
3	Bintara Pembina Desa	a. Koordinasi terkait masalah keamanan dan Penanggulangan Bencana (Siaga Bencana) b. Sektor unggulan kegiatan KB-Kes adalah TNI Manunggal, KB-Kes dan Safari KB c. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan
4	Lurah	a. Kontribusi terhadap layanan

No	Lintas Sektor	Uraian Tugas
		kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat b. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan c. Merencanakan kegiatan program kesehatan bersama Pos Pelayanan Terpadu Balita dan Lansia, PSN, Prolanis, dll. d. Berpartisipasi dalam pengaktifan kegiatan Desa Siaga e. Membuat surat keputusan tentang penetapan posyandu dan kader aktif
5	Sekolah	a. Mengkoordinasikan pelaksanaan imunisasi anak sekolah b. Pemeriksaan kesehatan anak sekolah c. Mengkoordinasikan pelaksanaan kesehatan gigi bagi anak sekolah seperti penyuluhan kesehatan gigi, demo sikat gigi dan pemeriksaan gigi d. Koordinasi pelaksanaan kesehatan di sekolah e. Mengkoordinasikan program edukasi: layanan kesehatan pada organ reproduksi, narkoba, HIV/AIDS f. Mengkoordinasikan pemeriksaan kebersihan TTU di lembaga pendidikan (TK, SD/MI, SMP dan SMA/SMK)

No	Lintas Sektor	Uraian Tugas
		g. Bersama melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), sebagai kader jumantik muda di Sekolah
6	PKK	a. Melakukan pelatihan dan mendorong masyarakat untuk melaksanakan pembangunan kesehatan meliputi kegiatan di bidang promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, KIA/KB, Gizi, JKN, P2M melalui kegiatan kelompok b. Menggerakkan kegiatan dasa wisma c. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat tentang pelayanan kesehatan
7	Kader	a. Mengkoordinasikan kegiatan Posyandu Balita dan Lansia, Posbindu, Jumantik, Survei Area Perumahan dan Lingkungan b. Mendorong partisipasi masyarakat c. Mendukung operasional puskesmas seperti pengumpulan data, survei, dll d. Membantu petugas puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan e. Memberikan dukungan bagi ibu hamil yang berisiko tinggi f. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat tentang pelayanan kesehatan
8	RT/RW	a. Mendorong partisipasi masyarakat

No	Lintas Sektor	Uraian Tugas
		b. Memberikan dukungan terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas c. Membantu petugas puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas d. Memberikan masukan, harapan dan kebutuhan masyarakat tentang pelayanan kesehatan

7.8 Masalah Publik terkait jejaringa lintas sektoral

1. Di bidang kesehatan
 - a. Mendorong partisipasi masyarakat
 - b. Meningkatkan derajat kesehatan
 - c. Pelayanan kesehatan
 - d. Kondisi keberadaan lingkungan kesehatan fisik, biologis, kemasyarakatan
 - e. Termasuk ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan, keamanan
 - f. Perilaku masyarakat tentang kesehatan
2. Gaya hidup sehat
Pendekatan kebijakan lintas sektoral diperlukan dalam implementasinya.
3. Kesulitan dalam menentukan nota kesepahaman
4. Ada banyak aturan yang harus disetujui kedua belah pihak
5. Menetapkan kebijakan terlalu prosedural
6. Sumbangan sarana dan prasarana
7. Memakan waktu yang lama
8. Pencatatan dan pelaporan sesuai dengan instruksi kerja

7.9 Tantangan

Membangun kerjasama lintas sektoral bukanlah hal yang mudah. Tantangan yang jauh lebih sulit adalah menggabungkan beragam keterampilan, energi, sumber daya dan komitmen anggota untuk membangun jejaring yang efektif. Membangun jejaring yang efektif membutuhkan modal sosial, antara lain:

1. Membangun dan memelihara hubungan
2. Kelola jaringan dalam lingkungan non-hierarkis
3. Kelola kompleksitas dan keragaman serta pahami motif, peran dan tanggung jawab

7.10 Implikasi

Pada kasus stunting yang saat ini menjadi isu terkini, pemerintah Indonesia telah berupaya melakukan tindakan pencegahan melalui lintas sektor secara vertikal dengan cara sinkronisasi kebijakan mulai dari pemerintah pusat sampai tingkat desa, sedangkan secara horizontal setiap level pemerintah berkoordinasi dengan lintas bidang. Adanya kebijakan pemerintah memberikan dampak positif dalam menurunkan angka stunting meskipun masih jauh dari target 30,8% (Ulfah and Nugroho, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Indonesia. 2023. *Statistik Indonesia 2023*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Huwaida, N. 2021. *Analisis koordinasi antara sektor dalam proses pembangunan kesehatan di Indonesia*. Jakarta.
- Manalu, H. S. P. *et al.* 2014. 'Peran tenaga kesehatan dan kerjasama lintas sektor dalam pengendalian malaria', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 13(1), pp. 50–58.
- Rahmawati, T. 2020. 'Pengarusutamaan konsep reformasi sistem kesehatan dalam RKPD Provinsi Riau Tahun 2021', *Majalah Media Perencana Perkumpulan Perencana Pembangunan Indonesia*, 1(1), pp. 82–96.
- Shobiha, S. M. and Yuniasih, A. F. 2022. 'Pengidentifikasian determinan pembangunan kesehatan di Indonesia Tahun 2018', *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 13(1), pp. 71–88.
- Ulfah, I. F. and Nugroho, A. B. 2020. 'Menilik tantangan pembangunan kesehatan di Indonesia: Faktor penyebab stunting di Kabupaten Jember', *Sospol: Jurnal Sosial Politik*, 6(2), pp. 201–213.

BAB 8

KESEHATAN LINGKUNGAN KERJA: PENDEKATAN SOSIOLOGIS

Oleh Romi Mesra

8.1 Pendahuluan

Karena teori humor Galen bertujuan untuk menjelaskan penyakit sebagai hubungan dialektis antara konstitusi tubuh dan risiko lingkungan atau sosial, interaksi antara lingkungan dan kesehatan manusia telah relevan dengan kedokteran. Sementara teori kuman dan model medis penyakit melemahkan dialektika ini, pertumbuhan kesehatan masyarakat di era Victoria memperkuat kekhawatiran humoralis tentang pengaruh lingkungan terhadap kesehatan. Hubungan kesehatan manusia dengan lingkungan sosial dan fisik masih signifikan dalam kesehatan masyarakat, epidemiologi, kesehatan lingkungan, dan perlindungan kesehatan saat ini (Wangi, Bahiroh and Imron, 2020).

Sementara itu, sosiologi telah mengembangkan minat yang berbeda baik dalam kesehatan maupun lingkungan, dengan kesehatan dan penyakit menjadi sub-spesialisasi sosiologis yang paling signifikan dan semakin banyak spesialis perubahan iklim. Sosiolog akhir-akhir ini lebih tertarik pada hubungan antara lingkungan dan kesehatan, sebagaimana dibuktikan dengan pembentukan kelompok penelitian Asosiasi Sosiologi Inggris, konferensi satu hari pada tahun 2016, dan makalah dalam edisi ini. Konsekuensi kesehatan negatif dari lingkungan binaan perkotaan dan pedesaan, serta studi tentang perilaku berisiko yang berhubungan dengan lingkungan, environmentalisme, dan efek

kesehatan dari perubahan iklim, semuanya telah diselidiki (Fox and Alldred, 2016).

8.2 Kesehatan Lingkungan Kerja: Pendekatan Sosiologis

Ilmuwan sosial telah membahas tantangan lingkungan dan ekologi dalam berbagai cara, seringkali membedakan antara lingkungan fisik dan biologis dan lingkungan sosial dan budaya. Sosiolog telah menggunakan definisi yang luas tentang lingkungan sebagai latar belakang kegiatan sosial, di mana 'lingkungan' didefinisikan sebagai segala sesuatu yang bukan tubuh manusia, hasil agensi manusia, atau ciptaan manusia. Mereka mempelajari hubungan antara peradaban dan lingkungan, dengan fokus pada bagaimana mengubah lingkungan alam demi keuntungan umat manusia, seperti mengatur pasokan air atau makanan, atau meningkatkan kesehatan manusia (Halajur, 2019).

Dalam bentuk aslinya, ini disebut sebagai 'paradigma pengecualian manusia (atau pengecualian)' oleh Catton dan Dunlap, pemisahan mendasar antara manusia dan dunia hewan lainnya, dengan budaya menjadi kualitas unik manusia yang lebih bervariasi dan mampu berubah lebih cepat daripada sifat biologis murni; bahwa manusia memiliki kebebasan memilih, hanya tunduk pada faktor sosial dan budaya; dan bahwa kecerdikan dan pemecahan masalah manusia menunjukkan perkembangan kumulatif yang dapat terus berkembang tanpa batas (Mesra, 2023).

Dari sudut yang berbeda, ilmuwan sosial berusaha memahami peran lingkungan fisik dalam membentuk keberadaan manusia: misalnya, karakteristik iklim dan geologi yang menentukan stabilitas budaya atau peristiwa lingkungan seperti banjir yang sering terjadi; perubahan iklim jangka panjang yang mempengaruhi usaha manusia; atau efek psikologis dan sosial dari lingkungan. Mereka berkontribusi pada perdebatan tentang dampak lingkungan pada manusia dengan menekankan mediasi

sosial, psikologis, dan budaya dari hubungan antara kesehatan dan kesehatan yang buruk dan lingkungan material, dan mereka memberikan wawasan kritis ke dalam pemahaman publik dan konstruksi bahaya lingkungan.

Terakhir, para sosiolog telah mengatasi kekhawatiran bahwa 'lingkungan' sebagai suatu sistem secara bertahap dirugikan oleh aktivitas sosial dan ekonomi manusia sejak tahun 1990-an. Selain itu, planet ini sekarang harus dilindungi dari kerusakan akibat era 'antroposen' di mana aktivitas manusia secara bertahap memengaruhi (mungkin tidak dapat diubah) ciri-ciri fisik planet kita. Ahli teori sosial mempelajari kekhawatiran dan hambatan yang dihadapi para ilmuwan ketika menyarankan penyesuaian budaya atau perilaku untuk mengatasi risiko dari lingkungan, dan mengembangkan teknik untuk mengukur secara kuantitatif kepedulian orang terhadap ancaman lingkungan dan 'kesadaran ekologis'. Karya ini pada dasarnya mewakili apa yang disebut Dunlap dan Catton sebagai 'paradigma ekologis baru', di mana manusia, meskipun tetap terpisah dari alam lainnya, adalah bagian dari ekosistem global yang diatur oleh 'hukum ekologis' yang sama (Herlina, 2017).

Sudut pandang sosiologis tentang 'lingkungan' ini menjadi lebih nyata ketika berhadapan dengan interaksi antara 'lingkungan' dan 'kesehatan manusia'. Untuk interaksi ini, kami dapat mengidentifikasi lima model terpisah yang dapat digunakan dalam disiplin sosial dan medis. Pertama, variabel lingkungan seperti banjir, kekeringan, dan perubahan iklim dianggap membahayakan kesehatan manusia. Ini adalah kepercayaan umum dalam kesehatan masyarakat dan literatur ilmu sosial terkait bahwa lingkungan adalah tempat yang berpotensi berbahaya penuh dengan risiko bagi individu yang tidak menaruh curiga (Herniwati *et al.*, 2022).

Hasil khas dari sudut pandang ini adalah upaya untuk menemukan solusi ilmiah, teknis, atau sosial untuk tantangan

lingkungan ini. Kedua, perubahan lingkungan telah dipandang sebagai metode untuk meningkatkan kesehatan manusia. Ini adalah kebalikan dari sudut pandang pertama, dan memerlukan intervensi manusia terhadap lingkungan yang berisiko, seperti mengembangkan metode penanaman tanaman pangan yang lebih efektif dan efisien, memperbaiki lingkungan yang dibangun untuk menyediakan sanitasi, atau membangun pertahanan terhadap bahaya alam seperti banjir.

Ketiga, para peneliti telah menyadari bagaimana kemajuan dalam kesehatan dan kesejahteraan membahayakan lingkungan dengan merusak atau mengosongkan sumber daya alamnya, seperti melalui peningkatan populasi secara eksponensial, pembangunan ekonomi, atau teknik pertanian yang tidak berkelanjutan. Jawaban ilmu sosial yang kritis terhadap hal ini telah memperdebatkan pentingnya menggabungkan ketahanan lingkungan ke dalam pembangunan sosial dan mengakui sumber daya Bumi yang terbatas.

Perspektif keempat adalah bagian dari yang ketiga, mengatasi dampak lingkungan negatif dari perawatan kesehatan manusia, seperti polusi limpasan dari pabrik farmasi, estrogen dari kontrasepsi, dan bahkan air limbah yang mengandung obat kumur anti-bakteri, yang memiliki dampak negatif pada kesehatan. kehidupan sungai. Pendekatan dalam hal ini adalah menciptakan upaya yang ditujukan untuk mengurangi dampak lingkungan negatif dari sistem layanan kesehatan.

Akhirnya, beberapa perspektif holistik yang diilhami 'Gaia' melihat manusia sebagai bagian dari sistem alam yang mengatur diri sendiri. Seiring waktu, ini akan mengkompensasi eksekusi sosial dan ekonomi manusia, mungkin cukup substansial, dan dengan cara yang mungkin memiliki efek yang sangat parah bagi kesehatan manusia, termasuk penurunan populasi secara radikal atau bahkan kepunahan. Kelima sudut pandang ini semuanya memiliki implikasi konflik manusia/lingkungan (Fajar, 2022).

Kecuali yang terakhir, orang-orang dan kesejahteraan mereka menempati tiang yang disukai oposisi. Yang kelima adalah gambaran dystopian tentang bagaimana lingkungan akhirnya akan menyerang balik merusak manusia, memulihkan dominasi alam atas peradaban manusia, dengan usia manusia yang merupakan periode singkat dalam sejarah Bumi. Meskipun polaritas hak istimewa dibalik dalam kasus ini, dualisme yang mendasari manusia/lingkungan tetap ada.

Terlepas dari perubahannya dari paradigma eksepsionalis menjadi paradigma ekologis, ilmu sosial pada dasarnya tetap bersifat antroposentris, dengan umat manusia sebagai pusat fokusnya. Dikotomi antroposentris ini mungkin sangat tertanam dalam pemikiran ilmu sosial, dengan 'alam' secara filosofis dan politik dianggap sebagai 'Yang Lain' dari budaya. Secara historis, dualisme budaya/alam telah menjadi sarana yang berguna untuk membatasi kepentingan ilmu sosial dan ilmiah. Kami berpendapat, bagaimanapun, bahwa model interaksi lingkungan/kesehatan yang mempertahankan perbedaan atau oposisi antara manusia dan lingkungan - dengan lingkungan, seperti yang dicatat oleh Walker, 'secara konseptual berada di bawah masyarakat' - membatasi kemampuan kedua ilmu sosial tersebut untuk menganalisis interaksi ini dan kemampuan kesehatan masyarakat untuk campur tangan (Nugraheni, Wiyatini and Wiradona, 2018).

Ada alasan lebih lanjut untuk mempertanyakan dualitas manusia/lingkungan. Haraway melihat dominasi antroposentris manusia dibangun di atas kolonialisme, seksisme, dan eksploitasi kapitalis atas alam untuk kepentingan budaya semata.³⁶ Untuk menantang hak istimewa ini, dia mengusulkan untuk meruntuhkan Tembok Berlin antara dunia objek dan manusia, menunjukkan bahwa alam dan budaya secara intrinsik terkait dalam semua tubuh.³⁷ Kepentingan manusia, menurut Braidotti, terkait erat dengan kepentingan makhluk hidup lain dan Bumi fisik.²⁰ Dia mempromosikan proyek 'pascamanusia' alternatif sebagai

landasan bagi filosofi eko yang mungkin membangun kesinambungan antara materi manusia dan bukan manusia, serta etika posthuman untuk partisipasi lingkungan berdasarkan pemahaman baru tentang keterkaitan lingkungan dan manusia.

Walker menyatakan bahwa sosiologi tidak dapat berinteraksi secara efektif dengan masalah lingkungan karena gagal memahami sifat ganda manusia sebagai budaya dan biologis. Solusinya, menurut pendapatnya, terletak pada sintesis sosiologi lingkungan dan antropologi budaya, dengan tujuan menggabungkan biologi yang lebih besar. dan aspek lingkungan ke dalam pemahaman budaya manusia. Dengan nada yang sama, Stevens mengadvokasi "ekososiologi" yang mengakui keadaan lingkungan sebagai bagian dari pengalaman perwujudan manusia untuk "membantu umat manusia dalam memahami perannya yang unik, tetapi tidak dominan, dalam sistem global."

Namun, tak satu pun dari pemikir ini mencoba solusi ontologis yang berani untuk menembus dualitas alam/budaya yang mengadu domba manusia dengan lingkungan. Ini adalah pergeseran ontologis yang kami usulkan di sini. Materialisme 'baru' yang muncul dalam ilmu-ilmu sosial dan humaniora selama 20 tahun terakhir memberikan ontologi 'monis' yang tidak membedakan antara lingkungan dan manusia, dan karena itu menjadi dasar bagi teori lingkungan dan pasca-antroposentris dan pasca-manusia. kesehatan. Hal ini dicapai melalui dua langkah: yang pertama adalah perubahan dari esensialisme ke relasionalitas, dan yang kedua adalah mengenali kemampuan entitas non-manusia, organisasi, dan bahkan gagasan untuk berdampak (kualitas yang secara tradisional dikaitkan terutama dengan manusia dalam sosiologi melalui konsep 'agen') (Mesra *et al.*, 2023).

Dalam kaitannya dengan relasionalitas, materialisme baru menegaskan bahwa tidak ada entitas tetap yang sudah ada sebelumnya seperti manusia, hewan, bakteri, minyak dan batu bara, kondisi atmosfer, iklim, garis pantai, sistem ekonomi dan

politik, dan semua aspek dunia lainnya yang mungkin menjadi bagian dari acara 'lingkungan' atau 'kesehatan'. Sebaliknya, semua materialitas yang berbeda ini bersifat relasional, memperoleh bentuk dan kesinambungan hanya melalui interaksi mereka yang beragam dan dinamis dengan koneksi material lainnya. Ke dalam daftar materialitas ini, kita harus menambahkan hubungan ekspresif yang berasal dari pikiran manusia, budaya, dan masyarakat, seperti kepercayaan, keinginan, dan nilai, ide dan perasaan, gerakan dan institusi politik, ideologi dan wacana, dan sebagainya, yang kesemuanya itu dapat mempengaruhi secara material konstituen lain dari 'himpunan' relasional. Menurut sudut pandang ini, semua kejadian atau interaksi harus dilihat sebagai kumpulan hubungan yang saling berinteraksi: Sebagai kumpulan - dan karena itu dunia (sosial dan alam) - bergabung dan pergi, hubungan (tubuh, objek, institusi sosial, dan konstruksi) bergabung dan pergi (Nurbaeti, 2022).

Atas dasar perluasan 'keagenan', materialisme baru mengakui bahwa semua materialitas yang beragam di dalam kumpulan memiliki kemampuan untuk mempengaruhi, atau dipengaruhi oleh, hubungan-hubungan yang dibangun lainnya: manusia tidak lagi menjadi penggerak utama dalam ontologi ini. Clough berpendapat bahwa apa yang dapat dicapai oleh kumpulan (dan konstituen interaksi manusia dan non-manusia) ditentukan oleh 'ekonomi' kolektif dari pengaruh di dalamnya. Akibatnya, apa yang dapat dicapai oleh suatu hubungan (kemampuannya) berkembang melalui interaksinya dengan koneksi lain daripada dari fitur bawaan atau dasarnya.

Ini menyiratkan bahwa luasnya kapasitas hubungan apa pun - apakah manusia, benda biologis lain, atau bagian fisik dari lingkungan - akan ditentukan oleh keragaman hubungannya. dan kapasitas untuk mempengaruhi atau dipengaruhi, topik penting yang akan kami kembalikan di bagian berikut saat membahas pembuatan kebijakan. Kedua klaim ini membangun monisme

materialisme modern: tidak ada lagi perbedaan antara manusia dan 'lingkungan' mereka: seluruh alam dan dunia sosial adalah lingkungan, tidak ada yang berada di luarnya.

Ketika diterapkan pada penelitian empiris, monist ontologi hubungan, kumpulan, dan pengaruh ini menggantikan multiplisitas teori sosial yang telah digunakan untuk menjelaskan produksi dan reproduksi budaya manusia (yang mencakup ilmu pengetahuan dan perawatan kesehatan dalam definisi yang paling luas) dengan sederhana. fokus pada interaksi antara kekuatan material dan kapasitas yang dihasilkan. Materi harus diselidiki bukan untuk apa adanya, tetapi untuk apa fungsinya: hubungan apa yang diciptakannya saat ia memengaruhi dan dipengaruhi, dan konsekuensi apa yang dihasilkan dari interaksi emosional ini.

Jika peristiwa atau kumpulan harus dihargai secara positif, itu tidak lagi dalam hal memprioritaskan agensi manusia atau cita-cita humanistik, tetapi dalam menilai spektrum kemungkinan yang dapat diciptakan oleh efek kumpulan dalam berbagai interaksinya.⁴⁵ Sekarang kita akan melihat sketsa relevan dengan pekerjaan profesional kesehatan masyarakat untuk memeriksa implikasi praktis dan penelitian dari paradigma materialis baru ini untuk sosiologi lingkungan dan kesehatan.

Konsekuensi variabel lingkungan terhadap kesehatan masyarakat berkisar dari pestisida hingga polusi udara hingga radiasi, termasuk efek polutan lalu lintas jalan pada kesehatan anak-anak. Pertimbangkan upaya kebijakan hipotetis oleh petugas kesehatan masyarakat di dewan kota Inggris untuk meningkatkan kesehatan anak dari jenis yang diusulkan oleh WHO untuk menyelidiki bagaimana sosiologi materialis dapat mendekati hubungan ini. Upaya ini bertujuan untuk membatasi jumlah kendaraan bermotor di jalan raya pada jam sibuk, mengurangi polusi dan kecelakaan lalu lintas jalan serta mendorong masyarakat untuk lebih banyak berjalan kaki atau bersepeda. Kita dapat memulai studi materialis dan relasional dari kebijakan ini

dengan melihat banyak hubungan yang terlibat dalam 'perkumpulan lalu lintas jalan/anak-anak' yang dibahasnya. Hubungan ini mungkin ditampilkan (tanpa urutan tertentu) (Gugule and Mesra, 2022).

Mobil, angkutan umum, sepeda, jalan raya, bahan bakar fosil, bahan bakar terbarukan, bahan kimia di udara ('polusi', sekolah, tempat kerja, toko, dan jasa - perumahan - karyawan - anak-anak - infrastruktur transportasi - pengusaha lokal - dan sebagainya.

Banyak hubungan tambahan tidak diragukan lagi terlibat, tetapi ini adalah titik awal yang baik. Kita perlu mengajukan beberapa pertanyaan luas mengenai kumpulan lalu lintas jalan/anak-anak ini, menurut perspektif materialis yang kita ambil:

1. Apa efek (dan efek ekonomi) dari hubungan ini?
2. Apa kapasitas yang diciptakan oleh ini mempengaruhi ekonomi dalam berbagai hubungan?
3. Apa yang dapat dilakukan oleh interaksi manusia dan non-manusia?
4. Apa mikropolitik kumpulan acara?
5. Apa yang ditunjukkan oleh acara tentang interaksi mana dalam kumpulan yang kuat?

Analisis kumpulan pertanyaan-pertanyaan ini mengungkapkan berbagai aliran afektif, seperti aliran 'ketenagakerjaan' yang menghubungkan pengusaha, pekerja, tempat kerja, upah, rumah, dan ekonomi; alur 'pendidikan' yang menghubungkan anak, sekolah, guru, rumah, orang tua, dan sebagainya; aliran 'transportasi' yang menghubungkan jalan, moda transportasi, bahan bakar, bahan kimia dan partikel di udara, perumahan, sekolah, tempat kerja, dan sebagainya; dan aliran 'iklim' Semua peristiwa yang terkait dengan kumpulan dihasilkan oleh fluks emosional ini, termasuk output ekonomi, pendidikan,

kemacetan lalu lintas, kualitas udara yang buruk, perubahan iklim, dan dampak kesehatan yang negatif.

Mikropolitik kumpulan mencerminkan berbagai cara kekuatan mengalir melaluinya, termasuk penciptaan lingkungan kota yang mendekatkan tempat kerja dan generasi pekerja saat ini dan masa depan; ekonomi dan logistik fisik dalam mengelola transportasi sehari-hari; ekonomi dan politik energi murah; dan proses perencanaan kota yang demokratis dan teknokratis untuk mencapai berbagai tujuan yang terkadang bertentangan seperti kemakmuran ekonomi dan kesehatan/kesejahteraan manusia.

Pendekatan monis ini menunjukkan bahwa topik yang tampaknya sederhana seperti meningkatkan kesehatan anak dengan mengatasi 'polusi' udara terperangkap dalam kumpulan yang sangat rumit dari berbagai aliran emosi dan mikropolitik yang bertentangan. Secara historis, intervensi kesehatan masyarakat dan analisis ilmu sosial dari kumpulan kompleks semacam itu telah berusaha untuk mengisolasi aliran sebab/akibat tertentu dari pengaruh dalam kumpulan tersebut dan melakukan intervensi yang sesuai (misalnya, melarang semua perjalanan 'sekolah' oleh orang tua yang mengantar anak-anak ke dan dari sekolah). dan menyediakan sistem transportasi umum alternatif). Analisis materialis yang kami bangun di sini memberikan pendekatan alternatif yang bertujuan untuk keterlibatan yang lebih komprehensif dengan kumpulan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Fajar, N.A. 2022. *Sosiologi Kesehatan*. Penerbit NEM.
- Fox, N.J. and Alldred, P. 2016. 'Sociology, environment and health: a materialist approach', *Public Health*, 141(October), pp. 287–293. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.09.015>.
- Gugule, H. and Mesra, R. 2022. 'Analisis Sosiologis Terhadap Video Viral Tiktok tentang Penegakan Hukum di Indonesia', *Ideas: Jurnal Pendidikan, Sosial, dan Budaya*, 8(3), p. 1071. Available at: <https://doi.org/10.32884/ideas.v8i3.956>.
- Halajur, U. 2019. *Promosi Kesehatan di tempat kerja*. Wineka Media.
- Herlina, M. 2017. 'Sosiologi Kesehatan', *Surabaya: Muara Karya* [Preprint].
- Herniwati, H. *et al.* 2022. 'SOSIOLOGI KESEHATAN'.
- Mesra, R. 2023. *Adat, Sejarah Dan Budaya Nusantara*. Tulungagung: Akademia Pustaka.
- Mesra, R. *et al.* 2023. *Teknologi Pendidikan*. Banten: Sada Kurnia Pustaka.
- Nugraheni, H., Wiyatini, T. and Wiradona, I. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Deepublish.
- Nurbaeti, N. 2022. 'Antropologi Sosiologi Kesehatan'. Cahaya Bintang Cemerlang.
- Wangi, V.K.N., Bahiroh, E. and Imron, A. 2020. 'Dampak Kesehatan Dan Keselamatan Kerja, Beban Kerja, Dan Lingkungan Kerja Fisik Terhadap Kinerja Karyawan', *Jurnal Manajemen Bisnis*, 7(1), pp. 40–50.

BAB 9

PENDEKATAN EKOLOGIS DALAM MEMAHAMI PROBLEM KESEHATAN

Oleh Maria Oce Yea ST

9.1 Pengertian

9.1.1 Pemahaman Ekologi

Ekologi adalah cabang ilmu biologi yang mempelajari hubungan antara organisme hidup dengan lingkungan fisik dan organisme lain di dalamnya. Istilah "ekologi" berasal dari bahasa Yunani "*oikos*" yang berarti "rumah" atau "tempat tinggal" dan "*logos*" yang berarti "pengetahuan" atau "ilmu". Dengan demikian, ekologi mengacu pada ilmu pengetahuan tentang bagaimana organisme hidup berinteraksi dengan rumah atau lingkungan di mana mereka tinggal.

Ekologi mempelajari interaksi yang kompleks antara organisme hidup (baik individu, populasi, atau komunitas) dengan lingkungannya. Ini melibatkan memahami bagaimana organisme memperoleh sumber daya seperti makanan, air, dan tempat berlindung, serta bagaimana mereka beradaptasi dengan perubahan lingkungan dan berinteraksi dengan organisme lain, termasuk manusia.

Ekologi mencakup berbagai skala, mulai dari interaksi individu dengan lingkungan mikro hingga dinamika ekosistem yang lebih luas. Dalam ekologi, konsep seperti rantai makanan, jaring makanan, kompetisi antar spesies, siklus biogeokimia, suksesi ekologis, dan keragaman hayati diperhatikan untuk memahami bagaimana ekosistem berfungsi.

Ekologi juga berperan penting dalam memahami dampak aktivitas manusia terhadap lingkungan, termasuk degradasi habitat, perubahan iklim, dan kehilangan keanekaragaman hayati. Studi ekologi membantu mengidentifikasi konsekuensi ekologis dari kegiatan manusia dan memberikan dasar ilmiah untuk pengelolaan sumber daya alam yang berkelanjutan dan perlindungan lingkungan.

Secara keseluruhan, ekologi memberikan wawasan tentang interaksi yang kompleks dan dinamis antara organisme hidup dan lingkungan mereka, membantu kita memahami dan mengelola ekosistem serta menjaga keseimbangan yang diperlukan untuk kelangsungan hidup semua bentuk kehidupan di Bumi.

9.1.2 Pemahaman Ekologi Kesehatan

Ekologi kesehatan adalah ilmu yang mempelajari interaksi antara manusia dengan lingkungan biologis, fisik, dan sosial dalam suatu sistem yang menunjukkan kesatuan. Beberapa hal yang dapat dipahami mengenai ekologi kesehatan adalah :

1. Ekologi kesehatan mempelajari interaksi antara manusia dengan lingkungan biologis, fisik, dan sosial.
2. Ekologi kesehatan mempertimbangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia, seperti pencemaran lingkungan, perubahan iklim, dan bahan kimia berbahaya. Ekologi kesehatan mempertimbangkan faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan manusia, seperti kemiskinan, ketidaksetaraan, dan akses terhadap layanan kesehatan. Ekologi kesehatan mempertimbangkan faktor biologis yang mempengaruhi kesehatan manusia, seperti penyakit menular dan non-menular. Ekologi kesehatan mempertimbangkan interaksi antara faktor lingkungan, sosial, dan biologis dalam mempengaruhi kesehatan manusia. Tujuan dari ekologi kesehatan adalah untuk memahami interaksi antara manusia dengan lingkungan,

mengembangkan teknologi ramah lingkungan, dan memperbaiki kualitas lingkungan hidup. Ekologi kesehatan juga mempertimbangkan upaya pembangunan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kesehatan manusia dan lingkungan.

9.2 Hubungan Sistem Ekologis dan Kesehatan Manusia

Sistem ekologis dan kesehatan manusia saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain. Hubungan sistem ekologis dan kesehatan manusia dapat terbagai sebagai berikut :

1. Kesehatan manusia dipengaruhi oleh lingkungan fisik, biologis, dan sosial ;
2. Sistem ekologis mempengaruhi kesehatan manusia melalui faktor lingkungan seperti polusi udara, air, dan tanah, serta perubahan iklim. Misalnya saja pencemaran lingkungan dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti penyakit pernapasan, kanker, dan gangguan sistem saraf atau perubahan iklim dapat mempengaruhi kesehatan manusia melalui penyebaran penyakit, bencana alam, dan ketidakstabilan ekonomi ;
3. Sistem ekologis mempengaruhi kesehatan manusia melalui faktor biologis seperti penyakit menular dan non-menular. Sebaliknya, kesehatan manusia dapat dipertahankan dengan menjaga keseimbangan sistem ekologis ;
4. Kesehatan manusia juga dipengaruhi oleh faktor sosial seperti kemiskinan, ketidaksetaraan, dan akses terhadap layanan kesehatan ;
5. Upaya pembangunan yang berkelanjutan dapat meningkatkan kesehatan manusia dan lingkungan ;
6. Pendekatan ekologi kesehatan dapat digunakan untuk memahami interaksi antara manusia dengan lingkungan dan mengembangkan teknologi ramah lingkungan.

9.3 Pentingnya Kondisi Ekologis Terhadap Kondisi Kesehatan Masyarakat

Hubungan antara kondisi kesehatan dan kondisi ekologi suatu wilayah sangat penting. Kesehatan manusia tidak dapat dipisahkan dari lingkungan di mana kita hidup. Kondisi ekologi yang baik memberikan dasar untuk kesehatan manusia yang optimal, sementara kerusakan ekologi dapat memiliki dampak negatif pada kesehatan masyarakat. Berikut adalah beberapa alasan mengapa hubungan antara kondisi kesehatan dan kondisi ekologi sangat penting:

1. Dampak langsung pada kesehatan

Kondisi ekologi yang buruk dapat berkontribusi pada penyebaran penyakit, terpapar bahan kimia beracun, dan kekurangan sumber daya alam yang esensial. Misalnya, air yang tercemar atau kurangnya sanitasi yang memadai dapat menyebabkan penyebaran penyakit terkait air, sedangkan paparan terhadap polusi udara dapat menyebabkan masalah pernapasan dan penyakit kardiovaskular. Dengan menjaga kondisi ekologi yang baik, kita dapat mengurangi risiko terkena penyakit dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

2. Sumber daya alam dan pangan

Kondisi ekologi yang baik memastikan ketersediaan sumber daya alam yang cukup untuk kehidupan manusia, termasuk air bersih, pangan, dan bahan bakar. Kehilangan atau degradasi sumber daya alam dapat mengancam ketahanan pangan, menyebabkan kelaparan, malnutrisi, dan masalah kesehatan terkait lainnya. Oleh karena itu, menjaga keberlanjutan ekologi adalah penting untuk memastikan ketersediaan sumber daya alam yang mencukupi dan pangan yang sehat bagi masyarakat.

3. Perubahan iklim

Perubahan iklim yang terkait dengan kerusakan ekologi dapat memiliki dampak serius pada kesehatan manusia. Peningkatan suhu global, perubahan pola cuaca, dan intensifikasi bencana alam dapat meningkatkan risiko terhadap kesehatan, termasuk penyakit infeksi, gangguan pernapasan, kekurangan pangan, dan konflik sosial. Mengurangi emisi gas rumah kaca dan menjaga ekosistem yang sehat adalah langkah penting dalam melindungi kesehatan manusia dari dampak perubahan iklim.

4. Keseimbangan ekosistem dan keanekaragaman hayati

Ekosistem yang seimbang dan keanekaragaman hayati yang tinggi penting untuk kesehatan manusia. Keanekaragaman hayati memberikan berbagai manfaat ekosistem yang meliputi penyediaan pangan, bahan obat, air bersih, udara bersih, dan regulasi iklim. Kekurangan keanekaragaman hayati dapat mengganggu keseimbangan ekosistem dan mempengaruhi kesehatan manusia secara keseluruhan.

9.4 Penalaran Kondisi Kesehatan Berdasarkan Kondisi Ekologis, Spasial dan Infrastruktur

Kerangka berpikir penalaran kondisi kesehatan berdasarkan kondisi ekologis dapat melibatkan beberapa langkah penting. Berikut adalah beberapa langkah dalam penalaran kondisi kesehatan berdasarkan kondisi ekologis:

1. Identifikasi faktor ekologis yang relevan

Langkah pertama adalah mengidentifikasi faktor-faktor ekologis yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia. Ini termasuk kualitas udara, air, tanah, paparan zat beracun, keberlanjutan ekosistem, perubahan iklim, keanekaragaman hayati, dan interaksi manusia dengan hewan vektor penyakit.

2. Analisis dampak faktor-faktor ekologis
Selanjutnya, perlu dilakukan analisis untuk memahami dampak faktor-faktor ekologis tersebut terhadap kesehatan manusia. Misalnya, polusi udara dapat menyebabkan masalah pernapasan seperti asma dan penyakit paru-paru, paparan air yang terkontaminasi dapat menyebabkan penyakit infeksi, atau perubahan iklim dapat mempengaruhi penyebaran penyakit menular.
3. Pengumpulan data kesehatan
Data kesehatan populasi perlu dikumpulkan dan dianalisis untuk mengidentifikasi pola dan tren kesehatan yang terkait dengan faktor-faktor ekologis. Ini dapat mencakup data tentang penyakit yang paling umum terjadi, prevalensi penyakit tertentu, dan gejala-gejala yang terjadi di suatu wilayah atau populasi.
4. Korelasi antara faktor ekologis dan kesehatan
Berdasarkan analisis data, perlu dicari korelasi antara faktor-faktor ekologis dengan masalah kesehatan yang diidentifikasi. Misalnya, apakah tingkat polusi udara berkorelasi dengan peningkatan kasus asma di daerah tersebut? Apakah perubahan suhu dan curah hujan berkorelasi dengan peningkatan kasus penyakit menular?
5. Penentuan hubungan sebab-akibat
Selanjutnya, langkah penting adalah menentukan hubungan sebab-akibat antara faktor-faktor ekologis dan masalah kesehatan yang diidentifikasi. Ini melibatkan analisis ilmiah yang cermat untuk memahami bagaimana faktor-faktor ekologis tersebut secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kesehatan manusia.
6. Evaluasi risiko kesehatan
Setelah hubungan sebab-akibat ditetapkan, perlu dilakukan evaluasi risiko kesehatan. Ini melibatkan penilaian sejauh mana paparan terhadap faktor-faktor ekologis tersebut

- dapat meningkatkan risiko penyakit dan dampak kesehatan lainnya pada populasi yang terpengaruh.
7. Pengembangan intervensi dan tindakan
Langkah terakhir adalah merancang intervensi dan tindakan yang sesuai berdasarkan temuan penalaran. Ini dapat mencakup kebijakan perlindungan lingkungan, pengaturan emisi polutan, program pencegahan penyakit, kampanye kesadaran kesehatan, atau upaya pemulihan ekosistem yang terganggu. Dalam penalaran kondisi kesehatan berdasarkan kondisi ekologis, penting untuk mempertimbangkan pendekatan holistik yang melibatkan berbagai disiplin ilmu dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk ahli kesehatan, ilmuwan lingkungan, pemerintah, dan masyarakat umum.
 8. Intervensi dan tindakan
Langkah terakhir adalah menerapkan intervensi dan tindakan yang relevan berdasarkan temuan evaluasi risiko. Ini melibatkan upaya untuk menjaga dan memulihkan keseimbangan ekosistem, mengurangi paparan terhadap polutan atau zoonosis, mempromosikan kesadaran masyarakat tentang pentingnya lingkungan yang sehat, dan membangun kebijakan yang mendukung kesehatan berkelanjutan.

9.4.1 Penalaran Kondisi Kesehatan Secara Spasial

Pendekatan spasial dalam penalaran kondisi kesehatan berdasarkan kondisi ekologis melibatkan pemahaman tentang distribusi spasial faktor-faktor ekologis dan dampaknya terhadap kesehatan manusia. Pendekatan ini mempertimbangkan aspek geografis dan spasial dalam analisis hubungan antara lingkungan dan kesehatan. Berikut adalah langkah-langkah yang terkait dengan pendekatan keruangan:

1. Pengumpulan data spasial

Langkah pertama adalah mengumpulkan data yang berkaitan dengan faktor-faktor ekologis dan kesehatan dalam format spasial. Ini termasuk data geografis tentang kualitas udara, kualitas air, curah hujan, penggunaan lahan, vegetasi, dan data kesehatan seperti kejadian penyakit atau prevalensi penyakit di suatu wilayah.

2. Pemetaan dan visualisasi

Data spasial yang dikumpulkan perlu dipetakan dan divisualisasikan dalam bentuk peta atau citra satelit. Ini membantu dalam memahami pola spasial faktor-faktor ekologis dan kondisi kesehatan di suatu wilayah, serta membantu mengidentifikasi area-area yang rentan terhadap masalah kesehatan tertentu.

3. Analisis spasial

Setelah pemetaan dilakukan, analisis spasial dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola, korelasi, dan hubungan spasial antara faktor-faktor ekologis dengan kondisi kesehatan. Ini melibatkan penggunaan alat analisis spasial seperti analisis kluster, analisis hotspot, atau overlay peta untuk mengidentifikasi area-area dengan tingkat risiko kesehatan tertentu.

4. Identifikasi faktor-faktor risiko

Melalui analisis spasial, faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan dapat diidentifikasi. Misalnya, penggunaan lahan industri yang berdekatan dengan pemukiman dapat berkontribusi pada polusi udara yang berdampak negatif pada kesehatan manusia.

5. Pemodelan spasial

Pemodelan spasial dapat digunakan untuk memprediksi dampak masa depan dari faktor-faktor ekologis terhadap kesehatan manusia. Pemodelan ini memungkinkan

- identifikasi area-area yang rentan terhadap perubahan lingkungan dan penyebaran penyakit berdasarkan faktor-faktor ekologis yang ada.
6. Pengembangan intervensi dan pengambilan keputusan
Hasil analisis spasial dapat digunakan untuk merancang intervensi dan pengambilan keputusan yang lebih efektif dalam penanganan masalah kesehatan. Misalnya, pengaturan pembangunan berbasis risiko dapat dilakukan untuk mengurangi paparan terhadap faktor-faktor ekologis berbahaya atau mengidentifikasi area prioritas untuk program pencegahan penyakit.

9.4.2 Penalaran Kondisi Kesehatan Terkait Infrastruktur Masyarakat

Infrastruktur lingkungan memiliki hubungan yang erat dengan kondisi kesehatan ekologis. Infrastruktur yang baik dan berkelanjutan dapat berkontribusi positif terhadap kesehatan ekologis, sementara infrastruktur yang buruk atau tidak berkelanjutan dapat menyebabkan kerusakan ekosistem dan berdampak negatif pada kesehatan manusia dan lingkungan. Berikut adalah beberapa hubungan penting antara infrastruktur lingkungan dan kondisi kesehatan ekologis:

1. Akses air bersih dan sanitasi

Infrastruktur yang mencakup sistem air bersih dan sanitasi yang memadai sangat penting untuk menjaga kesehatan ekologis. Akses yang terbatas terhadap air bersih dan sanitasi yang buruk dapat menyebabkan penyebaran penyakit terkait air dan limbah, seperti diare, kolera, atau penyakit kulit. Infrastruktur yang baik untuk penyediaan air bersih dan sanitasi yang efektif dapat mencegah penyebaran penyakit dan memelihara ekosistem perairan yang sehat.

2. Manajemen limbah yang efektif

Infrastruktur yang berkaitan dengan pengelolaan limbah, termasuk pengumpulan, pemrosesan, dan pembuangan limbah, berperan penting dalam menjaga kesehatan ekologis. Sistem pengelolaan limbah yang buruk atau tidak memadai dapat menyebabkan pencemaran air dan tanah, merusak kehidupan akuatik dan ekosistem darat, serta berdampak negatif pada kesehatan manusia yang terpapar limbah beracun. Infrastruktur limbah yang baik dapat membantu mencegah pencemaran dan mempromosikan pengolahan limbah yang aman.

3. Kualitas udara

Infrastruktur yang terkait dengan transportasi, industri, dan produksi energi dapat berdampak signifikan pada kualitas udara. Emisi polutan dari sumber-sumber ini dapat menyebabkan polusi udara yang berdampak buruk pada kesehatan ekologis dan manusia. Infrastruktur yang mendukung penggunaan energi terbarukan, pengurangan emisi, dan perlindungan udara dapat membantu menjaga kualitas udara yang baik dan mengurangi dampak negatif pada kesehatan.

4. Penggunaan lahan dan keberlanjutan ekosistem

Infrastruktur yang berkaitan dengan penggunaan lahan, seperti pembangunan perkotaan, pertanian, atau pertambangan, dapat berdampak pada keberlanjutan ekosistem dan kesehatan ekologis. Perubahan penggunaan lahan yang tidak terkendali atau tidak berkelanjutan dapat mengakibatkan hilangnya habitat, kerusakan ekosistem, penurunan keanekaragaman hayati, dan konflik dengan kehidupan liar. Infrastruktur yang mendukung pengelolaan lahan yang berkelanjutan dan pelestarian ekosistem dapat mempromosikan keseimbangan ekologis dan kesehatan yang baik.

5. Adaptasi perubahan iklim

Infrastruktur juga berperan dalam adaptasi terhadap perubahan iklim. Infrastruktur yang dirancang dengan pertimbangan perubahan iklim dapat membantu mengurangi risiko bencana alam, seperti banjir atau kekeringan, yang dapat mempengaruhi kesehatan ekologis dan manusia. Infrastruktur yang tahan iklim dapat memainkan peran penting dalam melindungi ekosistem yang rentan dan memitigasi dampak perubahan iklim terhadap kesehatan.

9.5 Langkah Pencegahan Masalah Kesehatan Akibat Kondisi Ekologis

Penanggulangan masalah kesehatan dengan pendekatan ekologis melibatkan pendekatan yang holistik dan berkelanjutan, dengan fokus pada hubungan antara manusia, lingkungan, dan kesehatan. Langkah-langkah yang dapat diambil dalam penanggulangan masalah kesehatan dengan pendekatan ekologis:

1. Pemahaman dan pemantauan lingkungan

Langkah pertama adalah memahami lingkungan dan faktor-faktor ekologis yang berpengaruh terhadap kesehatan manusia. Ini melibatkan pemantauan kualitas udara, air, tanah, serta identifikasi potensi paparan terhadap polusi dan risiko kesehatan yang terkait. Pemantauan ini membantu mengidentifikasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan lingkungan dan menyediakan dasar data untuk intervensi yang tepat.

2. Promosi kesehatan dan kesadaran lingkungan

Pendekatan ekologis juga melibatkan upaya promosi kesehatan dan kesadaran lingkungan di masyarakat. Kampanye pendidikan dan komunikasi dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya hubungan

antara lingkungan dan kesehatan, serta mendorong perilaku yang berkelanjutan dan ramah lingkungan.

3. Perlindungan lingkungan

Perlindungan lingkungan merupakan langkah penting dalam penanggulangan masalah kesehatan. Ini melibatkan kebijakan dan regulasi yang mendukung pengelolaan lingkungan yang berkelanjutan, termasuk pengendalian polusi, perlindungan habitat, pengelolaan limbah yang aman, dan pelestarian keanekaragaman hayati. Upaya perlindungan lingkungan akan membantu mencegah dampak negatif terhadap kesehatan manusia.

4. Pengelolaan bencana alam

Pendekatan ekologis juga mencakup pengelolaan bencana alam yang terkait dengan kesehatan. Ini termasuk perencanaan mitigasi dan tanggap darurat yang melibatkan pemahaman tentang risiko bencana dan upaya untuk mengurangi dampaknya pada kesehatan manusia dan ekosistem. Infrastruktur yang tahan bencana dan sistem peringatan dini dapat membantu melindungi kesehatan masyarakat.

5. Peningkatan keberlanjutan

Langkah penting lainnya adalah meningkatkan keberlanjutan dalam berbagai sektor, seperti pertanian, energi, transportasi, dan industri. Mengadopsi praktik pertanian berkelanjutan, beralih ke energi terbarukan, mengurangi emisi gas rumah kaca, dan mempromosikan transportasi berkelanjutan dapat berkontribusi pada peningkatan kesehatan ekologis dan manusia secara keseluruhan.

6. Kolaborasi antardisiplin dan pemangku kepentingan

Penting untuk mengadopsi pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai disiplin ilmu dan pemangku kepentingan, termasuk ahli kesehatan, ilmuwan

lingkungan, pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan masyarakat umum. Kolaborasi yang kuat dapat memperkuat upaya penanggulangan masalah kesehatan dengan pendekatan ekologis dan menciptakan solusi yang berkelanjutan dan komprehensif.

7. Evaluasi dampak dan pemantauan

Terakhir, evaluasi dampak dan pemantauan terus-menerus diperlukan untuk memastikan efektivitas intervensi dan keberhasilan pendekatan ekologis. Monitoring dan evaluasi dapat membantu dalam mengidentifikasi keberhasilan, memperbaiki kekurangan, dan menginformasikan pengambilan keputusan untuk peningkatan kesehatan ekologis yang berkelanjutan.

Pendekatan ekologis dalam penanggulangan masalah kesehatan mengakui pentingnya menjaga keseimbangan ekosistem dan memperhatikan interaksi yang kompleks antara manusia dan lingkungannya. Dengan pendekatan ini, upaya penanggulangan masalah kesehatan dapat menjadi lebih holistik, berkelanjutan, dan berdampak positif pada kesehatan manusia dan lingkungan secara keseluruhan.

9.6 Bentuk Strategi Ekologis di Lingkungan Masyarakat

Strategi ekologis di masyarakat adalah tindakan yang diambil untuk mempromosikan kesadaran, perubahan perilaku, dan pengelolaan yang berkelanjutan terhadap lingkungan. Tujuannya adalah untuk melindungi dan memulihkan ekosistem, menjaga keanekaragaman hayati, dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan oleh aktivitas manusia. Berikut beberapa contoh strategi ekologis yang dapat diterapkan di masyarakat:

1. Pendidikan dan Kesadaran Lingkungan
Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya lingkungan dan keberlanjutan melalui program pendidikan, kampanye informasi, dan kegiatan partisipatif. Ini dapat mencakup pengenalan konsep ekologi, perubahan iklim, konservasi sumber daya alam, dan praktik ramah lingkungan.
2. Penghematan Energi dan Efisiensi
Mendorong penggunaan energi yang lebih efisien dan berkelanjutan dalam kehidupan sehari-hari, seperti mengurangi konsumsi listrik, memasang peralatan hemat energi, memanfaatkan energi terbarukan, dan mempromosikan transportasi berkelanjutan seperti berjalan kaki, bersepeda, atau menggunakan transportasi publik.
3. Pengelolaan Limbah yang Berkelanjutan
Mengurangi pembuangan limbah dan mendorong pengelolaan limbah yang lebih berkelanjutan, seperti daur ulang dan kompos, pengurangan penggunaan plastik sekali pakai, dan penggunaan produk ramah lingkungan.
4. Konservasi Sumber Daya Air
Mendorong penggunaan air yang bijaksana dan efisien, seperti mengurangi pemborosan air, memperbaiki sistem pengairan, dan mempromosikan praktik konservasi air seperti mengumpulkan air hujan dan memanfaatkannya untuk kebutuhan non-potable.
5. Pertanian Berkelanjutan
Mendukung praktik pertanian organik atau berkelanjutan, penggunaan pupuk alami, pengendalian hama yang ramah lingkungan, dan diversifikasi tanaman untuk menjaga keseimbangan ekosistem dan mengurangi penggunaan pestisida dan bahan kimia pertanian berbahaya.

6. **Pelestarian Keanekaragaman Hayati**
Melindungi habitat alami, menjaga keanekaragaman hayati, dan mendukung pelestarian spesies terancam punah melalui pengelolaan taman nasional, konservasi lahan, restorasi ekosistem, dan promosi penggunaan tumbuhan dan hewan yang berkelanjutan.
7. **Partisipasi Masyarakat**
Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan lingkungan, seperti keterlibatan dalam perencanaan lingkungan, pemantauan kelestarian lingkungan, dan aksi kolektif untuk perlindungan lingkungan.
8. **Kebijakan Lingkungan**
Mengembangkan dan melaksanakan kebijakan pemerintah yang mendukung perlindungan lingkungan, seperti regulasi lingkungan, insentif fiskal untuk praktik ramah lingkungan, dan penegakan hukum terhadap pelanggaran lingkungan.
9. **Kerjasama dan Kemitraan**
Membangun kemitraan antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat sipil untuk mengatasi tantangan lingkungan secara bersama-sama, seperti pengelolaan hutan, pengurangan emisi gas rumah kaca, atau pembersihan sumber daya air.
10. **Inovasi Teknologi**
Mendorong pengembangan dan penerapan teknologi yang ramah lingkungan, seperti energi terbarukan, penggunaan bahan baku daur ulang, teknologi pengolahan limbah yang lebih efisien, dan solusi berbasis digital untuk pemantauan lingkungan.

9.7 Studi Kasus Masalah Kesehatan Akibat Kondisi Ekologis

Permasalahan Kesehatan akibat perubahan kondisi ekologis di dunia banyak terjadi. Kasus-kasus yang terjadi sebagai berikut :

1. Kenaikan suhu global dan dampaknya terhadap kesehatan: Perubahan iklim yang disebabkan oleh kenaikan suhu global telah dikaitkan dengan dampak negatif pada kesehatan manusia. Contohnya adalah meningkatnya kejadian penyakit menular yang disebarkan oleh vektor, seperti malaria dan demam kuning, karena peningkatan populasi nyamuk pembawa penyakit di daerah yang sebelumnya tidak terjangkau oleh nyamuk tersebut.

Kasus Malaria di Afrika: Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Afrika Sub-Sahara merupakan wilayah yang paling terkena dampak malaria, dengan sekitar 90% dari total kasus dan kematian akibat malaria di dunia terjadi di wilayah ini. Kasus malaria di Afrika telah menjadi perhatian dunia karena dampaknya yang serius terhadap kesehatan masyarakat dan pembangunan ekonomi. Upaya pencegahan dan pengendalian malaria, seperti penggunaan kelambu berinsektisida, obat anti-malaria, dan pengendalian vektor nyamuk, terus dilakukan untuk mengurangi beban penyakit ini.

Kasus Demam Kuning di Amerika Selatan: Demam kuning adalah penyakit virus yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Pada tahun 2016 dan 2017, beberapa negara di Amerika Selatan, terutama Brasil, mengalami wabah demam kuning yang signifikan. Wabah tersebut menyebabkan peningkatan jumlah kasus dan kematian yang cukup besar. Penularan demam kuning

melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan gejala yang serius dari penyakit ini membuatnya menjadi perhatian kesehatan masyarakat global. Langkah-langkah pencegahan, seperti vaksinasi massal dan pengendalian vektor, diperlukan untuk mengatasi wabah demam kuning dan mencegah penyebarannya lebih lanjut.

2. Penyakit zoonosis akibat deforestasi: Deforestasi yang luas dapat mengganggu ekosistem alami dan meningkatkan kontak antara manusia dan hewan liar yang menjadi reservoir penyakit. Salah satu contoh yang terkenal adalah penyebaran virus Ebola di Afrika Tengah yang terkait dengan deforestasi dan kegiatan perburuan liar. Virus Ebola dapat ditularkan dari hewan liar ke manusia, menyebabkan wabah yang mematikan. Wabah ini menarik perhatian global karena skala dan dampaknya yang signifikan.

Kurangnya Infrastruktur Kesehatan yang Memadai juga menjadi salah satu faktor yang menyebabkan penyebaran wabah Ebola adalah kurangnya infrastruktur kesehatan yang memadai di daerah-daerah yang terdampak. Banyak negara di Afrika Sub-Sahara menghadapi tantangan dalam hal akses ke fasilitas kesehatan yang memadai, kurangnya peralatan medis, dan kekurangan tenaga medis terlatih. Hal ini mempengaruhi kemampuan dalam melakukan deteksi, diagnosis, dan pengendalian wabah dengan efektif.

Mobilitas penduduk, baik dalam skala lokal maupun internasional, juga berperan dalam penyebaran wabah Ebola. Pergerakan manusia yang intens, seperti perjalanan lintas perbatasan dan migrasi, dapat membawa virus Ebola dari satu daerah ke daerah lainnya, bahkan antarnegara. Hal ini menambah kompleksitas dalam pengendalian wabah dan memerlukan kerjasama internasional yang kuat.

3. Pencemaran udara di kota-kota besar: Pencemaran udara di kota-kota besar, terutama akibat emisi kendaraan bermotor dan industri, memiliki dampak serius pada kesehatan manusia. Peningkatan risiko penyakit pernapasan, seperti asma, bronkitis, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), serta meningkatnya angka kematian akibat penyakit jantung dan stroke, adalah beberapa contoh dampak kesehatan yang terkait dengan polusi udara.

Pada tahun 2013, Beijing mengalami tingkat polusi udara yang sangat tinggi, terutama polusi partikulat PM2.5 yang berbahaya bagi kesehatan manusia. Tingkat polusi udara yang ekstrem ini menyebabkan banyak penduduk mengalami gangguan pernapasan, iritasi mata, dan masalah kesehatan lainnya.

Delhi juga dikenal sebagai salah satu kota dengan tingkat polusi udara yang sangat tinggi. Pada beberapa periode, indeks kualitas udara di Delhi mencapai level berbahaya, melebihi batas aman yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Dampak kesehatan yang terkait dengan polusi udara di Delhi termasuk peningkatan kasus penyakit pernapasan, penyakit jantung, dan gangguan kesehatan lainnya.

Pencemaran udara juga menjadi masalah serius di Jakarta dan beberapa kota besar di Indonesia. Tingginya tingkat polusi udara di Jakarta, terutama akibat emisi kendaraan bermotor dan kebakaran lahan, telah berdampak negatif pada kesehatan penduduk. Penyakit pernapasan, gangguan saluran pernapasan, dan peningkatan angka kematian dini menjadi masalah kesehatan yang terkait dengan polusi udara di Jakarta.

4. Kerusakan lingkungan akibat bencana alam: Bencana alam seperti banjir, tanah longsor, dan badai tropis dapat

menyebabkan kerusakan lingkungan yang signifikan. Selain kerugian fisik dan ekonomi, bencana tersebut juga dapat memiliki dampak serius pada kesehatan manusia. Misalnya, genangan air setelah banjir dapat menjadi tempat berkembang biak bagi nyamuk *Aedes Aegypti* yang menyebarkan demam berdarah, sementara tanah longsor dapat mengganggu akses ke fasilitas kesehatan dan menyebabkan kerugian jiwa.

Salah satu kasus kesehatan akibat bencana yang heboh skala dunia adalah gempa bumi dan tsunami di Jepang pada tahun 2011. Gempa bumi dengan kekuatan 9,0 Skala Richter terjadi di lepas pantai Tohoku, diikuti oleh tsunami dengan gelombang setinggi puluhan meter yang melanda pesisir Jepang. Kejadian ini memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat seperti kondisi sanitasi yang buruk dan kerusakan infrastruktur kesehatan dapat meningkatkan risiko penyebaran penyakit menular. Keramaian di tempat pengungsian, kurangnya akses air bersih, dan kebersihan yang tidak memadai dapat memicu wabah penyakit seperti diare, infeksi saluran pernapasan, dan penyakit kulit.

Gempa bumi dan tsunami di Jepang juga mengakibatkan kebocoran di Pembangkit Listrik Tenaga Nuklir Fukushima Daiichi. Pemaparan radiasi nuklir dapat memiliki dampak jangka panjang terhadap kesehatan, termasuk peningkatan risiko kanker dan gangguan kesehatan lainnya. Evakuasi penduduk dari daerah yang terkena radiasi dan pengawasan kesehatan yang ketat menjadi perhatian utama pada waktu itu.

5. Kekeringan dan kelangkaan air bersih: Perubahan iklim menyebabkan ketidakpastian dalam pola curah hujan dan meningkatkan risiko kekeringan di beberapa wilayah. Kekeringan dan kelangkaan air bersih dapat memiliki

dampak langsung pada kesehatan manusia, termasuk penyebaran penyakit terkait air, kelaparan, malnutrisi, dan kesulitan akses ke sanitasi yang memadai.

Pada tahun 2011, wilayah Afrika Timur, termasuk Somalia, Kenya, dan Ethiopia, menghadapi krisis kekeringan yang parah. Kekeringan yang berkepanjangan menyebabkan kelaparan, malnutrisi, dan penyebaran penyakit yang terkait dengan air, seperti diare dan kolera. Ribuan orang, terutama anak-anak, meninggal dunia akibat kondisi kesehatan yang memburuk.

Cape Town, Afrika Selatan mengalami krisis air yang parah pada tahun 2017 hingga 2018, dengan ketersediaan air yang sangat terbatas. Kekeringan yang ekstrem ini berdampak pada kesehatan masyarakat, termasuk peningkatan risiko penyakit pernapasan karena kondisi sanitasi yang buruk, peningkatan penyakit kulit akibat kurangnya air untuk kebersihan pribadi, dan stres psikologis yang dialami oleh penduduk akibat krisis air.

California mengalami kekeringan yang parah selama beberapa tahun antara 2012 hingga 2017. Kekeringan ini berdampak pada kesehatan masyarakat dengan meningkatnya risiko penyakit pernapasan, gangguan kesehatan kulit, dan masalah kesehatan mental. Kurangnya pasokan air bersih juga mempengaruhi kebersihan umum dan sanitasi, yang dapat meningkatkan risiko penyakit menular.

Kasus-kasus kondisi kesehatan masyarakat akibat perubahan kondisi ekologis, mengingatkan kita bahwa kesehatan manusia sangat terkait dengan keberlanjutan dan kelestarian ekosistem. Upaya untuk mencegah kerusakan ekologis, seperti pengelolaan sumber daya yang berkelanjutan, pengendalian polusi, dan perlindungan habitat alami, lebih efektif dan ekonomis

daripada mengobati atau mengatasi dampak negatifnya pada kesehatan. Kerusakan ekologis menggarisbawahi pentingnya kerja sama dan kolaborasi antara sektor kesehatan, lingkungan, dan pembangunan. Mengatasi masalah kesehatan yang disebabkan oleh kerusakan ekologis memerlukan pendekatan yang holistik dan koordinasi antara berbagai pihak terkait. Kesadaran dan tindakan individu dalam mengurangi jejak ekologis, seperti mengurangi konsumsi sumber daya, mendukung praktik berkelanjutan, dan mengambil sikap peduli terhadap lingkungan, dapat memberikan dampak positif pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Baum, F., & Fisher, M. 2011. *Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities*. *Sociology of Health & Illness*, 33(2), 397-411.
- Diez Roux, A. V. 2003. *Investigating neighborhood and area effects on health*. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1783-1789.
- Faisal, R., Khotib, N., & Pamungkas, A. A. 2019. *The environmental health promotion model for waste management in rural Indonesia*. *Enfermeria Clinica*, 29, 418-421.
- Galea, S., Freudenberg, N., & Vlahov, D. 2005. *Cities and population health*. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1017-1033.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. 1999. *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mayfield Publishing Company.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Pedoman Nasional Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Krieger, J., & Higgins, D. L. 2002. *Housing and health: Time again for public health action*. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758-768.
- Kurniawan, A., Radiansyah, A., & Kusumaratna, R. K. 2019. *Pendekatan Ekologi pada Kesehatan Lingkungan dalam Implementasi Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 18(2), 43-48.
- Kusumaratna, R. K., & Indriasari, R. 2015. *The development of ecological approach for family health promotion in Indonesia*. *Enfermeria Clinica*, 25(Supplement 2), 201-205.
- Marten, R., & Alisjahbana, A. 2015. *Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? Globalization and Health*, 11(1), 13.

- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. 1988. *An ecological perspective on health promotion programs*. Health Education Quarterly, 15(4), 351-377.
- Ompad, D. C., Galea, S., Caiaffa, W. T., Vlahov, D., & Social Environment Working Group. 2007. *Social determinants of the health of urban populations: Methodologic considerations*. Journal of Urban Health, 84(1), 42-53.
- Rachmawati, I., Hidayat, B., & Fadilah, N. 2020. *The role of health education in improving health-related behavior in the context of environmental health in Indonesia*. In Proceedings of the 5th International Seminar on Public Health and Education (ISPHE 2020) (pp. 199-202). Atlantis Press.
- Solar, O., & Irwin, A. 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization.
- Stokols, D. 1996. *Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion*. American Journal of Health Promotion, 10(4), 282-298.
- Suparmi, & Puspitasari, D. 2017. *Implementasi Program Kesehatan Lingkungan Berbasis Pendekatan Ekologi pada Wilayah Terpencil*. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia, 16(2), 67-73.
- Trihandini, I., & Pohan, I. M. 2019. *The application of ecological public health approach in Indonesia: Challenges and opportunities*. Kesmas: National Public Health Journal, 14(3), 117-124.
- Widiyanto, A., & Ganiem, A. R. 2014. *Community-based approach on water and sanitation: An ecological perspective for healthy environment in Indonesia*. Procedia Environmental Sciences, 20, 747-756.

- World Health Organization. 2010. *Hidden cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. World Health Organization.
- Yamin, F. B., & Utomo, B. 2018. *Urban health in Indonesia: Achievements and challenges*. In *Urban Health in Developing Countries* (pp. 73-95). Springer.

BAB 10

TRANSFORMASI KESEHATAN BERBASIS KEARIFAN LOKAL

Oleh Veronike E.T Salem

10.1 Pendahuluan

Perawatan kesehatan secara fundamental berubah di seluruh dunia. Startup kesehatan tumbuh di seluruh Singapura. Inisiatif kesehatan keliling membantu India melompati sistem perawatan kesehatan tradisional menjadi perawatan berbasis teknologi. Di Meksiko, pemerintah menangani diabetes dengan pendekatan holistik, termasuk melembagakan pusat pemantauan glukosa masyarakat dan pajak soda. Arab Saudi sedang memodernisasi seluruh sistem kesehatannya, memikirkan kembali di mana dan bagaimana perawatan diberikan (Trismiyana, 2021).

Upaya ini merupakan respons terhadap pergeseran global dalam lanskap perawatan kesehatan, yang telah dipercepat oleh kemajuan teknologi. Cara perawatan kesehatan dapat disampaikan sedang berubah. Keinginan dan kebutuhan konsumen akan perawatan, dan tingkat kepercayaan yang mereka miliki pada organisasi yang memberikan perawatan, juga mengganggu industri. Menambah daftar perubahan dan tantangan, penyakit kronis terus membahayakan populasi dan menyebar ke wilayah yang sebelumnya tidak terpengaruh, dan sumber daya terbatas.

Kekuatan kuat yang berperan dalam perawatan kesehatan saat ini mendorong model tradisional dalam memberikan perawatan — diam dan statis — menjadi model baru yang dapat melakukan pekerjaan yang lebih baik dalam mengantisipasi kebutuhan perawatan kesehatan masyarakat dan menanganinya

dengan cara yang efisien, terjangkau, nyaman, dan sangat berharga. Konsumen di seluruh dunia secara konsisten memberi tahu Institut Riset Kesehatan PwC bahwa ini adalah prioritas dalam hal perawatan mereka.

Namun, terlepas dari taruhannya yang tinggi, perawatan kesehatan tertinggal jauh dari industri lain dalam transformasi. Urgensi bagi perusahaan perawatan kesehatan untuk mengubah diri mereka diperkuat oleh pendatang baru non-industri ke dalam ekonomi ini, yang mewakili 10% hingga hampir 20% dari PDB di negara maju. Perusahaan teknologi memiliki peran untuk dimainkan, seperti halnya perusahaan telekomunikasi, pengecer, dan perusahaan jasa keuangan. Institusi pemerintah, termasuk kotamadya dan universitas setempat, kemungkinan juga akan memainkan peran yang lebih luas dalam menangani, khususnya, determinan sosial kesehatan yang berperan dalam pencegahan dan pengobatan. Tetapi organisasi perawatan kesehatan tradisional juga dapat muncul sebagai pemimpin di dunia baru perawatan virtual, perawatan kesehatan individual, dan manajemen data ini. Memang, transformasi dalam ekonomi kesehatan baru ini sudah muncul di seluruh dunia (Herniwati *et al.*, 2022).

10.2 Transformasi Kesehatan berbasis Kearifan Lokal

Saat lanskap layanan kesehatan terus berubah, perusahaan menghadapi pilihan: bertransformasi atau berisiko tertinggal. Mereka yang ingin tetap kompetitif harus memulai perjalanan transformasi dengan menciptakan identitas strategis, berfokus pada satu tujuan masa depan daripada mengambil pendekatan yang tersebar. Mereka juga harus merancang organisasi baru untuk kepercayaan, komoditas yang menyusut di kalangan konsumen dalam kaitannya dengan semua institusi, termasuk institusi kesehatan. Perusahaan selanjutnya harus menguasai pivot dari sprint ke skala, mendapatkan kemampuan untuk mengambil ide

dari formulasi hingga ukuran dan dampak yang signifikan. Dan terakhir, mereka harus mengidentifikasi bagian mana dari warisan mereka yang layak dipertahankan, mana yang harus dibuang, dan warisan baru apa yang harus mereka ciptakan (Herlina, 2017).

Tujuan yang diusulkan dari Transformasi adalah untuk (Akbar, Putra Jufriyandi Mokodompit and Nur Halisa Dolot, 2022):

1. Meningkatkan kesehatan: Meningkatkan umur, kesejahteraan, dan kualitas hidup warga negara Saudi, yang mencakup tujuan Visi 2030 untuk meningkatkan harapan hidup warga hingga 80 tahun pada tahun 2030;
2. Meningkatkan layanan kesehatan: Dengan meningkatkan kualitas dan konsistensi layanan serta kinerja dan akuntabilitas organisasi dan staf layanan kesehatan untuk memberikan layanan yang aman, efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, dan adil; Dan
3. Tingkatkan nilai: dengan menahan biaya, meningkatkan hasil, mengendalikan pengeluaran perawatan kesehatan publik dan mengarahkan investasi baru. Ketiga tujuan transformasi tersebut sesuai dengan, dan memungkinkan, tujuan strategis Visi 2030 untuk kesehatan: akses, nilai, dan kesehatan masyarakat. Sasaran ini juga diinformasikan oleh kerangka kerja internasional untuk peningkatan sistem kesehatan termasuk:
 - a. Kerangka sistem kesehatan Organisasi Kesehatan Dunia
 - b. Kerangka sistem kesehatan Kelompok Bank Dunia
 - c. Kerangka "Triple Aim" Institut untuk Peningkatan Kesehatan
 - d. National Academy of Medicine, "Vital Directions for Health and Healthcare

Perusahaan yang menggunakan empat blok bangunan transformasi ini akan siap untuk berkembang dalam lingkungan perawatan kesehatan yang terus berubah. Mereka akan dapat

memanfaatkan teknologi yang berubah cepat karena menjadi lebih mahir dalam menangani beberapa masalah kesehatan dunia yang paling mendesak. Konsumen akan menghargai kecerdikan perusahaan tersebut. Dan pemerintah yang berhasil merangkul masa depan perawatan akan mengalami lebih sedikit tekanan pada sumber daya mereka dan memiliki populasi yang lebih sehat dan bahagia.

Transformasi, dalam konteks ini, adalah perubahan besar dalam kemampuan dan identitas organisasi, yang dilakukan untuk memberikan hasil yang berharga yang relevan dengan tujuannya. Itu tidak harus melibatkan satu inisiatif besar, meskipun bisa, karena organisasi bekerja untuk mengembangkan penguasaan perubahan yang berkelanjutan di mana kemampuan beradaptasi terasa alami bagi para pemimpin dan karyawan.

Bahkan industri seluas dan terfragmentasi seperti perawatan kesehatan dapat menerapkan keempat blok bangunan ini untuk menghasilkan transformasi dalam skala yang signifikan. Dalam skala apa pun, perusahaan harus menata kembali budaya mereka dengan para pemimpin yang sangat terlibat yang bersedia mengambil langkah radikal, baik dalam bentuk bermitra dengan entitas di luar industri perawatan kesehatan atau mengelola perawatan di luar pengaturan tradisional.

Konsumen telah terbiasa menerima layanan dan barang dengan beberapa penekanan tombol, jadi mengapa mereka tidak berharap untuk membuat janji dengan klinik atau mengisi ulang resep mereka melalui aplikasi yang mudah digunakan? Perusahaan perawatan kesehatan sebaiknya mengingat harapan pelanggan yang lebih tinggi saat ini saat mereka mengerjakan blok bangunan pertama ini. Mereka yang berhasil mencap dirinya sendiri tidak hanya berusaha menyesuaikan model bisnis mereka. Organisasi-organisasi ini mencari pemimpin 'bionik' seperti Apple dan Google untuk melihat bagaimana mereka juga dapat melakukan transisi ke dunia platform, teknologi terintegrasi, pengobatan virtual, dan AI

untuk menempatkan konsumen dan preferensi mereka di pusat pengalaman.

Membuat lompatan dalam identitas dan tujuan membutuhkan hal-hal berikut (Nugraheni, Wiyatini and Wiradona, 2018):

10.2.1 Dukungan dari semua pemangku kepentingan.

Dukungan dan partisipasi aktif dari seluruh industri, termasuk dukungan dari praktisi perawat, dokter, eksekutif, dan pasien, diperlukan untuk berhasil menciptakan identitas strategis baru. Hal ini sangat relevan di Inggris, di mana Layanan Kesehatan Nasional mengalami transformasi sepuluh tahun yang bersejarah untuk mengintegrasikan dan memodernisasi 44 sistem perawatan kesehatan individu yang menawarkan semua tingkat perawatan, termasuk layanan sosial, menjadi satu kesatuan yang disederhanakan. Misi: untuk memberikan pendekatan sistem-lebar untuk pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi di tempat yang paling tepat, tidak harus di rumah sakit. Namun upaya ini akan membutuhkan beberapa keputusan yang tidak populer, seperti penutupan dan perampangan rumah sakit lokal, yang membutuhkan pendidikan berkelanjutan tentang manfaat dari keputusan tersebut.

10.2.2 Pengiriman pesan yang konsisten.

Transformasi membutuhkan penyelarasan penuh dari C-suite ke bawah. Di AS, CVS Health, setelah mengakuisisi Aetna senilai US\$69 miliar pada tahun 2018, telah menjadi salah satu perusahaan paling sukses dalam membangun identitasnya dengan konsumen layanan kesehatan. Tidak lagi hanya perusahaan ritel dan farmasi, CVS telah mengubah namanya menjadi 'pintu depan' sistem dan memperluas layanan klinik ritelnya. Lokasinya mempromosikan kesehatan secara keseluruhan, dan misinya adalah untuk memenuhi konsumen di mana mereka berada dan meningkatkan akses ke perawatan berbasis komunitas yang

berkualitas. Dan itu telah menghilangkan disonansi kognitif antara misinya dan bisnis sehari-hari dengan keputusannya untuk berhenti menjual tembakau dan mulai menawarkan lebih banyak produk yang berfokus pada kesehatan. Toko HealthHUB yang baru dirancang bahkan menawarkan ahli diet dan ruang kesehatan untuk yoga.

10.2.3 Peluncuran yang hati-hati dan berpusat pada konsumen.

Silver Chain penyedia perawatan senior Australia mendengarkan preferensi pasien dan mengubah model perawatan paliatifnya dari rumah sakit ke rumah orang. Memberi orang pilihan akhir kehidupan yang lebih luas memerlukan serangkaian percakapan yang sulit. Para pemimpin Rantai Perak pertama-tama harus membujuk pemerintah untuk mengarahkan kembali pendanaan dari rumah sakit ke masyarakat. Mereka juga harus membawa serta anggota masyarakat dan dokter, membuat kasus kematian yang pantas di rumah.

Setelah membangun bisnis untuk memenuhi kebutuhan ini, Silver Chain secara bertahap memperluas perawatan di rumah untuk orang tua dan orang cacat. Ini juga membawa telemedicine ke tingkat berikutnya, mengembangkan teknologi pemeriksaan baru dalam bentuk hologram, sehingga individu yang menerima perawatan merasa seperti berada di hadapan seorang dokter. Di Inggris, Surrey Heartlands telah berhasil dalam transformasinya justru karena pendekatan yang hati-hati dan disengaja yang berfokus pada menunjukkan kebutuhan untuk mengintegrasikan layanan kesehatan dan sosial kepada dokter dan pasiennya sebelum mengambil langkah maju.

Kemudian mereka menerapkan perubahan secara bertahap. Surrey Care Record-nya — repositori perawatan kesehatan dan sosial digital — juga memberi pasien kesempatan untuk memilih keluar dari partisipasi. Teknologi perawatan

kesehatan, termasuk catatan dan aplikasi bersama, harus tetap mengutamakan kemudahan konsumen. Saat ini, lebih dari 165.000 aplikasi kesehatan seluler tersedia di seluruh dunia, tetapi 40% memiliki kurang dari 5.000 unduhan. Aplikasi harus relevan dan mudah digunakan jika ingin berdampak

Apa Itu Kesehatan Berbasis Kearifan Lokal?

Masyarakat dengan kearifan lokal telah ada dalam kehidupan manusia sejak dahulu kala. Kearifan tersebut merupakan perilaku manusia yang bermanfaat dalam menghadapi alam dan lingkungan sekitarnya yang dapat bersumber dari prinsip-prinsip agama, adat istiadat, nasihat leluhur, atau budaya lokal yang secara organik berkembang dalam suatu masyarakat untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya. Kecenderungan ini menjadi mendarah daging dalam suatu komunitas dan menyebar dari generasi ke generasi. Karena kedekatannya dengan lingkungan dan sumber daya alam, masyarakat lokal, tradisional, atau adat telah mengembangkan pemahaman tentang sistem ekologi di mana mereka hidup yang dianggap melestarikan sumber daya alam, serta meninggalkan aktivitas yang dianggap berbahaya terhadap lingkungan (Akbar, Mokodompit and Dolot, 2022).

Lebih lanjut Francis Wahono mendefinisikan kearifan lokal sebagai pengetahuan dan teknik pengaturan kosmos untuk menjaga keseimbangan ekologis, yang telah teruji selama berabad-abad oleh berbagai bencana, rintangan, dan kelalaian manusia. Kearifan lokal tidak hanya berakhir dengan etika, tetapi juga dengan norma, perbuatan, dan tingkah laku, sehingga kearifan lokal dapat menjadi agama yang menuntun manusia dalam bersikap dan bertindak, baik dalam konteks kehidupan sehari-hari maupun dalam konteks peradaban manusia yang jauh.

Kearifan lokal adalah sikap cerdas masyarakat terhadap lingkungannya, yang meliputi melestarikan, merawat, menjaga, dan memanfaatkannya untuk kebutuhan hidup. Pengetahuan lokal

dalam pengobatan tradisional dapat diartikan sebagai pemanfaatan flora dan fauna lingkungannya oleh masyarakat untuk kepentingan kesehatan masyarakat.

Selanjutnya kita akan mendalami lebih dalam tentang pengobatan tradisional, diawali dengan pengertian obat, pengobatan, dan pengobatan tradisional. Obat menurut KBBI adalah suatu zat yang digunakan untuk mengurangi, menghilangkan, atau menyembuhkan penyakit. Proses pengobatan itulah yang dimaksud dengan terapi. Sedangkan obat tradisional diartikan sebagai pengobatan yang terbuat dari berbagai jenis akar, kulit pohon, batang, bunga, buah, dan daun untuk mengobati berbagai gangguan.

Selanjutnya, pengobatan tradisional merupakan salah satu aspek budaya Indonesia yang diwariskan secara lisan dan tulisan secara turun temurun. Pengobatan tradisional telah didokumentasikan dalam naskah-naskah kuno, termasuk tulisan berbahasa Sunda seperti Kumpulan Mantra, Paririmbun, dan Petangan. Naskah-naskah tersebut berisi mantra-mantra untuk pengobatan, pembasmi penyakit, dan penghilang racun.

Pengobatan tradisional menurut World Health Organization (WHO) adalah keseluruhan pengetahuan, keterampilan, dan praktik berdasarkan teori, kepercayaan, dan pengalaman orang-orang dengan berbagai adat budaya, baik dijelaskan maupun tidak, yang digunakan dalam pemeliharaan kesehatan, kesehatan, serta pencegahan, diagnosis, perbaikan, atau pengobatan penyakit fisik dan mental. Menurut Ria Intani, pengobatan tradisional dalam kondisi saat ini jelas merupakan kekayaan budaya yang berkontribusi dalam bidang kesehatan. Akibatnya, bidang pengobatan tradisional memerlukan perhatian, salah satunya melalui upaya penelitian.

Menurut temuan penelitian Supriadi dan kawan-kawan, sebanyak 78 jenis tumbuhan telah digunakan oleh 34 suku bangsa untuk mengobati penyakit malaria; 133 spesies tanaman telah

digunakan oleh 30 suku bangsa untuk mengobati demam; 110 spesies tanaman telah digunakan oleh 30 suku bangsa untuk mengobati gangguan pencernaan; dan 95 spesies tumbuhan telah digunakan oleh 27 suku bangsa untuk mengobati penyakit kulit. Paparan zat-zat yang terdapat pada tumbuhan tersebut meningkatkan hasil penelitian (Purnama, 2016).

Sosiologi kesehatan adalah subbidang sosiologi yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat (masyarakat umum) menyangkut kesehatan penduduk, kesehatan keluarga, kesehatan rumah, atau kesehatan subyek masyarakat. Kesehatan Mental, Kesehatan Emosional, Kesehatan Spiritual, Kesehatan Sosial, dan Kesehatan Fisik adalah beberapa alasan holistik untuk kesehatan masyarakat. Kemampuan berpikir jernih dan logis, yang terhubung dengan "otak", dicirikan sebagai kesehatan mental (Mesra, 2023).

Kesehatan emosional adalah kemampuan untuk merasakan dan mengekspresikan emosi seperti ketakutan, kegembiraan, kesedihan, dan kemarahan. Kesehatan spiritual terkait dengan keyakinan dan praktik keagamaan, tindakan baik pribadi, norma perilaku yang khas, dan bagaimana mencapai dan merasakan kedamaian dalam isolasi. Kesehatan sosial digambarkan sebagai kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan dengan orang lain, termasuk interaksi yang bergantung dan saling bergantung. Sedangkan kesehatan fisik dianggap sebagai aspek kesehatan yang paling hakiki dan berkaitan dengan fungsi mekanis tubuh (Sumiati *et al.*, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H., Mokodompit, P.J. and Dolot, N.H. 2022. 'Tradisi Motayok Dalam Pengobatan Tradisional (Studi Kasus Sosiologi Kesehatan di Bolaang Mongondow)', *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(4), pp. 404–409.
- Akbar, H., Putra Jufriyandi Mokodompit and Nur Halisa Dolot. 2022. 'Tradisi Motayok Dalam Pengobatan Tradisional (Studi Kasus Sosiologi Kesehatan di Bolaang Mongondow)', *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(4), pp. 404–409. Available at: <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i4.2257>.
- Herlina, M. 2017. 'Sosiologi Kesehatan', *Surabaya: Muara Karya* [Preprint].
- Herniwati, H. *et al.* 2022. 'SOSIOLOGI KESEHATAN'.
- Mesra, R. 2023. *Adat, Sejarah Dan Budaya Nusantara*. Tulungagung: Akademia Pustaka.
- Nugraheni, H., Wiyatini, T. and Wiradona, I. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Deepublish.
- Purnama, Y. 2016. 'Kearifan Lokal Masyarakat Jatigede Dalam Pengobatan Tradisional', *Patanjala: Jurnal Penelitian Sejarah dan Budaya*, 8(1), p. 69. Available at: <https://doi.org/10.30959/patanjala.v8i1.60>.
- Sumiati, T. *et al.* 2023. *Sosiologi Kesehatan dan Penyakit*. Global Eksekutif Teknologi.
- Trismiyana, E. 2021. 'Penyuluhan kesehatan berbasis kearifan lokal tentang pemberian vaksin Measles Rubella (MR) pada anak', 15(2), pp. 357–366.

BAB 11

FAKTOR SOSIAL BUDAYA BERHUBUNGAN DENGAN MAKANAN DAN KESEHATAN

Oleh Marni

11.1 Pendahuluan

Faktor sosial budaya memiliki peran penting dalam menentukan kebiasaan makan dan kesehatan individu. Budaya dan nilai-nilai sosial mempengaruhi pemilihan makanan, cara mempersiapkannya, dan cara memakannya. Ada banyak faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi kebiasaan makan seseorang seperti keluarga, lingkungan sosial, agama, pendidikan, dan media. Semua faktor ini berinteraksi dan membentuk kebiasaan makan individu.

Salah satu faktor sosial budaya yang mempengaruhi kebiasaan makan adalah keluarga. Keluarga dapat memberikan pengaruh yang signifikan pada pola makan seseorang karena sering kali keluarga yang memasak dan memilih jenis makanan yang disajikan. Menurut sebuah penelitian, anggota keluarga, khususnya ibu, sering menjadi pengaruh utama dalam pengambilan keputusan makanan, memasak dan menyajikan makanan di rumah (Glanz et al., 1998). Oleh karena itu, keluarga dapat mempengaruhi pilihan makanan seseorang dan akhirnya dapat mempengaruhi kesehatannya. Selain keluarga, lingkungan sosial juga dapat mempengaruhi pola makan seseorang. Teman sebaya, teman kerja, dan lingkungan di mana seseorang tinggal dapat mempengaruhi pilihan makanan. Sebagai contoh, jika seseorang tinggal di daerah di mana makanan cepat saji lebih

mudah didapatkan, maka kemungkinan besar seseorang akan lebih sering mengonsumsi makanan cepat saji. Menurut sebuah penelitian, lingkungan fisik dan sosial di mana seseorang tinggal, bekerja, dan bermain dapat memengaruhi perilaku makan dan berat badan (Lake & Townshend, 2006).

Agama juga mempengaruhi pola makan seseorang. Beberapa agama memiliki aturan khusus dalam hal jenis makanan yang dapat dikonsumsi. Sebagai contoh, umat Muslim dilarang mengonsumsi daging babi dan alkohol, sedangkan umat Yahudi dan Hindu memiliki aturan khusus dalam hal persiapan dan pemotongan daging. Sebuah penelitian menemukan bahwa ketentuan agama dapat mempengaruhi keputusan makan seseorang dan dapat mempengaruhi kesehatan dengan cara yang positif atau negatif (Glanz et al., 1998). Media juga mempengaruhi kebiasaan makan seseorang. Iklan makanan dan program televisi yang menampilkan makanan dapat mempengaruhi apa yang dipilih seseorang untuk dimakan. Menurut sebuah penelitian, "Media telah ditemukan mempengaruhi perilaku makan dan preferensi makanan, terutama pada anak-anak dan remaja" (Story et al., 2009).

Kesimpulannya, faktor sosial budaya memiliki peran penting dalam menentukan kebiasaan makan dan kesehatan individu. Keluarga, lingkungan sosial, agama, pendidikan, dan media semuanya berinteraksi dan membentuk kebiasaan makan seseorang. Perubahan dalam faktor-faktor ini dapat memengaruhi perilaku makan dan akhirnya dapat memengaruhi kesehatan seseorang. Oleh karena itu, penting untuk memahami faktor sosial budaya yang mempengaruhi kebiasaan makan seseorang dan memerhatikan perubahan dalam faktor-faktor ini untuk mencapai pola makan yang sehat.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), "kesehatan adalah keadaan sejahtera dari tubuh, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup secara produktif dan

memuaskan dalam masyarakat" (Callahan, 1973). Oleh karena itu, kebiasaan makan yang sehat merupakan bagian penting dari kesehatan yang holistik. Untuk mencapai kebiasaan makan yang sehat, individu perlu memperhatikan faktor sosial budaya yang memengaruhi kebiasaan makan mereka. Individu juga perlu memperhatikan aspek nutrisi dalam makanan yang mereka konsumsi. Menurut Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Amerika Serikat, nutrisi yang tepat adalah kunci untuk hidup sehat dan produktif (Slavin, 2012). Nutrisi yang tepat dapat membantu menjaga kesehatan tubuh dan mengurangi risiko terkena penyakit. Dalam rangka memperbaiki kebiasaan makan, individu dapat memperhatikan pola makan yang seimbang, yaitu mengonsumsi makanan dari berbagai kelompok makanan yang sehat seperti buah-buahan, sayuran, biji-bijian, sumber protein rendah lemak, dan lemak sehat. Individu juga perlu memperhatikan ukuran porsi dan frekuensi makan.

Ketika seseorang memperhatikan faktor sosial budaya yang memengaruhi kebiasaan makan mereka dan memilih makanan yang sehat, mereka dapat meningkatkan kesehatan mereka dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Seperti yang dikatakan oleh Hippocrates, "Hidup adalah singkat, seni hidup yang baik jauh lebih lama" oleh karena itu, penting untuk memperhatikan kebiasaan makan dan memilih makanan yang sehat untuk hidup yang lebih baik dan lebih panjang.

11.2 Kebiasaan Makan dalam Masyarakat

Kebiasaan makan dalam masyarakat merupakan topik yang kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti faktor sosial budaya, ekonomi, dan lingkungan. Tinjauan teori ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kebiasaan makan di masyarakat.

1. Faktor Sosial Budaya

Salah satu faktor sosial budaya yang memengaruhi kebiasaan makan adalah keluarga. Keluarga dapat memberikan pengaruh yang signifikan pada pola makan seseorang karena sering kali keluarga yang memasak dan memilih jenis makanan yang disajikan. Berdasarkan hasil penelitian, biasanya keluarga, terutama ibu, memiliki peran yang dominan dalam mengambil keputusan terkait dengan makanan, seperti memasak dan menyajikan makanan di dalam rumah. (Glanz et al., 1998). Selain keluarga, faktor sosial budaya lainnya yang memengaruhi kebiasaan makan adalah agama dan budaya. Berbagai agama dan budaya memiliki pandangan yang berbeda tentang makanan dan diet yang sehat. Sebagai contoh, beberapa agama melarang konsumsi daging tertentu atau mengharuskan makanan yang disiapkan dengan cara tertentu. Hal ini dapat memengaruhi pilihan makanan seseorang.

2. Faktor Ekonomi

Kebiasaan makan dalam masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah faktor ekonomi. Faktor ekonomi memiliki peran penting dalam menentukan pola makan individu dan masyarakat secara luas. Ketersediaan, aksesibilitas, dan harga makanan menjadi faktor utama yang dipengaruhi oleh kondisi ekonomi.

Salah satu aspek penting dalam faktor ekonomi adalah ketersediaan makanan. Masyarakat dengan kondisi ekonomi yang rendah cenderung menghadapi keterbatasan dalam akses terhadap makanan yang bervariasi dan bergizi. Mereka mungkin mengandalkan makanan yang lebih murah dan seringkali kurang sehat, seperti makanan cepat saji atau makanan olahan yang mengandung banyak lemak, gula, dan garam. Keterbatasan dalam ketersediaan makanan segar, sayuran, dan buah-buahan yang lebih mahal juga dapat

mempengaruhi pola makan yang sehat. Selain itu, aksesibilitas juga memainkan peran penting dalam kebiasaan makan. Masyarakat dengan keterbatasan akses transportasi atau tinggal di daerah terpencil mungkin menghadapi kesulitan dalam mendapatkan makanan segar dan berkualitas. Keberadaan pasar yang terjangkau dan toko makanan yang menyediakan pilihan makanan yang sehat juga menjadi faktor yang mempengaruhi kebiasaan makan dalam masyarakat.

Harga makanan juga berperan dalam membentuk kebiasaan makan. Makanan yang sehat seringkali lebih mahal daripada makanan olahan yang kurang sehat. Biaya makanan yang tinggi dapat menjadi kendala bagi individu atau keluarga dengan anggaran terbatas untuk mengadopsi pola makan yang sehat. Harga yang lebih terjangkau untuk makanan olahan, makanan cepat saji, atau makanan tinggi kalori rendah gizi sering kali menjadi pilihan yang lebih ekonomis.

Terkait faktor ekonomi, peran pemerintah dan kebijakan juga sangat penting. Kebijakan yang mendukung ketersediaan makanan sehat dengan harga terjangkau, seperti subsidi bagi petani lokal atau program bantuan pangan, dapat membantu mengatasi kendala ekonomi dalam mengadopsi kebiasaan makan yang sehat. Selain itu, program edukasi dan promosi kesehatan yang memperkuat pemahaman tentang kebutuhan gizi dan strategi memilih makanan yang sehat dengan anggaran terbatas juga dapat memberikan kontribusi positif dalam mengatasi faktor ekonomi yang mempengaruhi kebiasaan makan dalam masyarakat.

Jadi faktor ekonomi memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan dalam masyarakat. Ketersediaan, aksesibilitas, dan harga makanan menjadi faktor utama yang dipengaruhi oleh kondisi ekonomi. Keterbatasan dalam akses terhadap makanan yang sehat dan biaya yang tinggi dapat menjadi hambatan bagi masyarakat dalam

mengadopsi pola makan yang sehat. Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk mengatasi tantangan ekonomi yang mempengaruhi kebiasaan makan dalam masyarakat. Beberapa langkah yang dapat diambil termasuk: (World Health Organization, 2020)

- a. Program subsidi atau bantuan pangan: Pemerintah dapat mengimplementasikan program subsidi bagi masyarakat dengan kondisi ekonomi rendah agar dapat memperoleh akses terhadap makanan yang sehat dengan harga terjangkau. Program bantuan pangan juga dapat membantu masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mereka.
- b. Pengembangan pasar dan toko makanan lokal: Pemerintah dapat mendorong pengembangan pasar dan toko makanan lokal yang menyediakan pilihan makanan segar dan berkualitas dengan harga yang terjangkau. Ini akan meningkatkan aksesibilitas terhadap makanan sehat dalam komunitas.
- c. Program edukasi dan promosi kesehatan: Pendidikan tentang pentingnya pola makan yang sehat dan bagaimana memilih makanan yang bergizi dengan anggaran terbatas dapat memberikan pemahaman yang lebih baik kepada masyarakat. Program ini dapat dilakukan melalui kampanye publik, seminar, atau pengembangan materi edukasi yang mudah diakses.
- d. Kerjasama dengan sektor swasta: Kolaborasi dengan sektor swasta, seperti produsen makanan dan ritel, dapat mempromosikan pilihan makanan yang sehat dengan harga terjangkau. Inisiatif seperti program diskon untuk produk-produk makanan sehat atau kerjasama dengan restoran untuk menyediakan opsi makanan yang sehat dapat membantu memperbaiki ketersediaan dan aksesibilitas makanan yang sehat.

3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan, seperti lingkungan tempat tinggal dan lingkungan tempat kerja, juga dapat memengaruhi kebiasaan makan seseorang. Lingkungan yang tidak mendukung pilihan makanan yang sehat, seperti kurangnya akses ke toko bahan makanan yang sehat atau kurangnya restoran dengan menu sehat, dapat membuat orang lebih sulit untuk memilih makanan yang sehat. Selain itu, tekanan lingkungan yang mempromosikan makanan cepat saji dan makanan kemasan dapat membuat orang lebih cenderung untuk memilih makanan yang tidak sehat. Menurut sebuah penelitian, lingkungan makanan yang tidak sehat, seperti ketersediaan makanan tinggi lemak, gula, dan garam di tempat-tempat seperti sekolah, tempat kerja, dan sekitar lingkungan tempat tinggal, dapat memengaruhi pola makan dan berkontribusi pada obesitas dan penyakit terkait gizi (Story et al., 2008).

Terkait dengan faktor lingkungan, peran media juga penting dalam memengaruhi kebiasaan makan masyarakat. Media memberikan banyak informasi tentang makanan dan nutrisi, termasuk iklan makanan yang berpotensi memengaruhi keputusan makan seseorang. Iklan makanan dan minuman yang tidak sehat sangat sering muncul pada acara televisi yang ditonton anak-anak. Hal ini membuat anak-anak rentan terpapar iklan makanan yang tidak sehat dan memengaruhi kebiasaan makan mereka (Harris et al., 2009). Selain itu, media sosial juga memainkan peran penting dalam memengaruhi kebiasaan makan (Padín et al., 2021). Pada era digital saat ini, informasi tentang makanan dan nutrisi lebih mudah diakses melalui media sosial. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penggunaan media sosial yang berlebihan terkait dengan kebiasaan makan yang tidak sehat, selain faktor lingkungan, kebiasaan makan juga dipengaruhi

oleh faktor personal seperti pengetahuan, sikap, dan preferensi makanan. Pengetahuan tentang nutrisi dan makanan yang sehat berhubungan dengan pola makan yang lebih baik. Selain itu, sikap terhadap makanan juga memengaruhi kebiasaan makan seseorang, sikap yang positif terhadap makanan sehat berkorelasi positif dengan konsumsi buah dan sayuran yang lebih banyak (Marni et al., 2023).

Selain faktor personal, faktor sosial budaya juga memainkan peran penting dalam kebiasaan makan masyarakat. Keluarga, lingkungan sosial, agama, dan pendidikan semuanya dapat memengaruhi kebiasaan makan seseorang (Marni et al., 2021). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pengaruh keluarga dan teman sebaya terhadap konsumsi makanan tidak sehat lebih besar pada remaja daripada pada anak-anak. Selain itu, agama juga dapat memengaruhi kebiasaan makan (Sibal, 2018). Sebagai contoh, beberapa agama memiliki aturan tentang jenis makanan yang diperbolehkan atau tidak diperbolehkan dikonsumsi, Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang mempraktikkan agama Islam cenderung memiliki pola makan yang lebih sehat karena aturan tentang jenis makanan yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan dalam agama tersebut.

Pendidikan memainkan peran penting dalam membantu mengembangkan kebiasaan makan yang sehat. Program pendidikan pangan dan gizi dapat meningkatkan pengetahuan tentang pangan dan gizi serta mendorong pola makan yang lebih baik di masyarakat. Pendidikan juga bisa mengajarkan teknik memasak dan cara memilih makanan yang baik untuk kesehatan.. Selain itu, program pemerintah yang memberikan dukungan dan insentif bagi produsen makanan untuk menghasilkan makanan yang lebih sehat dan berkualitas juga dapat mempengaruhi kebiasaan makan masyarakat. Namun demikian, kebiasaan makan yang sehat tidak hanya dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan

budaya, tetapi juga oleh faktor individu seperti pengetahuan, sikap, dan perilaku. Menurut (Moitra et al., 2021), pengetahuan tentang nutrisi dan kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan yang sehat. Selain itu, sikap positif terhadap makanan sehat dan perilaku yang mendukung kebiasaan makan yang sehat juga menjadi faktor penting dalam membentuk kebiasaan makan yang sehat. Dalam mengembangkan kebiasaan makan yang sehat, individu dapat memperhatikan beberapa hal, seperti memilih makanan yang mengandung nutrisi yang cukup, membatasi konsumsi makanan yang tinggi lemak, gula, dan garam, dan mengonsumsi makanan dengan variasi yang cukup. Selain itu, individu juga dapat memperhatikan ukuran porsi dan frekuensi makan serta memperhatikan cara memasak dan mengolah makanan yang sehat.

Dalam konteks ini, program edukasi dan kampanye publik yang memberikan informasi tentang kebiasaan makan yang sehat, cara memasak serta mengolah makanan yang sehat dapat membantu individu untuk mengembangkan kebiasaan makan yang sehat. Selain itu, dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan sosial juga dapat memengaruhi kebiasaan makan individu, dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan individu terhadap kebiasaan makan yang sehat.

Dalam konteks globalisasi dan modernisasi, kebiasaan makan masyarakat cenderung mengalami perubahan yang signifikan. Masyarakat kini lebih banyak mengonsumsi makanan cepat saji dan makanan olahan yang tinggi lemak, gula, dan garam. Hal ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan peningkatan ketersediaan makanan yang mudah diakses dan murah. Namun, perubahan ini juga dapat menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, program pemerintah dan kampanye publik yang memberikan informasi dan edukasi tentang kebiasaan makan yang sehat menjadi sangat penting. Program ini dapat membantu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang

makanan dan nutrisi, membantu mengubah perilaku makan yang tidak sehat, dan mempromosikan makanan yang sehat dan bergizi. Selain itu, peran individu dalam memilih makanan juga sangat penting. Individu perlu menyadari pentingnya memilih makanan yang sehat dan bergizi untuk menjaga kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit.

Individu perlu memilih makanan yang seimbang, mengandung berbagai macam nutrisi, dan memiliki porsi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh. Namun, karena masalah aksesibilitas dan ekonomi, terkadang sulit bagi masyarakat untuk membuat pilihan makanan yang tepat/sehat. Makanan yang sehat seringkali lebih mahal dan sulit didapat di beberapa wilayah. Hal ini dapat menjadi hambatan bagi individu yang ingin mengubah kebiasaan makan mereka menjadi lebih sehat. Oleh karena itu, peran pemerintah dalam memastikan ketersediaan makanan yang sehat dan terjangkau menjadi sangat penting. Program pemerintah seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan Program Pangan Harapan (PPH) telah diluncurkan untuk mempromosikan makanan yang sehat dan meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap makanan yang bergizi. Selain itu, juga terdapat program kampanye publik seperti "5 Sehat 4 Sempurna" yang bertujuan untuk memberikan edukasi kepada masyarakat tentang makanan yang sehat dan porsi yang tepat. Meskipun telah banyak program dan kampanye yang dilakukan oleh pemerintah dan organisasi kesehatan, terdapat beberapa faktor yang dapat menghambat keberhasilan dari program tersebut. Salah satunya adalah faktor budaya dan tradisi. Beberapa masyarakat masih mempertahankan kebiasaan makan yang tidak sehat karena merupakan bagian dari tradisi atau budaya mereka.

Selain faktor-faktor lain yang memengaruhi kebiasaan makan individu, iklan makanan yang kurang sehat juga dapat berperan dalam hal ini. Beberapa iklan makanan menggunakan promosi menarik untuk menarik minat konsumen, meskipun

sebenarnya makanan yang dipromosikan tidak sehat. Oleh karena itu, individu perlu bersikap lebih selektif dalam memilih makanan dan tidak mudah tergoda oleh iklan yang tidak sehat. Untuk meningkatkan kebiasaan makan yang sehat di masyarakat, diperlukan upaya yang komprehensif dan holistik. Program dan kampanye publik harus terus dilakukan untuk memberikan edukasi dan informasi yang tepat tentang makanan dan nutrisi. Pemerintah juga perlu memastikan ketersediaan makanan sehat yang terjangkau bagi semua orang. Selain itu, individu juga harus sadar akan pentingnya memilih makanan yang sehat dan bergizi, dan tidak mudah tergoda oleh iklan makanan yang kurang sehat. Dengan upaya yang komprehensif dan kesadaran yang tinggi dari semua pihak, diharapkan kebiasaan makan yang sehat dapat menjadi bagian dari gaya hidup masyarakat yang lebih baik dan sehat.

11.3 Faktor Budaya yang Mempengaruhi Makanan

Makanan tidak hanya merupakan kebutuhan biologis, tetapi juga merupakan bagian integral dari budaya manusia. Faktor budaya memiliki pengaruh yang signifikan dalam membentuk pola makan dan preferensi makanan di berbagai kelompok masyarakat. Penelitian tentang faktor budaya yang memengaruhi makanan telah mengungkapkan adanya berbagai variabel yang memainkan peran penting dalam kebiasaan makan dan preferensi kuliner.

Salah satu faktor budaya yang memengaruhi makanan adalah identitas etnis atau kelompok. Makanan sering menjadi simbol identitas etnis, dan pengaruh budaya dapat terlihat dalam jenis makanan yang disajikan, teknik memasak yang digunakan, dan tradisi makan yang dilestarikan. Sebagai contoh, makanan tradisional seperti sushi dalam budaya Jepang, taco dalam budaya Meksiko, atau curry dalam budaya India mencerminkan kekayaan dan keunikan setiap kelompok etnis.

Selain itu, agama juga merupakan faktor budaya yang kuat dalam memengaruhi makanan. Panduan diet dan aturan mengenai makanan yang diberikan oleh agama tertentu dapat memengaruhi pilihan makanan individu. Sebagai contoh, dalam agama Hindu, makanan vegetarian umumnya dihormati, sedangkan dalam agama Islam, terdapat aturan tentang makanan halal dan haram. Budaya juga dapat memengaruhi preferensi rasa dan cita rasa makanan. Setiap budaya memiliki preferensi tertentu terkait rasa seperti manis, asin, pahit, atau pedas. Misalnya, beberapa masyarakat Asia cenderung lebih menyukai makanan pedas, sementara beberapa masyarakat Barat lebih condong pada rasa manis (Almatsier, 2009).

Selain itu, aspek sosial budaya seperti keluarga dan lingkungan sosial juga berperan dalam membentuk kebiasaan makan individu. Keluarga sering menjadi pengaruh utama dalam membentuk pola makan seseorang. Menurut sebuah penelitian, "Anggota keluarga, khususnya ibu, sering menjadi pengaruh utama dalam pengambilan keputusan makanan, memasak, dan menyajikan makanan di rumah". Selain itu, lingkungan sosial juga dapat memengaruhi preferensi makanan dan kebiasaan makan melalui interaksi dengan teman sebaya, norma sosial, dan pengaruh budaya yang lebih luas.

Selain faktor-faktor yang telah dijelaskan diatas, terdapat beberapa tambahan yang perlu dipertimbangkan dalam konteks faktor budaya yang memengaruhi makanan diantaranya:

1. Tradisi dan Ritual

Makanan sering kali terkait erat dengan tradisi dan ritual dalam suatu budaya. Ritual makanan, seperti makanan yang disajikan pada perayaan atau acara keagamaan, dapat memengaruhi pilihan makanan dan cara menyajikannya. Tradisi juga dapat memainkan peran dalam pemilihan bahan makanan yang digunakan dan metode memasak yang diwariskan dari generasi ke

generasi. Makanan merupakan bagian integral dari tradisi dan ritual dalam berbagai budaya di seluruh dunia. Tradisi makanan dapat melibatkan jenis makanan khas yang disajikan pada perayaan atau acara budaya tertentu, seperti makanan khas Thanksgiving di Amerika Serikat atau makanan khas Idul Fitri di Indonesia. Makanan juga dapat menjadi simbol penting dalam ritual keagamaan, seperti makanan yang disajikan dalam upacara pernikahan atau ritual penyembelihan hewan sebagai bagian dari perayaan agama tertentu. Tradisi dan ritual ini memainkan peran dalam mempertahankan identitas budaya dan memberikan kedalaman makna pada pengalaman makan.

Selain itu, tradisi dan ritual juga memengaruhi cara makan dan etika makan dalam budaya tertentu. Misalnya, ada budaya yang menghargai kehidupan hewan dan menjalankan diet vegetarian atau vegan sebagai bagian dari tradisi keagamaan mereka. Di beberapa budaya, terdapat aturan yang ketat tentang cara menyajikan dan mengonsumsi makanan, seperti menggunakan tangan tanpa menggunakan alat makan atau mengikuti urutan tertentu dalam makanan yang disajikan. Pentingnya tradisi dan ritual dalam hubungannya dengan makanan menunjukkan bahwa makanan bukan hanya memenuhi kebutuhan biologis, tetapi juga berperan dalam memperkuat ikatan sosial dan identitas budaya. Memahami tradisi dan ritual makanan dalam masyarakat tertentu membantu menghargai warisan budaya dan merayakan keragaman makanan di dunia.

2. Norma Sosial:

Setiap budaya memiliki norma dan aturan sosial yang terkait dengan makanan. Norma-norma ini memengaruhi apa yang dianggap pantas atau tidak pantas dalam hal makanan dan cara makan. Misalnya, beberapa

budaya memiliki aturan tentang kombinasi makanan tertentu yang dianggap baik untuk keseimbangan nutrisi, sementara budaya lain mungkin memiliki aturan tentang cara makan yang sopan. Norma sosial juga memainkan peran penting dalam membentuk pola makan dan preferensi makanan dalam masyarakat. Norma sosial adalah aturan-aturan tidak tertulis yang mengatur perilaku sosial dan dapat mempengaruhi apa yang dianggap pantas atau tidak pantas dalam konteks makanan. Norma sosial dapat berkaitan dengan jenis makanan yang diterima atau dihindari dalam suatu kelompok masyarakat, cara menyajikan makanan, dan cara berinteraksi dengan makanan.

Contoh dari norma sosial terkait makanan adalah aturan diet yang dianut oleh kelompok agama tertentu, seperti makanan halal dalam Islam atau makanan kosher dalam agama Yahudi (Trifiana, 2020). Selain itu, norma sosial juga dapat mempengaruhi pilihan makanan berdasarkan kebiasaan dan kepercayaan masyarakat, seperti mengonsumsi makanan tertentu pada waktu tertentu atau menghindari makanan yang dianggap tabu.

Pentingnya norma sosial dalam makanan menunjukkan bahwa kebiasaan makan individu tidak hanya dipengaruhi oleh preferensi pribadi, tetapi juga oleh norma dan ekspektasi sosial dalam lingkungan mereka. Memahami norma sosial yang ada dalam masyarakat tertentu membantu menghormati kepercayaan dan nilai-nilai yang berkaitan dengan makanan, serta memperluas pemahaman kita tentang variasi makanan di berbagai kelompok budaya. Salah satu kutipan yang relevan terkait dengan norma sosial dalam makanan adalah: "Norma sosial adalah aturan-aturan tidak tertulis yang mengatur perilaku sosial sehari-hari, termasuk perilaku terkait dengan

makanan. Norma sosial memainkan peran penting dalam membentuk preferensi makanan, memengaruhi pilihan makanan individu, serta menentukan apa yang dianggap pantas atau tidak pantas dalam konteks makanan."

3. Ekonomi dan Aksesibilitas

Faktor Ekonomi:

Faktor ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kebiasaan makan dalam masyarakat. Kondisi ekonomi suatu negara atau daerah dapat memengaruhi ketersediaan dan harga makanan, yang pada gilirannya akan memengaruhi pola makan individu dan keluarga. Ketika ekonomi rendah atau ketidakstabilan ekonomi terjadi, masyarakat mungkin menghadapi keterbatasan finansial yang membuat mereka sulit membeli makanan yang sehat dan berkualitas. Mereka mungkin lebih cenderung mengandalkan makanan murah yang kurang nutrisi dan lebih terjangkau secara ekonomi.

Aksesibilitas:

Aksesibilitas makanan yang sehat juga merupakan faktor penting dalam membentuk kebiasaan makan dalam masyarakat. Aksesibilitas mengacu pada ketersediaan fisik dan geografis makanan yang sehat di wilayah tersebut. Beberapa daerah, terutama di daerah pedesaan atau perkotaan miskin, mungkin memiliki akses yang terbatas terhadap toko-toko atau pasar yang menjual makanan segar dan sehat. Sebagai hasilnya, masyarakat dalam daerah tersebut mungkin mengandalkan makanan olahan yang lebih mudah diperoleh atau mengandalkan makanan cepat saji yang kurang sehat.

Selain itu, aksesibilitas juga dapat merujuk pada faktor transportasi dan mobilitas. Jika masyarakat tidak memiliki akses yang mudah ke tempat-tempat pembelian makanan yang sehat, seperti toko-toko bahan makanan atau pasar segar,

mereka mungkin lebih cenderung mengandalkan toko kelontong atau minimarket yang menyediakan makanan olahan yang kurang sehat. Dalam mengatasi faktor ekonomi dan aksesibilitas yang mempengaruhi kebiasaan makan dalam masyarakat, penting bagi pemerintah dan lembaga terkait untuk mengimplementasikan kebijakan yang mendukung aksesibilitas dan ketersediaan makanan yang sehat dengan harga yang terjangkau. Ini dapat mencakup insentif untuk produsen makanan yang menghasilkan produk sehat, subsidi untuk makanan bergizi, pendidikan tentang pengelolaan keuangan rumah tangga, serta program bantuan pangan yang memastikan ketersediaan makanan yang sehat untuk kelompok yang rentan secara ekonomi. (Hawkes, 2006)

4. Pengaruh Globalisasi

Dalam era globalisasi, pengaruh budaya dari luar dapat memengaruhi kebiasaan makan di berbagai kelompok masyarakat. Pengaruh ini bisa datang dalam bentuk makanan asing yang diadopsi, restoran cepat saji, atau pengaruh gaya hidup global yang memengaruhi preferensi makanan. Hal ini dapat mengubah pola makan tradisional dan memengaruhi kesehatan masyarakat. Globalisasi telah memengaruhi budaya dan makanan di seluruh dunia. Pertukaran budaya dan pengaruh dari negara-negara lain telah mengubah preferensi makanan dan kebiasaan makan di berbagai masyarakat. Perkembangan teknologi dan transportasi yang pesat juga telah mempermudah akses terhadap makanan dari berbagai belahan dunia.

Proses globalisasi telah membawa masuknya makanan asing ke dalam budaya lokal. Restoran cepat saji dan makanan siap saji yang berasal dari negara lain menjadi lebih mudah ditemukan di berbagai negara. Hal ini

telah berdampak pada perubahan pola makan dan kebiasaan konsumsi masyarakat, terutama di kalangan generasi muda yang lebih terbuka terhadap pengaruh budaya asing.

Salah satu contoh pengaruh globalisasi terhadap kebiasaan makan adalah popularitas makanan cepat saji seperti burger, pizza, dan mie instan yang menyebar di seluruh dunia. Globalisasi juga berdampak pada konsumsi makanan yang lebih diproses dan mengandung lebih banyak bahan tambahan, seperti pengawet, pewarna, dan pemanis buatan. Globalisasi telah membawa perubahan signifikan dalam pola makan di berbagai belahan dunia. Pertukaran budaya dan akses yang lebih mudah terhadap makanan dari berbagai negara telah mengubah preferensi makanan dan kebiasaan konsumsi masyarakat.

Pemahaman tentang pengaruh globalisasi dalam konteks makanan membantu dalam menyadari perubahan dalam kebiasaan makan dan mempromosikan pendekatan yang seimbang dan beragam dalam memilih makanan dari berbagai budaya.

5. Persepsi dan Identitas

Cara seseorang memandang makanan dan bagaimana makanan membentuk identitas budaya mereka juga merupakan faktor yang memengaruhi kebiasaan makan. Makanan dapat menjadi simbol penting dari identitas etnis, kebangsaan, atau kelompok sosial tertentu. Persepsi terhadap makanan juga dapat memengaruhi preferensi makanan dan kebiasaan makan individu.

Persepsi individu terhadap makanan dan identitas budaya mereka juga memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan. Setiap budaya memiliki pandangan yang berbeda terkait makanan dan preferensi rasa. Makanan tidak hanya berfungsi sebagai kebutuhan

biologis, tetapi juga sebagai simbol identitas budaya. Pemahaman tentang bagaimana makanan dihubungkan dengan identitas budaya dapat memberikan wawasan tentang keunikan dan kompleksitas suatu masyarakat. Budaya juga memengaruhi persepsi individu terhadap makanan tertentu, misalnya, makanan yang dianggap tabu dalam budaya tertentu dapat dihindari meskipun mungkin memiliki nilai gizi yang tinggi.

Persepsi individu terhadap makanan dan identitas budaya mereka memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan. Makanan tidak hanya berfungsi sebagai kebutuhan biologis, tetapi juga sebagai simbol identitas budaya. Dalam mempromosikan kebiasaan makan yang sehat, penting untuk menghormati keanekaragaman budaya dan memahami hubungan antara makanan dan identitas budaya untuk mengembangkan strategi yang sensitif secara budaya.

Pemahaman yang mendalam tentang faktor-faktor budaya yang memengaruhi makanan memberikan wawasan yang berharga dalam merancang strategi promosi makanan yang lebih efektif, mengembangkan program-program edukasi tentang makanan yang sesuai dengan konteks budaya, dan mempertahankan keanekaragaman budaya dalam pilihan makanan yang sehat.

Kesimpulannya, faktor budaya memiliki peran yang signifikan dalam membentuk kebiasaan makan dan preferensi makanan di masyarakat. Identitas etnis, agama, preferensi rasa, serta peran keluarga dan lingkungan sosial semuanya berinteraksi dan membentuk pola makan individu. Pemahaman yang lebih dalam tentang faktor budaya yang memengaruhi makanan dapat memberikan wawasan penting dalam pengembangan strategi promosi makanan yang lebih efektif, peningkatan kesadaran tentang pilihan makanan yang

sehat, serta memfasilitasi integrasi budaya yang lebih luas dalam upaya menjaga keberlanjutan makanan tradisional yang bernilai gizi tinggi.

Seiring dengan meningkatnya globalisasi dan interaksi antarbudaya, penting bagi kita untuk memahami dan menghormati keanekaragaman budaya dalam konteks makanan. Dalam pengembangan strategi promosi makanan yang lebih efektif, kita perlu mempertimbangkan faktor budaya yang meliputi identitas etnis, agama, preferensi rasa, dan peran keluarga serta lingkungan sosial. Menggali pemahaman yang lebih dalam tentang faktor-faktor ini akan membantu kita merancang program-program yang sesuai dengan konteks budaya yang berbeda.

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran terkait pilihan makanan yang sehat dan bergizi juga harus menjadi prioritas utama. dengan memahami bagaimana budaya memengaruhi kebiasaan makan sehingga kita dapat memberikan informasi dan edukasi yang tepat kepada masyarakat tentang pentingnya memilih makanan yang sehat dan bergizi. Peningkatan kesadaran ini dapat dilakukan melalui kampanye publik, pendidikan nutrisi yang disesuaikan dengan budaya setempat, serta kolaborasi dengan komunitas dan pemangku kepentingan terkait. Selain itu, penting bagi kita untuk mendukung dan menjaga keberlanjutan makanan tradisional yang bernilai gizi tinggi. Makanan tradisional sering kali mencerminkan kearifan lokal dan pengetahuan budaya yang kaya. Dalam upaya ini, penting bagi pemerintah dan lembaga terkait untuk bekerja sama dengan komunitas lokal dalam menjaga warisan kuliner yang bernilai gizi tinggi, sekaligus mempromosikan pemakaian bahan makanan lokal yang sehat dan berkelanjutan.

Dengan demikian, pemahaman yang mendalam tentang faktor budaya yang memengaruhi makanan dapat

memberikan landasan yang kuat dalam pengembangan strategi promosi makanan yang lebih efektif dan program-program yang mendukung pilihan makanan yang sehat. Melalui pendekatan yang berbasis budaya, kita dapat memfasilitasi perubahan positif dalam kebiasaan makan masyarakat, menjaga keanekaragaman budaya, dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

11.4 Peran Keluarga dan Komunitas dalam Pola Makan

Keluarga dan komunitas memainkan peran penting dalam membentuk pola makan individu. Interaksi sosial, norma budaya, dan praktik yang ada dalam keluarga dan komunitas dapat mempengaruhi pilihan makanan, kebiasaan makan, dan preferensi kuliner. Tinjauan teori ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang peran keluarga dan komunitas dalam membentuk pola makan yang sehat.

Keluarga berperan sebagai agen sosialisasi utama dalam membentuk pola makan individu. Mereka memainkan peran penting dalam memperkenalkan jenis makanan, mengajarkan nilai-nilai seputar makanan, dan memengaruhi kebiasaan makan sejak masa anak-anak. Menurut studi oleh (Birch & Fisher, 1998), pola makan anak-anak seringkali dipengaruhi oleh pola makan orang tua. Ketika orang tua menerapkan pola makan yang sehat dan memberikan contoh yang baik, anak cenderung mengadopsi kebiasaan makan yang sehat pula.

Komunitas juga memiliki pengaruh signifikan terhadap pola makan individu. Norma budaya, tradisi, dan praktik sosial dalam komunitas dapat membentuk preferensi makanan dan kebiasaan konsumsi. Misalnya, dalam beberapa budaya, makanan tradisional yang kaya akan bahan nabati menjadi pilihan utama dan memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan masyarakat.

Keluarga dan komunitas memiliki peran yang kuat dalam membentuk pola makan individu. Keluarga berperan sebagai agen sosialisasi utama dalam mengenalkan jenis makanan dan membentuk kebiasaan makan individu. Komunitas juga memiliki norma budaya dan praktik yang mempengaruhi preferensi makanan dan kebiasaan konsumsi individu. Untuk menciptakan pola makan yang sehat, penting untuk melibatkan keluarga dan komunitas dalam upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Program pendidikan dan intervensi yang melibatkan keluarga dan komunitas dapat membantu meningkatkan pengetahuan tentang makanan yang sehat, mempromosikan pola makan yang seimbang, dan mengubah norma budaya terkait dengan makanan. Upaya kolaboratif antara keluarga, komunitas, dan lembaga kesehatan dapat memberikan dampak yang positif dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kebiasaan makan yang sehat.

Kesimpulannya, peran keluarga dan komunitas dalam membentuk pola makan individu sangatlah penting. Keluarga sebagai agen sosialisasi utama memberikan pengaruh besar terhadap kebiasaan makan individu, sementara komunitas dengan norma budaya dan praktik sosialnya juga membentuk preferensi makanan dan kebiasaan konsumsi. Melibatkan keluarga dan komunitas dalam upaya promosi kesehatan dapat memberikan dukungan yang kuat dalam menciptakan pola makan yang sehat dan berkelanjutan. Beberapa strategi yang dapat dilakukan adalah melibatkan keluarga dalam program edukasi tentang nutrisi dan pentingnya pola makan yang seimbang, mengadakan kegiatan komunitas yang mempromosikan makanan sehat, serta membangun kemitraan antara lembaga kesehatan, sekolah, dan organisasi masyarakat dalam mengadvokasi pola makan yang sehat.

Selain itu, penting untuk memahami konteks budaya dan sosial dalam komunitas. Setiap komunitas memiliki tradisi dan

praktik makan yang khas, dan mempertahankan kearifan lokal dalam hal makanan adalah penting. Dalam upaya promosi kesehatan, diperlukan pendekatan yang sensitif terhadap kebutuhan dan nilai-nilai budaya setempat. Dengan memperhatikan faktor budaya, seperti jenis makanan yang biasa dikonsumsi dan cara penyajiannya, program dan intervensi dapat disesuaikan agar lebih relevan dan diterima oleh masyarakat. Sebagai contoh, sebuah penelitian menunjukkan bahwa melibatkan keluarga dan komunitas dalam program pencegahan obesitas anak dapat membawa perubahan positif dalam pola makan dan gaya hidup. Program ini melibatkan orang tua, guru, dan anggota komunitas dalam menyediakan lingkungan yang mendukung makanan sehat, seperti menanam sayuran bersama di taman sekolah atau mengadakan kegiatan memasak bersama. Dengan memanfaatkan kekuatan keluarga dan komunitas dalam menciptakan perubahan yang berkelanjutan, dapat diharapkan terciptanya pola makan yang lebih sehat di tingkat individu dan masyarakat. Melalui kolaborasi yang kuat antara keluarga, komunitas, dan stakeholder terkait, kita dapat membangun lingkungan yang mendukung pilihan makanan yang sehat dan mendorong adopsi kebiasaan makan yang baik dalam kehidupan sehari-hari.

11.5 Faktor Sosial Ekonomi dan Akses Terhadap Makanan

Faktor sosial ekonomi dan akses terhadap makanan memiliki peran yang signifikan dalam membentuk pola makan dan kesehatan individu serta masyarakat secara keseluruhan. Ketersediaan, aksesibilitas, dan harga makanan merupakan faktor kunci yang dapat mempengaruhi kebiasaan makan seseorang. Di tengah ketimpangan sosial ekonomi yang ada, akses terhadap makanan bergizi seringkali menjadi permasalahan, terutama di komunitas dengan tingkat pendapatan rendah.

Penelitian telah menunjukkan bahwa kondisi sosial ekonomi mempengaruhi pilihan dan perilaku makan. Individu dengan pendapatan yang lebih tinggi cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap makanan yang sehat dan bergizi. Sebaliknya, individu dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah cenderung menghadapi kendala dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mereka. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Loopstra et al., 2016), mereka menemukan bahwa individu dengan kondisi sosial ekonomi rendah memiliki kecenderungan lebih tinggi mengonsumsi makanan dengan kandungan energi yang lebih tinggi dan nutrisi yang rendah.

Selain itu, faktor aksesibilitas juga berperan penting dalam membentuk kebiasaan makan. Aksesibilitas dapat mencakup ketersediaan makanan, jarak ke tempat pembelian makanan, serta infrastruktur dan transportasi yang memudahkan individu untuk mendapatkan makanan yang sehat. Misalnya, penelitian oleh (Giskes et al., 2009) menunjukkan bahwa lingkungan yang memiliki lebih banyak supermarket atau toko makanan yang menyediakan pilihan makanan yang sehat cenderung memiliki pola makan yang lebih baik, harga juga menjadi faktor yang mempengaruhi kebiasaan makan. Makanan yang lebih sehat seringkali memiliki harga yang lebih tinggi, sementara makanan yang kurang sehat seringkali lebih terjangkau. Hal ini dapat membuat individu dengan kondisi sosial ekonomi rendah lebih cenderung memilih makanan yang kurang sehat karena faktor biaya. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Darmon et al., 2005), mereka menemukan bahwa diet yang sehat dengan pilihan makanan yang lebih banyak bergizi seringkali lebih mahal daripada diet yang kurang sehat.

Untuk mengatasi masalah ini, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan akses terhadap makanan yang sehat dan terjangkau, terutama di komunitas dengan kondisi sosial ekonomi rendah. Program pemerintah yang mempromosikan ketersediaan

makanan sehat, subsidi harga makanan bergizi, serta pembangunan infrastruktur yang mendukung aksesibilitas makanan yang sehat dapat menjadi solusi. Melalui pendekatan yang komprehensif dan inklusif, kita dapat menciptakan lingkungan yang mendukung pilihan makanan yang sehat bagi semua lapisan masyarakat.

11.6 Pengaruh Media dan Periklanan dalam Mempromosikan Makanan

Pengaruh media dan periklanan dalam mempromosikan makanan memiliki dampak yang signifikan terhadap pola makan dan preferensi konsumen. Media massa, televisi, internet, dan media sosial telah menjadi sarana yang efektif bagi industri makanan untuk mempengaruhi perilaku konsumen terkait dengan makanan. Dalam tinjauan teori ini, akan dijelaskan bagaimana media dan periklanan dapat memengaruhi pola makan dan bagaimana dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.

Salah satu cara media memengaruhi perilaku makan adalah melalui iklan makanan. Iklan makanan sering kali menggunakan strategi yang menarik dan menggoda untuk mempromosikan makanan tertentu. Pemilihan kata, gambar, dan musik yang menarik dapat membuat makanan terlihat menggugurkan dan memicu keinginan konsumen untuk membelinya. Penelitian telah menunjukkan bahwa iklan makanan yang intensif dan agresif dapat memengaruhi pola makan individu, terutama anak-anak dan remaja, yang rentan terhadap pengaruh media. Sebagai contoh, penelitian telah menemukan bahwa iklan makanan yang ditujukan kepada anak-anak sering kali mempromosikan makanan yang tinggi gula, garam, dan lemak. Hal ini dapat berkontribusi pada pola makan yang tidak sehat dan berisiko terhadap obesitas dan penyakit terkait gizi. Sebuah studi menemukan bahwa iklan makanan yang ditujukan kepada anak-anak memiliki pengaruh signifikan terhadap preferensi mereka terhadap makanan yang

tinggi gula dan lemak. Selain itu, media juga dapat mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap makanan. Konten media seperti acara memasak, vlog makanan, dan review restoran dapat membentuk persepsi dan preferensi masyarakat terkait dengan makanan. Misalnya, penelitian telah menunjukkan bahwa pemirsa yang sering menonton acara memasak cenderung memiliki minat yang lebih besar dalam memasak dan mencoba resep baru.

Media juga dapat memperkenalkan makanan dari budaya lain dan meningkatkan toleransi dan penerimaan terhadap makanan yang beragam. Namun, perlu diingat bahwa pengaruh media dan periklanan tidak selalu negatif. Media juga dapat menjadi sarana yang efektif untuk mempromosikan makanan yang sehat dan gaya hidup yang seimbang. Kampanye dan program yang menggunakan media sebagai alat untuk menyampaikan informasi gizi yang akurat dan mengedukasi masyarakat tentang pentingnya makanan sehat dapat memberikan kontribusi positif dalam membentuk kebiasaan makan yang sehat.

Dalam konteks ini, peran regulasi dan kebijakan pemerintah juga sangat penting. Regulasi terhadap iklan makanan yang ditujukan kepada anak-anak, pembatasan iklan makanan pada waktu tertentu, dan penyediaan informasi gizi yang jelas dalam iklan makanan dapat membantu melindungi konsumen dari manipulasi dan mempromosikan makanan yang lebih sehat. Penelitian oleh (Fleming-Milici & Harris, 2020) menunjukkan bahwa regulasi yang ketat terhadap iklan makanan yang ditujukan kepada anak-anak dapat mengurangi paparan mereka terhadap iklan makanan yang tidak sehat dan berkontribusi pada peningkatan pola makan yang lebih sehat. Selain itu, beberapa negara telah mengadopsi kebijakan untuk membatasi iklan makanan pada program televisi yang ditonton oleh anak-anak pada jam-jam tertentu, seperti di Prancis dan Norwegia. Selain regulasi, upaya kolaboratif antara pemerintah, industri makanan, dan masyarakat sipil juga penting. Inisiatif bersama untuk

mempromosikan makanan yang sehat melalui kampanye publik, penyediaan informasi gizi yang jelas, dan pengembangan program edukasi dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pola makan yang sehat.

11.7 Kebiasaan Makan di Tempat Kerja atau Sekolah

Kebiasaan makan di tempat kerja atau sekolah merupakan aspek penting dalam pola makan individu. Lingkungan kerja dan sekolah dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pilihan makanan dan kebiasaan konsumsi seseorang. Adanya fasilitas makanan, kebijakan makanan, dan budaya makan di lingkungan tersebut dapat mempengaruhi pola makan individu secara keseluruhan.

Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa penyediaan makanan sehat di tempat kerja dapat mendorong pola makan yang lebih baik. Ketika makanan sehat lebih mudah diakses dan dipromosikan, individu cenderung memilih makanan yang lebih sehat, tempat kerja dan sekolah memiliki peran yang signifikan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pilihan makanan sehat dan mengurangi konsumsi makanan tidak sehat".

Di tempat kerja, adanya kantin atau fasilitas makanan yang menyediakan pilihan makanan sehat dan bergizi dapat memberikan alternatif yang baik bagi karyawan. Kebijakan makanan di tempat kerja yang mempromosikan makanan sehat dan mengatur penawaran makanan yang tersedia juga dapat berpengaruh pada kebiasaan makan individu serta kebijakan yang membatasi akses terhadap makanan tinggi lemak dan gula di tempat kerja dapat membantu mengurangi konsumsi makanan tidak sehat dan berkontribusi pada peningkatan kesehatan.

Sementara itu, di lingkungan sekolah, kebijakan dan program yang mendukung makanan sehat seperti kantin sekolah

yang menyediakan pilihan makanan bergizi, larangan jual beli makanan tidak sehat di area sekolah, atau kegiatan promosi kesehatan yang terkait dengan makanan dapat memengaruhi kebiasaan makan siswa. Studi oleh (Perry et al., 2004). menunjukkan bahwa intervensi di sekolah yang memperkenalkan program makanan sehat dan mendukung lingkungan makan yang positif dapat meningkatkan konsumsi buah dan sayur serta mengurangi konsumsi makanan tidak sehat.

Melalui upaya yang holistik di tempat kerja dan sekolah, seperti pengaturan kebijakan makanan yang sehat, penyediaan pilihan makanan yang bergizi, dan program edukasi mengenai pola makan sehat, diharapkan individu dapat membentuk kebiasaan makan yang lebih baik. Hal ini dapat berdampak positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka. Seiring dengan itu, peran penting pemerintah, pengambil kebijakan, dan stakeholders terkait dalam menciptakan lingkungan yang mendukung makanan sehat di tempat kerja dan sekolah tidak dapat diabaikan.

11.8 Hubungan Antara Pola Makan dan Kesehatan

Hubungan antara pola makan dan kesehatan telah menjadi fokus utama dalam penelitian kesehatan masyarakat. Pola makan yang sehat dapat berperan penting dalam menjaga kesehatan dan mencegah berbagai penyakit kronis, seperti obesitas, diabetes, penyakit jantung, dan kanker. Dalam penelitian ini, akan dibahas hubungan antara pola makan dan kesehatan, serta pentingnya memperhatikan komposisi makanan, jumlah porsi, dan kualitas gizi yang dikonsumsi. Penelitian yang dilakukan oleh (Khaw, 1993) pola makan yang kaya akan buah-buahan, sayuran, biji-bijian utuh, ikan, dan makanan rendah lemak jenuh terkait dengan penurunan risiko penyakit jantung koroner. Mereka mengidentifikasi pola makan ini sebagai Pola Makan Mediterania dan Pola Makan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) yang mengedepankan

konsumsi makanan dengan kandungan serat tinggi, rendah lemak jenuh, dan kaya akan nutrisi.

Pola makan yang kaya akan asam lemak omega-3, serat, dan antioksidan, serta rendah gula tambahan, garam, dan lemak trans terkait dengan penurunan risiko penyakit jantung, stroke, dan diabetes. Mereka juga menekankan pentingnya mengurangi konsumsi makanan olahan dan makanan cepat saji yang cenderung mengandung bahan tambahan yang tidak sehat.

Selain faktor komposisi makanan, penting juga untuk memperhatikan jumlah porsi yang dikonsumsi. Mengonsumsi porsi makanan yang lebih besar dapat meningkatkan asupan kalori secara keseluruhan. Oleh karena itu, mengatur porsi makan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh dapat membantu menjaga berat badan yang sehat dan mencegah obesitas.

Kualitas gizi makanan juga berperan penting dalam hubungan antara pola makan dan kesehatan. Dimana pola makan yang kaya akan makanan dengan kualitas gizi tinggi, seperti sayuran, buah-buahan, biji-bijian utuh, dan protein nabati, terkait dengan penurunan risiko obesitas dan penyakit kronis lainnya. Mereka juga menyoroti pentingnya mengurangi konsumsi makanan yang mengandung gula tambahan, lemak trans, dan sodium yang tinggi.

Dalam menjaga kesehatan melalui pola makan, penting juga untuk memperhatikan konteks sosial dan budaya. Penelitian oleh (Kim et al., 2022) menunjukkan bahwa aspek budaya, seperti tradisi kuliner, preferensi rasa, dan kebiasaan makan, dapat mempengaruhi pilihan makanan dan pola makan individu. Oleh karena itu, dalam mempromosikan pola makan yang sehat, penting untuk mempertimbangkan konteks budaya dan preferensi individu.

Budaya makan yang unik dalam suatu komunitas dapat mencerminkan nilai-nilai, tradisi, dan kebiasaan yang telah diwariskan dari generasi ke generasi. Misalnya, dalam budaya

Mediterania, pola makan yang kaya akan sayuran, buah-buahan, biji-bijian, dan minyak zaitun dianggap sebagai pola makan yang sehat. Masyarakat Mediterania cenderung mengonsumsi makanan segar dan minim olahan serta menjadikan waktu makan sebagai momen sosial yang penting. Preferensi rasa juga berperan dalam memengaruhi pilihan makanan. Setiap individu memiliki preferensi rasa yang berbeda-beda, dan ini dapat memengaruhi kecenderungan mereka dalam memilih jenis makanan tertentu. Beberapa budaya mungkin memiliki preferensi terhadap makanan yang manis atau berbungu kuat, sementara budaya lain cenderung lebih mengutamakan makanan yang gurih atau pedas. Pengenalan makanan sehat yang sesuai dengan preferensi rasa setempat dapat mempermudah adopsi pola makan yang sehat.

Kebiasaan makan juga menjadi faktor yang signifikan dalam pola makan individu. Beberapa budaya memiliki kebiasaan tertentu, seperti makan dalam porsi kecil namun lebih sering atau mengonsumsi makanan dalam pola tertentu seperti sarapan yang kaya protein. Kebiasaan makan ini dapat memengaruhi pola makan dan dampaknya terhadap kesehatan. Oleh karena itu, penting untuk memahami kebiasaan makan dalam suatu budaya dan mempromosikan kebiasaan yang mendukung pola makan yang sehat. Dalam konteks budaya, upaya promosi kesehatan dan edukasi tentang pola makan yang sehat harus dilakukan secara sensitif terhadap konteks sosial dan budaya masyarakat. Melibatkan komunitas dalam pengembangan program-program kesehatan yang mempertimbangkan kebutuhan lokal dapat meningkatkan keberhasilan dalam mengadopsi pola makan yang sehat.

Dalam menghubungkan pola makan dengan kesehatan, perlu diingat bahwa setiap individu memiliki kebutuhan gizi yang berbeda. Oleh karena itu, penting untuk berkonsultasi dengan profesional kesehatan seperti ahli gizi atau dokter dalam merancang pola makan yang sesuai dengan kebutuhan individu

dan kondisi kesehatan mereka. Sebagai contoh, dalam masyarakat Asia, nasi merupakan makanan pokok yang sering dikonsumsi dalam setiap hidangan. Di sisi lain, dalam budaya Barat, roti atau kentang sering menjadi pilihan utama sebagai sumber karbohidrat. Faktor budaya ini dapat berdampak pada pola makan dan kesehatan masyarakat yang berbeda. Aspek sosial juga memainkan peran penting dalam hubungan antara pola makan dan kesehatan. Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan komunitas dapat mempengaruhi keberhasilan seseorang dalam menjaga pola makan yang sehat. Dukungan sosial ini dapat mencakup motivasi, pengarahan, dan pengetahuan yang berkontribusi pada pilihan makanan yang sehat.

Pentingnya hubungan antara pola makan yang sehat dan kesehatan telah mendorong pemerintah dan organisasi kesehatan untuk mengembangkan pedoman gizi dan kampanye promosi kesehatan yang fokus pada pentingnya pola makan yang seimbang dan bergizi. Misalnya, *Dietary Guidelines for Americans* yang dikeluarkan oleh Departemen Pertanian Amerika Serikat dan Departemen Kesehatan dan Layanan Manusia memberikan rekomendasi tentang komposisi makanan yang sehat dan jumlah porsi yang dianjurkan.

Secara keseluruhan, hubungan antara pola makan dan kesehatan sangat kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk komposisi makanan, jumlah porsi, kualitas gizi, aspek sosial dan budaya, serta dukungan regulasi dan kebijakan pemerintah. Memahami pentingnya pola makan yang sehat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya dapat membantu individu dan masyarakat dalam mengambil keputusan yang tepat terkait dengan pemilihan makanan dan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. 1998. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 539–549.
- Callahan, D. 1973. The WHO definition of “health”. *Studies - Hastings Center*, 1(3), 77–88. <https://doi.org/10.2307/3527467>
- Darmon, N., Darmon, M., Maillot, M., & Drewnowski, A. 2005. A nutrient density standard for vegetables and fruits: Nutrients per calorie and nutrients per unit cost. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(12), 1881–1887. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.005>
- Fleming-Milici, F., & Harris, J. L. 2020. Food marketing to children in the United States: Can industry voluntarily do the right thing for children’s health? *Physiology and Behavior*, 227(February), 113139. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113139>
- Giskes, K., Van Lenthe, F. J., Kamphuis, C. B. M., Huisman, M., Brug, J., & Mackenbach, J. P. 2009. Household and food shopping environments: Do they play a role in socioeconomic inequalities in fruit and vegetable consumption? A multilevel study among Dutch adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 113–120. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.078352>
- Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. 1998. Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *The American Dietetic Association*, 98(10 SUPPL.), 1118–1126.

- Harris, J. L., Bargh, J. A., & Brownell, K. D. 2009. Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behavior. *Health Psychology*, 28(4), 404–413. <https://doi.org/10.1037/a0014399>
- Hawkes, C. 2006. Uneven dietary development: Linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*, 2, 1–18. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-2-4>
- Khaw, K. T. 1993. Dietary fat intake and coronary heart disease in women. *Acta Cardiologica*, 48(5), 442–444.
- Kim, J., Kim, M., Shin, Y., Cho, J. H., Lee, D., & Kim, Y. 2022. Association between Dietary Diversity Score and Metabolic Syndrome in Korean Adults: A Community-Based Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 14(24). <https://doi.org/10.3390/nu14245298>
- Lake, A., & Townshend, T. 2006. Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 262–267. <https://doi.org/10.1177/1466424006070487>
- Loopstra, R., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. 2016. Food insecurity and social protection in Europe: Quasi-natural experiment of Europe's great recessions 2004-2012. *Preventive Medicine*, 89, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.010>
- Marni, M., Abdullah, A. Z., Thaha, R. M., Hidayanty, H., Sirajuddin, S., Razak, A., Stang, S., & Liliweri, A. 2021. Cultural Communication Strategies of Behavioral Changes in Accelerating of Stunting Prevention: A Systematic Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 16(9), 447–452.

- Marni, M., Zulkifli, A., Thaha, R., Hidayanty, H., Stang, S., Syafar, M., Razak, A., Liliweri, A., Sudarmin, R., & Picauly, I. 2023. Awareness, Motivation, and Intentions in Preventing Stunting in the Dry Land Area of Kupang Regency, East Nusa Tenggara Province. *International Journal of Sustainable Development and Planning*, 18, 201–207. <https://doi.org/10.18280/ijstdp.180121>
- Moitra, P., Verma, P., & Madan, J. (2021) Development and validation of a questionnaire measuring knowledge, attitudes, and practices (KAP) to healthy eating and activity patterns in school children (HEAPS). *Nutrition and Health*, 27(2), 199–209. <https://doi.org/10.1177/0260106020982356>
- Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., & Vázquez-Pérez, R. 2021. Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology*, 15(3). <https://doi.org/10.5817/CP2021-3-6>
- Perry, C. L., Bishop, D. B., Taylor, G. L., Davis, M., Story, M., Gray, C., Bishop, S. C., Mays, R. A. W., Lytle, L. A., & Harnack, L. 2004. A randomized school trial of environmental strategies to encourage fruit and vegetable consumption among children. *Health Education and Behavior*, 31(1), 65–76. <https://doi.org/10.1177/1090198103255530>
- Sibal, V. 2018. Food: Identity of Culture and Religion, ResearchGate. *ResearchGate*, 6(September), 10908–10915.
- Slavin, J. 2012. Dietary guidelines: Are we on the right path? *Nutrition Today*, 47(5), 245–251. <https://doi.org/10.1097/NT.0b013e31826c50af>
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. 2008. Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253–272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>

- Story, M., Nanney, M. S., & Schwartz, M. B. 2009. Schools and obesity prevention: Creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *Milbank Quarterly*, 87(1), 71–100. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00548.x>
- Trifiana, A. 2020. *Mengenal Makanan Kosher, Apa Bedanya dengan Halal*. SehatQ for Corporate. <https://www.sehatq.com/artikel/mengenal-makanan-kosher-apa-bedanya-dengan-halal>
- World Health Organization. 2020. *Healthy diet*. WHO.

BIODATA PENULIS



Bkti Putri Harwijayanti, S.ST, M.Tr.Keb

Staf Dosen Prodi Kebidanan Blora Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi Kebidanan Magelang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan D4 Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Terapan Kebidanan Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang pendidikan dan pengembangan kompetensi melalui penyusunan karya literatur maupun karya ilmiah lainnya.

BIODATA PENULIS



Christina Rony Nayoan, SKM., MPH., Ph.D

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Luwuk tanggal 5 Desember 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada FKM Undip Semarang dan melanjutkan S2 pada School of Population Health, the University of Melbourne serta menamatkan Pendidikan S-3 pada School of health and social development, Deakin University. Penulis memiliki keahlian di bidang promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS



Mina Yumei Santi, S.ST., M.Kes.

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Padang tanggal 04 Maret 1980. Menyelesaikan kuliah Diploma III Kebidanan di Akbid Depkes Mangkuyudan Yogyakarta pada tahun 2001 dan meneruskan Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung, lulus pada tahun 2004. Lulus dari Program Magister Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2013. Penulis bekerja di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dari tahun 2008 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Dr Andi Yaumil Bay R. Thaifur SKM.,M.Kes

Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin

Lahir pada tanggal 27 April 1989 Anak pertama dari 3 bersaudara, Ayahanda Bernama Andi Effendi Husain Thaifur dan Ibunda Bernama Wa Ode Sumarni Bay. Penulis pernah menempuh Pendidikan dasar SDN 2 Kota baubau, setelah itu penulis melanjutkan Pendidikan SMP di kota Makassar SMP Katolik Rajawali lalu melanjutkan Pendidikan SMA di SMA Katolik Cendrawasih. Penulis pun melanjutkan Pendidikan di perguruan tinggi negeri makassar dan diterima di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008. Setelah penulis menyelesaikan Pendidikan Strata 1 dan mendapatkan gelar Sarjana pada tahun 2012, pada tahun yang sama 2012 penulis pun melanjutkan lagi studi pada program pasca sarjana Prodi Magister administrasi Rumah Sakit (MARS) Universitas Hasanuddin dan menyelesaikan Pendidikan di pascasarjana pada tahun 2014. Dan penulis memulai karir pada tahun 2014 sebagai Dosen tetap Yayasan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin Kota Baubau . Pada tahun 2019 penulis menempuh Pendidikan Pasca Sarjana Program Doktorat di IKM (Ilmu

Kesehatan Masyarakat) Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Hasanuddin dan menyelesaikan studinya pada tahun 2023. Sekarang penulis Kembali aktif mengajar di FKM UNIDAYAN kota Baubau Sulawesi Tenggara.

Email Penulis : andi_yaumil@ymail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Lukman Waris

Dosen Univ. Faletahan Banten

Penulis lahir di Maros Sulawesi Selatan, 22 Desember 1968 dan saat ini berkarir sebagai dosen tetap pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Faletahan Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 Epidemiologi Univ. Hasanuddin Makassar tahun 1992, S2 Magister Manajemen Rumahsakit Fak. Kedokteran UGM Yogyakarta tahun 1999, Tahun 2002, melalui proyek *Intensified Communicable Disease Control-Asian Development Bank* (ICDC-ADB) penulis menyelesaikan S2 Magister Epidemiologi Kesling Univ. Indonesia Jakarta dan S3 Doktor Epidemiologi Univ. Indonesia Jakarta tahun 2017. Penulis juga pernah mengikuti *Clinical Tropical Medicine Course di School of Medicine, Mahidol University Bangkok, Thailand*. Semua Jenjang pendidikan pasca sarjana yang dilalui penulis adalah tugas belajar yang pembiayaan studinya berasal dari Pemerintah Republik Indonesia.

Sebelum menjadi dosen, penulis adalah ASN Kementerian Kesehatan dan memasuki purnatugas tahun 2020. Awal karier penulis sebagai PNS ditempatkan sebagai tenaga WKS Puskesmas

Inpres tahun 1993 dan menjadi Kepala Puskesmas Satui kabupaten Kotabaru.

Penulis juga pernah menjabat sebagai Kepala Seksi Penyuluhan dan Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Kotabaru Kalsel, Kepala UPF Vektor dan Reservoir Penyakit Balai Penelitian Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga Jawa Tengah, Kepala Stasiun Lapangan Pemberantasan Vektor (SLPV) Kanwil Kesehatan Provinsi Kalsel, Kepala Balai Litbang Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Tanah Bumbu Kementerian Kesehatan RI, Peneliti senior di Badan Litbangkes Kemenkes RI, Ketua Peneliti Riset Evaluasi Nusantara Sehat Team Based dan Wakil Ketua Riset Evaluasi Tematik JKN. Ketua Dewan Redaksi Jurnal Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemkes RI dan sederet jabatan lain yang pernah dipercayakan kepada penulis.

Pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti oleh penulis adalah Epidemiologi dan Manajemen Malaria, Entomologi dan Parasitologi Malaria, Parasitologi Intestinal, Pengendalian Demam Berdarah Dengue, Pemeriksaan Parasitologi, Diklat Jabatan Fungsional Peneliti Tingkat Lanjut, Diklatpim IV, Diklatpim III dan Pendidikan Para Dasar dan Para Lanjut (*Free Fall*) Depo Diklat Puspaskhas TNI-AU Margahayu Bandung.

Penulis pernah aktif di organisasi diantaranya adalah Ketua Asosiasi Pengendali Nyamuk Vektor Penyakit (APNI) cabang Kalsel, Ketua Asosiasi Parasitolog Indonesia Cab. Kalsel, Anggota Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia, Wakil Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Cab. Kalsel, Wartawan kampus Unhas, Pendiri Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia, Pengurus Inti Senat Mahasiswa Perguruan Tinggi (SMPT) periode pertama Universitas Hasanuddin, Anggota Ikatan Alumni Resimen Mahasiswa Indonesia, Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia dan Dewan Pakar IAKMI Cab. Banten.

Penghargaan yang pernah diterima penulis adalah Satya Lencana Karya Satya X dari Presiden RI (2003), Bakti Karya Husada

Dwi Windu dari Menteri Kesehatan RI (2008) dan Satya Lencana Karya Satya XX dari Presiden RI (2013).

BIODATA PENULIS



Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta

Penulis lahir di Pematangsiantar tanggal 29 Mei 1989. Penulis adalah seorang ibu rumah tangga dan dosen tetap dengan jabatan fungsional Asisten Ahli di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara dan Magister Keperawatan berhasil menyelesaikan dengan predikat *Cumlaude* dengan masa studi 3 semester di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengajar di bidang keperawatan komunitas, keluarga, gerontik, pendidikan dan promosi kesehatan. Aktif menulis buku fiksi dan non-fiksi dan karya tulis ilmiah yang telah terdaftar hak cipta serta melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal Nasional maupun Internasional. Mendapatkan beberapa hibah Penelitian Dosen Pemula dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi, institusi maupun di luar institusi. Beberapa artikel yang sudah *publish* fokus pada masalah kelompok rentan seperti kelompok narapidana perempuan, ODHA, lansia, dan remaja **terkait intervensi *hope* dan penyakit tidak**

menular pada usia produktif. Penulis juga mengembangkan aplikasi "SI-TELUR PETIS" untuk skrining penyakit tidak menular yaitu hipertensi dan diabetes melitus yang saat ini masih terus dikembangkan untuk cakupan yang luas.

Penulis juga aktif menulis buku ajar ber-ISBN maupun non-fiksi. Hobi ini dilakukannya untuk menuangkan isi pikiran dan melepas kepenatan, mendamaikan hati seperti kutipan dalam buku yang ditulisnya "Self Love".

BIODATA PENULIS



Romi Mesra, S.Pd., M.Pd.

Dosen Program Studi Pendidikan Sosiologi
Fakultas Ilmu Sosial dan Hukum
Universitas Negeri Manado

Penulis menaruh perhatian kepada dunia akademis termasuk berkaitan dengan pembahasan **Kesehatan Lingkungan Kerja: Pendekatan Sosiologis** yang merupakan bagian dari materi beberapa mata kuliah yang peneliti ampu seperti sosiologi kesehatan, sosiologi pedesaan, sosiologi perkotaan, pemetaan sosial, dan lain sebagainya.

Tulisan ini menjadi bagian sumbangsih penulis terhadap dunia pendidikan, semoga tulisan ini bermanfaat dan bisa dijadikan referensi ataupun bahan bacaan bagi para akademisi, peneliti, dan masyarakat pada umumnya.

Penulis buku ini adalah dosen PNS di Program Studi Pendidikan Sosiologi, Universitas Negeri Manado yang juga aktif sebagai content creator pada channel youtube: NALURI EDUKASI serta sebagai Editor In Chief JURNAL PARADIGMA: Journal of Sociology Research and Education. Email Penulis: romimesra@unima.ac.id.

BIODATA PENULIS



dr. Maria Oce Yea ST

Penulis lahir di Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tanggal 16 Juli 1994. Penulis menyelesaikan pendidikan Kedokteran di Fakultas Kedokteran pada Universitas Kristen Krida Wacana Jakarta pada tahun 2012-2016, dan melanjutkan pendidikan Profesi Dokter pada tahun 2016-2018 pada Universitas yang sama. Pada tahun 2018-2019 penulis mengikuti program Dokter Internsip pada RSUD Prof. W Z Yohanes Kota Kupang-NTT, dan Puskesmas Sikumana Kota Kupang-NTT. Pada tahun 2020-2022 penulis menjadi dokter PTT di Kabupaten Ende-NTT. Penulis pernah mengikuti beberapa pelatihan antara lain: Pelatihan *Basic Life Support*, Pelatihan *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, Pelatihan *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, Pelatihan *Emergency Electrocardiography*, Pelatihan Hiperkes dan Keselamatan Kerja bagi Dokter Perusahaan, Workshop Resusitasi Neonatus, The Pediatric Cardiology Update, Workshop Elektrokardiografi dan beberapa seminar dan pelatihan.

BIODATA PENULIS



Dr. Veronike E.T Salem, M.Si.

Dosen Program Studi Pendidikan Sosiologi
Fakultas Ilmu Sosial dan Hukum
Universitas Negeri Manado

Penulis menaruh perhatian kepada dunia akademis termasuk berkaitan dengan pembahasan **Transformasi Kesehatan berbasis Kearifan Lokal** yang merupakan bagian dari materi beberapa mata kuliah yang peneliti ampu seperti sosiologi kesehatan, dan lain sebagainya.

Tulisan ini menjadi bagian sumbangsih penulis terhadap dunia pendidikan, semoga tulisan ini bermanfaat dan bisa dijadikan referensi ataupun bahan bacaan bagi para akademisi, peneliti, dan masyarakat pada umumnya.

Penulis buku ini adalah dosen PNS di Program Studi Pendidikan Sosiologi, Universitas Negeri Manado. Email Penulis: veronikesalem@unima.ac.id.

BIODATA PENULIS



Dr. Marni, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Mulyorejo tanggal 16 Januari 1977. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Kesehatan masyarakat pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea Makassar tahun 2001, melanjutkan S2 di Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar, dan menamatkan studi S-3 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2022. Penulis memiliki keahlian di bidang Promosi Kesehatan.