



Kesehatan Masyarakat

Konsep dan Implikasinya

Kuswanto, Martalina Limbong, Lina Alfiyani, Urhuhe Dena Siburian
Taruli Rohana Sinaga, Sumiyati, Putri Amelia Rooswita
Fajaria Nur Aini, Tri Yatmi, Indriyati Hadi Sulistyaningrum

Kesehatan Masyarakat

Konsep dan Implikasinya



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Kesehatan Masyarakat

Konsep dan Implikasinya

Kuswanto, Martalina Limbong, Lina Alfiyani, Urhuhe Dena Siburian
Taruli Rohana Sinaga, Sumiyati, Putri Amelia Rooswita, Fajaria Nur Aini
Tri Yatmi, Indriyati Hadi Sulistyaningrum



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Kesehatan Masyarakat Konsep dan Implikasinya

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2024

Penulis:

Kuswanto, Martalina Limbong, Lina Alfiyani, Urhuhe Dena Siburian
Taruli Rohana Sinaga, Sumiyati, Putri Amelia Rooswita
Fajaria Nur Aini, Tri Yatmi, Indriyati Hadi Sulistyaningrum

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Kuswanto., dkk.

Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Implikasinya

Yayasan Kita Menulis, 2024

xiv; 144 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-323-6

Cetakan 1, Mei 2024

I. Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Implikasinya

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Kami panjatkan rasa puji syukur kehadirat Allah Tuhan Yang Maha Esa, atas berkah, rahmat dan karunia-Nya, buku “Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Implikasinya” dapat terselesaikan dengan baik.

Buku ini berisikan tentang informasi bagaimana pemahaman tentang :

Bab 1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

Bab 2 Epidemiologi: Dasar Penyakit dan Penyebarannya

Bab 3 Sistem Kesehatan Masyarakat: Struktur dan Fungsi

Bab 4 Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Bab 5 Peran Gizi Dalam Kesehatan Masyarakat

Bab 6 Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Bab 7 Penyakit Menular dan Upaya Pengendalian Penyebarannya

Bab 8 Kesehatan Anak dan Kesejahteraan Keluarga

Bab 9 Penyakit Tidak Menular: Pencegahan dan Pengelolaannya

Bab 10 Kesehatan global: Tantangan dan Peluang

Kami mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini, yang memberi saran masukan dalam penyempurnaan buku ini.

Kritik dan saran sangat kami harapkan, kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam buku ini. Semoga buku ini dapat memberi manfaat bagi pembaca memberikan kemampuan untuk memahami tentang kesehatan masyarakat: konsep dan implikasinya.

Medan, Mei 2024

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengenalan Ilmu Kesehatan Masyarakat	3
1.2.1 Pengertian Kesehatan Masyarakat	3
1.2.2 Tujuan Kesehatan Masyarakat	4
1.2.3 Sejarah Kesehatan Masyarakat	4
1.3 Penerapan Kesehatan Masyarakat	6
1.4 Ruang Lingkup Kegiatan Kesehatan Masyarakat	9

Bab 2 Epidemiologi: Dasar Penyakit dan Penyebarannya

2.1 Pendahuluan	11
2.2 Tujuan dan Penanan Epidemiologi dalam Masyarakat	12
2.3 Istilah dalam Epidmiologi	13
2.4 Dasar Penyakit: Interaksi Agent, Host dan Enviroment	14
2.4.1 Agent (Penyebab Penyakit)	14
2.4.2 Host (Inang atau Pejamu)	15
2.4.3 Lingkungan (Enviroment)	15
2.5 Proses Penularan Penyakit	17

Bab 3 Sistem Kesehatan Masyarakat: Struktur dan Fungsi

3.1 Struktur Sistem Kesehatan Masyarakat	25
3.2 Fungsi Sistem Kesehatan Masyarakat	25

Bab 4 Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

4.1 Pendahuluan	27
4.2 Promosi Kesehatan	29
4.2.1 Pengertian Promosi Kesehatan	29
4.2.2 Tujuan Promosi Kesehatan	29
4.2.3 Sasaran Promosi Kesehatan	30

4.2.4 Strategi Promosi Kesehatan	30
4.3 Pencegahan Penyakit.....	33
4.4 Pentingnya Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit.....	34
4.5 Tantangan dan Hambatan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit .	37

Bab 5 Peran Gizi Dalam Kesehatan Masyarakat

5.1 Pendahuluan.....	39
5.2 Gizi Masyarakat.....	40
5.2.1 Zat Gizi dan Fungsinya	43
5.2.2 Penyakit yang Terkait dengan Masalah Gizi	51

Bab 6 Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

6.1 Pendahuluan.....	57
6.2 Kesehatan Reproduksi.....	58
6.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	58
6.2.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	59
6.2.3 Ruang Lngkup Kesehatan Reproduksi	61
6.2.4 Hak-Hak Kesehatan Reproduksi	62
6.2.5 Pendekatan Siklus Kehidupan	64
6.3 Keluarga Berencana	65
6.3.1 Pengertian Keluarga Berencana	65
6.3.2 Tujuan Keluarga Berencana	68
6.3.3 Metode Kontrasepsi.....	69

Bab 7 Penyakit Menular dan Upaya Pengendalian Penyebarannya

7.1 Penyakit Menular.....	75
7.2 Agen Penyebab Penyakit Menular.....	76
7.3 Jalur Penularan	78
7.4 Faktor Penentu Penyakit Menular	79
7.4 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.....	81
7.4.1 Pencegahan Penyakit Menular	81
7.4.2 Pengendalian Penyakit Menular	82

Bab 8 Kesehatan Anak dan Kesejahteraan Keluarga

8.1 Masalah Kesehatan Anak	86
8.1.1 Obesitas	86
8.1.2 Gaya Hidup Sedenter	86
8.1.3 Cedera dan Kecelakaan Kendaraan Bermotor	87
8.1.4 Penganiayaan Anak.....	87

8.2 Pelayanan Kesehatan Anak	87
8.2.1 Pelayanan Kesehatan Janin Dalam Kandungan	87
8.2.2 Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	88
8.2.3 Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah	89
8.2.4 Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja	93
8.3 Peran Keluarga dalam Kesehatan Anak	93
8.3.1 Pola Asuh Demokratif	95
8.3.2 Pola Asuh Permisif	96
8.3.3 Pola Asuh Otoriter	96
8.3.4 Pola Asuh Situasional	96
8.4 Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)	97

Bab 9 Penyakit Tidak Menular: Pencegahan dan Pengelolaannya

9.1 Penyakit Tidak Menular	99
9.1.1 Pengantar Penyakit Tidak Menular	99
9.1.2 Jenis-jenis Penyakit Tidak Menular	101
9.1.3 Karakteristik Penyakit Tidak Menular	102
9.1.4 Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	102
9.2 Pencegahan Penyakit Tidak Menular	104
9.3 Pengelolaan Penyakit Tidak Menular	106

Bab 10 Kesehatan global: Tantangan dan Peluang

10.1 Stunting	110
10.2 Akses Layanan Dan Kesehatan Jiwa	113
10.3 Manajemen Kesehatan Mental Yang Tidak Terintegrasi	114
10.4 Diversifikasi Promosi Kesehatan Mental	115
10.5 Praktik Kolaborasi Antarprofesional	115
10.6 Perbandingan Antara Penyedia Layanan Dan Pengguna	116
10.7 Transformasi Layanan Kesehatan Primer	118
10.8 Teknologi Kesehatan Untuk Memastikan Literasi, Promosi, Dan Kualitas Kesehatan Selama Covid-19	121
10.9 Tantangan Dan Peluang	123
Daftar Pustaka	125
Biodata Penulis	139

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Model Segita Epidemiologi	16
Gambar 5.1: Bagan Masalah Gizi	51
Gambar 6.1: Prevalensi PUS Peserta KB menurut Provinsi Tahun 2022	67
Gambar 6.2: Penggunaan Kontrsepsi PUS Peserta KB Di Indonesia Tahun 2022.....	67
Gambar 10.1: Perbandingan antara penyedia layanan dan pengguna	116

Daftar Tabel

Tabel 8.1: Jenis Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	88
Tabel 8.2: Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah	90

Bab 1

Pengantar Kesehatan Masyarakat

1.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan berupa pencegahan dan pemberantasan penyakit. Pokok keilmuan kesehatan masyarakat terdiri dari dua disiplin keilmuan yaitu biomedis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Ranah ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni yang bersinergi dalam bidang preventif dan promotif. Pandangan bahwa ilmu kesehatan masyarakat itu hanya berupa kegiatan penyuluhan perlu diluruskan. Untuk itu kita perlu paham tentang konsep ilmu kesehatan masyarakat terlebih dahulu. (Teresia R., Hilda M. & Sugiarto, dkk. 2022).

Ilmu kesehatan masyarakat perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai semenjak sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Uraian perkembangan kesehatan masyarakat terdiri dari: perkembangan kesehatan masyarakat sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (*prescientific period*) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan berkembang (*scientific period*).

Kesehatan masyarakat (*Public Health*) adalah ilmu dan seni yang mencegah penyakit memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perseorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang adekuat untuk menjaga kesehatan di masyarakat. (Amrin Madolan, (2019).

Pergerakan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dengan demikian pergerakan dan pemberdayaan masyarakat merupakan proses sedangkan kemandirian merupakan hasil, karenanya kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di lingkungannya. Peran serta masyarakat adalah proses di mana individu, keluarga, lembaga swadaya masyarakat, dunia usaha dan masyarakat luas pada umumnya.

Proses pemberdayaan hendaknya meliputi *enabling* (menciptakan suasana kondusif), *empowering* (penguatan kapasitas dan kapabilitas masyarakat), *protecting* (perlindungan dari ketidakadilan), *supporting* (bimbingan dan dukungan), dan *foresting* (memelihara kondisi yang kondusif tetap seimbang).

Implementasi konsep pemberdayaan kesehatan masyarakat ini, antara lain diwujudkan dalam program dan kebijakan desa siaga. Desa siaga dikembangkan berdasarkan Surat keputusan Menteri kesehatan Nomor 574/VIII/2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga di Indonesia. Pengertian Desa merujuk pada suatu kesatuan masyarakat atau wilayah yang memiliki kesatuan hukum (baik hukum positif maupun hukum adat), bertempat tinggal suatu kelompok masyarakat yang berkuasa mengadakan pemerintahan sendiri. masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) secara mandiri.

1.2 Pengenalan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Pada saat akan mempelajari kesehatan masyarakat maka yang pertama kali harus diketahui adalah konsep kesehatan masyarakat. Topik akan menjelaskan pengertian dan tujuan kesehatan masyarakat. mampu menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat, menjelaskan tujuan kesehatan masyarakat, menjelaskan sejarah kesehatan masyarakat dan menjelaskan dan menjelaskan perkembangan kesehatan masyarakat.

1.2.1 Pengertian Kesehatan Masyarakat

Sehat menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 menyatakan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Berdasarkan pengertian kesehatan di atas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan fisik saja tetapi juga mental, spiritual maupun sosial. (Teresia R., Hilda M. & Sugiarto, dkk. 2022).

Beberapa definisi kesehatan masyarakat menurut ahli kesehatan masyarakat sebagai berikut:

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

2. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.
3. Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang terjadi pada masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.

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

1.2.2 Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan Kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Tujuan secara rinci adalah sebagai berikut: 1) Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri; 2) Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam memahami tentang pengertian sehat sakit; 3) Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan; 4) Terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan Kesehatan.

1.2.3 Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia telah diawali semenjak pemerintahan Belanda pada abad ke 16. Kesehatan masyarakat di

Indonesia pada waktu itu dimulai dengan terdapatnya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat pada waktu itu.

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia mempunyai cara yang berbeda. Asclepius berupa pelayanan kesehatan kuratif (*Currative Health Care*), sedangkan Higeia Berupa pelayanan preventif (*Preventif Health Care*). Asclepius mempunyai asisten yang bernama Higeia. Higeia seorang asisten yang kemudian menjadi istrinya. Higeia juga melakukan upaya-upaya kesehatan tetapi dengan cara yang berbeda dari Asclepius.

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

Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter di Jawa untuk pendidikan dokter pribumi, kemudian pada tahun 1913 didirikan sekolah dokter di Surabaya. Kedua sekolah tersebut memiliki peran yang sangat besar dalam menghasilkan tenaga- tenaga dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia. Kemudian pada tahun 1888 didirikan laboratorium pusat di Bandung yang mempunyai peranan sangat penting dalam menunjang upaya pemberantasan penyakit malaria, lepra, cacar dan malaria, disamping bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti gizi dan sanitasi.

Pada zaman kemerdekaan Indonesia salah satu tonggak penting perkembangan masyarakat di Indonesia adalah dengan diperkenalkannya konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr Patah. Konsep ini memperkenalkan bahwa aspek preventif dan kuratif tidak dapat dipisahkan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini berarti dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, kedua aspek ini tidak boleh dipisahkan, baik di rumah sakit ataupun puskesmas. Konsep ini kemudian

dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit– unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan dan kemudian dikembangkan sebagai Puskesmas.

1.3 Penerapan Kesehatan Masyarakat

Penerapan kesehatan masyarakat berfokus pada pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular. Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia dituangkan dalam sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sementara itu pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Jumlah kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus meningkat. Hal tersebut mengubah tren penyebab kematian pada sekitar 1990-an yang mayoritas penyebabnya ialah penyakit menular atau wabah. Perubahan gaya hidup dan mobilitas masyarakat dianggap menjadi faktor utama tingginya kematian akibat PTM tersebut.

Perbaikan sanitasi lingkungan Sarana sanitasi merupakan sarana peturasan yang diperlukan dalam suatu rumah tangga, kantor, dan fasilitas sosial. Dapat berupa sarana jamban keluarga (JAGA) atau jamban institusi (JASI) yang dapat digunakan untuk keperluan 10-25 jiwa, tergantung luas lahan dan jumlah pemakai yang direncanakan. Sarana sanitasi ini dapat dikelompokkan sebagai berikut: a). Jamban individual merupakan jamban keluarga (JAGA) yang hanya dimiliki oleh satu keluarga (rumah), serta memiliki bangunan penampungan tinja setempat yang saniter berupa tangki septik, cubluk atau yang sejenisnya. b). Jamban komunal lebih merupakan jamban kolektif, karena penampungan tinjanya digunakan secara bersama, namun bangunan jambannya dapat ditempatkan 2 – 5 unit pada masing-masing rumah tangga yang berada disekitarnya. Umumnya jamban komunal ini dapat ditempatkan pada lokasi terbatas atau disekitar lokasi yang terdapat banyak sarana air bersihnya seperti sumur gali / sumur bor yang masih berfungsi baik untuk keperluan memasak dan mencuci. c). Jamban institusi (JASI) merupakan jamban yang digunakan secara bersama oleh anggota institusi tersebut atau bagi masyarakat yang memerlukannya. Bangunan jamban ini dapat lebih dari satu ruang, sesuai dengan keperluannya. Umumnya jamban institusi ini ditempatkan pada fasilitas umum yang terdapat di desa, masjid, sekolah, kantor desa/ camat dan Puskesmas.

Sarana Penampungan Air Limbah (SPAL), merupakan juga sarana sanitasi untuk keperluan peresapan air kotor hasil aktivitas penggunaan air bersih oleh masyarakat, sisa pencucian, mandi, dapur dan dari sisa pemakaian air bersih melalui sarana Sumur Gali, Kran Umum, Hidran Umum, dll.

Perbaikan lingkungan pemukiman Program Sanitasi Perkotaan Berbasis Masyarakat (SPBM) merupakan salah satu komponen Program *Urban Sanitation and Rural Infrastructure* (USRI) yang diselenggarakan sebagai program pendukung PNPM- Mandiri. Program ini bertujuan untuk menciptakan dan meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok untuk turut berpartisipasi memecahkan berbagai permasalahan yang terkait pada upaya peningkatan kualitas kehidupan, kemandirian dan kesejahteraan masyarakat.

Mekanisme penyelenggaraan Program Perkotaan Berbasis Masyarakat (SPBM) menerapkan pendekatan pembangunan berkelanjutan berbasis masyarakat melalui pelibatan masyarakat secara utuh dalam seluruh tahapan kegiatan, mulai dari pengorganisasian masyarakat, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan program sampai dengan upaya keberlanjutan, khususnya dalam

hal peningkatan kualitas prasarana dan sarana sanitasi berbasis masyarakat dalam rangka mendukung upaya pencapaian target MDG pada 2015, yaitu menurunkan sebesar separuh dari proporsi penduduk yang belum memiliki akses sanitasi dasar serta sasaran RPJMN 2010-2014 dalam bidang sanitasi yaitu stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan peningkatan pelayanan pengelolaan air limbah.

Pemberantasan Vektor Pemberantasan, pencegahan, dan pengobatan penyakit yang terjadi dalam masyarakat merupakan salah satu usaha kesehatan masyarakat. Vektor adalah hewan yang berperan membawa atau menularkan suatu penyakit, tetapi agen penyebab penyakit tersebut tidak mengalami perkembang-biakan pada tubuh hewan tersebut. Sebagai contoh penyakit yang ditularkan lewat vektor antara lain: lalat menularkan penyakit disentri, malaria, DHF. Induk semang atau hospes dapat dibedakan menjadi 2 yaitu hospes sejati (definitif) dan perantara. Induk semang sejati adalah makhluk hidup di mana penyebab penyakit melangsungkan kehidupan dan berkembang-biak. Induk semang perantara adalah makhluk hidup yang ditempati oleh agen penyakit yang mana agen penyakit tersebut hanya mengalami pertumbuhan dan perkembangan tetapi tidak berkembang-biak. Biasanya induk semang berperan menularkan suatu penyakit ke induk semang lainnya. Sebagai contoh: nyamuk *Anopheles* sp. menularkan malaria. Kucing menularkan penyakit *Toxoplasmosis*. Nyamuk *Aedes aegypti* menularkan demam berdarah Dengue (BDB).

Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat Menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Dalam proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (input), proses dan keluaran (output). Masukan (input) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subjek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, teknik belajar dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Upaya kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

1.4 Ruang Lingkup Kegiatan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kegiatan kesehatan masyarakat yang harus dipahami dan dikuasai baik oleh praktisi kesehatan maupun masyarakat umum terbagi menjadi 4 (empat) bagian.

Berikut ini penjelasan ruang lingkup kegiatan kesehatan masyarakat:

1. Promotif peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan optimal.
2. Preventif Usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini
3. Kuratif pengobatan merupakan usaha yang ditujukan terhadap orang yang sakit untuk dapat diobati secara tepat dan adekuat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.

4. Rehabilitatif Usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya. Usaha pemulihan ini ditujukan untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan fisik, mental dan sosial pasien sebagai akibat dari penyakit yang dideritanya melalui latihan-latihan yang telah terprogram dan dapat pula dilakukan melalui latihan fisioterapi.

Menurut Citra P.J. (2022). bahwa Ruang lingkup dari kesehatan masyarakat adalah: 1) Epidemiologi 2) Biostatik 3) Kesehatan lingkungan 4) Pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku 5) Administrasi kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, dan kesehatan kerja.

Ruang lingkup ini digunakan untuk dapat diterapkan pada Ilmu Kesehatan Masyarakat pada permasalahan kesehatan, yaitu: Pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, Perbaikan sanitasi lingkungan, Perbaikan lingkungan pemukiman, Pemberantasan vector, Pendidikan (penyuluhan kesehatan masyarakat), Pelayanan kesehatan ibu dan anak, Pembinaan gizi masyarakat, Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum, Pengawasan obat dan minuman, Pembinaan peran serta masyarakat.

Bab 2

Epidemiologi: Dasar Penyakit dan Penyebarannya

2.1 Pendahuluan

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan mendorong para tenaga ahli selalu mengadakan riset terhadap berbagai penyakit demi mengatasi kejadian penderitaan dan kematian akibat penyakit yang timbul di masyarakat. Maka berkembang ilmu yang disebut dengan epidemiologi.

Istilah epidemiologi berasal dari bahasa Yunani yaitu *epi* yang berarti di atas, *demos* yang berarti masyarakat dan *logos* yang berarti ilmu. Jadi epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu yang terjadi di dalam masyarakat. Dalam melakukan penyelidikan secara epidemiologi perlu diketahui dasar-dasar pendekatan lebih dulu, yaitu darimana penyelidikan tersebut akan dimulai.

Epidemiologi merupakan cabang ilmu kesehatan untuk menganalisis sifat dan penyebaran berbagai masalah kesehatan dalam suatu penduduk tertentu serta mempelajari sebab timbulnya masalah. Epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan fakto-faktor yang menentukan keadaan yang berhubungan dengan kesehatan atau kejadian-kejadian pada kelompok penduduk tertentu.

Persamaan dari berbagai definisi adalah tentang kajian di bidang kesehatan, sasaran atau target.

2.2 Tujuan dan Peranan Epidemiologi dalam Masyarakat

Tujuan dari epidemiologi adalah untuk melakukan Pencegahan maupun penanggulangan masalah yang timbul di masyarakat baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular.

Adapun Peranan Epidemiologi dalam Kesehatan Masyarakat adalah:

1. Menerangkan tentang besarnya masalah dan gangguan kesehatan (termasuk penyakit) serta penyebarannya dalam suatu penduduk tertentu
2. Menyiapkan data/ informasi yang esensial untuk keperluan perencanaan, pelaksanaan program serta evaluasi berbagai kegiatan pelayanan pada masyarakat, baik yang bersifat pencegahan dan penanggulangan penyakit maupun bentuk lainnya serta menentukan skala prioritas terhadap kegiatan tersebut.
3. Mengidentifikasi berbagai faktor yang menjadi penyebab masalah atau faktor yang berhubungan dengan terjadinya masalah tersebut.

Kajian epidemiologi selalu menaruh perhatian terhadap berbagai kejadian yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan penyakit yang timbul, yang penekanannya pada masalah kesakitan, kematian, ketidak mampuan dan status kesehatan lainnya.

Untuk menganalisis serta memahami hubungan interaksi antara proses fisik, biologis dan fenomena sosial yang berhubungan erat dengan derajat kesehatan, kejadian penyakit maupun gangguan kesehatan lainnya dilaksanakan dengan proses yang logis dan ilmiah.

Pendekatan ilmiah guna mencari faktor penyebab serta hubungan sebab akibat terjadinya peristiwa tertentu dalam suatu kelompok masyarakat tertentu. Adapun target atau sasaran epidemiologi adalah kelompok penduduk tertentu:

dapat berupa penduduk suatu wilayah administrasi, penduduk wilayah geografis tertentu, maupun status sosial tertentu.

Dengan demikian maka kegunaan dari epidemiologi adalah mempelajari sebab akibat dari suatu penyakit, mempelajari perjalanan alamiah penyakit, menguraikan status kesehatan kelompok penduduk serta mengevaluasi upaya kesehatan yang terjadi di masyarakat.

2.3 Istilah dalam Epidmiologi

Beberapa istilah yang perlu dikenal dalam epidemiologi:

1. *Endemi* adalah penyakit yang selalu ditemukan pada wilayah tertentu. Dalam hal ini prevalensi masih dalam batas normal.
2. *Epidemi* adalah suatu penyakit yang menyerang di suatu wilayah di mana kasus meningkat melebihi batas normal serta menimbulkan dampak yang jelas bagi masyarakat.
3. *Pandemi* adalah wabah penyakit yang menyerang banyak Negara.
4. Karantina adalah Suatu tindakan untuk mencegah terjangkitnya penyakit menular dengan cara mengadakan pemeriksaan kesehatan kepada orang yang masuk suatu negara.
5. *Segregation* adalah Suatu tindakan untuk mengawasi kejadian penyakit menular di masyarakat dengan memisahkan orang yang terkena penyakit tersebut atas dasar pertimbangan khusus.
6. *Rate* adalah angka perbandingan antara jumlah kejadian penyakit yang terjadi di masyarakat dalam suatu periode dengan jumlah orang yang diekspose terhadap risiko kejadian tersebut dalam suatu periode yang sama.
7. *Surveilans* adalah Usaha untuk melakukan pengawalan langsung terhadap kontak agar dapat mengenal dengan cepat permulaan infeksi penyakit sehingga dapat segera dilakukan tindakan.

2.4 Dasar Penyakit: Interaksi Agent, Host dan Environment

Timbulnya suatu penyakit dikarena tidak seimbangny antara agent, host dan environment. Sehat adalah gambaran yang terbaik suatu keseimbangan dari penyebab (*agent*) penyakit, host (*host*) dan lingkungan (*environment*). Penyakit akan timbul bila terjadi perubahan-perubahan pada satu atau lebih faktor-faktor di atas sehingga keseimbangan diantaranya terganggu. Sebelum interaksi dari ketiga faktor tersebut dibahas, ada baiknya ketiga faktor yang menentukan itu diuraikan satu persatu (Haryono, 2021).

2.4.1 Agent (Penyebab Penyakit)

Agent adalah penyebab sebenarnya dari suatu penyakit, tanpa adanya agent, penyakit tidak akan terjadi. Sesuai dengan konsep epidemiologi modern, agent penyebab penyakit tidak terbatas hanya pada agent-agent biologi saja, tetapi juga agent yang bersifat kimia dan fisik. Agent-agent biologi terdiri dari protozoa, bakteri, virus, rickettsia dan fungi. Adapun agent yang bersifat kimia antara lain pestisida, obat-obatan, food additives, bahan kimia industri dan lain-lain. Sedangkan agent yang bersifat fisik misalnya panas, cahaya, radiasi, suara dan vibrasi.

Agent biologi yang berhasil, artinya dapat menimbulkan penyakit pada host harus memenuhi syarat, yaitu:

1. Dapat tahan terhadap pengaruh-pengaruh lingkungan (suhu, panas, matahari, hujan, d.l.l)
2. Mampu berkembang baik diluar tubuh host, misalnya bakteri dapat berkembang biak di media yang mati seperti susu, makanan. Sedangkan virus dapat berkembang pada sel yang hidup (pada antropoda, hewan air atau mamalia)
3. Mempunyai kemampuan untuk menimbulkan penyakit pada host (pathogenicity)

2.4.2 Host (Inang atau Pejamu)

Yang dimaksud dengan host disini adalah manusia yang dapat menderita penyakit sebagai akibat adanya agent di dalam tubuh serta akibat perubahan pada faktor lingkungan. Host ini dapat dibedakan menjadi dua kriteria, yaitu:

1. Kriteria biologi, yang meliputi data-data host mengenai umur, sex, ras, keturunan (faktor hereditas) dan imunitas.
2. Kriteria sosial, yang meliputi pekerjaan, jabatan, status perkawinan, keluarga, status sosial, adat istiadat, kebiasaan, cara hidup dan pandangan hidup.

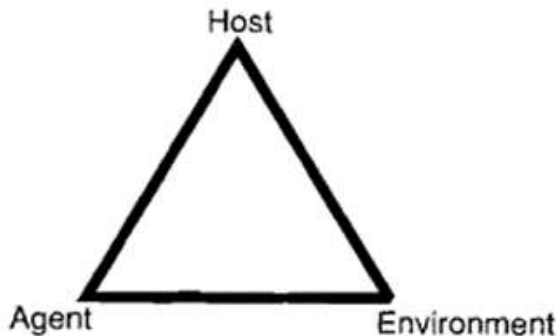
2.4.3 Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah seluruh keadaan diluar host. Karena lingkungan ini amat luas dan beragam, maka Amirah (2020) membagi lingkungan menjadi tiga kelompok besar yaitu:

1. Lingkungan fisik yang meliputi kondisi geografi, geologi, klimatologi dan meteorologi. Lingkungan geografi berhubungan dengan batas-batas alam secara langsung memengaruhi keadaan iklim. Keadaan geografi meliputi sifat dan tipe tanah yang juga memengaruhi flora dan fauna serta kondisi sosial ekonomi manusia. Klimatologi (keadaan iklim) secara langsung memengaruhi manusia (sinar matahari, hujan, salju, suhu, angin, dll), iklim inilah yang menentukan pola musim sepanjang tahun.
2. Lingkungan biologi, semua yang hidup di sekeliling manusia serta flora, fauna termasuk parasit pathogen adalah lingkungan biologi. Keadaan ini secara langsung maupun tidak langsung memengaruhi kesehatan manusia. Contohnya keadaan gizi manusia bergantung secara langsung pada pengadaan bahan makanan di masyarakat seperti beras, ubi-ubian, sayur, ikan dan daging atau hasil ternak lain.
3. Lingkungan sosial ekonomi, keadaan sosial ekonomi seseorang secara tidak langsung memengaruhi kesehatannya. Golongan ekonomi mampu dengan status sosial tinggi mempunyai cara dan pandangan hidup yang berbeda dengan golongan ekonomi bawah dan menengah. Bagi keluarga dengan sosial ekonomi tinggi memandang

bahwa membuang kotoran harus pada jamban yang memenuhi syarat, namun bagi keluarga sosial ekonomi rendah membuang kotoran di sungai tidak apa-apa, hal ini sangat berpengaruh terhadap kemungkinan terjadi penularan penyakit.

Pendekatan epidemiologi saat ini didasarkan atas adanya interaksi antara host-agent dan environment. Dengan kata lain ketiga faktor tersebut tidak dapat dipisahkan. Adanya agent penyebab dan host belumlah berarti penyakit akan timbul dan berkembang, karena interaksi antara agent dan host masih tergantung pada pengaruh-pengaruh yang berasal dari lingkungan. Contoh yang nyata adalah apabila orang tertular basil tuberculose, belum tentu ia akan menderita tuberculosis, sebab untuk terjadinya proses penyakit ini harus ada peran serta dari lingkungan. Pendekatan terhadap ketiga faktor ini dikenal sebagai “model segitiga epidemiologi” (*the epidemiologic triangle*) yang dikenalkan oleh Dr. John Gordon.



Gambar 2.1: Model Segitiga Epidemiologi (Haryono, 2021)

Bila sistem dari ketiga faktor ini dalam keadaan seimbang (*equilibrium*) maka tidak akan terjadi suatu penyakit. Tetapi bila keseimbangan ketiga faktor ini terganggu maka penyakit dapat terjadi.

Ada empat gambaran pengaruh interaksi faktor agent-inang dan lingkungan, sebagai berikut:

1. Kemampuan agent untuk menginfeksi host meningkat, sehingga pada host terjadi penyakit. Contoh: Mutasi strain virus influenza menjadi semakin virulen sehingga host menjadi tidak kebal.

2. Kepekaan host terhadap agent meningkat, misalnya karena angka kelahiran jauh lebih tinggi dari angka kematian
3. Lingkungan berubah sehingga agent penyakit menjadi menyebar dilingkungan, misalnya akibat banjir.
4. Lingkungan merubah host menjadi lebih rentan, misalnya pencemaran limbah industri menyebabkan kepekaan terhadap infeksi saluran pernafasan meningkat

Model lain yang menggambarkan timbulnya penyakit adalah “model jaringan sebab akibat” (*the web of causation*) dan “model roda” (*the wheel*). Menurut model ini, suatu penyakit tidak bergantung pada satu sebab yang berdiri sendiri melainkan sebagai akibat dari serangkaian proses sebab dan akibat, sehingga timbulnya penyakit dapat dicegah dengan memotong rantai pada bagian titik.

2.5 Proses Penularan Penyakit

Proses timbulnya penyakit menular terdiri dari enam proses yang saling terjalin dan disebut sebagai “rantai penularan”. Oktafiani (2023) rantai penularan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Agent Penyebab

Agent penyebab penyakit menular adalah agent yang bersifat biologik. Agent-agent biologik ini dikenal sebagai patogen, yang terdiri dari:

- a. Protozoa, yakni makhluk hidup dengan satu sel yang dapat menyebabkan penyakit malaria, amuba disentri, leishmaniasis, trypanosomiasis, toxoplasmosis, dan lain-lain.
- b. Metazoa, yakni hewan yang bersel banyak yang dapat menyebabkan penyakit cacingan seperti trychinellosis, ascariasis, taeniasis, filariasis, dan lain-lain.
- c. Bakteri, yang dapat menyebabkan penyakit tubercolosis, tetanus, leptospirosis, dan lain-lain.

- d. Virus, dapat menyebabkan penyakit influenza, folio, demam berdarah, hepatitis dan lain-lain.
- e. Fungi, yaitu agent penyebab penyakit candidiasis, ringworm, trychophiton dan lain-lain.
- f. Rickettsia, dapat menyebabkan penyakit scrubtyphus, epiidemic typhus dan lain-lain.

Faktor yang memengaruhi kemampuan pathogen untuk menimbulkan penyakit tergantung pada spesifisitas inang, kemampuan agent untuk bertahan dan berkembang diluar tubuh inang serta patogenisitasnya adalah sebagai berikut.

2. Sumber dan *Reservoir*

Sumber adalah benda, orang, objek atau substansi dari mana suatu agent infeksi menempel atau singgah untuk sementara sebelum hidup pada host yang sebenarnya. *Reservoir* adalah manusia, hewan, tanaman, tanah atau bahan-bahan organik yang tidak bergerak, tempat di mana agent penyakit hidup dan berkembang. Sumber dan *reservoir*, peranannya sama dalam rantai penularan sebagai tempat berasalnya agent (Nangi, 2019).

3. Transmisi dari Sumber atau *Reservoir* ke *Host* yang baru

Cara transmisi mempunyai peran yang penting yang menjembatani jalur antara jalan keluar agent dari sumber atau *reservoir* ke jalan masuk pada host yang baru. Transmisi ini dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung artinya penyakit terjadi karena kontak langsung dari orang ke orang, misalnya penyakit syphilis, penyakit panu atau secara langsung agent menyebar dalam udara melalui droplet yang berasal dari penderita (*influenza, tuberculosis*). Cara tidak langsung dapat melalui perantaraan air (*typhoid, paratyphoid*), makanan (*Salmonellosis, botulism*), susu (*brucellosis, salmonellosis*) dan melalui vector serangga (malaria, pes, demam berdarah) serta arachnida (*Rocky mountain spotted fever*).

4. Masuk kedalam tubuh host (*Port d'entry*)

Agent penyakit dapat masuk kedalam tubuh host dengan berbagai cara. Melalui mulut (*oral*) kesaluran pencemaran sering terjadi pada penyakit cacangan, keracunan makanan, kolera atau food borne disease (penyakit yang ditularkan melalui makanan). Melalui alat respirasi (*inhalasi*) terjadi tidak hanya pada penyakit saluran pernapasan tetapi juga pada small pox. Melalui inokulasi (langsung atau tidak langsung) dan gigitan vektor pada penyakit malaria, filaria, demam berdarah (arthopod borne disease). Melalui plasenta (transplacental) secara langsung ditularkan oleh ibu kepada janin yang berada dalam kandungan (rubella, toxoplasmosis).

5. Keluarnya Agent dari tubuh inang (port d'exit)

Pada penyakit-penyakit pernapasan maka jalan keluar dan jalan masuk agent pada tubuh inang adalah sama yaitu melalui saluran pernapasan atau alat respirasi. Pada penyakit seperti infeksi stafilokokus, agent keluar melalui lesi-lesi pada kulit yang terbuka (masuk ke host melalui makanan). Pada penyakit cacangan umumnya agent keluar bersama kotoran penderita. Dengan demikian secara epidemiologi agent selalu berada dilingkungan sekitar host, baik agent yang hendak masuk maupun agent yang keluar dari tubuh host.

6. Kepekaan Host

Apakah agent yang masuk kedalam tubuh host dapat menyebabkan infeksi ? Hal ini tergantung pada beberapa faktor. Antara lain faktor kekebalan yang dimiliki host, keturunan, resistensi dan lingkungan. Jadi tidak setiap agent yang masuk kedalam tubuh host selalu menimbulkan sakit.

Sifat-sifat Microorganisme sebagai penular penyakit menurut Darmawan (2016) adalah sebagai berikut:

1. Patogenitas

Yang dimaksud dengan patogenitas adalah kemampuan mikroorganisme untuk menimbulkan penyakit pada host.

2. Virulensi

Virulensi ialah kemampuan mikroorganisme untuk menimbulkan penyakit yang berat atau fatal. Tingkat virulensi mikroorganisme merupakan perpaduan tiga sifat kemampuan mikroorganisme yaitu:

- a. Daya infeksi atau kemampuan mikroorganisme untuk memulai suatu infeksi di dalam tubuh host;
- b. Daya invasive atau kemampuan suatu mikroba untuk menembus ke jaringan-jaringan yang lebih dalam;
- c. Daya patogenik atau kemampuan mikroorganisme untuk merusak sel-sel jaringan host;

Sifat virulensi mikroorganisme dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu faktor-faktor yang terdapat pada organism host, dan faktor-faktor yang terdapat pada mikroorganisme. Faktor yang terdapat pada mikroorganisme host misalnya keadaan substrat tempat dimulainya infeksi, daya tahan baik berupa system pertahanan seluler maupun humoral, dan adanya komponen reseptor pada tempat dimulainya infeksi.

Sedangkan faktor-faktor pada mikroorganisme yang memengaruhi sifat virulensinya berupa: eksotoksin, endotoksin, kapsul, leukotoksidin, koagulase, hemolisin dan protease.

3. Tropisme

Tropisme adalah pemilihan jaringan atau organ yang diserang. Penyerangan terhadap jaringan atau organ yang vital seperti otak atau jantung akan lebih mudah menimbulkan penyakit yang berat dibandingkan dengan penyerangan terhadap jaringan atau organ saluran nafas atau saluran pencernaan atau kulit.

4. Serangan terhadap host

Luasnya rentang suatu mikroorganisme ditentukan apakah mikroorganisme tersebut hanya menyerang manusia saja atau bahkan hewan. Dikatakan pendek rentangnya apabila hanya menyerang manusia, akan tetapi apabila juga menyerang hewan maka rentangnya dikatakan luas. Contoh salmonella typhii dan para typhi yang hanya menyerang manusia.

5. Kecepatan berkembang biak
Mikroorganisme yang mempunyai kemampuan berkembang biak dengan cepat sehingga akan cepat menimbulkan penyakit. Hal ini disebabkan karena untuk menimbulkan gejala suatu penyakit dibutuhkan jumlah mikroorganisme yang cukup banyak.
6. Kemampuan menembus jaringan
Kemampuan menembus jaringan tubuh host akan berpengaruh terhadap cepat lambatnya timbul gejala penyakit. Semakin tinggi kemampuan mikroorganisme untuk menembus jaringan akan makin cepat menimbulkan gejala penyakit, begitu pula sebaliknya semakin rendah kemampuan mikroorganisme menembus jaringan akan semakin lambat timbulnya gejala penyakit.
7. Kemampuan memproduksi toksin
Mikroorganisme ada yang mampu memproduksi toksin ada yang tidak. Bagi mikroorganisme yang mampu memproduksi toksin dapat dikelompoknya menjadi dua yaitu endotoksin dan eksotoksin. Baik yang eksotoksin maupun endotoksin mikroorganisme jenis ini akan lebih cepat menimbulkan penyakit dibanding dengan bakteri yang tidak mampu memproduksi toksin.
8. Kemampuan menimbulkan kekebalan
Mikroorganisme yang dapat menimbulkan kekebalan pada manusia justru akan menghambat mikroorganisme untuk menembus jaringan.
Masa Tunas (Periode Inkubasi)
 - a. Mikroorganisme yang masuk kedalam tubuh manusia tidak segera menimbulkan gejala, tetapi membutuhkan waktu tertentu yang setiap mikroorganisme berbeda.
 - b. Interval waktu antara pejamu (orang) yang terinfeksi oleh agent penyebab penyakit sampai timbulnya gejala disebut masa inkubasi.
 - c. Pada penyakit infeksi masa tunas dianggap sebagai waktu yang dibutuhkan mikroorganisme untuk berkembang biak sampai jumlah tertentu dan melewati ambang yang dibutuhkan untuk menimbulkan gejala klinis

- d. Hal – hal yang memengaruhi masa inkubasi:
- Kecepatan berkembang biak
Makin cepat berkembang biak makin pendek masa inkubasi dan makin cepat menimbulkan gejala.
 - Jumlah mikroorganisme
Makin banyak mikroorganisme yang masuk kedalam tubuh host, makin cepat pula masa inkubasinya.
 - Tempat masuknya mikroorganisme
Bila jaringan vital yang terkena seperti otak dan jantung, makin cepat menimbulkan gejala
 - Derajat kekebalan
Semakin baik kekebalan pejamu maka masa tunas akan semakin panjang atau sama sekali tidak menimbulkan gejala, namun bila pejamu kekebalannya lemah maka akan lebih cepat timbul gejala.

Bab 3

Sistem Kesehatan Masyarakat: Struktur dan Fungsi

Sistem kesehatan adalah jaringan organisasi, individu, dan tindakan yang bekerja sama untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Sistem kesehatan yang efektif dan efisien sangat penting untuk memastikan bahwa semua orang memiliki akses terhadap perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi dan terjangkau (Peprah et al., 2023). Sistem kesehatan itu kompleks. Pertama, sistem kesehatan terdiri dari beberapa komponen yang saling berinteraksi. Bahkan, menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sistem kesehatan terdiri dari semua 'organisasi, orang, dan tindakan yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan, memulihkan, atau memelihara kesehatan'. Sistem kesehatan juga biasanya didefinisikan sebagai entitas tingkat negara, yang menjadikannya besar, mencakup daerah pedesaan dan perkotaan, sistem publik dan swasta serta sistem formal/alternatif dan informal/tradisional dalam penyediaan layanan kesehatan (Afriyie et al., 2019).

Sistem kesehatan memiliki banyak fungsi dalam masyarakat - sistem ini tidak hanya memberikan layanan kesehatan dan intervensi lain yang bertujuan untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan. Sistem kesehatan berperan dalam melindungi rumah tangga dari dampak finansial akibat penyakit dan biaya perawatan kesehatan. Penting untuk dicatat bahwa sistem kesehatan juga menjalankan fungsi ekonomi dalam masyarakat (WHO, 2018). Sebagai

contoh, ada beberapa bukti bahwa kesehatan suatu populasi dapat memengaruhi produktivitas ekonomi, sementara bagi banyak pekerja kesehatan dan bisnis, sistem kesehatan adalah sektor ekonomi yang menyediakan lapangan kerja, upah dan peluang bisnis. Sistem kesehatan juga merupakan institusi sosial dan budaya yang berperan dalam membantu membangun 'seperangkat norma dan nilai masyarakat yang lebih luas' (Wang et al., 2016).

Sistem kesehatan adalah sistem terbuka yang ada dalam hubungan dinamis dengan konteks yang lebih luas. Sistem ini merupakan sistem yang menyebar dengan batas-batas yang tidak jelas dan sering kali berpori, sehingga bersifat adaptif dan terus berkembang sebagai respon terhadap berbagai faktor. Oleh karena itu, konteks sosial, politik dan ekonomi dari setiap sistem kesehatan harus dipertimbangkan ketika menilai struktur dan kinerjanya (Clarkson et al., 2018). Kualitas mutu pelayanan yang komprehensif sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan (Alfiyani, Setiyadi, et al., 2023); (Alfiyani, Yakob, Setiyadi, et al., 2023), (Asmirati Yakob et al., 2023), (Kaharani Putri et al., 2023). Selain itu Efektivitas pelayanan yang memadai baik dari segi pelayanan, sarana dan prasarana termasuk pada bagian administrasi kesehatan dapat meningkatkan kepuasan masyarakat (Alfiyani, Yakob, Alis Setiyadi, et al., 2023). Adanya sistem jaminan kesehatan juga menjadi salah satu indikator yang meningkatkan kunjungan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan (Rahmah et al., 2018).

Akhirnya, sistem kesehatan adalah tempat kompetisi dan kontestasi antara aktor-aktor yang memiliki kebutuhan dan keinginan yang berbeda. Ada kontestasi tentang bagaimana prioritas kesehatan ditetapkan, bagaimana sistem kesehatan dibiayai dan bagaimana sumber daya dialokasikan dalam sistem. Sering terjadi layanan perawatan kesehatan primer sebagai titik akses pertama dalam sistem kesehatan yang memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan bagi masyarakat dapat memainkan peran penting dalam membangun literasi kesehatan dan mempromosikan akses ke layanan yang sesuai dengan budaya. Untuk mencapai akses dan keterlibatan yang adil, layanan dan sistem harus responsif terhadap kebutuhan literasi kesehatan dan budaya yang beragam (Bigland et al., 2020).

3.1 Struktur Sistem Kesehatan Masyarakat

Komponen dari struktur sistem kesehatan adalah sebagai berikut (Ridgely et al., 2020):

1. Penyedia layanan kesehatan: Petugas yang memberikan layanan medis langsung kepada pasien, seperti dokter, perawat, apoteker, dan terapis, dikenal sebagai penyedia layanan kesehatan.
2. Fasilitas kesehatan: Rumah sakit, klinik, dan pusat kesehatan masyarakat adalah contoh fasilitas kesehatan.
3. Pembayar layanan kesehatan: Pembayar layanan kesehatan adalah orang atau organisasi yang membayar layanan kesehatan. Pemerintah, perusahaan asuransi, dan pasien sendiri adalah contohnya.
4. Pengatur layanan kesehatan: Organisasi pemerintah yang bertanggung jawab atas pengelolaan sistem kesehatan dikenal sebagai pengatur layanan kesehatan. Ini termasuk Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

3.2 Fungsi Sistem Kesehatan Masyarakat

Sistem kesehatan masyarakat memiliki fungsi, (Winslow, 2012) ; (Jarvis et al., 2020) adalah sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan: Promosi kesehatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan mencegah penyakit. Ini termasuk memberikan pendidikan kesehatan, mendorong gaya hidup yang lebih sehat, dan memberikan imunisasi.

2. Pencegahan penyakit: Tujuan pencegahan penyakit adalah untuk menghindari penyakit muncul. Ini termasuk skrining kesehatan, diagnosis dini, dan pengobatan penyakit kronis.
3. Pengobatan penyakit: Pengobatan penyakit adalah proses menyembuhkan atau meringankan suatu penyakit. Ini termasuk mengonsumsi obat-obatan, melakukan pembedahan, dan melakukan terapi fisik.
4. Rehabilitasi: Rehabilitasi adalah upaya untuk membantu pasien pulih dari cedera atau penyakit. Beberapa contoh rehabilitasi adalah fisioterapi, okupasi terapi, dan terapi wicara.
5. Palliatif care: Kegiatan palliatif care bertujuan untuk membantu pasien yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Obat-obatan, perawatan spiritual, dan dukungan emosional adalah contohnya.

Bab 4

Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

4.1 Pendahuluan

Program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit difokuskan untuk menjaga kesehatan masyarakat, yaitu dengan melibatkan dan memberdayakan individu dan masyarakat untuk berperilaku sehat dan merubah perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku sehat sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatannya. Sedangkan pencegahan penyakit berfokus pada upaya membentuk perilaku individu dan masyarakat untuk berperilaku sehat sehingga terhindar dari penyakit dan mencegah perkembangan dan keparahan suatu penyakit kronis.

Kesehatan dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit digambarkan sebagai sikap seorang individu yang menghasilkan keputusan yang berkontribusi terhadap perilaku dan hasil kesehatan yang positif terhadap kesehatan dirinya.

Program ini dapat mengatasi faktor penentu kesehatan secara sosial yang dapat memengaruhi perilaku berisiko yang dapat dimodifikasi. Yang termasuk faktor penentu sosial kesehatan adalah kondisi ekonomi, sosial, budaya dan politik di

mana seseorang dilahirkan, tumbuh dan hidup yang memengaruhi status kesehatan.

Yang termasuk perilaku berisiko yang dapat dimodifikasi, misalnya adalah pemakaian tembakau dalam perilaku merokok, pola makan yang buruk, kurang aktivitas fisik, pengelolaan stress yang tidak tepat, yang semuanya dapat berkontribusi dalam perkembangan penyakit kronis.

Strategi umum dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit meliputi:

1. Komunikasi

Komunikasi yang tepat dibutuhkan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang perilaku sehat. Contoh strategi komunikasi mencakup pengumuman layanan masyarakat, pameran kesehatan, kampanye media massa dan buletin dan *leaflet* yang disebar ke masyarakat.

2. Pendidikan

Memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya meningkatkan pengetahuan untuk memberdayakan perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan yang positif.

3. Kebijakan, sistem dan lingkungan

Membuat perubahan terhadap kondisi yang mendorong perilaku kesehatan positif melalui a. Kebijakan meliputi: perbaikan undang-undang, peraturan, dan regulasi b. Sistem dengan mengatur komponen fungsional organisasi c. Lingkungan mencakup ekonomi, sosial, biologi dan fisik, untuk mendorong, menyediakan dan memungkinkan pilihan yang sehat (Pusat Informasi Kesehatan Pedesaan, 2024).

4.2 Promosi Kesehatan

4.2.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya dengan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam bidang kesehatan (I Made Indra dkk, 2022).

Menurut WHO, promosi kesehatan adalah proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengandalkan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya (Marjes N. Tumurang, 2018). Dari pengertian tersebut, Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (I Made Indra dkk, 2022).

4.2.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Secara umum tujuan promosi kesehatan adalah memungkinkan individu untuk mengontrol kesehatan dan dapat meningkatkan kesehatannya sehingga bersama-sama dengan masyarakat dapat memberdayakan dirinya sendiri di bidang kesehatan sesuai dengan sosial budaya mereka. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna secara fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhan mereka serta mampu mengubah lingkungan sehingga mendukung untuk kesehatannya (Dina Dewi Anggraini, 2024b).

Dari pengertian promosi kesehatan, maka pada dasarnya tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu:

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit.
4. Melindungi diri dari gangguan kesehatan.

5. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

4.2.3 Sasaran Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan memiliki 3 sarana, yaitu sasaran primer, sekunder dan tertier.

1. Sasaran primer

Masyarakat diharapkan dapat mengubah perilakunya yang tidak baik menjadi perilaku yang baik, perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat. Sasaran primer promosi kesehatan adalah individu sehat, individu sakit dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat, misalnya kepala keluarga, ibu hamil, lansia, ibu menyusui, bayi, balita, remaja dan sebagainya.

2. Sasaran sekunder

Yaitu para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya tokoh adat, tokoh agama) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan sebagainya). Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan Pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan selanjutnya kelompok ini akan memberikan Pendidikan kesehatan pada masyarakatnya.

3. Sasaran Tersier

Yaitu para pembuat kebijakan publik berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang lain yang berkaitan dengan kesehatan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya baik di tingkat pusat maupun daerah. Berdasarkan kebijakan yang diambil diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat (Dina Dewi Anggraini, 2024).

4.2.4 Strategi Promosi Kesehatan

Untuk mewujudkan promosi kesehatan diperlukan strategi yang tepat. Strategi merupakan cara dalam mencapai maupun mewujudkan visi dan misi kesehatan secara efektif dan efisien (Soedjarwadi, R.M dan Jawa, 2017). Strategi dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari program kesehatan lainnya, seperti

kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan (Notoadmojo, 2014).

Menurut WHO (2017) strategi promosi kesehatan ada 3 yaitu: advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Advokasi

Situasi politik, sosial budaya, ekonomi, lingkungan, perilaku dan faktor biologis dapat memengaruhi kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan berupaya untuk mengubah situasi tersebut agar kondusif untuk kesehatan masyarakat melalui advokasi.

Advokasi merupakan kegiatan yang memberikan bantuan kesehatan kepada masyarakat melalui pihak pembuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan. Advokasi dalam konteks promosi kesehatan adalah suatu pendekatan kepada para pembuat atau penentu keputusan di berbagai sektor dan berbagai tingkat sehingga para pejabat tersebut bersedia mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari pembuat keputusan dapat berupa kebijakan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, instruksi dan lain-lain (Ira Nurmala, 2018).

Kegiatan advokasi ini tidak hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan namun juga oleh masyarakat sasaran oleh karena itu kegiatan ini dapat dilakukan secara formal maupun secara informal. Kegiatan formal misalnya seminar atau presentase tentang usul atau program yang ingin dimintai dukungan oleh pembuat keputusan. Kegiatan non formal misalnya berkunjung ke pejabat untuk meminta dukungan baik berupa kebijakan maupun dalam bentuk dana atau fasilitas lain (I Made Indra dkk, 2022).

Sasaran advokasi adalah para pejabat, baik eksekutif maupun legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

2. Dukungan Sosial

Promosi kesehatan membutuhkan dukungan untuk dapat berhasil. Strategi dukungan sosial adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Kegiatan mencari dukungan sosial ini adalah agar masyarakat mau menerima dan berpartisipasi terhadap program-program tersebut (Ira Nurmala, 2018).

Strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Contoh bentuk dukungan sosial ini adalah pelatihan kepada toma, seminar, lokakarya atau bimbingan kepada toma dan sebagainya (I Made Indra dkk, 2022).

Sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat

3. Pemberdayaan masyarakat

Merupakan strategi promosi kesehatan yang ditujukan langsung kepada masyarakat dengan tujuan utama untuk mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Bentuk kegiatan pemberdayaan dapat diwujudkan dalam berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi atau pelatihan untuk kemampuan meningkatkan pendapat keluarga. Peningkatan pendapat berdampak terhadap kemampuan pemeliharaan kesehatan seperti terbentuknya pos obat desa, terbentuknya dana sehat, adanya polindes dan sebagainya.

Sasaran pemberdayaan masyarakat ini adalah masyarakat itu sendiri.

4.3 Pencegahan Penyakit

Pencegahan dan penanggulangan penyakit adalah kegiatan mencegah penyakit dan menangani penderita agar tidak terjadi perluasan /penularan/kecacatan/kematian akibat penyakit melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, paliatif dan rehabilitatif (Sukoharjo, 2020).

Tahap pencegahan penyakit ada 3, yaitu

1. Pencegahan Primer, yaitu promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).
Yaitu pencegahan primer dilakukan pada masa sebelum menderita sakit. Upaya yang dilakukan
 - a. Promosi kesehatan (*health promotion*) yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
 - b. Perlindungan khusus (*health promotion*) adalah upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, olah raga, mengatur pola makan, peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkoba, penanggulangan stress dan sebagainya.
2. Pencegahan Sekunder dilakukan pada masa individu mulai merasakan gejala sakit . Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*) yang bertujuan:
 - a. Mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular
 - b. Untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Pembatasan cacat (*dissability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi di atasi, terutama untuk mencegah penyakit berlanjut menjadi semakin parah hingga dapat mengakibatkan kecacatan yang lebih buruk lagi.
 - c. Pencegahan tersier mencakup rehabilitatif. Pada proses ini diusahakan agar cacat yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial (Dina Dewi Anggraini, 2024).

4.4 Pentingnya Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Program Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan tanggung jawab bersama pemerintah, organisasi kesehatan dan individu untuk mengutamakan promosi dan pencegahan penyakit dan dapat memprioritaskan cedera. Hanya melalui pendekatan kolaboratif kita dapat memastikan populasi yang sehat dan sistem perawatan kesehatan yang berkelanjutan. Berinvestasi dalam promosi dan pencegahan kesehatan dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan, meningkatkan produktivitas, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi kesenjangan kesehatan. (Shelly Jones, 2023)

Adapun peranan penting program promosi dan pencegahan penyakit adalah antara lain:

1. Mengurangi Risiko Penyakit

Strategi promosi dan pencegahan kesehatan, seperti olah raga teratur, pola makan sehat, pemeriksaan kesehatan secara berkala dapat membantu menurunkan risiko penyakit kronis seperti diabetes, penyakit jantung dan kanker.

2. Meningkatkan kualitas hidup

Melaksanakan kegiatan promosi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan melakukan pencegahan penyakit dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dan mengurangi dampak kondisi kronis.

3. Mengurangi biaya perawatan kesehatan

Mencegah lebih baik daripada mengobati, karena dalam kondisi sakit kita memerlukan biaya pengobatan, perawatan, jasa dokter, biaya rawat inap dan lain-lain. Dengan berfokus kepada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit maka individu dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan mereka dan menghindari biaya medis yang mahal.

4. Memperpanjang umur

Melaksanakan perilaku sehat dan mencegah penyakit kronis dapat meningkatkan umur harapan hidup dan meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan.

5. Meningkatkan kesehatan masyarakat

Strategi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dapat berdampak positif pada seluruh masyarakat dengan mengurangi beban penyakit dan mempromosikan perilaku dan gaya hidup sehat . (Shelly Jones, 2023).

Dalam menyusun kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, harus selalu mempertimbangkan situasi dan kondisi yang terjadi di masyarakat, misalnya kecenderungan gaya hidup masyarakat, animo masyarakat dan keadaan lingkungan di mana masyarakat tinggal.

Pada saat ini ada 10 tren teratas dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, yaitu:

1. Penekanan pada masalah mental. Kesehatan mental telah menjadi prioritas dalam upaya promosi dan pencegahan kesehatan, dengan peningkatan fokus pada peningkatan kesadaran dan memberikan dukungan dan sumber daya bagi individu yang berjuang dengan masalah kesehatan mental.
2. Alat kesehatan digital
Alat kesehatan digital, seperti aplikasi seluler dan perangkat yang dapat dikenakan, semakin banyak digunakan untuk mendukung upaya promosi dan pencegahan kesehatan. Alat ini dapat membantu individu memantau kesehatan mereka dan memberikan rekomendasi yang dipersonalisasi untuk perilaku sehat.
3. Pengalaman Bermain *Game*
Pengalaman *Gaming* adalah penggunaan elemen desain game dalam konteks non-game, seperti promosi dan pencegahan kesehatan. Pengalaman Bermain dapat membuat perilaku sehat menjadi lebih menarik dan memotivasi dengan mengubahnya menjadi permainan atau kompetisi.
4. Virtual dan Augmented Reality
Teknologi virtual dan augmented reality dapat digunakan untuk menciptakan pengalaman promosi dan pencegahan kesehatan yang imersif. Misalnya, realitas virtual dapat digunakan untuk mensimulasikan lingkungan yang sehat, sedangkan realitas tertambah

dapat digunakan untuk memberikan umpan balik waktu nyata tentang perilaku sehat.

5. Media sosial

Media sosial dapat menjadi alat yang ampuh untuk promosi dan pencegahan kesehatan, menyediakan platform untuk pendidikan, dukungan sosial, dan intervensi perubahan perilaku.

6. Obat pribadi dan Pelacakan Kesehatan

Pengobatan presisi adalah pendekatan promosi dan pencegahan kesehatan yang menggunakan data individu, seperti faktor genetika dan gaya hidup, untuk memberikan rekomendasi yang dipersonalisasi untuk mencegah penyakit dan meningkatkan hasil kesehatan. Teknologi telah memungkinkan pendekatan yang dipersonalisasi untuk promosi dan pencegahan kesehatan, dengan penggunaan perangkat dan aplikasi pelacakan kesehatan yang memungkinkan individu memantau kesehatan mereka dan membuat keputusan berdasarkan informasi tentang gaya hidup mereka.

7. Pencegahan Penyakit Kronis

Ada peningkatan penekanan pada pencegahan penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes, dan kanker melalui perubahan gaya hidup seperti makan sehat, olahraga teratur, dan pengurangan stres.

8. Kesehatan lingkungan

Faktor lingkungan seperti polusi udara, perubahan iklim, dan pencemaran air dapat berdampak signifikan terhadap kesehatan. Upaya promosi dan pencegahan kesehatan semakin berfokus pada kesehatan lingkungan dan mengurangi paparan racun lingkungan yang berbahaya.

9. Literasi kesehatan

Ada peningkatan pengakuan akan pentingnya meleak kesehatan, atau kemampuan untuk memahami dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan tentang kesehatan seseorang. Upaya promosi kesehatan dan pencegahan berfokus pada peningkatan literasi kesehatan di kalangan masyarakat umum.

10. Pendekatan Kolaboratif

Upaya promosi dan pencegahan kesehatan semakin didekati secara kolaboratif. Ini terjadi dengan kemitraan antara penyedia layanan kesehatan, organisasi masyarakat, dan lembaga pemerintah untuk mengatasi faktor penentu sosial kesehatan dan mempromosikan gaya hidup sehat . (Shelly Jones, 2023).

4.5 Tantangan dan Hambatan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Menurut hasil penelitian Reskiaddin, dkk (2020) tentang tantangan dan hambatan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit tidak menular di daerah semi perkotaan adalah 1) tingginya mobilitas dan padat aktivitas masyarakat, 2) Sistem birokrasi yang lama dan panjang, 3) Pengalaman intervensi terdahulu oleh beberapa institusi 4) Minimnya data kesehatan.

Hambatan yang ditemui pada saat program berlangsung, yaitu: 1) kurangnya pengalaman, keterampilan dan pengetahuan serta konsep diri kader kesehatan setempat, 2) Kurangnya kesadaran masyarakat 3) karakteristik sosial dan budaya (agama, kondisi ekonomi), 4) Pesan kesehatan dari media massa, 5) Kurangnya dukungan stakeholder. Tantangan dan hambatan memberikan dampak negative terhadap keberlangsungan program promosi kesehatan. Perlunya peningkatan kapasitas oleh tenaga kesehatan dan masyarakat yang berkelanjutan (La Ode Reskiaddin, Vina Yulia Anhar, Sholikah, 2020).

Bab 5

Peran Gizi Dalam Kesehatan Masyarakat

5.1 Pendahuluan

Keberhasilan pembangunan di suatu negara dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dengan kondisi fisik yang kuat, sehat mental, serta cerdas. Kualitas sumber daya manusia secara fisik dapat dilihat dari indikator derajat kesehatan, angka kematian bayi, angka harapan hidup, status kesehatan, dan status gizi masyarakat. Hingga saat ini Indonesia masih menghadapi permasalahan gizi baik gizi kurang, gizi buruk yang dampaknya akan bermuara pada kualitas sumber daya manusia. Apabila masalah ini secara terus menerus terjadi akan menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Kualitas sumber daya manusia yang rendah akan berpengaruh pada keberhasilan pembangunan. Keberhasilan pembangunan suatu bangsa dapat dilihat melalui nilai Indeks Pembangunan Manusia yang disingkat dengan IPM atau *Human Development Indeks* (HDI).

Gizi masyarakat adalah suatu penerapan ilmu pengetahuan yang bertujuan untuk menemukan solusi permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan gizi. Pada masa ini Indonesia mengalami triple burden malnutrisi yaitu: masalah gizi kurang (Kurang Energi Protein, Stunting, Wasting), kurang zat

gizi mikro (Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium), dan munculnya masalah gizi lebih atau obesitas. Cakupan gizi masyarakat berkaitan dengan permasalahan gizi yang ada di masyarakat dan masalah gizi masyarakat memiliki aspek yang sangat luas. Oleh karena itu penanganan masalah gizi masyarakat harus secara multisektor dan multidisiplin. Saat ini muncul konsep-konsep baru terkait gizi masyarakat antara lain: pengaruh faktor genetik terhadap kebutuhan gizi, pengaruh gizi terhadap kecerdasan otak dan perilaku, produktivitas serta daya tahan tubuh terhadap infeksi penyakit. Kemajuan teknologi juga memegang peranan dalam pengolahan pangan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Pada bidang teknologi pangan ditemukan inovasi pengolahan makanan bergizi, fortifikasi pangan dengan zat-zat gizi esensial yang dibutuhkan oleh tubuh dalam beraktivitas. Hal ini menunjukkan bahwa konsep gizi masyarakat adalah multifaktor maka dibutuhkan kajian terhadap permasalahan gizi masyarakat secara komprehensif dan lintas sektoral (Surahman & Supardi, 2016) & (Rasmaniar dkk, 2021).

5.2 Gizi Masyarakat

Gizi kesehatan masyarakat berfokus pada populasi atau komunitas yang bertujuan untuk memantau pola makan, status gizi dan kesehatan, serta program makanan dan gizi. Gizi Kesehatan masyarakat menuntut peran pengambil kebijakan dalam bidang kesehatan untuk menerapkan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat melalui upaya promotif dan preventif penyakit. Gizi kesehatan masyarakat menjadi dasar dalam pengambilan kebijakan bidang kesehatan dan kaitannya dalam perubahan lingkungan terkait sanitasi dan kebersihan lingkungan dalam pengelolaan makanan mulai dari tahap persiapan, pengolahan makanan dan pendistribusian makanan. Gizi dan kesehatan masyarakat berkonotasi dengan konsistensi antara gizi dan kesehatan masyarakat serta mengacu pada cabang kesehatan masyarakat yang fokusnya dalam upaya peningkatan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat melalui penyediaan layanan berkualitas. Layanan Kesehatan yang diterapkan adalah melalui program berbasis masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Gizi Kesehatan masyarakat terdiri dari program promosi kesehatan, kebijakan dan usulan perwakilan masyarakat melalui peran legislatif dengan konsep pencegahan primer dan sekunder tanpa

mengabaikan kuratif serta rehabilitatif kesehatan pada seluruh tatanan kehidupan masyarakat (Spark, Dinour and Obenchain, 2007)

Kesehatan masyarakat tidak hanya berbicara tentang epidemiologi penyakit, gizi makanan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, namun juga berorientasi bagaimana mengimplementasikan teori-teori tersebut dalam rangka menanggulangi masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan mandiri. Hal ini berarti bahwa upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui pemberantasan penyakit, penanggulangan masalah gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, perubahan perilaku masyarakat melalui pendidikan kesehatan, pemberdayaan, advokasi dan bina suasana yang didasarkan pada teori-teori tentang kesehatan masyarakat.

Sebelum membahas tentang gizi kesehatan masyarakat, maka perlu pemahaman tentang kesehatan masyarakat dan ilmu gizi. Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni dalam memelihara, melindungi, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya pelayanan kesehatan yang prima dengan prinsip upaya pencegahan, dan pemberantasan penyakit. Kesehatan masyarakat meliputi semua kegiatan dalam upaya pencegahan penyakit, upaya promotif, tanpa mengabaikan upaya kuratif maupun rehabilitatif. Ranah atau kolegium ilmu kesehatan masyarakat adalah gizi masyarakat, epidemiologi, biostatistik, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kebijakan kesehatan, serta pelayanan kesehatan. Pengertian ilmu gizi adalah ilmu yang membicarakan tentang pencernaan, penyerapan, pendistribusian, dan proses metabolisme serta penyimpanan zat-zat gizi di dalam tubuh.

Ilmu kesehatan masyarakat (*public health science*) menurut Profesor Winslow (Leavel & Clark, 1958) adalah ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik maupun mental dengan prinsip efisiensi melalui upaya yang terorganisir dan terencana dengan baik dalam rangka perbaikan sanitasi lingkungan, surveilens penyakit infeksi di masyarakat, pendidikan higiene perorangan, peningkatan layanan kesehatan untuk deteksi dini serta pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar seluruh masyarakat mampu secara mandiri untuk menjaga kesehatannya sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Surahman & Supardi, 2016).

Istilah gizi dalam kesehatan masyarakat bertitik tolak pada gizi sebagai bagian dari ruang lingkup kesehatan masyarakat. Gizi kesehatan masyarakat berfokus pada upaya peningkatan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat melalui penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas baik dari jumlah tenaga kesehatan sesuai kompetensi dan ketersediaan fasilitas layanan kesehatan yang merata yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Gizi kesehatan masyarakat meliputi program promotif dan preventif baik tingkat primer maupun sekunder, advokasi dan kebijakan bidang gizi masyarakat, serta surveilans penyakit akibat dampak dari masalah gizi masyarakat tersebut.

Gizi Kesehatan Masyarakat, mengacu pada cabang kesehatan masyarakat yang berfokus pada populasi yang memantau pola makan, status gizi dan kesehatan, program pangan dan gizi, serta memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan prinsip kesehatan masyarakat pada kegiatan yang mengarah pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pengembangan kebijakan dan perubahan lingkungan (Spark, 2007).

Pada umumnya di negara berkembang termasuk Indonesia masalah kesehatan yang cenderung terjadi adalah masalah kesehatan yang terkait dengan gizi. Masalah gizi yang terjadi di masyarakat sangat kompleks. Hal ini dikarenakan masalah gizi masyarakat tidak hanya menyangkut aspek kesehatan saja, namun aspek lain seperti faktor ekonomi, sosial budaya, dan pendidikan saling terkait satu sama lain. Dampak dari masalah gizi akan berakibat pada rendahnya produktivitas, daya saing rendah, kemampuan motorik rendah, perkembangan fisik tidak optimal dan anak mudah sakit (Kusharisupeni, 2020).

Gizi kesehatan masyarakat adalah bagian dari ilmu kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan kesehatan khususnya yang berhubungan dengan masalah gizi. Salah satu prioritas pembangunan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) adalah upaya peningkatan gizi masyarakat dalam rangka mengantisipasi permasalahan gizi di Indonesia. Ruang lingkup gizi kesehatan masyarakat berfokus pada aspek pencegahan penyakit melalui pengaturan makanan, komprehensif dan kolaboratif, dan pendekatan ekologis dalam perspektif lintas sektoral. Kesemuanya ruang lingkup ini memuat dan menekankan pada pemeliharaan aspek kesehatan seluruh populasi.

Adapun poin yang tercakup pada ruang lingkup gizi kesehatan masyarakat diantaranya (Hughes, 2003).

1. Makanan dan zat gizi
2. Sistem pangan dan gizi
3. Prinsip kesehatan masyarakat
4. Kolaboratif dan lintas sektor
5. Pencegahan primer
6. Kepemimpinan
7. Pengetahuan, sikap dan keterampilan

5.2.1 Zat Gizi dan Fungsinya

Untuk menjaga kelangsungan hidup, setiap orang memerlukan konsumsi makanan dan konsumsi makanan tersebut akan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Pada hakikatnya zat gizi yang diperoleh dari makanan merupakan komponen kimiawi yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses kehidupan dan berimplikasi terhadap produktivitas manusia (Hardinsyah, Supariasa, 2017). Secara umum zat gizi terdiri dari dua kelompok utama yaitu zat gizi makro dan zat gizi mikro. Zat gizi makro dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah yang besar sebagai sumber energi. Zat gizi yang tergolong pada zat gizi makro antara lain karbohidrat, lemak dan protein. Sedangkan zat gizi mikro diperlukan tubuh dalam jumlah lebih sedikit yang dibagi dalam dua kelompok yaitu vitamin dan mineral. Kesemuanya jenis zat gizi ini terdapat pada makanan yang dikonsumsi sehari-hari.

Fungsi makanan bagi kehidupan manusia adalah sebagai berikut:

1. Sebagai Sumber Energi
Zat gizi penghasil energi disebut juga sebagai zat pembakar yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Zat gizi yang termasuk dalam penghasil energi adalah karbohidrat, lemak dan protein. Ketiga zat gizi tersebut merupakan jenis zat gizi yang paling dominan terdapat dalam bahan pangan.
2. Untuk Pertumbuhan dan Pemeliharaan Jaringan Tubuh
Zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh disebut juga sebagai zat pembangun. Kelompok gizi

sebagai zat pembangun tubuh adalah zat gizi protein, mineral, dan air.

3. Sebagai Pengatur Proses Metabolisme Tubuh

Keseimbangan air dalam sel tubuh memerlukan peran dari zat gizi protein yang bertindak sebagai *buffer* untuk menetralkan tubuh serta pembentuk antibodi. Antibodi ini berfungsi sebagai penangkal organisme dan benda asing yang dapat merugikan tubuh. Selain itu protein juga berfungsi sebagai pengatur proses oksidasi, fungsi saraf, dan otot. Proses lainnya yang berlangsung di dalam tubuh diatur oleh zat gizi mineral dan vitamin. Untuk mengatur suhu tubuh, peredaran darah, serta proses pembuangan sisa dari tubuh yang tidak dimanfaatkan lagi oleh tubuh dilaksanakan oleh air. Air juga berfungsi pada proses pelarutan bahan-bahan di dalam tubuh seperti cairan dalam darah, pencernaan dan jaringan tubuh. Oleh karena itu zat gizi protein, mineral, vitamin, dan air berfungsi sebagai zat (Surahman & Supardi, 2016).

Zat gizi yang terkandung dalam makanan yang dikonsumsi sehari-hari berfungsi untuk kelangsungan hidup setiap individu. Zat gizi tersebut akan berperan sebagai sumber energi, zat pembangun dan sebagai pengatur semua proses biologis yang terjadi di dalam tubuh. Konsumsi makanan akan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Apabila tubuh mendapatkan zat gizi minimal sesuai dengan angka kecukupan gizi yang dianjurkan per orang per hari sesuai kondisi fisik tubuh, jenis kelamin dan aktivitas maka akan di peroleh pertumbuhan fisik, perkembangan otak, produktivitas kerja, dan kesehatan yang baik dan optimal. Terdapat lima jenis zat gizi yang diperlukan oleh tubuh untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, dan mineral. Masing-masing fungsi zat gizi tersebut antara lain:

a. Karbohidrat

Karbohidrat memiliki peran dan fungsi yang spesifik sebagai sumber energi utama bagi organisme hidup. Bentuk sederhana dari karbohidrat disebut gula atau sakarida. Ketersediaan

karbohidrat mudah diperoleh karena mayoritas bersumber dari tumbuh-tumbuhan (pangan nabati) dan secara ekonomis harganya tergolong murah. Secara umum karbohidrat dibedakan menjadi karbohidrat kompleks dan karbohidrat sederhana. Sungguhpun semua jenis karbohidrat tersusun atas karbohidrat sederhana atau gula sederhana. Karbohidrat kompleks memiliki jumlah sakarida yang banyak sehingga sering disebut polisakarida atau pati. Golongan karbohidrat lainnya adalah serat pangan atau disebut juga dietary fiber dan glikogen. Polisakarida atau pati merupakan sumber energi utama yang kita konsumsi sehari-hari termasuk nasi ataupun olahan pangan sumber karbohidrat lainnya seperti singkong, jagung dan lain sebagainya. Serat pangan memiliki fungsi membantu proses penyerapan air, pengosongan perut dan memperlambat penyerapan glukosa selama proses metabolisme tubuh. Karbohidrat sederhana terdiri dari susunan gula mono (satu gula) dan disakarida (dua gula), gula alkohol dan oligosakarida. Semua unit dasar dari struktur karbohidrat dalam bentuk monosakarida. Fungsi karbohidrat selain sebagai sumber energi juga berperan sebagai pemberi rasa manis pada makanan, penghemat protein, mengatur metabolisme lemak, dan membantu proses ekskresi sisa metabolisme yang tidak diperlukan oleh tubuh.

b. Lemak

Lemak merupakan salah satu dari zat gizi penghasil energi lebih dari dua kali energi yang dihasilkan oleh karbohidrat dan protein. Nama lain dari lemak adalah lipid yang berasal dari bahasa Yunani lipos yang artinya lemak. Sumber lemak berasal dari pangan nabati maupun pangan hewani, yaitu: minyak kelapa, kelapa sawit, jagung, mentega, daging, kacang-kacangan, biji-bijian dan sebagainya. Secara umum lemak memegang peranan dan fungsi penting di dalam tubuh, yakni: 1) sebagai sumber energi paling besar karena menghasilkan 9 kkal per gram; 2) sumber asam lemak esensial; 3) Sebagai prekursor sintesis

kolesterol dan hormon seks; 4) sebagai media vitamin larut lemak; 5) memelihara tubuh dari suhu luar yang ekstrem; 6) menghemat penggunaan protein sebagai sumber energi dalam proses sintesis protein; 7) memberi rasa gurih dan lezat; 8) sebagai pelumas dan melindungi organ tubuh.

c. Protein

Protein merupakan molekul organik yang terdiri dari asam amino sebagai material dasar untuk kehidupan seluruh sel tubuh. Protein merupakan komposisi terbesar penyusun organ tubuh setelah air. Protein adalah penunjang pertumbuhan dan perkembangan anak dan remaja, serta untuk memelihara kesehatan bagi semua kelompok usia. Protein memiliki peran dan fungsi bagi tubuh manusia terutama yang berkaitan dengan organ. Sumber utama protein berasal dari pangan hewani seperti telur, susu, daging, unggas, ikan dan sebagainya. Protein yang berasal dari pangan nabati, misalnya kacang kedelai dan hasil olahannya seperti tahu, tempe, susu kedelai dan jenis kacang-kacangan lainnya. Secara umum fungsi protein dalam tubuh adalah sebagai berikut:

- Membangun dan memelihara jaringan tubuh
- Menjaga keseimbangan cairan
- Menjaga keseimbangan asam basa dalam tubuh
- Sebagai bahan dasar pembentuk enzim dan hormon
- Berperan dalam pembentukan sistem imun
- Membentuk glukosa dan penyedia energi saat asupan karbohidrat rendah
- Mengontrol nafsu makan karena dapat merangsang rasa kenyang (Wardlaw & Smith, 2016).

d. Vitamin

Vitamin adalah zat senyawa organik kompleks yang jumlahnya kecil dalam makanan, sifatnya esensial karena tubuh tidak mampu mensintesisnya dari zat gizi lainnya yang diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan serta fungsi lain (Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat, 2019) & (Surahman &

Supardi, 2016). Klasifikasi vitamin digolongkan berdasarkan kelarutannya yakni vitamin larut air dan vitamin larut lemak. Vitamin yang termasuk dalam golongan larut air adalah vitamin B dan vitamin C, sedangkan vitamin yang tergolong larut lemak adalah vitamin A, D, E dan K. Vitamin larut air tidak disimpan dalam tubuh, sehingga harus dipenuhi setiap hari dari makanan yang kita konsumsi sehari-hari. Sedangkan vitamin larutan lemak jika dikonsumsi secara berlebihan akan tersimpan dalam tubuh. Fungsi masing-masing vitamin larut air dan larut lemak adalah sebagai berikut:

- **Vitamin B1 (tiamin)**
Vitamin B1 memiliki peran yang cukup banyak di dalam tubuh, antara lain terlibat dalam proses metabolisme karbohidrat, lemak, protein serta sintesis asam nukleat. Vitamin B1 bersumber dari berbagai bahan makanan seperti roti dan tepung, daging, susu, kentang, ekstrak ragi serta sereal cornflake.
- **Vitamin B2 (riboflavin)**
Vitamin B2 berfungsi sebagai enzim pembantu dalam banyak reaksi yang berkaitan dengan pemanfaatan makanan dan secara tidak langsung berperan dalam proses pertumbuhan. Selain itu vitamin B2 berperan dalam proses oksidasi sel dan berfungsi dalam pemindahan rangsangan sinar ke saraf mata. Sumber vitamin B2 berasal dari pangan nabati maupun hewani seperti susu, keju, daging, hati, sayuran hijau, ikan, telur dan sereal.
- **Vitamin B6 (piridoksin)**
Merupakan ko-enzim yang membantu reaksi kimia. Berperan dalam pembentukan sel-sel darah, pertumbuhan dan pekerjaan urat syaraf. Vitamin B6 memiliki peran inti dalam pembentukan asam amino non esensial serta mengkonversi glikogen. Piridoksin juga berperan membantu proses metabolisme energi yang berasal dari karbohidrat, protein,

dan lemak. Apabila kekurangan vitamin B6 akan mengakibatkan penurunan antibodi dan dapat menimbulkan gangguan kesehatan seperti anemia, gangguan sistem syaraf pusat, dan dermatitis (gangguan kulit). Sumber utama vitamin B6 berasal dari pangan hewani dan nabati yaitu ikan, ayam, hati, telur, tempe, kacang-kacangan dan ragi.

- Folat (asam folat)

Asam folat memiliki peran dalam pembentukan sel darah merah, sel darah putih dan sumsum tulang untuk pertumbuhan. Dampak yang terjadi akibat kekurangan asam folat menyebabkan gangguan metabolisme DNA, menghambat pertumbuhan serta menyebabkan anemia megaloblastik serta gangguan darah lainnya. Asam folat mudah diperoleh, tidak hanya dari makanan alami tetapi juga dari suplemen. Sumber makanan yang kaya akan kandungan asam folat antara lain daun kelor, sayuran hijau dan kentang.

- Vitamin B12 (kobalamin)

Jenis vitamin ini berperan dalam pembentukan asam nukleat dan sel darah merah, berperan dalam metabolisme semua sel, terutama pada saluran cerna, jaringan syaraf dan sumsum tulang. Apabila kekurangan vitamin B12 dapat mengakibatkan anemia megaloblastik. Sumber makanan yang mengandung vitamin B12 antara lain, jeroan, daging, susu, cornflake fortifikasi.

- Vitamin C

Vitamin C memiliki banyak fungsi dalam tubuh. Selaian sebagai vitamin, maka vitamin C mempunyai peran sebagai antioksidan yang mencegah radikal bebas. Peran lainnya adalah untuk sintesis kolagen, absorpsi dan metabolisme besi, absorpsi kalsium, mencegah infeksi dan mencegah kanker serta penyakit jantung. Selain itu vitamin C juga berfungsi dalam pembentukan gigi, tulang dan pembuluh darah. Jika kekurangan vitamin C muncul gejala seperti rasa

lelah, napas pendek, kejang otot, kulit kering serta nafsu makan berkurang. Pada masa anak-anak kurang vitamin C menyebabkan lambatnya pertumbuhan tulang dan jika berlanjut dalam jangka panjang akan menyebabkan skorbut, bahkan gangguan syaraf (Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat, 2019).

- Vitamin A

Vitamin A atau retinol dapat diperoleh dari pangan hewani terutama bagian hati, kuning telur, dan susu. Sedangkan dari pangan nabati dapat diperoleh dari mentega. Vitamin A juga dapat diproduksi oleh tubuh dari sumber makanan yang kaya akan karoten seperti sayuran hijau dan wortel. Fungsi utama dari vitamin A adalah fungsi penglihatan. Oleh karena itu jika kekurangan vitamin A akan menimbulkan berbagai tingkatan gangguan pada mata. Vitamin A juga penting untuk menjaga kesehatan kulit, diferensiasi sel, fungsi untuk kekebalan tubuh, terlibat dalam pertumbuhan dan perkembangan, untuk pencegahan kanker serta pencegahan penyakit jantung. Kekurangan vitamin A dapat mengganggu sistem pertahanan tubuh yang berakibat tubuh rentan terhadap penyakit infeksi.

- Vitamin D

Vitamin D atau *kolekalsiferol* berperan dalam pembentukan tulang dan gigi yang kuat. Kekurangan vitamin D dapat mengakibatkan penyakit tulang atau kerusakan pada gigi. Vitamin A bersama dengan vitamin C membantu memelihara tulang. Kelebihan mengonsumsi vitamin D dapat menyebabkan keracunan dengan gejala seperti sakit kepala, nafsu makan berkurang, gangguan eksresi urin, gangguan mental dan muntah. Sumber vitamin D diperoleh dari bahan makanan seperti susu, mentega, dan minyak ikan. Sumber vitamin D dapat juga diperoleh tubuh melalui sinar matahari

di mana matahari berfungsi sebagai katalisator mengubah pro vitamin D menjadi vitamin D didalam tubuh.

- Vitamin E

Vitamin E atau tokoferol memiliki banyak fungsi. Fungsi vitamin E diantaranya sebagai antioksidan, membantu sintesis DNA, merangsang reaksi kekebalan, mencegah penyakit jantung koroner, mencegah gangguan menstruasi, serta dapat mencegah abortus pada ibu hamil. Vitamin E dapat diperoleh dari makanan sumber biji-bijian, minyak, ikan dan unggas. Kekurangan vitamin E dapat mengakibatkan tidak normalnya fungsi sumsum tulang belakang dan retina karena hemolisis pada eritrosit dan sindrom neurologis.

- Vitamin K

Vitamin K disebut juga *naftokuinon* berfungsi dalam membantu pembekuan darah, dan sebagai kofaktor koenzim karboksilase. Kekurangan vitamin K dapat menyebabkan gangguan penyerapan lemak. Sumber vitamin K dapat berasal dari bahan makanan seperti sayuran hijau, dan pangan hewani seperti susu, daging dan telur.

e. Mineral

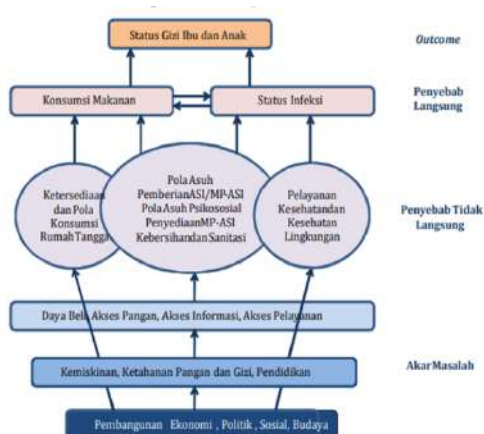
Mineral juga dibutuhkan dalam jumlah sedikit namun memegang peranan yang sangat besar didalam tubuh baik pada tingkat sel, jaringan, organ, maupun fungsi tubuh secara keseluruhan. Mineral dibagi dalam dua kelompok yaitu mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro adalah mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari. Mineral makro terdiri dari natrium (Na), klorida (Cl), kalium (K), kalsium (Ca), fosfor (P), magnesium (Mg), dan sulfur (S). Mineral mikro dibutuhkan oleh tubuh kurang dari 100 mg sehari. Mineral mikro terdiri dari zat besi (Fe), zink (Zn), yodium (I), selenium (Sn), tembaga (Cu), mangan (Mn), fluor (F), dan kromium (Cr). Sumber mineral dapat diperoleh dari bahan pangan seperti

daging, ikan, kacang-kacangan, serta golongan sereal seperti beras, roti, gandum dan lain-lain.

5.2.2 Penyakit yang Terkait dengan Masalah Gizi

Trend masalah kesehatan di Indonesia dalam dekade terakhir mengalami perubahan secara signifikan, terutama masalah yang terkait dengan gizi. Walaupun masalah kesehatan tersebut tetap berfokus pada masalah kesehatan ibu dan anak. Terutama setelah ada gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) yang dicetuskan pada awal tahun 2013 dalam rangka upaya percepatan penanggulangan masalah stunting pada balita. Namun demikian masalah gizi kesehatan masyarakat yang ada sejak lama di Indonesia masih menjadi problematik yang belum terselesaikan sampai saat ini

Ada beberapa masalah gizi utama yang umum terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Masalah gizi utama yang dimaksud adalah 1) kurang energi protein (KEP); 2) gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY); 3) kurang vitamin A (KVA); 4) anemia gizi besi (AGB); dan 5) obesitas. Penanganan masalah gizi merupakan fokus pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.



Gambar 5.1: Bagan Masalah Gizi (BAPPENAS, 2015)

Dalam penanganan masalah gizi banyak faktor yang memengaruhi antara lain, 1) masih tingginya angka kemiskinan; 2) terbatasnya aksesibilitas pangan terutama pada keluarga miskin; 3) kualitas kesehatan lingkungan yang kurang

baik; 4) pemberdayaan dan partisipasi masyarakat yang masih lemah; 5) kerjasama lintas sektor dan lintas program belum optimal; 6) angka kejadian penyakit infeksi yang masih tinggi; 7) akses keluarga terhadap layanan kesehatan dasar yang tergolong rendah; dan 8) pola asuh ibu yang belum memadai/pengetahuan tentang gizi yang masih rendah. Berikut bagan yang menyajikan faktor penyebab masalah gizi yang diperkenalkan oleh UNICEF dan telah disesuaikan dengan kondisi di Indonesia (BAPPENAS, 2015).

Menurut (Setyawati, V & Hartini, 2018), Beban masalah gizi di Indonesia disebut beban ganda masalah gizi. Hal ini berarti masalah gizi tidak hanya terjadi jika karena kurang gizi saja, akan tetapi akan terjadi juga masalah gizi jika asupan gizinya berlebihan.

Berikut ini akan dibahas masalah gizi kesehatan masyarakat tersebut.

1. Kurang Energi Protein (KEP)

Indikator yang umum digunakan untuk mengidentifikasi masalah kurang energi protein adalah berat badan menurut usia (BB/U). Indikator tersebut akan menunjukkan manifestasi KEP yaitu *marasmus*, *kwashiorkor* dan gabungan keduanya. *Marasmus* merupakan kondisi kekurangan gizi akibat rendahnya asupan energi, sedangkan *kwashiorkor* disebabkan karena kekurangan protein yang unsur penting pembentuk tubuh. Kondisi *marasmus* dan *kwashiorkor* yang terjadi secara bersamaan ditandai dengan kondisi anak mengalami *wasting* dan terdapat *oedema* yang disebut *marasmus-kwashiorkor* (WHO, 2000). Penyebab KEP adalah asupan makanan yang rendah terutama sumber energi dan protein serta riwayat penyakit infeksi yang berulang. Pada umumnya KEP terjadi pada anak balita. KEP dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan, rentan terhadap penyakit infeksi, dan dampak jangka panjang adalah rendahnya tingkat kecerdasan anak.

2. Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)

Defisiensi zat gizi mikro yang paling banyak ditemukan adalah kekurangan yodium. Gangguan akibat kekurangan yodium merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan terjadi di sebagian besar negara-negara di dunia. Pada kelompok yang spesifik seperti anak-anak dan usia lebih > 60 tahun risiko mengalami GAKY

meningkat drastis. Kekurangan yodium pada ibu hamil dapat mengakibatkan keguguran, kematian perinatal maupun neonatal, degradasi mental, dan tingkat kecerdasan anak rendah (Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat, 2019).

Kekurangan yodium pada anak dan remaja dapat mengakibatkan penyakit gondok. Kekurangan yodium juga dapat mengakibatkan kretinisme, yaitu suatu kondisi tinggi badan di bawah normal yang diikuti dengan gangguan fungsi mental dan kecerdasan. Anak yang mengalami kretinisme dilahirkan dari ibu yang mengalami kekurangan yodium. Upaya penanggulangan GAKY yang baik dilakukan secara preventif yaitu pemberian garam yang difortifikasi dengan yodium.

3. Kurang Vitamin A (KVA)

Untuk mengetahui adanya gangguan kekurangan vitamin A dilakukan pengukuran dengan dua metode yaitu, kelainan klinis mata dan konsentrasi retinol dalam plasma atau serum. Secara klinis efek dari kurang vitamin A yang paling sering didapati pada mata adalah xeroftalmia. Efek xeroftalmia pada mata mendeskripsikan penyakit akibat kekurangan vitamin A. Tanda dan gejala xeroftalmia terlihat dari epitel biji mata dan kornea yang mengalami kekeringan. Akibatnya mata kurang berfungsi yaitu adaptasi mata saat kondisi gelap yang sering disebut istilahnya di masyarakat buta senja atau rabun ayam. Prevalensi rabun senja dijadikan sebagai ambang batas dalam menentukan KVA sebagai masalah gizi kesehatan masyarakat disuatu wilayah. Untuk penanggulangan KVA pemerintah melaksanakan program pemberian kapsul vitamin A, upaya promotif pemberian ASI, penanganan penyakit infeksi, dan fortifikasi vitamin A pada makanan pokok.

4. Anemia Gizi Besi (AGB)

Anemia adalah suatu keadaan tubuh di mana kadar hemoglobin (Hb) dalam darah lebih rendah dari normal (WHO, 2011). Anemia gizi besi merupakan masalah gizi yang sering ditemukan diberbagai belahan dunia terutama di negara berkembang. Anemia gizi besi

sifatnya endemik dan banyak terjadi pada wanita usia subur dan remaja putri. Menurut (WHO, 2011), diagnosis anemia gizi besi dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium dengan indikator kadar hemoglobin/Hb dalam darah metode *Cyanmethemoglobin*. Beberapa faktor yang menyebabkan Anemia gizi besi antara lain adalah kekurangan zat besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Indikasi anemia gizi besi ditandai dengan menurunnya produksi hemoglobin secara drastis yang mengakibatkan kadar dalam darah menurun. Anemia gizi besi juga dapat terjadi pada anak yang disebabkan adanya infeksi cacing tambang yang ditandai dengan kehilangan darah melalui saluran cerna. Secara langsung terjadinya anemia disebabkan karena produksi atau kualitas sel darah merah yang rendah serta adanya kehilangan darah baik akut atau kronik (menahun). Misalnya pada seorang wanita yang sedang mengalami menstruasi maka akan kehilangan darah sekitar 30 ml/ hari. Angka ini setara dengan kehilangan zat besi sebanyak 0,5. Faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya anemia gizi besi adalah karena daya beli yang rendah untuk memperoleh makanan yang kaya akan zat besi terutama bahan makanan sumber hewani. Hal ini sering terjadi pada masyarakat miskin. Anemia gizi besi dapat berakibat tingginya angka kematian ibu saat melahirkan, dan dapat mengakibatkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Jika anemia gizi besi terjadi anak akan berpengaruh terhadap kecerdasan. Anemia gizi besi pada orang dewasa akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja.

5. Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak yang abnormal atau yang berlebihan yang dapat berakibat terganggunya kesehatan. Obesitas telah menjadi isu global dan bersifat endemik di sejumlah negara. Data WHO menunjukkan bahwa prevalensi obesitas di seluruh dunia dalam kurun waktu 30 tahun sudah lebih dari dua kali lipat. Obesitas tidak hanya dialami oleh orang dewasa, namun juga terjadi pada anak-anak dan remaja terutama di negara maju. Di negara berkembang terjadi pergeseran masalah gizi yang awalnya

didominasi oleh masalah gizi kurang, saat ini menjadi menghadapi masalah gizi lebih. Indonesia juga mengalami pergeseran masalah gizi. Hal ini disebabkan karena perkembangan perekonomian yang cukup pesat. Artinya Indonesia menghadapi apa yang disebut masalah gizi ganda, masalah gizi kurang belum terselesaikan, muncul bersamaan masalah gizi lebih (Hadi, 2005). Saat ini obesitas dikategorikan sebagai salah satu penyakit kronis yang berhubungan dengan dengan munculnya penyakit tidak menular lainnya. Obesitas menjadi pemicu terjadinya penyempitan pembuluh darah yang berdampak munculnya penyakit seperti diabetes melitus, penyakit jantung koroner, hipertensi, stroke dan lain-lain. Oleh karena itu persepsi tentang obesitas tidak hanya fokus memahami hanya sebatas faktor risiko saja, akan tetapi perlu pemahaman bersama bahwa obesitas merupakan suatu penyakit yang berkontribusi terhadap kualitas hidup seseorang, angka kesakitan (morbiditas) dan beban biaya terkait kesehatan. Penanganan obesitas perlu mendapat perhatian yang serius. Pada level kesehatan masyarakat peran pemerintah akan sangat mendukung upaya pencegahan obesitas. Pemerintah perlu mengoptimalkan program promosi dan preventif yang berfokus pada penanggulangan obesitas pada tingkat layanan primer.

Bab 6

Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

6.1 Pendahuluan

Dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan atau *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Cairo tahun 1994, lebih mengutamakan pada pemenuhan reproduksi bagi perempuan dan laki-laki, termasuk hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan dan penanganan kekerasan berbasis gender serta partisipasi aktif laki-laki pada kesehatan reproduksi. Lokakarya Kesehatan Reproduksi Nasional tahun 1996 dan 2003 disepakati pelayanan reproduksi harus dilaksanakan secara terpadu di tingkat pelayanan dasar melalui pendekatan siklus hidup diawali sejak pranikah, hamil, bersalin dan nifas, bayi, balita, remaja, dan dewasa hingga lanjut usia.

Keluarga Berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dengan cara mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. KB sebagai upaya untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Keluarga Berencana berupaya membuat atau meningkatkan kesejahteraan masyarakat Indonesia dengan mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran anak. Masyarakat yang sejahtera tentu akan menghasilkan penduduk yang mempunyai mutu dan kualitas (Saragih et al., 2022).

6.2 Kesehatan Reproduksi

6.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Istilah reproduksi berasal dari kata "re" yang artinya kembali, kata "produksi" artinya membuat atau menghasilkan. Reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya. Sehat menurut World Health Organization (WHO) yaitu "keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan atau kecatatan". Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO dalam Saragih et al., 2022; Muharrina et al., 2023).

Kesehatan reproduksi menurut WHO diartikan sebagai suatu keadaan sejahtera fisik, mental, sosial, secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Definisi ini sesuai kesepakatan dalam Konferensi sedunia IV tentang wanita yang dilaksanakan di Beijing, Cina, di Haquee 1999, di New York tahun 2000 (Winarso et al., 2019).

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses (ICPD, 1994 dalam Prijatni & Rahayu, 2016).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Depkes RI, 2000 dalam Prijatni & Rahayu, 2016).

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan, peraturan ini juga bertujuan menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas dan mengurangi angka kematian ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

6.2.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan Kesehatan Reproduksi berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014 Kemenkes RI, (2014) meliputi: menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan; menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Tujuan Utama
Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksi yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.
2. Tujuan Khusus
 - a. Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksi.
 - b. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.
 - c. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitas kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.

Pemerintah berkomitmen untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) atau *Sustainable Development Goals* (SDGs). Keseriusan pemerintah dikuatkan dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 (Widiastuti et al., 2021).

Indikator kesehatan termasuk kesehatan reproduksi yang masuk pada tujuan ke tiga dengan sasaran global yang ingin capai diantaranya:

1. Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.
2. Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000.
3. Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya.
4. Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.
5. Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang membahayakan
6. Pada tahun 2020, mengurangi hingga setengah jumlah kematian global dan cedera dari kecelakaan lalu lintas.
7. Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.
8. Mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat - obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang

6.2.3 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (Kementerian Kesehatan RI, 2015; Widiastuti et al., 2021) meliputi:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak meliputi
 - a. Masa konsepsi diantaranya memberikan pelayanan antenatal, persalinan dan nifas yang aman, serta pelayanan bayi baru lahir; perlakuan sama terhadap janin laki-laki/perempuan
 - b. Pelayanan kesehatan bayi dan anak meliputi:
 - ASI eksklusif dan penyapihan yang layak; tumbuh kembang anak
 - Pemberian makanan dengan gizi seimbang
 - Imunisasi
 - Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)
 - Pencegahan dan penanggulangan kekerasan
 - Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.

Pelayanan kesehatan remaja meliputi

- Gizi seimbang
- Informasi tentang kesehatan reproduksi.
- Pencegahan kekerasan seksual.
- Pencegahan terhadap ketergantungan narkotik, psikotropika, dan zat adiktif.
- Perkawinan pada usia yang wajar.
- Pendidikan dan peningkatan keterampilan.
- Peningkatan penghargaan diri.
- Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.
- Pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (PP-KtP/A),

2. Keluarga Berencana
3. Kesehatan Reproduksi Wanita Usia Subur (WUS) seperti Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, aborsi, infertilitas, *fistula vesiko vaginal*, *prolapsus uteri*.
4. Infeksi Menular Seksual (IMS), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).
5. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut meliputi perhatian terhadap *menopause/andropause*; perhatian pada penyakit utama degeneratif, termasuk rabun, gangguan mobilitas, dan osteoporosis; deteksi dini kanker rahim, kanker prostat dan benign *prostate hyperplasia*. (BPH).

6.2.4 Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Menurut dokumen *International Conference on Population and Development* (ICPD) Kairo 1994, hak reproduksi adalah hak setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan mempunyai anak, berapa jumlah anak, dan jarak antara anak yang dikehendaki.

Hak reproduksi terkait erat dengan sistem, fungsi dan proses produksi. Hak-hak reproduksi mencakup:

1. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.
3. Hak atas kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksi.
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
5. Hak untuk hidup dan bebas dari risiko kematian karena kehamilan atau masalah gender.
6. Hak mendapat kebebasan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
7. Hak untuk bebas dari segala bentuk penganiayaan dan perlakuan menyangkut kesehatan reproduksi.
8. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan reproduksi.
9. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarganya

10. Hak dalam kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dan kesehatan reproduksi.

Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) dalam (Prijatni & Rahayu, 2016) antara lain:

1. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
2. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
4. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
5. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
6. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
7. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.

8. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS
9. Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
10. Hukum dan kebijakan harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi
11. Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.

6.2.5 Pendekatan Siklus Kehidupan

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur atau biasa disebut "*Continuum of care women cycle*". Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja memengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas (Priyatni & Rahayu, 2016).

Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) (termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS). Jenis Infeksi Saluran Reproduksi dibagi menjadi 3 kategori yaitu

1. Penyakit Menular Seksual (PMS) meliputi infeksi klamida, *gonorrhoe*, trikomoniasis, sifilis, ulkus mole, herpes kelamin, dan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

2. Infeksi endogen karena pertumbuhan berlebihan kuman yang biasanya ada di saluran reproduksi wanita normal, seperti vaginosis bacterial dan kandidiasis vulvo vaginal
3. Infeksi iatrogenik, yaitu infeksi yang terjadi karena dilakukannya tindakan medis.

Upaya pencegahan dan penanggulangan ISR di tingkat pelayanan dasar masih jauh dari yang diharapkan. Upaya tersebut baru dilaksanakan secara terbatas di beberapa provinsi, berupa upaya pencegahan dan penanggulangan PMS dengan pendekatan sindrom melalui pelayanan Kesehatan Ibu Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB). Hambatan sosial-budaya sering mengakibatkan ketidaktuntasan dalam pengobatannya, sehingga menimbulkan komplikasi ISR yang serius seperti kemandulan, keguguran, dan kecacatan pada janin. Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS, seperti tuberculosis, malaria, filariasis, dan lain sebagainya, maupun penyakit infeksi yang tergolong penyakit menular seksual (PMS), seperti *gonorrhoea*, *sifilis*, *herpes genital*, *chlamydia*, ataupun kondisi infeksi yang berakibat infeksi rongga panggul (*Pelvic Inflammatory Diseases* atau PID) seperti Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), yang dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, misalnya kemandulan serta akan menurunkan kualitas hidupnya. Salah satu yang juga sangat mendesak saat ini adalah upaya pencegahan PMS yang fatal yaitu infeksi Human Immunodeficiency Virus atau HIV (Rahayu et al., 2017).

6.3 Keluarga Berencana

6.3.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana atau KB merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

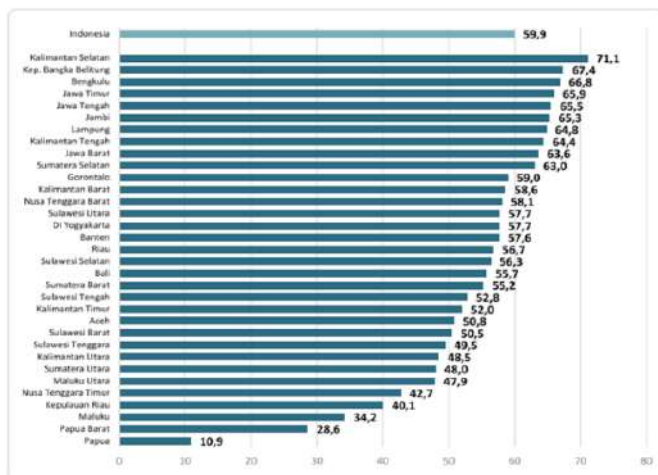
KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu melalui (Kementerian Kesehatan RI, 2023):

1. Mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan;
2. Mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas;
3. Mencegah terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Menurut World Health Organization (WHO) expert committee 1997: keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga. Beberapa komponen dalam pelayanan KB, yaitu Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), konseling, pelayanan kontrasepsi, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan, konsultasi genetik, tes keganasan, dan adopsi.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan prevalensi Pasangan Usia Subur (PUS) peserta KB Tahun 2022 sebagai berikut:

Gambar 6.1 menunjukkan hasil pendataan keluarga oleh BKKBN, angka prevalensi PUS peserta KB di Indonesia tahun 2022 sebesar 59,9%. Berdasarkan distribusi provinsi, angka prevalensi pemakaian KB tertinggi yaitu Kalimantan Selatan (71,1%), Kepulauan Bangka Belitung (67,4%), dan Bengkulu (66,8%), sedangkan terendah adalah Papua (10,9%), Papua Barat (28,6%) dan Maluku (34,2%).



Gambar 6.1: Prevalensi PUS Peserta KB menurut Provinsi Tahun 2022 (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2022 oleh BKKN menyebutkan peserta KB lebih banyak memilih Metode Kontrasepsi Jangka Pendek dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Sebagian besar akseptor memilih menggunakan suntik sebesar 61,9%, pil sebesar 13,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Data tersebut dapat dilihat pada Gambar 6.2 berikut:



Gambar 6.2: Penggunaan Kontrsepsi PUS Peserta KB Di Indonesia Tahun 2022 (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

6.3.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan Keluarga Berencana (KB) untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Priyatni & Rahayu, 2016).

Tujuan keluarga berencana menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) sebagai berikut:

1. Tujuan Umum Keluarga Berencana

Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2. Tujuan Khusus Keluarga Berencana

Tujuan khusus KB meliputi:

- a. Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup
- b. Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.
- c. Konseling perkawinan atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.

Dalam mengatur kehamilan diperlukan alat kontrasepsi Keluarga Berencana. Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan

normal namun tidak menghendaki kehamilan diharapkan menggunakan alat kontrasepsi (Depkes, 1999 dikutip Prijatni and Rahayu, 2016). Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008 dalam Prijatni and Rahayu (2016).

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen. Metode kontrasepsi yang ideal memiliki ciri-ciri diantaranya berdaya guna, aman, murah, estetik, mudah didapat, tidak memerlukan motivasi terus menerus dan efek samping yang minimal.

Metode kontrasepsi harus memenuhi syarat Kementerian Kesehatan RI (2015) sebagai berikut:

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Tidak ada efek samping yang merugikan.
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan seksual.
5. Tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
6. Cara penggunaannya sederhana.
7. Dapat dijangkau oleh pengguna.
8. Dapat diterima oleh pasangan.

6.3.3 Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi Kementerian Kesehatan RI (2015) terdiri dari:

1. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Metode kontrasepsi jangka panjang atau MKJP adalah cara kontrasepsi yang dalam penggunaannya memiliki tingkat efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya yang tinggi dan angka kegagalan yang rendah.

Metode kontrasepsi jangka panjang merupakan kontrasepsi yang dapat dipakai dalam jangka waktu lama, lebih dari dua tahun, efektif dan efisien untuk tujuan pemakaian menjarangkan kelahiran lebih

dari tiga tahun atau mengakhiri kehamilan pada PUS yang sudah tidak ingin menambah anak lagi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Contoh MKJP:

- a. *Intra Uterine Device* atau IUD adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim sering disebut AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) dengan berbagai bentuk diantaranya *polietilene*, lilitan tembaga (Cu), lilitan tembaga bercampur dengan perak (Ag). Alat kontrasepsi dalam rahim bekerja dengan menambah getaran saluran telur sehingga mengakibatkan (Saragih et al., 2022):
 - Endometrium belum siap menerima nidasi
 - Menimbulkan reaksi jaringan
 - Lilitan logam yang menyebabkan reaksi anti kesuburan.
- b. Implan atau susuk adalah alat kontrasepsi dipasang di bawah kulit pada lengan kiri atas, bentuknya seperti tabung kecil, ukurannya sebesar batang korek api. Cara kerja implan yaitu mengentalkan lendir serviks, menghambat perkembangan siklus endometrium, memengaruhi transportasi sperma dan menekan ovulasi.
- c. Kontrasepsi Mantap atau Kontap merupakan prosedur klinik untuk menghentikan fertilisasi dengan cara operatif dalam pencegahan kehamilan yang bersifat permanen (Saragih et al., 2022):
 - Metode Operasi Wanita atau MOW dengan tubektomi (tindakan yang mengikat atau memotong saluran telur menjadi tertutup sehingga sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma).
 - Metode Operasi Pria atau MOP dengan vasektomi, yaitu operasi pengikatan dan pemotongan saluran benih pada pria supaya sperma tidak dapat keluar dari buah zakar karena salurannya sudah tertutup.

2. Metode Kontrasepsi Jangka Pendek

Metode kontrasepsi jangka pendek adalah cara kontrasepsi yang dalam penggunaannya memiliki tingkat efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya rendah karena dalam jangka waktu pendek sehingga. keberhasilannya memerlukan komitmen dan kesinambungan penggunaan kontrasepsi tersebut. Contoh metode kontrasepsi jangka pendek yaitu:

- a. Suntikan Progestin merupakan jenis kontrasepsi yang mengandung hormon progestin dan diberikan dengan cara disuntikkan. Cara kerja mengentalkan lendir servik, menghambat perkembangan siklus endometrium, memengaruhi transportasi sperma dan menekan ovulasi
- b. Pil kombinasi merupakan kontrasepsi dalam bentuk pil yang mengandung hormon progesteron dan estrogen dalam dosis kecil dan memiliki masa efektif selama 24 jam. Cara kerja dengan mencegah produksi *Follicle Stimulating Hormone* (FSH)
- c. Pil progestin/mini pil merupakan pil kontrasepsi yang mengandung progesteron saja, cara kerjanya lendir servik menjadi pekat endometrium menjadi tipis serta atrofi (mengecil).
- d. Spermisida merupakan metode kontrasepsi berbahan kimia yang dapat membunuh sperma ketika dimasukkan ke dalam vagina. Cara kerja dapat menyebabkan selaput sel sperma pecah, memperlambat motilitas sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur
- e. Kondom merupakan selubung/karet sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan kelamin pada saat bersanggama. Kondom terbuat dari lateks dan vinil.
- f. Diafragma merupakan metode kontrasepsi yang dirancang dan disesuaikan dengan vagina untuk penghalang servik yang dimasukkan ke dalam vagina berbentuk seperti topi/ mangkuk yang terbuat dari karet dan bersifat fleksibel. Cara kerja diafragma dapat menghalangi masuknya sperma.

3. Metode Kontrasepsi Lainnya

- a. Metode Amenorea Laktasi atau MAL merupakan salah satu metode yaitu kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL bekerja dengan cara menekan terjadinya ovulasi karena pada masa laktasi hormon prolaktin meningkat dan menyebabkan terjadinya inhibiting hormon gonadotrophin sehingga mengurangi kadar estrogen dan ovulasi tidak terjadi. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (full breast feeding), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya
- b. Sanggama terputus/*coitus interruptus*. Sanggama dilakukan seperti biasa, namun pada saat mencapai orgasmus penis dikeluarkan dari vagina sehingga semen yang mengandung sperma keluar di luar vagina. Cara ini tidak berbahaya namun tidak dapat diandalkan karena memerlukan penguasaan diri yang kuat dan tingkat kegagalan yang cukup tinggi.
- c. Pantang berkala/metode kalender/metode Ogino-Knaus merupakan metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri untuk tidak melakukan sanggama pada masa subur seorang wanita yaitu waktu terjadinya ovulasi. Metode ini akan efektif jika siklus menstruasi normal dan pemantauan jumlah hari setiap siklus harus dilakukan minimal 6 siklus berturut-turut.
- d. Metode lendir servik, disebut juga sebagai metode *ovulasi billing* serviks yang dilakukan dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir servik dan perubahan pada vulva menjelang hari-hari ovulasi. Tujuan dari metode ini mencegah kehamilan dengan berpantang pada masa subur di saat kondisi lendir dalam keadaan basah, licin, dan elastis.
- e. Metode suhu basal.
Suhu basal adalah suhu terendah yang dicapai tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat tidur. Pengukuran

dilakukan dengan pencatatan suhu basal pada pagi hari setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas untuk mengetahui kapan terjadinya ovulasi. Pencatatan suhu menggunakan termometer basal harus dilakukan setiap hari pada lokasi dan waktu yang sama.

Bab 7

Penyakit Menular dan Upaya Pengendalian Penyebarannya

7.1 Penyakit Menular

Penyakit menular adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh suatu agen infeksi tertentu yang timbul melalui penularan dari orang yang terinfeksi, hewan, vektor atau reservoir benda mati ke pejamu yang rentan. Penularan ini dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung (Colebunders, 2009). Penyakit menular terus menjadi ancaman utama kesehatan masyarakat secara global disamping semakin tingginya juga prevalensi penyakit-penyakit tidak menular. Dengan adanya globalisasi perdagangan dan perjalanan, penyakit-penyakit ini melintasi batas negara dengan sangat cepat yang berakibat meningkatkan paparan pada masyarakat di seluruh dunia (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Potensi penyakit menular sebagai ancaman kehidupan manusia masih terus berlanjut, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah, namun juga dapat menimbulkan tantangan serius di negara-negara berpenghasilan tinggi (Bloom & Cadarette, 2019).

Setiap penyakit memiliki karakteristik organisme dan riwayat alaminya masing-masing, mulai dari awal hingga penyembuhan. Banyak penyakit menular yang mungkin masih berada pada tahap pra-simtomatik tanpa

berkembang menjadi gejala dan tanda klinis namun dapat menular ke orang lain. Dalam menilai kemungkinan dampak penyakit menular, terdapat dua parameter yang perlu diperhatikan yaitu kemungkinan penularan penyakit (kemampuan untuk menyebar) dan tingkat keparahan penyakit dan kemampuannya untuk membunuh atau melumpuhkan pejamu yang terinfeksi (Baker et al., 2022).

7.2 Agen Penyebab Penyakit Menular

Penyakit menular dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa kategori yaitu berdasarkan sindrom klinis, cara penularan, metode pencegahan (misalnya, dapat dicegah dengan vaksin) atau berdasarkan agen organisme utama, yaitu virus, bakteri, jamur dan parasit (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

1. Virus

Virus adalah molekul asam nukleat (RNA atau DNA) yang dikemas dalam lapisan protein atau kapsid. Virus bukanlah sel yang lengkap dan hanya dapat memperbanyak diri (bereplikasi) di dalam sel hidup. Kapsid memiliki selubung pelindung yang mengandung lipid. Kapsid dan selubung ini memfasilitasi perlekatan dan penetrasi ke dalam sel inang yang seringkali mengandung faktor virulensi. Di dalam sel inang, molekul asam nukleat memanfaatkan protein seluler sehingga proses replikasi virus terjadi (Bloom & Cadarette, 2019).

2. Bakteri

Bakteri adalah organisme uniseluler yang bereproduksi secara seksual atau aseksual dan dapat hidup di lingkungan yang mengandung oksigen (aerob) atau dalam keadaan kekurangan oksigen (anaerob). Beberapa bakteri dapat berada di keadaan tidak aktif dan membentuk spora, di mana mereka terlindungi dari lingkungan dan dapat bertahan selama bertahun-tahun. Bakteri diklasifikasikan sebagai bakteri flora asli (penduduk normal) dan bakteri patogen (penyebab penyakit). Bakteri patogen menyebabkan penyakit dengan menyerang, mengganggu resistensi alami, dan berkembang biak di dalam tubuh. Bakteri dapat menghasilkan toksin

atau racun yang dapat memengaruhi bagian tubuh yang jauh dari tempat terjadinya replikasi bakteri, seperti pada tetanus. Bakteri juga dapat memulai respons imun yang berlebihan, menyebabkan kerusakan pada jaringan tubuh lain yang jauh dari lokasi infeksi (misalnya demam rematik akut dan glomerulonefritis) (Bloom & Cadarette, 2019).

3. Jamur

Mikosis adalah infeksi yang disebabkan oleh jamur dan ragi. Manifestasi klinis penyakit jamur berkisar dari infeksi superfisial yang relatif ringan hingga kondisi sistemik yang mengancam jiwa. Individu dengan imunokompromais mempunyai risiko lebih tinggi. Jamur *Cryptococcus*, *Candida*, *Aspergillus*, dan *Mucor* merupakan penyebab utama kesakitan pada pasien HIV-positif dan pada populasi dengan immunosupresi, seperti orang-orang yang menerima kemoterapi dan radiasi untuk pengobatan kanker. Infeksi dermatofita yang umum, dikenal sebagai tinea, disebabkan oleh jamur yang menyerang rambut, kulit, atau kuku, dan terjadi pada hampir semua organisme hidup (Straif-Bourgeois et al., 2023).

4. Parasit

Parasitologi diklasifikasikan menjadi protozoa, cacing, dan artropoda. Protozoa termasuk organisme uniseluler penghasil oksigen seperti flagellata *Giardia* dan *Trichomonas*, dan amuba seperti *Entamoeba*, merupakan parasit dengan siklus hidup yang kompleks pada inang yang berbeda. Sedangkan, Cacing banyak menyerang manusia terutama di daerah dengan sanitasi buruk dan daerah tropis. Artropoda, spesies hewan yang paling banyak jumlahnya, termasuk kutu, lalat pasir, lalat hitam atau hijau seringkali berperan sebagai vektor penyakit. Artropoda dapat hidup di permukaan tubuh (ektoparasit) dan menularkan penyakit bakteri, virus, riketsia, dan penyakit lainnya. Artropoda juga mampu menularkan fecal-oral, misalnya pada kasus *Shigella* dan *Escherichia coli*, atau melalui efek biologis pada inang seperti pada malaria. Kelompok parasit ini merupakan salah satu ancaman kesehatan masyarakat secara global

dan pengendaliannya menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang berkelanjutan (Straif-Bourgeois et al., 2023).

7.3 Jalur Penularan

Secara umum, penularan penyakit dapat terjadi secara langsung atau tidak langsung. Penularan secara langsung dapat terjadi dari orang yang terinfeksi, dari ibu ke bayi dan juga dari hewan ke manusia. Sedangkan penularan secara tidak langsung dapat terjadi ketika seseorang mengonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi ataupun menyentuh benda-benda yang terkontaminasi virus, bakteri dan agen infeksius lainnya (Hulu et al., 2020).

1. Penularan secara langsung

Penularan secara langsung dari satu pejamu ke pejamu lainnya dapat terjadi melalui sentuhan, gigitan, ciuman, hubungan seksual, masuk melalui kulit atau melalui percikan ludah, misalnya pada saat bersin, batuk atau meludah (Antonovics et al., 2017). Penyakit yang termasuk dalam kategori penularan secara langsung adalah HIV/AIDS, hepatitis, COVID-19, penyakit kulit, herpes simplex, Tuberkulosis (TBC), sifilis, dan penyakit saluran pernapasan. Adanya kontak dekat dengan pejamu yang terinfeksi dapat meningkatkan risiko penularan seperti halnya kontak fisik secara langsung, bersentuhan kulit dengan kulit, ataupun melakukan hubungan seksual (Seventer & Hochberg, 2016).

2. Penularan tidak langsung

Penularan tidak langsung yaitu penularan yang terjadi melalui media perantara tertentu seperti melalui udara (*airborne*), makanan (*foodborne*), air (*waterborne*) dan vektor (*vectorborne*) (Lindahl & Grace, 2015).

- a. Penularan melalui udara (*airborne*) terjadi secara tidak langsung melalui organisme infeksius dalam bentuk aerosol kecil yang mungkin tertahan dalam jangka waktu lama di udara dan mudah masuk ke saluran pernapasan. Virus seperti influenza, flu biasa,

dan campak dapat ditularkan melalui cara ini. Partikel debu dapat menyebarkan organisme bibit penyakit dari tanah, pakaian, atau alas tidur (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

- b. Penularan melalui *fecal-oral* seperti yang ditularkan melalui makanan (*foodborne*) dan air (*waterborne*) dapat terjadi dengan mudah pada kondisi higienis yang buruk, seperti pakaian kotor, saputangan, mainan, atau benda lainnya. Penyakit yang ditularkan melalui air dan makanan masih merupakan salah satu penyebab kematian paling umum, terutama pada anak-anak di negara-negara berpendapatan rendah dengan infrastruktur pengelolaan air dan limbah yang buruk. Situasi ini diperburuk oleh perumahan yang padat dan tidak higienis serta dampak kemiskinan terhadap sanitasi, gizi, dan akses terhadap layanan kesehatan (Seventer & Hochberg, 2016).
- c. Penyakit yang ditularkan melalui vektor (*vectorborne*) melalui perantara serangga yang merayap atau terbang dalam beberapa kasus melalui penggandaan dan perkembangan organisme dalam vektor, seperti pada malaria. Penularan selanjutnya ke manusia adalah melalui suntikan cairan kelenjar ludah saat vektor menggigit atau melalui pengendapan feses, urin, atau bahan lain yang mampu menembus kulit melalui luka gigitan. Penularan dapat terjadi melalui serangga sebagai mekanisme transportasinya, seperti pada *Shigella* yang ditularkan melalui kaki-kaki lalat (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

7.4 Faktor Penentu Penyakit Menular

Ketika pejamu potensial terpajan dengan suatu agen infeksius, hasil dari paparan tersebut bergantung pada hubungan dinamis antara faktor penentu agen, faktor penentu kerentanan pejamu (host) terhadap infeksi dan penyakit, faktor penentu respon imun, dan faktor penentu lingkungan.

1. Faktor Agen

Agen (penyebab) adalah unsur organisme hidup atau patogen infeksi yang dapat menyebabkan terjadinya suatu penyakit. Beberapa agen penyakit merupakan penyebab tunggal seperti pada penyakit menular, sedangkan pada penyakit tidak menular biasanya terdiri dari beberapa agen. Agen dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan meliputi bakteri, virus, protozoa, fungi/jamur, cacing, dan parasit lainnya (Irwan, 2017).

2. Faktor Pejamu (*host*)

Pejamu adalah organisme, biasanya manusia atau hewan yang menjadi tempat persinggahan penyakit. Pejamu memberikan tempat kepada suatu patogen untuk dapat hidup dan berkembang. Beberapa karakteristik yang dapat memengaruhi kerentanan atau kemampuan individu yang terpapar untuk melawan infeksi atau membatasi penyakit yaitu usia, jenis kelamin, ras, genetik, anatomi tubuh, dan status gizi (Darmawan, 2016).

3. Faktor Respon Imun Pejamu

Respon imun bawaan dan adaptif merupakan komponen penting dari respon pejamu terhadap agen infeksi. Respon imun bawaan adalah respon langsung dan bersifat non spesifik terhadap kelompok patogen yang luas. Sebaliknya, respon imun adaptif yang dihasilkan selama periode 3-4 hari awal terinfeksi bekerja untuk mengenali patogen secara spesifik. Respon imun bawaan juga tidak memiliki ingatan (memori) terhadap patogen, berbeda dengan respon imun adaptif. Dengan adanya memori, jika agen penular melakukan upaya kedua untuk menginfeksi pejamu maka antibodi akan menghasilkan respon imun sekunder yang jauh lebih cepat dan intens dibandingkan respon imun awal sehingga lebih mampu menghambat infeksi dan penyakit (Seventer & Hochberg, 2016).

4. Faktor Lingkungan

Lingkungan menyediakan reservoir bagi organisme dan berkontribusi dalam penularan organisme mencapai pejamu baru. Reservoir merupakan habitat alami di mana agen penular hidup dan

berkembang biak, yang kemudian dapat ditularkan secara langsung atau tidak langsung ke pejamu baru. Reservoir dapat berupa makhluk hidup ataupun benda mati yang terkontaminasi dengan bahan menular dan menjadi media penularan, seperti peralatan medis yang tidak disanitasi dengan benar (Seventer & Hochberg, 2016).

7.4 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

7.4.1 Pencegahan Penyakit Menular

Pencegahan penyakit menular merupakan suatu upaya untuk menekan penyebaran penyakit menular seminimal mungkin dalam masyarakat. Pencegahan penyakit menular dilakukan dengan cara memutus rantai penularan. Hal yang paling utama adalah dengan cara menghentikan kontak agen penyakit dengan pejamu (AbdulRaheem, 2023).

Berdasarkan model klasik (Leavell & Clark, 1958), kegiatan pencegahan penyakit menular dapat diklasifikasikan menjadi primer, sekunder dan tersier.

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan pada fase pra-penyakit dan bertujuan untuk melindungi populasi agar tidak terjadi infeksi penyakit dengan dua cara, yaitu menjauhkan agen dari pejamu atau menurunkan kepekaan pejamu. Misalnya, kampanye imunisasi campak bertujuan untuk mengurangi kerentanan setelah terpapar, pendidikan kesehatan reproduksi dan seks bagi remaja dan wanita pekerja seksual untuk mencegah penularan penyakit HIV (Najmah, 2016).

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan untuk menghentikan perkembangan suatu infeksi pada tahap awal, yang seringkali ditemukan tanpa gejala. Untuk mencegah perkembangan penyakit atau membatasi tingkat keparahannya, langkah-langkah penting tidak hanya untuk

meningkatkan prognosis setiap kasus tetapi juga mencegah penularan agen infeksi. Misalnya, intervensi sekunder untuk pencegahan penyakit Hepatitis C pada populasi pengguna obat injeksi mencakup diagnosis dan pengobatan sedini mungkin melalui pengawasan dan skrining (Miller & Dillon, 2015).

3. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier berfokus pada individu yang sakit dengan tujuan membatasi dampak dan mengurangi kecacatan. Misalnya, melalui intervensi yang menurunkan perkembangan penyakit, meningkatkan fungsionalitas dan memaksimalkan kualitas hidup (Miller & Dillon, 2015).

7.4.2 Pengendalian Penyakit Menular

Seperti halnya pada upaya pencegahan penyakit, maka upaya pengendalian penyakit menular dapat juga dikelompokkan menjadi tiga sesuai dengan sarannya yaitu sasaran langsung pada sumber penularan, sasaran pada cara penularan penyakit, dan sasaran yang ditujukan ke pejamu dengan menurunkan tingkat kerentanan pejamu.

Upaya pengendalian suatu penyakit bertujuan untuk mengurangi insiden, prevalensi, morbiditas dan mortalitas (Najmah, 2016).

1. Sasaran langsung pada sumber penularan

Keberadaan sumber penularan memegang peranan penting dalam menentukan cara pengendalian yang paling tepat untuk mencapai tingkat keberhasilan yang tinggi. Misalnya, apabila sumber penularan berasal dari hewan peliharaan maka upaya mengatasi penularan dapat dilakukan dengan memusnahkan hewan yang terinfeksi serta melindungi hewan lainnya dari penyakit tersebut dengan pemberian imunisasi dan pemeriksaan secara berkala. Sedangkan apabila sumber penularannya adalah manusia, maka cara pengendalian penularan yang paling tepat dapat dilakukan dengan menerapkan isolasi dan karantina pasien terinfeksi, pengobatan untuk menghilangkan agen penyebab atau sumber infeksi yang ada pada sumber (Irwan, 2017; Najmah, 2016).

2. Sasaran pada cara penularan

Upaya pengendalian dan menurunkan penularan penyakit yang ditularkan melalui udara, terutama infeksi saluran pernapasan dapat dilakukan dengan perbaikan sistem ventilasi serta aliran udara dalam ruangan. Selain itu, pengendalian penularan akan lebih optimal dengan didukung penggunaan alat pelindung diri seperti masker medis (Tang et al., 2011).

3. Sasaran pada pejamu (host)

Upaya pengendalian yang ditujukan ke pejamu terutama adalah peningkatan kekebalan (imunitas). Peningkatan kekebalan aktif pada pejamu dengan pemberian vaksinasi. Misalnya, pemberian imunisasi aktif untuk perlindungan penyakit (DPT) merupakan pemberian imunisasi dasar kepada anak-anak sebagai bagian dalam program kegiatan kesehatan masyarakat. Usaha lainnya adalah dengan meningkatkan daya tahan tubuh pejamu terhadap penyakit infeksi melalui peningkatan gizi balita dan anak-anak, peningkatan derajat kesehatan masyarakat, serta peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat (Najmah, 2016).

Bab 8

Kesehatan Anak dan Kesejahteraan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat. Keterlibatan orang tua dalam mengasuh anak tentunya memiliki peran utama dalam tumbuh kembang anak. Bahkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa kesehatan itu dimulai dari keluarga. Apabila seluruh keluarga di Indonesia sehat maka akan dapat mewujudkan keluarga sehat untuk mewujudkan Indonesia Sehat. Program ini merupakan terobosan sebagai upaya menanggulangi masalah-masalah kesehatan dan meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu, keluarga merupakan komponen terpenting dalam mewujudkan kesehatan anak. Keluarga merupakan pengalaman pertama bagi anak yang akan mengajarkan perilaku dan norma kesehatan untuk anak-anak. Pendidikan yang diberikan oleh keluarga juga akan menjamin kehidupan emosional anak untuk tumbuh dan berkembang.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, beberapa pengertian yang berkaitan dengan masa anak-anak antara lain: anak adalah seseorang yang berusia sampai dengan 18 tahun, termasuk anak yang masih di dalam kandungan. Bayi baru lahir adalah bayi umur 0-28 hari. Bayi adalah anak mulai umur 0-11 bulan. Anak balita adalah anak usia 12-59 bulan. Anak prasekolah adalah anak umur 60-72 bulan. Anak usia sekolah adalah anak umur lebih dari 6 tahun sampai

dengan anak berusia sebelum 18 tahun. Remaja adalah kelompok usia 10-18 tahun.

8.1 Masalah Kesehatan Anak

Di Indonesia, morbiditas yang banyak dialami oleh balita dan anak pra sekolah antara lain: masalah neonatal (asfiksia, sepsis, kelainan kongenital), prematuritas dan bayi berat lahir rendah (BBLR), penyakit infeksi (TBC, diare, pneumonia), masalah gizi dan perkembangan (weight faltering, gizi kurang, gizi buruk, stunting dan obesitas). Sedangkan pada anak usia sekolah dan remaja: masalah gizi (anemia, gizi kurang, obesitas), penyakit infeksi (TBC, HIV, IMS), masalah perilaku dan penyalahgunaan NAPZA serta kekerasan baik fisik maupun seksual.

Beberapa masalah kesehatan anak lainnya yaitu: obesitas, gaya hidup sedenter, cedera dan kecelakaan kendaraan bermotor, penganiayaan anak, toxic stress.

8.1.1 Obesitas

Di Amerika Serikat, obesitas ini menjadi penyebab terbanyak kedua pada kematian anak, dan jumlah kasusnya terus meningkat lebih dari dua kali lipat pada anak dan empat kali lipat pada remaja dalam 30 tahun terakhir. Di Indonesia, kasus obesitas juga menjadi permasalahan kesehatan anak. Berdasarkan Riskesdas tahun 2018 terdapat 9,2% anak usia 5-12 tahun yang mengalami obesitas dan 4,8% pada anak berusia 13-15 tahun (Marcdante & Kliegman, 2021). Gaya hidup merupakan pencetus utama terjadinya obesitas. Masih banyak masyarakat yang mengatakan bahwa anak yang gemuk itu sehat, dan ibu-ibu banyak yang merasa bangga apabila anak-anak mereka gemuk. Padahal kondisi ini akibat dari penumpukan lemak yang berlebihan dalam tubuh yang dapat terus berlanjut sampai dengan mereka dewasa (Kristina & Huriah, 2020).

8.1.2 Gaya Hidup Sedenter

Perkembangan teknologi menjadi salah satu penyebab gaya hidup sedenter pada anak. Anak lebih menyukai kegiatan menonton televisi, video game, komputer dan smartphone bahkan dalam sehari bisa menghabiskan waktu

lebih dari 7,5 jam di depan layar tersebut. Sehingga hanya 1 dari 3 anak yang masih berkegiatan fisik aktif setiap harinya (Marcdante & Kliegman, 2021).

8.1.3 Cedera dan Kecelakaan Kendaraan Bermotor

Pada tahun 2014 terdapat 602 anak usia ≤ 12 tahun meninggal akibat kecelakaan kendaraan bermotor dan 121.350 lebih mengalami luka-luka. Kondisi ini juga berkaitan erat dengan penggunaan perangkat telepon seluler dan peningkatan batas kecepatan. Penyebab lain cedera pada anak adalah tenggelam, mati lemas, luka bakar, pelecehan dan keracunan (Marcdante & Kliegman, 2021).

8.1.4 Penganiayaan Anak

Pada tahun 2014 terdapat sekitar 702.000 kasus penganiayaan yang dilaporkan dengan 1.580 kematian dengan penyebab antara lain ditelantarkan (75%), pelecehan fisik (17%) dan korban pelecehan seksual (8,3%) (Marcdante & Kliegman, 2021).

8.2 Pelayanan Kesehatan Anak

Upaya kesehatan anak diberikan sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, yaitu mulai dari pelayanan kesehatan janin dalam kandungan; pelayanan kesehatan bayi baru lahir; pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah; dan pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja.

8.2.1 Pelayanan Kesehatan Janin Dalam Kandungan

Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilakukan melalui pemberian komunikasi, informasi dan edukasi pada masa kehamilan tentang gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan tentang bagaimana cara menghindari penggunaan dan penyalahgunaan zat adiktif. Selain itu, untuk memastikan bahwa ibu hamil dalam kondisi sehat perlu dilaksanakan pemeriksaan antenatal selama kehamilan yang dilaksanakan secara rutin minimal 6 kali selama masa kehamilan dengan jadwal minimal 1 kali pada trimester 1, 2 kali pada trimester 2 dan 3 kali pada trimester 3. Pada masa kehamilan ini juga sangat diperlukan upaya stimulasi fungsi kognitif pada janin.

8.2.2 Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir sampai 28 hari. Pelayanan yang diberikan antara lain: menjaga agar bayi tetap dalam kondisi hangat; pemeriksaan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM); membimbing ibu dalam pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI; perawatan metode kanguru (PMK); pemantauan pertumbuhan neonatus dan memantau masalah yang mungkin dijumpai pada neonatus. Pelayanan pada neonatus minimal dilaksanakan sebanyak 3x kunjungan (KN), yaitu: KN 1 (usia 6-48 jam), KN 2 (3-7 hari), KN 3 (8-28 hari).

Pada masa ini juga dilakukan upaya skrining terhadap kemungkinan adanya kelainan bawaan. Tujuan dari upaya skrining ini adalah untuk mendeteksi sedini mungkin adanya gangguan kongenital sehingga dapat segera ditangani. Salah satunya adalah Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Hipotiroid kongenital (HK) merupakan kelainan endokrin kongenital yang paling umum terjadi dan sebagai penyebab kecacatan intelektual di dunia. Padahal kondisi ini sebenarnya dapat dicegah. Gangguan ini ditandai dengan kurangnya aktivitas fisik dan peningkatan periode tidur bayi, konstipasi, ikterik, wajah miksedematosa, ubun-ubun lebar, makroglosia, kembung dan beberapa gejala lainnya. Kelainan ini berhubungan dengan kejadian kecacatan intelektual dan perawakan pendek. Dengan adanya upaya Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) maka kelainan ini dapat dideteksi secara dini dan dapat dilakukan penanganan segera agar masalah tidak berlanjut di kemudian hari. SHK dilaksanakan pada bayi saat berusia antara 48 sampai dengan 72 jam (Dumilah et al., 2023).

Berikut ini adalah tabel jenis pelayanan kesehatan bayi baru lahir di Indonesia:

Tabel 8.1: Jenis Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

No.	Jenis Pelayanan	KN 1	KN 2	KN 3
		6-48 jam	3-7 hari	8-28 hari
1.	Pemeriksaan menggunakan formulir MTBM	√	√	√
2.	Bagi daerah yang sudah melaksanakan skrining hipotiroid kongenital (SHK)			

	a. Pemeriksaan SHK	-	√	√
	b. Hasil tes SHK	-	√	√
	c. Konfirmasi hasil SHK	-	√	√
3.	Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	√	√	√
4.	Pencatatan di buku KIA dan kohort bayi	√	√	√

8.2.3 Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah

Pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah bertujuan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup bayi, anak balita dan prasekolah. Pelayanan kesehatan yang diberikan antara lain: pemberian ASI eksklusif sampai bayi usia 6 bulan dilanjutkan dengan pemberian ASI sampai usia 2 tahun; pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan; pemberian imunisasi dasar lengkap, pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak lanjutan pada anak usia 24 bulan; pemberian vitamin A; edukasi pola mengasuh anak; pemantauan pertumbuhan dan perkembangan; pemantauan gangguan tumbuh kembang; MTBS dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi dilaksanakan minimal 3 kali yaitu: 1 kali pada umur 29 hari – 2 bulan; 1 kali pada umur 3-5 bulan dan 1 kali pada umur 6-8 bulan.

Pelayanan kesehatan pada anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sehat dan yang sakit. Standar pelayanan yang diberikan antara lain:

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali dalam satu tahun dan hasilnya di catat di buku KIA.
2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam satu tahun.
3. Pemberian vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) 2 kali dalam satu tahun
4. Semua anak balita memiliki buku KIA

5. Pelayanan pada balita sakit menggunakan MTBS

Berikut ini adalah tabel pelayanan kesehatan anak balita dan anak pra sekolah menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknik Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer:

Tabel 8.2: Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah

Pelayanan balita dan anak pra sekolah					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT / RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
1. Status Gizi 2. Tumbuh kembang 3. Penyakit menular	Pelayanan neonatal esensial	Kunjungan neonatal dengan manajemen terpadu bayi muda (MTBM), edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan neonatal dengan manajemen terpadu bayi muda (MTBM), edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan neonatal dengan manajemen terpadu bayi muda (MTBM), edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Edukasi perawatan neonatal, tanda bahaya, dan pemberian ASI eksklusif, sweeping

	Kelas Ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu balita	Mengajak partisipasi ibu untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita
	Pelayanan bayi berat lahir rendah (BBLR)	Pemantauan dan perawatan	Pemantauan	Pemantauan	Pendampingan dalam perawatan sesuai Buku KIA khusus bayi kecil
	Pengambilan sampel SHK	Pengambilan dan pengiriman sampel SHK	-	-	-
	Pemantauan tumbuh kembang	Timbang BB, ukur PB atau TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, ukur PB atau TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, ukur PB/TB, LiLA, LK, ceklis perkembangan, rujukan	Sweeping pemantauan dan edukasi tumbuh kembang
	Imunisasi rutin	Edukasi dan layanan	Edukasi dan layanan	Edukasi dan layanan imunisasi	DOFU dan edukasi imunisasi

	lengkap	imunisasi rutin lengkap	imunisasi rutin lengkap	rutin lengkap	rutin lengkap
	Vitamin A dan obat cacung	Pemberian vitamin A dan obat cacung	Pemberian vitamin A dan obat cacung	Pemberian vitamin A dan obat cacung	Sweeping dan edukasi vitamin A dan obat cacung
	Pelayanan balita dengan masalah gizi (weight faltering), underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting	Pencegahan dan tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap/ rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pencegahan dan tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap/ rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pendampingan dan rujukan balita bermasalah gizi, edukasi PMBA dan pemberian makanan tambahan	Edukasi PMBA dan monitoring, rujukan, sweeping
	Pelayanan pengobatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	MTBS	MTBS	-	Edukasi tanda bahaya dan kunjungan rumah pada balita tidak melakukan kunjungan ulang

	Skrining kasus TBC balita	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan sehat	Gejala TBC	Gejala TBC	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan sehat
	Skrining Talasemia	Anamnesis keluarga pasien	Anamnesis keluarga pasien		

8.2.4 Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja bertujuan agar setiap anak memiliki kemampuan berperilaku hidup bersih dan sehat, memiliki keterampilan hidup sehat dan keterampilan sosial yang baik sehingga dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas. Pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan melalui usaha kesehatan sekolah (UKS) dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Pelayanan dapat diberikan oleh tenaga kesehatan dengan melibatkan guru pembina UKS, guru bimbingan dan konseling (BK), kader kesehatan sekolah dan konselor sebaya.

8.3 Peran Keluarga dalam Kesehatan Anak

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat dan merupakan entry point dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga juga dapat dikatakan sebagai suatu sistem sosial karena dalam keluarga terdiri dari individu-individu yang berkumpul dan saling berinteraksi secara teratur dan menciptakan suasana saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama (Wahyuni et al., 2021).

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan.

1. Fungsi afektif yaitu yang berhubungan dengan kasih sayang, perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggotanya. Keberhasilan fungsi ini ditandai dengan adanya perasaan bahagia dan gembira pada anggotanya. Untuk mencapai fungsi ini maka diperlukan beberapa komponen antara lain memelihara saling asuh, keseimbangan saling menghargai, pertalian dan identifikasi (bounding attachment) serta keterpisahan dan kepaduan (connectedness) (Wahyuni et al., 2021).
2. Fungsi sosialisasi yaitu fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi yang berkaitan dengan harapan keluarga untuk melanjutkan garis keturunan, memelihara dan membesarkan anak, dan merawat anggota keluarga (Norsanah et al., 2022).
4. Fungsi ekonomi yaitu fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang bermanfaat untuk menjaga kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi dan kemampuan ini akan memengaruhi status kesehatan keluarga tersebut.

Kesehatan keluarga yaitu suatu keadaan di mana keluarga menjadi sumber daya bagi kehidupan sehari-hari dan kesehatan anggotanya. Kesehatan keluarga lebih dari sekedar jumlah kesehatan pribadi individu (termasuk ayah) yang membentuk keluarga, karena kesehatan keluarga juga mempertimbangkan interaksi dalam hal kesehatan (fisik dan psikologis) antara anggota keluarga, hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya, pada semua tahap kehidupan keluarga dalam berbagai jenis strukturnya (Khariroh, 2023).

Kesehatan anak sangat erat hubungannya dengan pola asuh orang tua di rumah. Pola asuh atau yang sering juga disebut dengan istilah parenting merupakan cara, gaya atau metode yang dilakukan oleh orang tua untuk memperlakukan, mendidik, membimbing dan mendisiplinkan anaknya menuju proses pendewasaan melalui proses interaksi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain: budaya, agama, kebiasaan dan kepercayaan. Tujuan akhirnya adalah anak dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan pengetahuan, nilai moral dan standar perilaku yang berlaku di lingkungan sosial dan masyarakat (Kusmawati et al., 2023).

Indonesia dengan keragaman suku dan budayanya menjadi salah satu hal yang perlu diperhatikan dan dipahami karena mempunyai dampak pada kesehatan, penyakit dan perawatan pada pasien dan keluarga melalui masing-masing perspektif mereka. Sehingga dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak, perlu dibahas konsep dan keyakinan mengenai bagaimana pasien/keluarga berinteraksi dengan tenaga kesehatan serta pendekatan spiritual dan keagamaan mereka terhadap pelayanan kesehatan dan kesehatan dari perspektif budaya karena perspektif budaya dapat menyebabkan konflik yang memungkinkan dapat menyebabkan pelecehan dan penelantaran anak (Marcdante & Kliegman, 2021).

Terdapat beberapa pola asuh yaitu demokratis, permisif, otoriter dan situasional.

8.3.1 Pola Asuh Demokratis

Pada pola asuh demokratis orang tua memberikan kebebasan kepada anaknya untuk melakukan sesuatu akan tetapi tetap pelur diberikan batasan dan tetap dilakukan pemantauan oleh orang tuanya. Anak bebas menyampaikan pendapat dan berdiskusi dengan orang tua atas keinginan anak sendiri. Kedudukan antara anak dan orang tua adalah sejajar dan keputusan diambil bersama dengan mempertimbangkan kedua belah pihak (Kusmawati et al., 2023).

Ciri-ciri dari pola asuh ini yaitu:

1. Anak diberikan kebebasan oleh orang tua untuk melakukan kegiatan sesuai keinginannya;
2. Antara orang tua dan anak saling melakukan diskusi dan bekerja sama dalam kegiatan apapun;

3. Orang tua membimbing anak secara perlahan dan sabar;
4. Orang tua selalu memantai aktivitas anaknya.

8.3.2 Pola Asuh Permisif

Pola asuh permisif ini orang tua tidak pernah memiliki peran dalam proses kehidupan anaknya, sehingga anak bebas untuk melakukan apapun tanpa pengawasan dari orang tuanya. Kondisi ini memberikan gambaran seolah-olah orang tua lalai untuk memperhatikan dan melakukan tugas mereka (Kusmawati et al., 2023).

Ciri-ciri pola asuh permisif:

1. Orang tua memberi kebebasan penuh pada anak untuk berbuat
2. Dominasi pada anak
3. Sikap longgar atau kebebasan dari orang tua
4. Tidak ada bimbingan dan pengarahan dari orang tua
5. Kontrol dan perhatian orang tua terhadap anak sangat kurang, bahkan tidak ada (Subagia, 2021).

8.3.3 Pola Asuh Otoriter

Pada pola asuh otoriter ini, orang tua membuat hampir semua keputusan. Anak-anak harus stunduk, patuh dan tidak boleh bertanya apalagi membantah. Tidak ada iklim demokratis dalam keluarga dan diidentikan dengan dunia militer (Subagia, 2021)

Ciri-ciri pola asuh otoriter yaitu:

1. Kekuasaan orang tua sangat dominan
2. Anak tidak diakui secara pribadi
3. Kontrol terhadap tingkah laku anak sangat ketat
4. Orang tua akan sering menghukum jika anak tidak patuh

8.3.4 Pola Asuh Situasional

Pada pola asuh situasional orang tua tidak mendasarkan pola asuh mereka terhadap pola asuh tertentu, tetapi semua gaya pola asuh dapat diterapkan secara luwes sesuai dengan kondisi yang berlangsung pada saat itu (Kusmawati et al., 2023).

Ciri-ciri pola asuh situasional yaitu:

1. Orang tua akan berusaha untuk tidak terlibat sebanyak mungkin dalam kehidupan anaknya serta memastikan bahwa ada kecukupan waktu yang dihabiskan bersama keluarganya
2. Orang tua tidak terlalu mengontrol aktivitas anaknya;
3. Orang tua membebaskan anak untuk berbuat semauanya.

Berdasarkan hasil penelitian Noorhasanah (2023), pola asuh orang tua memiliki hubungan terhadap angka kejadian stunting pada anak, terutama dalam pemenuhan nutrisi pada anak. Peran keluarga khususnya ibu dalam mengasuh dan merawat anak dapat memberikan dampak terhadap tumbuh kembang anak (Noorhasanah et al., 2021). Pernyataan ini sejalan dengan hasil penelitian Magdalena (2022) yang menyatakan bahwa pola asuh orang tua berhubungan dengan tumbuh kembang anak. Selain itu, pola asuh juga memiliki pengaruh terhadap kecerdasan anak. Dengan pola asuh yang baik maka anak akan menjadi pribadi yang utuh dan terintegrasi. Orang tua bertanggungjawab terhadap situasi dan kondisi yang mengoptimalkan tumbuh kembang anak meliputi perilaku sosial, emosi dan kemandirian anak (Magdalena et al., 2022).

8.4 Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Ini artinya bahwa puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, tapi juga di luar gedung dengan cara melakukan kunjungan pada keluarga di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2016).

Terdapat 12 indikator utama kesehatan keluarga, yaitu:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB);
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan;
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap

4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif;
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar;
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan;
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok;
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan nasional (JKN);
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih;
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Kaitannya dengan kesehatan anak sesuai tercantum pada indikator poin 3 (tiga), 4 (empat) dan 5 (lima) (Kemenkes RI, 2016).

Keberhasilan pendekatan keluarga yang berhubungan dengan kesehatan anak antara lain dalam penanggulangan stunting. Mengenali faktor risiko dan tanda gejalanya diawali dari keluarga. Keluarga harus melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anaknya dengan cara mengikuti kegiatan di posyandu. Dan apabila ada anak yang tidak datang di posyandu dapat dilakukan kunjungan rumah, sehingga sangat jelas bahwa pendekatan keluarga mutlak diperlukan dalam pemantauan tumbuh kembang anak dalam rangka pencegahan stunting (Kemenkes RI, 2016).

Bab 9

Penyakit Tidak Menular: Pencegahan dan Pengelolaannya

9.1 Penyakit Tidak Menular

9.1.1 Pengantar Penyakit Tidak Menular

Noncommunicable disease atau penyakit tidak menular disingkat dengan PTM, merupakan penyakit kronis yang berlangsung lama. PTM dipengaruhi oleh kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. Jenis PTM yang paling banyak dialami adalah penyakit kardiovaskular seperti serangan jantung dan stroke; kanker; penyakit pernafasan kronis seperti penyakit paru obstruktif kronik dan asma; dan diabetes (WHO, 2023).

Penyakit tidak menular merupakan salah satu masalah kesehatan yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas secara global (Kementerian Kesehatan, 2022). PTM menyebabkan kematian sampai dengan 41.000.000 orang setiap tahun, atau setara dengan 74% dari seluruh kematian secara global. Setiap tahun, 17.000.000 orang meninggal akibat PTM pada usia kurang dari 70 tahun; 86% kematian dini terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Sebanyak 77% dari seluruh data kematian karena PTM terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah.

Diantara jenis penyakit yang masuk dalam kategori PTM, penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian PTM terbanyak. Ada sekitar 17.900.000 orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular setiap tahunnya. Kemudian kanker (9,3 juta), penyakit pernafasan kronis (4,1 juta), dan diabetes (2,0 juta termasuk kematian akibat penyakit ginjal yang disebabkan oleh diabetes). Seluruh penyakit tersebut menyumbang lebih dari 80% dari seluruh kematian dini akibat dari PTM. Penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, pola makan yang tidak sehat, dan polusi udara semuanya meningkatkan risiko kematian akibat PTM. Deteksi, skrining dan pengobatan PTM, serta perawatan paliatif, merupakan komponen kunci dalam respons terhadap PTM diabetes (WHO, 2023).

Istilah lain yang sering digunakan dalam PTM adalah (Kementerian Kesehatan, 2022):

1. Penyakit kronis merupakan penyakit jangka panjang dengan progress penyakit yang lambat atau menahun.
2. Penyakit non-infeksi, merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, jamur atau mikroorganisme yang lain namun disebabkan oleh faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku.
3. *Non communicable disease* merupakan penyakit yang tidak ditularkan antara satu orang ke orang lainnya.
4. Penyakit degeneratif merupakan penyakit yang muncul karena adanya perubahan fungsi sel-sel pada tubuh yang memengaruhi fungsi organ dan disebabkan karena perubahan usia.

Peningkatan kasus PTM secara signifikan, diperkirakan akan menyebabkan peningkatan beban masyarakat dan pemerintah. Dalam melakukan penanganannya pasien PTM membutuhkan biaya yang besar dan memerlukan teknologi. Peningkatan beban akibat PTM sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yaitu meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan merokok serta mengonsumsi alkohol (Dirjen P2P, 2019)

9.1.2 Jenis-jenis Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular umumnya disebabkan oleh faktor genetik atau pengaruh gaya hidup yang tidak sehat. Seseorang yang memiliki kontak erat dengan pasien penyakit kronis tidak akan tertular penyakit tersebut (Dewi et al., 2022).

Menurut Kementerian Kesehatan penyakit yang masuk dalam PTM adalah (Kementerian Kesehatan, 2022):

1. Penyakit kardiovaskular (Cardiovascular diseases/CVDs), merupakan PTM dengan jumlah terbanyak dan penyebab kematian utama secara global. CVDs banyak dialami oleh orang dengan usia dewasa, dan prevalensinya lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Secara umum, CVDs disebabkan oleh konsumsi makanan yang tidak sehat, merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, tekanan darah tidak terkontrol, peningkatan kadar kolesterol dan gula darah (Budreviciute et al., 2020).
2. Kanker, penyebab kanker dapat dikelompokkan menjadi 3 hal, yaitu:
 - a. *Biological carcinogenic*, contohnya: virus, bakteri, parasit, faktor hormonal atau genetik;
 - b. *Chemical carcinogenic*, contohnya konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi, dan merokok;
 - c. *Physical carcinogenic*, contohnya karena terpapar sinar ultraviolet atau radiasi (Budreviciute et al., 2020).

Kanker dapat dicegah dengan mengubah perilaku caranya dengan melakukan perbaikan pola makan, aktivitas fisik, pengendalian berat badan, manajemen obesitas, tembakau pencegahan, seks aman dan pengendalian virus onkogenik, matahari perlindungan, pengobatan, dan konsumsi alkohol yang lebih rendah.

3. Penyakit Pernafasan Kronis (*Chronic Respiratory Disease/ CRDs*), CRDs mencakup berbagai penyakit pada saluran pernafasan. Angka kesakitan dan kematian akibat CRDs mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia. Faktor risiko CRDs yang paling dominan adalah

faktor lingkungan (paparan polusi udara, asap rokok, atau paparan pekerjaan) (Budreviciute et al., 2020).

4. Diabetes, peningkatan prevalensi dan insidensi diabetes semakin mengancam kondisi kesehatan secara global. Diabetes dapat bersifat akut dan mengancam jiwa, serta dapat menyebabkan komplikasi pada penyakit kronis yang lain, seperti gagal jantung, gagal ginjal, kerusakan mata hingga kebutaan, dan ulkus pada kaki yang menyebabkan amputasi (Budreviciute et al., 2020).
5. Penyakit tidak menular yang lain, meliputi: hipertensi, dislipidemia, obesitas, sindrom metabolik, rheumatoid arthritis, penyakit serebrovaskular, osteoporosis, penyakit degeneratif lain, sarkopenia, depresi, gangguan kognitif, penyakit neurodegeneratif.

9.1.3 Karakteristik Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular memiliki beberapa karakteristik, yaitu (Sidjabat, 2021):

1. Perkembangan penyakit tidak memiliki rantai penularan
2. Perkembangan penyakit bersifat lambat dan lama
3. Penyakit bersifat kronis
4. Penentuan diagnosis mengalami kesulitan
5. Membutuhkan biaya yang cukup tinggi untuk proses pencegahan maupun pengendalian
6. Memiliki banyak faktor penyebab

9.1.4 Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM) dapat dialami oleh segala jenis usia. Pada kelompok usia tua berisiko mengalami PTM lebih tinggi dibandingkan dengan usia muda. Anak-anak, orang dewasa dan orang lanjut usia semuanya rentan terhadap faktor risiko penyakit tidak menular, baik dari pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, paparan asap tembakau, penggunaan alkohol atau polusi udara yang berbahaya (WHO, 2023).

Penyakit tidak menular dapat terjadi karena adanya kombinasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi (Sidjabat, 2021).

Faktor risiko PTM dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi, merupakan faktor risiko PTM yang dapat diubah, Contoh dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain (WHO, 2023; Arifin et al., 2022):
 - a. Merokok, baik perokok aktif maupun pasif memiliki risiko yang sama untuk mengalami PTM. PTM yang ditimbulkan karena merokok antara lain penyakit kardiovaskular, kanker, dan gangguan pernafasan.
 - b. Kurang aktivitas fisik, *sedentary lifestyle* dan kurangnya melakukan olahraga atau aktifitas fisik meningkatkan risiko terkena PTM.
 - c. Diet yang tidak sehat, seperti mengkonsumsi makanan yang dibakar, makanan instan, *soft drinks* dan minuman berenergi, makanan manis/terlalu asin atau makanan berlemak.
 - d. Konsumsi alkohol, orang yang mengkonsumsi alkohol memiliki risiko lebih tinggi terserang PTM dibandingkan orang yang tidak mengkonsumsi alkohol.
2. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, merupakan faktor yang tidak dapat diubah contohnya antara lain (WHO, 2023):
 - a. Jenis kelamin
 - b. Genetik, pada umumnya PTM akibat adanya riwayat keluarga yang mengalami PTM atau karena adanya mutasi gen akibat pengobatan atau radiasi.
 - c. Usia, pada umumnya PTM dialami oleh orang dengan usia lanjut, namun semua usia memiliki risiko untuk terkena PTM bahkan sebelum lahir. Perjalanan PTM mungkin sudah dialami sejak awal kehidupan, namun baru dirasakan saat usia lanjut (Budreviciute et al., 2020).
3. Faktor risiko metabolik, merupakan faktor risiko PTM yang berhubungan dengan aktivitas metabolik dalam tubuh, contohnya antara lain (WHO, 2023):
 - a. Peningkatan tekanan darah
 - b. Obesitas

- c. Hiperglikemia
 - d. Hiperlipidemia
4. Faktor risiko lingkungan berasal dari lingkungan sekitar yang kurang sehat. Polusi udara menjadi penyebab kematian pada 6,7 juta orang secara global dan 5,7 juta orang tersebut menderita PTM. Selain polusi udara, status pekerjaan, lokasi tempat tinggal, sumber air bersih juga menjadi faktor risiko PTM (WHO, 2023; Arifin et al., 2022).

Menurut Budreviciute et al, faktor risiko PTM dibedakan menjadi 5 jenis, yaitu:

1. Faktor genetik berasal dari riwayat penyakit yang dialami oleh keluarga, faktor keturunan, perubahan epigenetik, paparan radiasi atau material beracun yang menyebabkan mutasi gen.
2. Faktor lingkungan, PTM disebabkan oleh polusi udara, perubahan cuaca atau paparan sinar UV
3. Faktor sosiodemografi, risiko PTM dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras, etnis, tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan.
4. Faktor manajemen diri, PTM dipengaruhi oleh penggunaan tembakau (merokok), konsumsi alkohol, aktivitas fisik, berat badan, konsumsi makanan, dan perawatan dental.
5. Faktor kondisi medis, PTM dapat disebabkan oleh obat-obatan yang dikonsumsi secara terus menerus, tekanan darah, kadar lemak, gula darah, invasi virus, obesitas dan stres.

9.2 Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Tingginya angka kesakitan dan kematian penyakit tidak menular menjadikan pencegahan dan pengendalian PTM menjadi hal yang penting. Deteksi dini dan pengobatan yang tepat menjadikan pengendalian PTM menjadi lebih baik. Salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan surveilans kasus dan identifikasi faktor risiko PTM (Sidjabat, 2021).

Pencegahan penyakit tidak menular dapat dilakukan dengan mengendalikan faktor risiko yang berkontribusi terhadap munculnya PTM. Empat faktor risiko yang berkontribusi besar terhadap PTM adalah diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok dan konsumsi alkohol (Detels, 2015). Untuk mengurangi dampak PTM terhadap individu dan masyarakat, diperlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan semua sektor, termasuk kesehatan, keuangan, transportasi, pendidikan, pertanian, perencanaan dan lain-lain.

Penyakit tidak menular dapat dicegah melalui beberapa cara, yaitu (Kementerian Kesehatan, 2022):

1. Melakukan modifikasi perubahan gaya hidup sehat, hal ini dapat dilakukan dengan tidak merokok, makan buah dan sayur, membatasi konsumsi garam atau konsumsi garam secukupnya, membatasi konsumsi lemak, melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit per hari, tidak konsumsi alkohol dan manajemen stres.
2. Menciptakan lingkungan yang sehat, lingkungan yang sehat harus bebas polusi udara dan tersedia fasilitas umum untuk melakukan aktivitas fisik
3. Menjaga kondisi tubuh yang sehat, seperti menjaga berat badan yang ideal, menjaga gula darah, kolesterol dan tekanan darah tetap normal.

Meningkatnya prevalensi PTM secara signifikan di Indonesia, mendorong komitmen Kementerian Kesehatan untuk menurunkan morbiditas, mortalitas, dan disabilitas pada kasus PTM dengan melakukan intensifikasi pencegahan dan pengendalian PTM melalui Pedoman Manajemen Program Pencegahan dan Pengendalian PTM (P2PTM) (Dirjen P2P, 2019). Strategi yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendukung pelaksanaan P2PTM adalah:

1. Melakukan peningkatan kegiatan advokasi keijakan yang berpihak pada program kesehatan dan sosialisasi P2PTM.
2. Menjalankan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif.
3. Melakukan peningkatan kapasitas sumber daya manusia.
4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans.
5. Penguatan jejaring dan kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat.

9.3 Pengelolaan Penyakit Tidak Menular

Pendekatan komprehensif dibutuhkan untuk mengurangi dampak dari PTM. Peran dari berbagai sektor menjadi hal yang penting. Perlu adanya kerjasama dan kolaborasi dari berbagai sektor, seperti bidang kesehatan, ekonomi, hubungan luar negeri, pendidikan, pertanian dan sektor lainnya untuk mengurangi penyebaran faktor risiko PTM dengan berbagai pencegahan dan pengendalian PTM. Pengelolaan PTM juga membutuhkan pendekatan perawatan kesehatan primer untuk memperkuat deteksi dini dan pengobatan yang tepat (Sidjabat, 2021).

Pengelolaan penyakit tidak menular dapat dilakukan dengan cara (Kementerian Kesehatan, 2022):

1. Membudayakan pola hidup yang sehat supaya memperpanjang hidup dan meningkatkan kualitas hidup
2. Mengendalikan PTM dengan patuh minum obat, pengaturan pola makan dan melakukan aktivitas sesuai dengan anjuran dokter
3. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin
4. Menghindari makanan yang mengandung zat karsinogenik atau tinggi gula/garam/lemak
5. Senantiasa berpikir positif dan menghindari stres.

Penelitian yang dilakukan oleh Budreviciute et al, menyebutkan bahwa pengelolaan PTM dapat dilakukan melalui dua hal (Budreviciute et al., 2020):

1. Manajemen faktor risiko, hal pertama yang harus dilakukan untuk pengelolaan PTM adalah melakukan perubahan perilaku atau gaya hidup dengan cara melakukan modifikasi faktor risiko PTM. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah faktor *self management* (konsumsi tembakau atau alkohol, aktivitas fisik, berat badan, makanan, dan kesehatan gigi dan mulut).
2. Manajemen PTM, PTM merupakan silent killer yang mengancam kesehatan tanpa gejala apapun sampai masalahnya berkembang ke tingkat lanjut. Pasien PTM, atau orang yang rentan terhadap penyakit tidak menular membutuhkan perawatan jangka panjang yang dan

berkelanjutan. Faktor risiko utama kanker adalah usia, jenis kelamin, alkohol, merokok, riwayat penyakit keluarga, dan makanan.

Upaya penanggulangan PTM menurut Kementerian Kesehatan melalui beberapa kegiatan sebagai berikut (Dirjen P2P, 2019):

1. Surveilans PTM, merupakan kegiatan observasi secara sistematis dan dilakukan secara terus menerus pada data dan informasi PTM serta faktor risikonya. Surveilans PTM dilaksanakan melalui kegiatan surveilans faktor risiko, registrasi penyakit dan surveilans kematian. Tujuan dari surveilans ini adalah mengubah perilaku pasien PTM, mengurangi risiko dan mengurangi beban (Heryana, 2011).
2. Promosi kesehatan, upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sudah cukup detail dengan mempromosikan CERDIK dimasyarakat.
3. Deteksi dini dilakukan untuk menemukan faktor risiko PTM seawal mungkin. Deteksi dini dapat dilakukan secara daring maupun luring.
4. Perlindungan khusus, dilakukan untuk pencegahan penyakit dengan pemberian kekebalan/imunisasi yang memungkinkan secara keilmuan di bidang kesehatan dan berdasarkan bukti ilmiah.
5. Penanganan khusus, dilakukan melalui pelayanan pengobatan dan perawatan, rehabilitasi dan paliatif. Penanganan kasus diberikan kepada individu yang sakit.

Bab 10

Kesehatan global: Tantangan dan Peluang

Pakar internasional regulasi kesehatan merekomendasikan bahwa indonesia perlu memperluas dan mempercepat transformasi digital sektor kesehatan agar lebih efisien, memungkinkan inovasi, dan menghasilkan perbaikan berdasarkan bukti. Kajian tentang rencana aksi nasional keamanan kesehatan, akreditasi fasilitas dan layanan, penyeimbangan regulasi untuk memastikan cakupan dan mutu layanan yang optimal, standardisasi dan penguatan pemetaan sumber daya dan percepatan pembangunan. Selain itu, indonesia disarankan untuk menetapkan mekanisme operasional untuk pencegahan dan pengendalian pelanggaran. Rekomendasi tersebut akan sangat membantu revisi rencana aksi nasional keamanan kesehatan dan rencana pembangunan jangka menengah dan panjang indonesia. Peningkatan kapasitas inti indonesia akan meningkatkan kesiapan keamanan kesehatan dan meningkatkan ketahanan dan kesiagaan negara untuk melindungi kesehatan dan kesejahteraan seluruh penduduk indonesia (who, 2024). Selain itu data kementerian kesehatan indonesia menyatakan isu masalah kesehatan terkait stunting, akses layanan dan kesehatan jiwa, transformasi layanan kesehatan primer (dinkes, 2023).

10.1 Stunting

Stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu di atasi, termasuk di indonesia. Secara global, terdapat lebih dari 165 juta anak-anak yang mengalami stunting berusia kurang dari 5 tahun (who, 2014a), dan lebih dari 8,4 juta anak-anak dengan kondisi ini berada di (kemenkes, 2018) . Who mendefinisikan stunting sebagai suatu kondisi di mana seorang anak memiliki tinggi badan kurang dari median standar pertumbuhan anak who dengan lebih dari dua standar deviasi. Stunting menghambat perkembangan kognitif dan fisik pada anak-anak (unicef, 2017), menyebabkan penurunan produktivitas dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung di masa dewasa (world bank, 2013). Oleh karena itu, skrining dini dan intervensi segera terhadap stunting pada anak kecil sangatlah penting. Di indonesia, penelitian telah melaporkan perbedaan prevalensi stunting berdasarkan status sosial ekonomi (ses) dan lokasi tempat tinggal (pedesaan atau perkotaan). Anak-anak dengan status sosial rendah atau tinggal di daerah pedesaan lebih besar kemungkinannya mengalami stunting (rachmi et al., 2016; titaley et al., 2019) . Aspek stunting yang berlapis-lapis (penyebab langsung, mendasar, dan mendasar) mungkin berkontribusi terhadap perbedaan-perbedaan ini (bloem et al., 2013) . Penyebab langsung malnutrisi (asupan makanan dan kondisi yang sudah ada sebelumnya (de onis & branca, 2016) sangat erat kaitannya dengan kemiskinan dan lokasi tempat tinggal (agustina et al., 2013; beal et al., 2018; bhutta & black, 2013;) faktor yang mendasarinya terdiri dari akses terhadap kebutuhan dasar pangan, perawatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan dan lingkungan yang sehat oddo et al., 2012 . Faktor dasarnya meliputi konteks sosial dan politik, yang dapat memengaruhi ketersediaan sumber daya untuk anak, termasuk yang berkaitan dengan status kesehatan dan gizi oddo et al., 2012; tariku et al., 2017. Faktor-faktor tersebut erat kaitannya dengan lokasi tempat tinggal dan ses (aryastami et al., 2017) . Di indonesia, beberapa intervensi telah ditargetkan untuk mengurangi stunting. Di puskesmas, puskesmas, tersedia layanan terkait gizi dan pertumbuhan untuk promosi gizi, pencegahan, skrining dan penanganan malnutrisi, termasuk stunting (mulyaningsih et al., 2021) . Pada penelitian (who, 2014a) menyatakan faktor-faktor yang terkait dengan kesenjangan prevalensi stunting menurut ses dan status pedesaan-perkotaan dieksplorasi lebih lanjut. Analisis menunjukkan perbedaan proporsi berat badan lahir rendah, ibu bertubuh pendek, pendidikan ibu, konsumsi jajanan tidak sehat dan anak yang hidup dengan sanitasi yang baik merupakan kontributor signifikan

terhadap kesenjangan prevalensi stunting menurut ses. Temuan serupa juga ditemukan pada perbedaan antara desa dan kota, kecuali berat badan lahir rendah, yang secara statistik tidak berkontribusi terhadap kesenjangan angka stunting antara desa dan kota. Perbedaan distribusi pendidikan ibu dan sanitasi terbukti menjadi faktor yang paling dominan.

Kerangka konseptual who memungkinkan dilakukannya tinjauan menyeluruh terhadap literatur mengenai faktor-faktor penentu stunting pada anak di indonesia. Hasil penelitian menunjukkan adanya bukti yang kuat dan konsisten dari rct dan studi observasi bahwa faktor rumah tangga dan keluarga—perawakan ibu yang pendek, kelahiran prematur, panjang badan lahir yang pendek, pendidikan ibu yang rendah, dan kekayaan rumah tangga yang rendah—merupakan faktor penentu penting terjadinya stunting pada anak di indonesia. Penelitian cross-sectional yang dirancang dengan baik menunjukkan bahwa penghentian pemberian asi dini, tinggi badan ayah yang pendek, dan rumah tangga dengan air minum yang tidak diolah dan jamban yang tidak dilengkapi dengan baik juga dapat menjadi faktor penentu terjadinya stunting pada anak di indonesia, namun diperlukan lebih banyak penelitian untuk mengkonfirmasi hasil ini. Faktor komunitas dan kemasyarakatan telah terbukti memainkan peran penting dalam stunting pada anak di indonesia—khususnya akses terhadap layanan kesehatan, infrastruktur kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan yang berkualitas (terutama dokter).

menurut (wirth et al., 2017) melakukan analisis menggunakan kerangka who untuk menilai faktor-faktor penentu stunting pada anak di ethiopia. Ukuran kelahiran anak dan penyakit yang baru diderita, serta tinggi badan dan pendidikan ibu merupakan faktor penentu terkuat yang diidentifikasi di etiopia (wirth et al., 2017). Temuan kami di indonesia mengenai ukuran bayi saat lahir (terutama panjang badan lahir dan kelahiran prematur) serta tinggi badan ibu dan pendidikannya sejalan, memperkuat bukti bahwa stunting dimulai sejak dalam kandungan (neufeld, haas, grajéda, & martorell, 2004). Hal ini menyoroti pentingnya menjangkau remaja perempuan, karena perempuan muda yang hamil saat menghadapi kekurangan gizi mempunyai risiko lebih besar mengalami hasil kelahiran buruk yang dapat menyebabkan stunting pada anak. Intervensi yang dimulai saat atau setelah kelahiran hanya mempunyai dampak terbatas pada anak yang mengalami stunting dalam kandungan. Meskipun penyakit anak yang baru-baru ini terjadi – seperti diare dan infeksi saluran pernapasan – dikaitkan dengan stunting pada anak di indonesia, bukti

yang ada masih terbatas dan kekuatan hubungan tersebut lebih lemah dibandingkan di ethiopia.

Faktor yang memiliki hubungan signifikan dengan stunting pada anak di indonesia yang tidak secara khusus tercantum dalam kerangka who: kekayaan rumah tangga yang rendah, ayah yang bertubuh pendek, ayah dan ibu yang merokok, rumah tangga yang padat, demam, dan penerimaan vaksin sebagian atau tidak sama sekali. Namun, indikator kekayaan rumah tangga juga dapat direpresentasikan dalam ekonomi politik, bergantung pada bagaimana indikator tersebut diklasifikasikan. Selain itu, perawakan pendek dari pihak ayah mungkin berkorelasi kuat dengan perawakan pendek dari pihak ibu dan mungkin tidak memberikan wawasan baru. Demikian pula, kekayaan rumah tangga mungkin sebagian disebabkan oleh kerawanan pangan, meskipun kekayaan memberikan manfaat kesehatan tambahan seperti akses terhadap layanan kesehatan dan obat-obatan. (wirth et al., 2017) menentukan determinan yang hilang, sebagian besar berasal dari temuan di ethiopia, dan juga dari penelitian di negara lain. Antara lain, kekayaan rumah tangga dan jumlah anggota keluarga juga diidentifikasi dalam penelitian kami sebagai faktor penentu yang penting di indonesia. Anak laki-laki memiliki risiko lebih besar mengalami stunting dibandingkan anak perempuan di indonesia.

10.2 Akses Layanan Dan Kesehatan Jiwa

Terdapat kesenjangan pengobatan yang besar di indonesia, penelitian yang terbatas telah berupaya untuk mengeksplorasi evaluasi pengguna layanan dan penyedia layanan terhadap sistem kesehatan mental saat ini secara holistik. Temuan menunjukkan bahwa penyedia layanan dan pengguna memiliki kekhawatiran yang sama mengenai tantangan dan kebutuhan untuk meningkatkan literasi kesehatan mental, aksesibilitas terhadap layanan, dan dukungan pemerintah. Namun, penekanan yang berbeda diberikan pada beberapa bidang—penyedia layanan lebih mengisyaratkan masalah kolaborasi antarprofesional. Sebaliknya, pengguna layanan menekankan sikap negatif para profesional kesehatan dan buruknya aksesibilitas terhadap informasi layanan. Sistem layanan kesehatan mental menghadapi tantangan berupa kurangnya akses terhadap informasi layanan, terbatasnya penyebaran praktisi kesehatan mental, stigma, dan kurangnya literasi kesehatan mental baik di kalangan masyarakat maupun profesional. Kebutuhan akan peningkatan

promosi kesehatan mental, aksesibilitas, dan kualitas pekerja kesehatan mental disoroti untuk memenuhi kebutuhan pengguna dan penyedia layanan (putri et al., 2021).

Ada kekhawatiran masyarakat yang semakin besar mengenai peningkatan layanan bagi orang-orang dengan masalah kesehatan mental dan meminimalkan kesenjangan pengobatan. Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah atau low and middle-income countries (Lmic), kesenjangan pengobatan diperkirakan berada di atas 90%, bahkan mencapai 95% di daerah pedesaan di Indonesia (WHO, 2017). Kombinasi dari terbatasnya layanan kesehatan mental (Idaiani & Riyadi, 2018), langkanya tenaga kesehatan mental (WHO, 2017), dan stigma kesehatan mental (Hartini et al., 2018) adalah beberapa alasan yang berkontribusi terhadap kesenjangan ini meskipun tingginya jumlah orang yang mengalami masalah kesehatan mental. Di Indonesia angka prevalensi pada rumah tangga yang anggota keluarganya menderita skizofrenia sebesar 6,7% atau 282.654 rumah tangga dari total 218.716 rumah tangga sampel (Kemenkes, 2018). Sedangkan prevalensi depresi dan gangguan mental emosional lainnya mencapai 5,9%. Sayangnya, laporan menunjukkan bahwa hanya 9% pasien depresi yang menerima pengobatan, dan 48,9% pasien skizofrenia menerima pengobatan rutin (Kemenkes, 2018).

Pelayanan kesehatan di Indonesia didesentralisasi dan diserahkan kepada pemerintah provinsi dan kabupaten di bawah kementerian dalam negeri. Pemerintah daerah bertanggung jawab merencanakan dan mengelola sistem kesehatan, termasuk sistem kesehatan jiwa. Pada tahun 2014, Dewan Perwakilan Rakyat menyetujui undang-undang kesehatan jiwa di Indonesia yang mengamanatkan setiap provinsi untuk memiliki setidaknya satu rumah sakit kesehatan jiwa (Mahendradhata Y, 2021). Ketersediaan layanan kesehatan jiwa diharapkan dapat mengurangi pengobatan tradisional gangguan jiwa yang lazim dilakukan oleh sebagian masyarakat. Namun tujuh provinsi di Indonesia belum memiliki rumah sakit jiwa (Idaiani & Riyadi, 2018), hal ini menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan jiwa belum merata.

Masalah besar lainnya adalah kurangnya literasi kesehatan mental (Brooks et al., 2018). Di masa lalu, perilaku mencari bantuan yang buruk sering kali dianggap sebagai penyebab besar kesenjangan pengobatan (Goodwin et al., 2016). Dua kekuatan pendorong utama yang menghalangi pencarian bantuan adalah stigma (Fox et al., 2018) dan kurangnya literasi kesehatan mental (Tay et al., 2018). Penyandang gangguan jiwa di Indonesia masih memiliki stigma

yang dalam beberapa kasus berujung pada pengekangan fisik dan pengurungan (pasung) oleh keluarga (hartini et al., 2018). Hal ini juga membuat mereka mencari bantuan dari pemimpin spiritual atau agama untuk mendapatkan pengobatan. Dengan kata lain, kesenjangan pengobatan terutama disebabkan oleh kurangnya inisiatif dan tekad pasien untuk mencari pengobatan yang tersedia. Namun demikian, beberapa orang melaporkan bahwa ketidakpuasan mereka terhadap layanan kesehatan yang ada terutama menyebabkan keragu-raguan mereka dalam mencari pengobatan (Iyu et al., 2018).

10.3 Manajemen Kesehatan Mental Yang Tidak Terintegrasi

Masalah lain yang sangat ditekankan, khususnya oleh para profesional kesehatan, adalah buruknya sistem rujukan di kalangan praktisi kesehatan (dokter, psikiater, psikolog). Mereka mengeluhkan bahwa berbagai cabang kedokteran dalam sistem kesehatan masih belum terintegrasi dan terkurung dalam badan profesional independen mereka, sehingga mengakibatkan buruknya komunikasi antar profesional. Meskipun kerjasama tim profesional antara dokter dan psikiater semakin umum, kerjasama tim antara praktisi medis dan non-medis masih terbatas. Pengguna layanan menambahkan bahwa kurangnya sistem rujukan antar praktisi terkadang berkontribusi pada keterlambatan pengobatan karena pasien perlu dinilai ulang setiap kali mereka berganti praktisi. Pengalaman seperti itu juga dapat menurunkan motivasi pasien untuk melanjutkan pengobatan.

Menjembatani kesenjangan penyediaan layanan kesehatan kesehatan mental sebagai agenda utama pemerintah pengguna layanan menyoroti bahwa sebagian besar orang yang mencari bantuan, khususnya kaum muda, sering kali mendapatkannya melalui layanan online. Meskipun independen secara finansial dari pemerintah, layanan online ini bertindak sebagai jembatan antara masyarakat dan layanan kesehatan mental, menyediakan bentuk dukungan kesehatan mental yang aman dan mudah diakses. Kebutuhan pemerintah untuk meresmikan beberapa inisiatif ini dengan memberikan upah yang adil kepada penyedia layanan untuk mempertahankan inisiatif tersebut menjadi sorotan bagi pengguna layanan.

10.4 Diversifikasi Promosi Kesehatan Mental

Ada dua cara khusus yang disoroti untuk mempromosikan layanan kesehatan mental: promosi online dan offline. Sebagian besar responden setuju bahwa promosi kesehatan mental saat ini adalah cara yang tepat untuk menggunakan media sosial untuk menjangkau populasi muda. Menyediakan layanan online yang dapat diakses (konseling online, kelompok dukungan) dan informasi kesehatan mental dapat membantu meningkatkan kesadaran kesehatan mental dan menarik lebih banyak orang untuk mengakses informasi layanan.

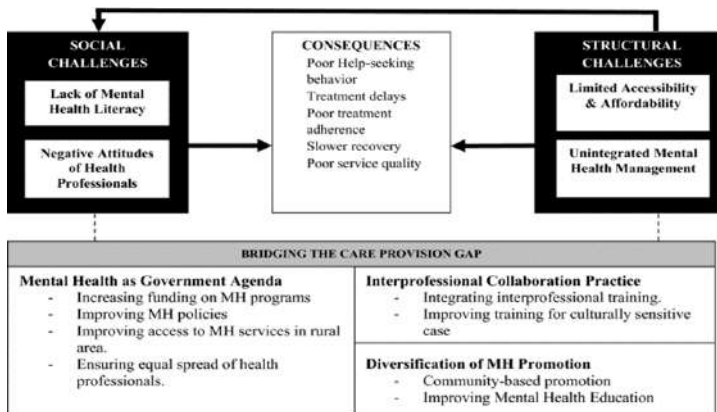
Promosi offline juga disorot sebagai sarana yang diperlukan untuk menjangkau populasi lanjut usia dan mereka yang memiliki akses terbatas terhadap internet. Beberapa strategi yang disarankan adalah, (who, 2014b) membuat selebaran kesehatan mental lebih banyak tersedia di tempat-tempat umum, (idaiani & riyadi, 2018) meningkatkan psikoedukasi masyarakat,(who, 2017) mengintegrasikan pengetahuan kesehatan mental dalam pendidikan dini, (hartini et al., 2018) menyediakan pemeriksaan kesehatan mental secara teratur untuk populasi berisiko. . Beberapa saran telah dibuat oleh pemerintah—walaupun tidak dilakukan di semua kabupaten. Misalnya, hanya sedikit daerah yang menyelenggarakan program pemeriksaan kesehatan mental dini di lingkungan sekolah meskipun ada manfaat yang diperoleh.

10.5 Praktik Kolaborasi Antarprofesional

Salah satu tema yang sangat disorot oleh peserta dari berbagai profesi kesehatan adalah buruknya kolaborasi antarprofesional yang masih ada di antara mereka. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, sistem rujukan antara praktisi kesehatan mental dan medis masih kurang, antara lain karena adanya stigma dan persaingan antar praktisi kedua terapi tersebut. Persaingan terlihat jelas bahkan di kalangan pengguna layanan.

10.6 Perbandingan Antara Penyedia Layanan Dan Pengguna

Secara keseluruhan, penyedia layanan dan pengguna memiliki keprihatinan yang sama mengenai peningkatan literasi kesehatan mental, aksesibilitas terhadap layanan, dan dukungan pemerintah untuk menjaga kualitas layanan. Namun, terdapat penekanan yang berbeda di beberapa bidang—penyedia layanan sangat menyoroti isu-isu mengenai kolaborasi antarprofesional sementara pengguna layanan lebih menekankan pada sikap pengguna layanan dan akses terhadap informasi layanan. Wawancara mendalam ini menghasilkan solusi penting untuk meningkatkan layanan kesehatan mental bagi orang-orang dengan gangguan mental: gambar 10.1 menyajikan tantangan dan kebutuhan yang dirasakan oleh para pemangku kepentingan kesehatan mental.



Gambar 10.1: Perbandingan antara penyedia layanan dan pengguna

Terbatasnya komunikasi profesional di antara para praktisi kesehatan (dokter, psikolog, psikiater) dicatat dalam studi kualitatif baru-baru ini terhadap para dokter. Hambatan komunikasi di unit gawat darurat sering ditemukan di kalangan praktisi di berbagai disiplin ilmu (Bost et al., 2018). Berbagai tantangan seputar kurangnya pertukaran informasi di antara para profesional kesehatan disorot dalam penelitian di Jepang (Ohta et al., 2020) dan Amerika Serikat (Stetten et al., 2018). Meskipun ada tantangan dalam penerapan praktik kolaborasi antarprofesional (IPC), praktik kolaborasi antarprofesional (IPC) secara umum telah diakui memberikan pengaruh positif terhadap kualitas

perawatan pasien (reeves et al., 2016) dan kepuasan kerja serta motivasi di kalangan profesional (suter et al., 2012), serta pengurangan biaya layanan kesehatan. Penelitian-penelitian di atas memperkuat pendapat responden bahwa ipc telah dilaksanakan dengan baik.

Saran dari beberapa penyedia layanan kesehatan dan pengguna layanan untuk mengevaluasi kembali dan memasukkan ipc ke dalam kurikulum pelatihan untuk penyedia layanan kesehatan di masa depan juga dapat dibenarkan. Beberapa sekolah kedokteran telah mengubah kurikulum mereka untuk mendorong lebih banyak keterampilan kolaborasi antarprofesional melalui berbagai kesempatan pembelajaran berdasarkan pengalaman, misalnya program lokakarya interprofesional (phillips et al., 2016) dan studi kasus digital (mccoy et al., 2020). Perubahan ini bertujuan untuk membiasakan mahasiswa dalam berkomunikasi dan bekerja dengan praktisi kesehatan lain serta menangani kasus klinis di bidang kesehatan lain yang dapat dipengaruhi oleh keahlian seseorang. Namun keterlibatan keluarga dan masyarakat juga harus sama-sama diperkuat.

Di sebagian besar negara-negara Imic seperti indonesia, keluarga pasien, dan komunitas cenderung memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan pengobatan (misalnya, kapan dan di mana harus mencari bantuan, dan jenis dukungan yang akan diberikan di rumah) dan pemulihan pasien. Budaya “pengasuhan” yang mengakar di sebagian besar negara asia menyebabkan banyak pasien dengan gangguan mental tinggal bersama keluarga pengasuh mereka (pharr et al., 2014). Namun, hasil pemulihan pada kasus-kasus tersebut sangat bervariasi dan sangat dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga tentang kesehatan mental. Seperti yang diungkapkan sebagian responden, stigma keluarga dan masyarakat yang melekat pada penyakit jiwa dapat menurunkan motivasi keluarga untuk mencari pertolongan. Kurangnya kepercayaan terhadap dukungan yang tersedia dan rendahnya persepsi akan kebutuhan sebagai hambatan dalam perilaku mencari bantuan juga sejalan dengan penelitian terhadap orang dewasa muda yang berduka di inggris (pitman et al., 2018). Penting untuk digarisbawahi bahwa, meskipun para profesional kesehatan menekankan kurangnya kesadaran kesehatan mental pasien dan buruknya kolaborasi antarprofesional, pengguna layanan dalam penelitian ini menekankan sikap negatif para profesional kesehatan sebagai tantangan utama.

Nilai-nilai budaya dan sikap keagamaan yang kuat di indonesia dapat menjelaskan beberapa jenis stigma yang lebih spesifik yang dialami oleh

pengguna layanan. Sejalan dengan temuan saat ini, stigma memainkan peran penting dalam membentuk sikap negatif profesional kesehatan (wang et al., 2018). Namun, temuan saat ini mencatat bahwa sikap negatif profesional kesehatan tidak selalu mencerminkan stigma terhadap penyakit mental namun kasus-kasus tertentu yang sensitif secara budaya (misalnya orientasi seksual, ateisme). Secara historis, bukti menunjukkan bahwa penyedia layanan kesehatan mempunyai masalah dalam menyediakan perawatan bagi kelompok minoritas seksual ini (king, 2019). Meskipun terdapat penerimaan yang lebih besar terhadap variasi seksual di negara-negara yang lebih liberal dalam beberapa tahun terakhir, namun tidak begitu terlihat di negara-negara yang lebih menonjolkan agama (janssen & scheepers, 2019). Oleh karena itu, di negara seperti indonesia, beberapa pasien yang menyatakan ateisme dapat menerima sikap negatif dari komunitasnya. Situasi ini menunjukkan perlunya mencari cara lain untuk meningkatkan layanan kesehatan mental bagi kelompok minoritas di indonesia dan kompetensi budaya petugas kesehatan.

10.7 Transformasi Layanan Kesehatan Primer

Di seluruh dunia, penyediaan layanan kesehatan yang lebih adil (merata), komprehensif, dan terintegrasi merupakan aspirasi yang ingin dicapai oleh sistem layanan kesehatan. Hal ini telah ditetapkan dalam prinsip layanan kesehatan primer yang ditetapkan oleh who dan unicef (amariles et al., 2020). Prinsip-prinsip phc awalnya dinyatakan dalam deklarasi alma-ata tahun 1978 (who, 1978), yang dianggap sebagai momen penting dalam kesehatan global. 40 tahun kemudian, pada bulan oktober 2018, para pemimpin global berkumpul di astana, kazakhstan, untuk konferensi global tentang layanan kesehatan primer (who, 2018) untuk meratifikasi deklarasi astana (jungo et al., 2020) untuk pemberian layanan kesehatan primer yang tepat. Phc dianggap sebagai strategi yang paling efisien dan efektif untuk mencapai kesehatan universal karena berfokus pada bagaimana memberikan layanan kesehatan secara efektif kepada semua orang, di mana pun. Sebaliknya, phc berbeda dengan konsep layanan primer yang sering digunakan secara bergantian. Jangka pendek, layanan primer (pc), mengacu pada serangkaian layanan “tipe dokter keluarga” yang lebih terbatas yang diberikan kepada individu (ndayishimiye et al., 2023).

Praktik phc telah terkena dampak wabah covid-19 dalam berbagai dimensi. Teknologi kesehatan, di sisi lain, telah berevolusi dan beradaptasi sebagai hasilnya. Telemonitoring, aplikasi, perangkat wearable, dan kecerdasan buatan adalah contohnya. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa penerimaan dan penerapan teknologi digital di puskesmas masih enggan dan tertunda. Namun, covid-19 tampaknya telah membuka pintu baru dan mempercepat tingkat adopsi. Penyedia layanan kesehatan primer (phcp) sangat bergantung pada teknologi kesehatan untuk terus memberikan layanan selama epidemi covid-19. Kami menemukan bahwa teknologi kesehatan memungkinkan mereka memberikan beragam layanan, mulai dari diagnosis hingga pengobatan dan perawatan paliatif, serta upaya pencegahan dan pemberian vaksin. Selain itu, teknologi kesehatan digunakan untuk meningkatkan jumlah konsultasi non-covid-19 dan rujukan ke layanan kesehatan sekunder (ndayishimiye et al., 2022) yang seharusnya tidak dapat dilakukan karena respons awal covid-19, seperti pembatalan pengobatan yang tidak mendesak, penerapan lockdown, dan sebagainya.

Karena tingginya permintaan akan komitmen covid-19 lainnya, pusat-pusat pelayanan kesehatan mungkin kekurangan staf. Hal ini memerlukan solusi yang berbeda dan inovatif untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang memadai. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan teknologi kesehatan di layanan primer (dan sekunder) telah meningkat pada tingkat yang belum pernah terjadi sebelumnya. Pada masa-masa awal pandemi, terjadi peningkatan penggunaan konsultasi jarak jauh di puskesmas. Pada bulan april 2020, misalnya, 64–80% phcp di inggris dan belanda menggunakan konsultasi video, 13% menggunakan telemonitoring, dan 73% menggunakan konsultasi asinkron elektronik. Penggunaan teknologi kesehatan di rumah sakit tampaknya meningkat secara signifikan. Di salah satu rumah sakit akademik di new york, misalnya, penggunaan konsultasi video telah meningkat sebesar 8729%. Aplikasi pemantauan jarak jauh untuk pasien suspek atau terkonfirmasi covid-19 juga mengalami perkembangan yang sama di rumah sakit, selain konsultasi video. Kotak covid-19 adalah contoh sistem pemantauan rumah yang memungkinkan pasien memeriksa tanda-tanda vital mereka tiga kali sehari dan melakukan obrolan video setiap hari dengan rumah sakit [68]. Dalam pengobatan keluarga, tindak lanjut jarak jauh terhadap pasien yang berisiko tinggi mengalami perburukan covid-19 sedang atau berat telah memberikan nilai tambah. Dalam hal ini, kunjungan yang tidak perlu ke ruang gawat darurat dapat dihindari, dan pemulihan di rumah dapat difasilitasi. Dalam program manajemen pasien jarak jauh, sistem yang menggabungkan

kolaborasi profesional layanan kesehatan primer dan sekunder (teleconnect, misalnya) telah berkembang. Hal ini memiliki banyak potensi karena tidak hanya menghubungkan pasien dan penyedia layanan tetapi juga penyedia layanan satu sama lain. Teknologi ini menghubungkan pcp satu sama lain atau dengan spesialis, sebuah kebiasaan yang dilakukan secara langsung sebelum pandemi covid-19. Oleh karena itu, hubungan penting ini sangat penting dalam perawatan pasien dengan memfasilitasi koordinasi perawatan dan meningkatkan pengelolaan perawatan pasien. Selain itu, hal ini juga memungkinkan pasien untuk tinggal di rumah lebih lama sambil tetap menerima semua perawatan yang mereka butuhkan.

Sensor digital termasuk di antara teknologi kesehatan lain yang digunakan untuk berbagai aplikasi, antara lain termasuk manajemen kondisi kronis, diagnosis, dan pengujian. Banyak contoh yang menunjukkan bagaimana sensor yang dikembangkan selama era covid-19 dapat merevolusi cara penyampaian layanan phc saat ini dan di masa depan. Misalnya, sebuah sensor yang dibuat di universitas johns hopkins dapat merevolusi diagnostik virus (yaitu pengujian virus). Selama pengujian awal, sensor mendeteksi sars-cov-2 dalam sampel air liur dengan akurasi 92%, sebanding dengan tes pcr. Sensor tersebut juga sangat efektif mendeteksi keberadaan virus lain, seperti h1n1 dan zika. Para peneliti juga telah menunjukkan bahwa sensor ini, yang tidak memerlukan persiapan sampel dan sedikit keterampilan operator, memiliki keunggulan dibandingkan metode pengujian konvensional, khususnya untuk pengujian populasi luas. Telah terbukti mengatasi keterbatasan dari dua bentuk tes covid-19 yang paling umum, yaitu pcr dan tes cepat. Kebaruan utamanya adalah teknologi ini bebas label, yang berarti tidak memerlukan modifikasi kimia tambahan seperti pelabelan molekuler atau fungsionalisasi antibodi. Yang terakhir menyiratkan bahwa sensor ini dapat digunakan pada perangkat yang dapat dikenakan di masa depan.

10.8 Teknologi Kesehatan Untuk Memastikan Literasi, Promosi, Dan Kualitas Kesehatan Selama Covid-19

Literasi kesehatan digital adalah aspek penting lain dari penggunaan teknologi kesehatan yang diamati selama pandemi covid-19. Di pakistan, misalnya, hal ini telah membantu meningkatkan kesehatan ibu, anak, dan keluarga di rangkaian layanan kesehatan primer di daerah tertinggal (jafree et al., 2021). Hal ini juga membantu meningkatkan keselamatan pasien dan mengarahkan pasien ke layanan kesehatan dan sosial lainnya. Petugas kesehatan masyarakat (chws) juga berperan penting dalam proses ini dengan menggunakan telepon pintar dan inisiatif literasi kesehatan digital berbasis internet untuk memberdayakan perempuan yang kurang beruntung. Penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi literasi dan peningkatan kesadaran di layanan kesehatan primer lebih bermanfaat bagi perempuan yang kurang terlayani di bidang kesehatan ibu dan anak lainnya, seperti nutrisi dan ketahanan pangan, manajemen penyakit kronis dan multimorbiditas, serta konseling kesehatan mental (jafree et al., 2021). Selain itu, literasi intervensi kesehatan digital bagi pasien dapat, misalnya, memberikan keterampilan dalam sistem pesan singkat (sms) untuk pasien jantung, keterampilan dalam layanan seluler untuk pasien diabetes, dan keterampilan dalam perangkat seluler yang memungkinkan pasien mengakses konsultasi online dari sebuah rumah sakit. Dokter. Keterampilan lain yang dapat ditingkatkan mencakup intervensi yang memberdayakan pasien untuk memberikan informasi lebih baik yang dibutuhkan oleh penyedia layanan kesehatan dan pencatatan serta pengelolaan informasi pasien yang lebih baik.

Dari sudut pandang klinis dan kesehatan masyarakat, literasi kesehatan digital pada masa covid-19 memiliki dua visi yang lebih luas dibandingkan dengan literasi kesehatan reguler, yang mencakup tiga bidang kesehatan: layanan kesehatan, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan. Ini adalah keterampilan individu mengenai informasi kesehatan. Artinya, informasi yang meningkatkan tindakan pilihan dalam hubungan perawatan antara “pasien” dan “pengasuh” mereka. Oleh karena itu, ini mendefinisikan visi klinis. Selain itu, ini mencakup serangkaian keterampilan kognitif, sosial, dan kewarganegaraan yang lebih luas. Keterampilan ini memungkinkan pasien

untuk menggunakan informasi dan layanan publik untuk mendapatkan kendali lebih besar atas kondisinya sendiri (yaitu, pasien memperoleh pemahaman tentang penyakitnya) dan, pada akhirnya, untuk membuat keputusan untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat. (yaitu, pasien berpartisipasi dalam upaya kolaboratif untuk menemukan solusi terhadap masalah kesehatan masyarakat). Yang terakhir mendefinisikan visi kesehatan masyarakat yang dianggap sebagai elemen kunci dalam pengambilan keputusan, promosi kesehatan, dan pencegahan penyakit. Yang penting, pasien mengakses, memahami, mengevaluasi, dan menerapkan keterampilan yang berkaitan dengan penggunaan informasi kesehatan. Hal ini menggambarkan dengan tepat keterampilan yang ditujukan untuk memperkuat promosi perawatan diri dan manajemen kesehatan diri sendiri. Semua ini sangat penting karena individu yang mendapatkannya dapat menggunakan informasi tersebut untuk meningkatkan kesehatannya. Dia akan memahami, misalnya, mengapa penting menggunakan masker saat menghadapi covid-19, menjaga jarak sosial, mengonsumsi obat sesuai resep penyedia layanan kesehatan, dan sebagainya. Hal ini akan mengurangi kesenjangan informasi antara pasien dan penyedia layanannya (yaitu, mengurangi asimetri informasi), yang akan membantu mengelola kesehatan pasien dengan lebih baik. Dengan kata lain, hal ini akan meningkatkan inklusi informasi dari sudut pandang pasien. Oleh karena itu, pasien dapat, misalnya, menentukan, berdasarkan kemasan suatu produk farmasi, seberapa sering produk tersebut harus diminum per hari. Ia juga dapat memahami apa yang dikatakan dokternya, dan dapat memperoleh informasi tentang penyakitnya. Dalam hal ini, pasien akan menjadi mitra pelayanan kesehatan yang baik. Sekali lagi, meningkatkan literasi kesehatan digital tidak hanya akan menjadi solusi potensial untuk keberhasilan penggunaan teknologi digital dalam layanan kesehatan, namun juga memungkinkan pasien untuk menyadari dan mengetahui kondisi kesehatan mereka, sehingga memungkinkan kemitraan yang lebih baik dalam memberikan layanan kesehatan bagi individu dan pasien. Masyarakat secara keseluruhan.

10.9 Tantangan Dan Peluang

Meskipun terdapat pemicu yang tidak diinginkan, pandemi covid-19 telah memengaruhi persepsi dan penggunaan teknologi kesehatan di komunitas puskesmas. Hal ini menyebabkan penyedia layanan kesehatan dan rumah sakit menggunakan teknologi kesehatan secara lebih luas. Meskipun tidak ada jawaban yang dapat mengatasi semua tantangan yang dihadapi phc saat ini, penerapan teknologi kesehatan merupakan salah satu solusi yang potensial. Kami percaya bahwa penerapan teknologi kesehatan perlu dirangsang lebih lanjut dengan bukti-bukti yang ada, menjadikannya inklusif, mendidik, dan lebih memenuhi kebutuhan masyarakat, baik dalam keadaan normal atau selama wabah. Oleh karena itu, kami menyarankan pertimbangan berikut untuk meningkatkan pelayanan puskesmas di masa depan:

Daftar Pustaka

- AbdulRaheem, Y. (2023). Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 21501319231186500.
- Afriyie, D.O., Nyoni, J. and Ahmat, A. (2019), "The state of strategic plans for the health workforce in Africa", *BMJ Global Health*, *BMJ*, Vol. 4 No. Suppl 9, p. e001115, doi: 10.1136/bmjgh-2018-001115.
- agustina, r., sari, t. P., satroamidjojo, s., bovee-oudenhoven, i. M. J., feskens, e. J. M., & kok, f. J. (2013). Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence among indonesian young children from low socioeconomic urban areas. *Bmc public health*, 13, 977. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-977>
- Alfiyani, L., Setiyadi, N.A., Yakob, A. and Mulyono, D. (2023), "Analysis of Community Satisfaction Index on Health Service Quality : CFA and Gap Analysis", Vol. 16 No. 2, pp. 193–202.
- Alfiyani, L., Yakob, A., Alis Setiyadi, N., Mulyono, D., Utomo, S., Fitriana Sari, W., Pelayanan Administrasi Rumah Sakit Terhadap Indeks Kepuasan Masyarakat, E., et al. (2023), "EFEKTIVITAS PELAYANAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT TERHADAP INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT", *Jurnal Kesehatan Wira Buana*, Vol. 14, pp. 2541–5387.
- Alfiyani, L., Yakob, A., Setiyadi, N.A., Mulyono, D., Utomo, S. and Sari, W.F. (2023), "INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Madiun Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta Rumah Sakit Paru Manguharjo Provinsi Jawa Timur PENDAHULUAN Kualitas

- elayanan yang menunjukkan bahwa kualitas pe”, Vol. 14 No. 7, pp. 77–81.
- Amariles, p., ceballos, m., & gonzález-giraldo, c. (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in colombia. *Pharmacy practice*, 18(4), 1–7. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85096559653&doi=10.18549%2fpharmpract.2020.4.2159&partnerid=40&md5=293dd0cfb841c0b0d2185e1fa1513f3e>
- Amirah, A., & Safrizal Ahmaruddin, S. K. M. (2020). *Konsep Dan Aplikasi Epidemiologi*. Deepublish.
- Amrin Madolan (2019). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. <https://www.mitrikesmas.com/2016/02/pengantar-ilmu-kesehatan-masyarakat.html>.
- Antonovics, J., Wilson, A. J., Forbes, M. R., Hauffe, H. C., Kallio, E. R., Leggett, H. C., Longdon, B., Okamura, B., Sait, S. M., & Webster, J. P. (2017). The evolution of transmission mode. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1719), 20160083.
- Arifin, H., Chou, K., Ibrahim, K., Ulfah, S., Pradipta, R. O., Rias, Y. A., Sitorus, N., Wiratama, B. S., Setiawan, A., Setyowati, S., Kuswanto, H., & Mediarti, D. (2022). Analysis of Modifiable , Non-Modifiable , and Physiological Risk Factors of Non-Communicable Diseases in Indonesia : Evidence from the 2018 Indonesian Basic Health Research. *Journal of Multidisiplinary Healthcare*, September, 2203–2221. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JMDH.S382191>
- Aryastami, n. K., shankar, a., kusumawardani, n., besral, b., jahari, a. B., & achadi, e. (2017). Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12–23 months in indonesia. *Bmc nutrition*, 3(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40795-017-0130-x>
- Asmirati Yakob, Lina Alfiyani, Yuli Kusumawati, Avi Arya Buana Jaya Putra and Kristofara Karolina Kewa. (2023), “Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Paru Manguharjo Madiun Tahun 2023”, *Jurnal Ventilator*, Vol. 1 No. 4, pp. 314–322, doi: 10.59680/ventilator.v1i4.785.

- Baker, R. E., Mahmud, A. S., Miller, I. F., Rajeev, M., Rasambainarivo, F., Rice, B. L., Takahashi, S., Tatem, A. J., Wagner, C. E., & Wang, L.-F. (2022). Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20(4), 193-205.
- BAPPENAS, (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional) (2015) 'Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015'.
- Beal, t., tumilowicz, a., sutrisna, a., izwardy, d., & neufeld, l. M. (2018). A review of child stunting determinants in indonesia. *Maternal & child nutrition*, 14(4), e12617. <https://doi.org/10.1111/mcn.12617>
- Bhutta, z. A., & black, r. E. (2013). Global maternal, newborn, and child health—so near and yet so far. *The new england journal of medicine*, 369(23), 2226–2235. <https://doi.org/10.1056/nejmra1111853>
- Bigland, C., Evans, D., Bolden, R. and Rae, M. (2020), “Systems leadership in practice: thematic insights from three public health case studies”, *BMC Public Health*, BioMed Central Ltd, Vol. 20 No. 1, doi: 10.1186/s12889-020-09641-1.
- Bloem, m. W., de pee, s., le hop, t., khan, n. C., laillou, a., minarto, moench-pfanner, r., soekarjo, d., soekirman, solon, j. A., theary, c., & wasantwisut, e. (2013). Key strategies to further reduce stunting in southeast asia: lessons from the asean countries workshop. *Food and nutrition bulletin*, 34(2_suppl1), s8–s16. <https://doi.org/10.1177/15648265130342s103>
- Bloom, D. E., & Cadarette, D. (2019). Infectious disease threats in the twenty-first century: strengthening the global response. *Frontiers in immunology*, 10, 549.
- Bost, n., johnston, a., broadbent, m., & crilly, j. (2018). Clinician perspectives of a mental health consumer flow strategy in an emergency department. *Collegian*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.10.007>
- Brooks, h., james, k., irmansyah, i., keliat, b.-. A., utomo, b., & rose, d. (2018). Exploring the potential of civic engagement to strengthen mental health systems in indonesia (ignite): a study protocol. *Int j ment health syst*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0227-x>
- Budiarti, Eko, 2001, *Pengantar Epidemiologi Edisi ke 2*, Penerbit Buku Kedokteran.

- Budreviciute, A., Damiani, S., Sabir, D. K., & Onder, K. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*, 8(November), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>
- Citra P.J. (2022). Modul Pengantar Kesehatan Masyarakat. Penerbit : Pendidikan Biologi Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan Universitas Kristen Indonesia. Jakarta.
- Clarkson, J., Dean, J., Ward, J., Komashie, A. and Bashford, T. (2018), PROCESS AND SYSTEMS A Systems Approach to Healthcare: From Thinking to Practice, *Future Healthcare Journal*, Vol. 5.
- Colebunders, R. (2009). Control of Communicable Diseases Manual, 19th Edition Edited by David L. Heymann *Clinical Infectious Diseases*, 49, 1292-1293. <https://doi.org/10.1086/605668>
- Darmawan, A. (2016). Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular. *Jambi Medical Journal*, 4(2). <https://doi.org/10.22437/jmj.v4i2.3593>
- Darmawan, A., & Epid, M. (2016). Epidemiologi penyakit menular dan penyakit tidak menular. *Jambi Medical Journal: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 4(2).
- De onis, m., & branca, f. (2016). Childhood stunting: a global perspective. *Maternal & child nutrition*, 12 suppl 1(suppl 1), 12–26. <https://doi.org/10.1111/mcn.12231>
- Detels, R. (2015). Introduction to prevention and control of non-communicable diseases What are non-communicable diseases ? In O. T. of G. P. Health (Ed.), *Global Public Health* (6th ed., Issue September 2011). <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.003.0237>
- Dewi, N., Corsita, L., Hakim, R. Al, Wijayanti, A. C., & Ritonga, P. T. (2022). *Dasar-dasar epidemiologi* (M. Sari (ed.); 1st ed.). PT GLObal Eksekutif Teknologi.
- Dina Dewi Anggraini, D. (2024b) ‘Strategi Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit’: Yayasan Kita Menulis.
- Dinkes. (2023). Catatan akhir tahun: isu kesehatan 2023 – dinas kesehatan kabupaten kediri. <https://dinkes.kedirikab.go.id/catatan-akhir-tahun-isu-kesehatan-2023/>

- Dirjen P2P. (2019). *Manajemen Penyakit Tidak Menular* (Direktorat P2PTM (ed.)). Kementerian Kesehatan.
- Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat (2019) *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. 1st edn. Edited by R. Fauzi. Jakarta: EGC.
- Dumilah, R., Yulifah, R., Mansur, H., Suprapti, S., Darwanty, J., Kebidanan, J., Kesehatan, P., Malang, K., & Bandung, K. (2023). Implementasi Pelaksanaan Program Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK): Literature Review Implementation of The Congenital Hypothyroid Screening Program: Literature Review (Vol. 33, Issue 4).
- Fox, a. B., smith, b. N., & vogt, d. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry res*, 268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.036>
- Goodwin, j., behan, l., kelly, p., mccarthy, k., & horgan, a. (2016). Help-seeking behaviors and mental well-being of first year undergraduate university students. *Psychiatry res*, 246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.015>
- Hadi, H. (2005) 'Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya Terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional'.
- Hardinsyah, Supariasa, & P.G.I. (2017) 'Ilmu Gizi Teori & Aplikasi', Buku Kedokteran ECG, p. p134,p210,p212.
- Hartini, n., fardana, n. A., ariana, a. D., & wardana, n. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in indonesia. *Psychol res behav manag*, 11. <https://doi.org/10.2147/prbm.s175251>
- Haryono, S. K. M. (2021). *Buku Ajar Sanitasi Lingkungan: Pengantar Epidemiologi*. Yogyakarta: Poltekkes Jogja Press.
- Heryana, A. (2011). *Penanggulangan Penyakit Tidak Menular* | Ade Heryana, S.St, M.KM. 1–15.
- Hughes, R. (2003) 'Definitions for public health nutrition: a developing consensus', *Public Health Nutrition*, 6(6), pp. 615–620. Available at: <https://doi.org/10.1079/phn2003487>.

- Hulu, V. T., Salman, Supiganto, A., Khariri, L. A., Hastuti, P., Sianturi, E., Nilasari, & Siagian, N. (2020). *Epidemiologi Penyakit Menular: Riwayat, Penularan dan Pencegahan*. Yayasan Kita Menulis.
- I Made Indra dkk (2022) *Promosi Kesehatan & Pendidikan Kesehatan*. Surakarta: CV. Tahta Media Group.
- Idaiani, s., & riyadi, e. I. (2018). Sistem kesehatan jiwa di indonesia: tantangan untuk memenuhi kebutuhan. *J peneliti dan pengemb pelayanan kesehat*, 2.
- Ira Nurmala, D. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Irwan. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. CV. ABSOLUTE MEDIA.
- Jafree, s. R., bukhari, n., muzamill, a., tasneem, f., & fischer, f. (2021). Digital health literacy intervention to support maternal, child and family health in primary healthcare settings of pakistan during the age of coronavirus: study protocol for a randomised controlled trial. *Bmj open*, 11(3), e045163. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045163>
- Janssen, d.-. J., & scheepers, p. (2019). How religiosity shapes rejection of homosexuality across the globe. *J homosex*, 66. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1522809>
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F. and Alvarez, E. (2020), "Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis", *Health Research Policy and Systems*, BioMed Central Ltd, Vol. 18 No. 1, doi: 10.1186/s12961-020-00583-z.
- Jungo, k. T., anker, d., & wildisen, l. (2020). Astana declaration: a new pathway for primary health care. *International journal of public health*, 65(5), 511–512. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5>
- Kaharani Putri, W., Oileri Tikirik, W., Alfiyani, L., Yakob, A., Hasniati Rahmah, A., Rafi Uzizulloh, M., Rifai, T., et al. (n.d.). "PENGARUH BAURAN PEMASARAN TERHADAP KUNJUNGAN RUMAH SAKIT : LITERATURE REVIEW".
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi*.

- Kemendes RI. (2016). Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes. (2018). Hasil utama riskesdas 2018.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak (E. Mulati, Y. Widyarningsih, & Oos Fatimah Royati (eds.); Cetakan II). Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2022). Mengenal Penyakit Tidak Menular. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/761/penyakit-tidak-menular-ptm
- Khariroh, S. (2023). Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga. Tahta Media Grup.
- King, m. (2019). Stigma in psychiatry seen through the lens of sexuality and gender. *Bjpsych int*, 16. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.12>
- Kristina, A., & Huriyah, T. (2020). Program Pencegahan Obesitas Anak Dengan Perlibatan Peran Keluarga: Literature Re-view. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*.
- Kusharisupeni (2020) 'Mata Kuliah : Dasar Kesehatan Masyarakat'.
- Kusmawati, I. I., Putri, N. R., Argaheni, N. B., Nugraheni, A., Sukamto, I. S., & Juwita, S. (2023). Pola Asuh Orang Tua dan Tumbuh Kembang Balita. CV Jejak.
- La Ode Reskiaddin, Vina Yulia Anhar, Sholikah, W. (2020) 'Tantangan Dan Hambatan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Daerah Semi-Perkotaan : Sebuah Evidence Based Practice di Padukuhan Samirono, Sleman Yogyakarta', *Jurnal Kesmas Jambi (JKMJ)*, Volume 4(Nomor 2, September 2020), pp. 1–7. Available at: <https://online-journal.unja.ac.id/jkmj/article/view/10569/5904>.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach.

- Lindahl, J. F., & Grace, D. (2015). The consequences of human actions on risks for infectious diseases: a review. *Infection Ecology & Epidemiology*, 5(1), 30048. <https://doi.org/10.3402/iee.v5.30048>
- Lyu, j., wang, y., shi, h., & zhang, j. (2018). Early warnings for suicide attempt among chinese rural population. *J affect disord*, 238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.009>
- Magdalena, M., Irma, I., Melly, M., Asnaty, E., D-III Keperawatan, P., Keperawatan, J., & Kemenkes Riau, P. (2022). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Tumbuh Kembang Anak Pra Sekolah The Relationship Of Parenting Patterns With The Growth Of Pre school children. *JONAH (Journal of Nursing and Homecare)*, 1(2), 77–87.
- Mahendradhata y, t. L. (2021). Mahendradhata y, trisnantoro l, listyadewi s, soewondo p, marthias t, harimurti p, et al. World health organization, the republic of indonesia health system review. World health organization, south-east asia regional office; 2017. http://www.searo.who.int/asia_pacific_observatory/publications/hits/in_donesia_hit/en/. Accessed 10 feb 2021. http://www.searo.who.int/asia_pacific_observatory/publications/hits/in_donesia_hit/en/
- Marcdante, K. J., & Kliegman, R. M. (2021). *Nelson Ilmu Kesehatan Anak* (Vol. 8). Elsevier Health Sciences.
- Marjes N. Tumurang (2018) *Promosi Kesehatan*. Sidoarjo.
- Mccoy, l., lewis, j. H., simon, h., sackett, d., dajani, t., & morgan, c. (2020). Learning to speak up for patient safety: interprofessional scenarios for training future healthcare professionals. *J med educ curric dev*. <https://doi.org/10.1177/2382120520935469>
- Miller, M. H., & Dillon, J. F. (2015). Early diagnosis improves outcomes in hepatitis C. *Practitioner*, 259(1787), 25-27.
- Muharrina, C. R., Yustendi, D., Sarah, S., Herika, L., & Ramadhan, F. (2023). Kesehatan Reproduksi Reproductive Health. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 5(1), 26–29.
- Mulyaningsih, t., mohanty, i., widyaningsih, v., gebremedhin, t. A., miranti, r., & wiyono, v. H. (2021). Beyond personal factors: multilevel

- determinants of childhood stunting in indonesia. *Plos one*, 16(11), e0260265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260265>
- Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Trans Info Media.
- Nangi, M. G., Yanti, F., & Lestari, S. A. (2019). *Dasar Epidemiologi*. Deepublish.
- Ndayishimiye, c., lopes, h., & middleton, j. (2023). A systematic scoping review of digital health technologies during covid-19: a new normal in primary health care delivery. *Health and technology*, 13(2), 273–284. <https://doi.org/10.1007/s12553-023-00725-7>
- Ndayishimiye, c., sowada, c., dyjach, p., stasiak, a., middleton, j., lopes, h., & dubas-jakóbczyk, k. (2022). Associations between the covid-19 pandemic and hospital infrastructure adaptation and planning-a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 8195. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138195>
- Noor, N. N. (2022). *Epidemiologi Dasar: Disiplin dalam Kesehatan Masyarakat*. Unhas Press.
- Noorhasanah, E., Noorhasanah1, E., & Tauhidah2, I. (2021). Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Kejadian Stunting Anak Usia 12-59 Bulan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 4(1). <https://doi.org/10.26594/jika.4.1.2021>
- Norsanah, M., Sari, F. N., Ola, K. F., & Wiwiek, E. (2022). *Keperawatan Keluarga*. CV. Kaaffah Learning Center.
- Notoadmojo, S. (2014) *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: CV. Rineka Cipta.
- Oddo, v. M., rah, j. H., semba, r. D., sun, k., akhter, n., sari, m., de pee, s., moench-pfanner, r., bloem, m., & kraemer, k. (2012). Predictors of maternal and child double burden of malnutrition in rural indonesia and bangladesh. *The american journal of clinical nutrition*, 95(4), 951–958. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.026070>
- Ohta, r., ryu, y., katsube, t., & sano, c. (2020). Rural homecare nurses' challenges in providing seamless patient care in rural japan. *Int j environ res public health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249330>
- Oktafiani, D. (2023). *Sejarah Epidemiologi. Pengantar Epidemiologi*, 6.

- Peprah, P., Lloyd, J. and Harris, M. (2023), "Health literacy and cultural responsiveness of primary health care systems and services in Australia: reflections from service providers, stakeholders, and people from refugee backgrounds", *BMC Public Health*, BioMed Central Ltd, Vol. 23 No. 1, doi: 10.1186/s12889-023-17448-z.
- Pharr, j., francis, c. D., terry, c., & clark, m. (2014). Culture, caregiving, and health: exploring the influence of culture on family caregiver experiences. *Isrn public health*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/689826>
- Phillips, c. B., hall, s., & irving, m. (2016). Impact of interprofessional education about psychological and medical comorbidities on practitioners' knowledge and collaborative practice: mixed method evaluation of a national program. *Bmc health serv res*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1720-z>
- Pitman, a., souza, t., khrisna putri, a., stevenson, f., king, m., & osborn, d. (2018). Support needs and experiences of people bereaved by suicide: qualitative findings from a cross-sectional british study of bereaved young adults. *Int j environ res public health*, 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040666>
- Prijatni, I., & Rahayu, S. (2016). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. In modul bahan ajar cetak kebidana (Cetakan Pe). Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Pusat Informasi Kesehatan Pedesaan (2024) Mendefinisikan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit. Jakarta. Available at: [file:///C:/Users/ASUS/Documents/BUKU CHAPTER Urhuhe/2024 - Kesehatan Masyarakat Konsep dan Implikasinhya/Mendefinisikan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit - RHlhub Toolkit.html](file:///C:/Users/ASUS/Documents/BUKU%20CHAPTER%20Urhuhe/2024%20-%20Kesehatan%20Masyarakat%20Konsep%20dan%20Implikasinhya/Mendefinisikan%20Promosi%20Kesehatan%20dan%20Pencegahan%20Penyakit%20-%20RHlhub%20Toolkit.html).
- Putri, a. K., gustriawanto, n., rahapsari, s., sholikhah, a. R., prabawara, s., kusumawardhani, a. C., & kristina, s. A. (2021). Exploring the perceived challenges and support needs of indonesian mental health stakeholders: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, 15(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>
- Rachmi, c. N., agho, k. E., li, m., & baur, l. A. (2016). Stunting, underweight and overweight in children aged 2.0–4.9 years in indonesia: prevalence trends and associated risk factors. *Plos one*, 11(5), e0154756. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154756>

- Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasari, F., Rahman, F., & Putri, A. O. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia (1st ed., Vol. 1). Pusat Penerbitandan Percetakan Airlangga University Press.
- Rahmah, A.H., Dharmawan, R. and Rahardjo, S.S. (2018), “Socioeconomic, Environmental, and Behavioral Determinants of Leprosy in Kediri, East Java”, *Journal of Epidemiology and Public Health*, Vol. 03 No. 02, pp. 253–262, doi: 10.26911/jepublichealth.2018.03.02.05.
- Rasmaniar dkk (2021) ‘Pengantar Kesehatan dan Gizi’, in Simarmata J (ed.) Buku Referensi. 1st edn. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Ratnasari, E. (2018). *Bakteriologi: Mikroorganisme Penyebab Infeksi*. Deepublish.
- Reeves, s., fletcher, s., barr, h., birch, i., boet, s., & davies, n. (2016). A beme systematic review of the effects of interprofessional education: beme guide no. 39. Med teach, 38. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2016.1173663>
- Ridgely, M.S., Buttorff, C., Wolf, L.J., Duffy, E.L., Tom, A.K., Damberg, C.L., Scanlon, D.P., et al. (2020), “The importance of understanding and measuring health system structural, functional, and clinical integration”, *Health Services Research*, Blackwell Publishing Inc., Vol. 55 No. S3, pp. 1049–1061, doi: 10.1111/1475-6773.13582.
- Saragih, E., Masruroh, Mukhoirotin, Herawati, T., Hutagaol, A., Cathryne, J., Sumiyati, Shintya, L. A., Ernawati, N., & Hasnidar. (2022). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (R. Watrianthos (ed.))*. Yayasan Kita Menulis.
- Setyawati, V & Hartini, E. (2018) *Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish.
- Seventer, J. M., & Hochberg, N. S. (2016). Principles of Infectious Diseases: Transmission, Diagnosis, Prevention, and Control. In (pp. 22-39). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00516-6>
- Shelly Jones (2023) 10 Tren Teratas dalam Promosi dan Pencegahan Kesehatan serta Pentingnya Pencegahan dan Promosi Kesehatan. Jakarta. Available at: <https://webmedy.com/blog/id/trends-health-promotion-prevention/>.
- Sidjabat, F. N. (2021). Pengendalian Penyakit Tidak Menular. BIMKMI, 3(March).

- Soedjarwadi, R.M dan Jawa, P. (2017) Analisis Strategi Promosi Kesehatan dalam Rangka Meningkatkan Kesadaran Hidup Sehat oleh Rumah Sakit Daerah.
- Spark, A. (2007) Nutrition in Public Health.
- Spark, A., Dinour, L.M. and Obenchain, J. (2007) Nutrition in public health : principles, policies, and practice. USA. Available at: <http://www.crcpress.com/> (Accessed: 9 May 2024).
- Stetten, n. E., hagen, m. G., nall, r. W., anderson, k. V., black, e. W., & blue, a. V. (2018). Interprofessional collaboration in a transitional care management clinic: a qualitative analysis of health professionals experiences. *J interprof educ pract*, 12.
- Straif-Bourgeois, S., Tonzel, J. L., Kretzschmar, M., & Ratard, R. (2023). Infectious disease epidemiology. In *Handbook of epidemiology* (pp. 1-79). Springer.
- Subagia, I. N. (2021). Pola Asuh Orang Tua. Faktor, Implikasi terhadap Perkembangan Karakter Anak. Nilacakra.
- Sukoharjo, B. (2020) Peraturan daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 10 Tahun 2020 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit. Indonesia. Available at: <https://jdih.sukoharjokab.go.id/file/dokumen/pencegahan-dan-penanggulangan-penyakit--2020-lnsvenig3.pdf>.
- Surahman & Supardi, S. (2016) Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM. 1st edn. Jakarta.
- Suter, e., deutschlander, s., mickelson, g., nurani, z., lait, j., & harrison, l. (2012). Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *J interprof care*, 26. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.663014>
- Tang, J., Noakes, C., Nielsen, P. V., Eames, I., Nicolle, A., Li, Y., & Settles, G. (2011). Observing and quantifying airflows in the infection control of aerosol-and airborne-transmitted diseases: an overview of approaches. *Journal of Hospital Infection*, 77(3), 213-222.
- Tariku, a., biks, g. A., derso, t., wassie, m. M., & abebe, s. M. (2017). Stunting and its determinant factors among children aged 6-59 months in ethiopia. *Italian journal of pediatrics*, 43(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0433-1>

- Tay, j. L., tay, y. F., & klainin-yobas, p. (2018). Mental health literacy levels. *Arch psychiatr nurs*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Teresia R., Hilda M. & Sugiarto dkk. (2022) *Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cetakan Pertama Penerbit: Zahir Publishing, Sleman-Yogyakarta.*
- Titaley, c. R., ariawan, i., hapsari, d., muasyaroh, a., & dibley, m. J. (2019). Determinants of the stunting of children under two years old in indonesia: a multilevel analysis of the 2013 indonesia basic health survey. *Nutrients*, 11(5), 1106. <https://doi.org/10.3390/nu11051106>
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Communicable diseases. *The New Public Health*, 149.
- Unicef. (2017). Levels and trends in child malnutrition: unicef/who/the world bank group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025257>
- Wahyuni, T., Parliani, & Hayati, D. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga. CV Jejak.*
- Wang, k., link, b. G., corrigan, p. W., davidson, l., & flanagan, e. (2018). Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry res*, 259. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.036>
- Wang, X., Birch, S., Ma, H., Zhu, W. and Meng, Q. (2016), "The structure and effectiveness of health systems: Exploring the impact of system integration in rural China", *International Journal of Integrated Care*, Igitur, Utrecht Publishing and Archiving Services, Vol. 16 No. July-September, doi: 10.5334/ijic.2197.
- Wardlaw & Smith (2016) *Wardlaw's Contemporary Nutrition*. New York.
- WHO (2000) *The World Health Report*. Geneva: WHO.
- WHO (2011) 'THE GLOBAL PREVALENCE OF ANAEMIA IN 2011', in. Geneva: WHO Press.
- Who. (1978). Declaration of alma-ata. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
- Who. (2014a). Global nutrition targets 2025: stunting policy brief. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-nmh-nhd-14.3>

- Who. (2014b). Preventing suicide: a global imperative. World health organization.
- Who. (2017). World health organization. Mental health atlas 2017 member state profile, indonesia. World health organization; 2017.
- WHO. (2018), Developing Conceptual Clarity and a WHO Roadmap for Action, WHO.
- Who. (2018). Declaration of astana. <https://www.who.int/publications/i/item/who-his-sds-2018.61>
- WHO. (2023). Noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Who. (2024). Memperkuat keamanan kesehatan: pakar internasional mengkaji kapasitas inti international health regulation indonesia. [https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/11-01-2024-strengthening-health-security--international-experts-assess-indonesia-s-international-health-regulation-\(ihr\)-core-capacities](https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/11-01-2024-strengthening-health-security--international-experts-assess-indonesia-s-international-health-regulation-(ihr)-core-capacities)
- Widiastuti, A., Azizah, N., Indryani, Ismawati, Tahir, A., Haslan, H., Kurniasih, H., Hutomo, C. S., Sumiyati, & Bayu, N. (2021). Epidemiologi Kesehatan Reproduksi (R. Watrionthos (ed.); 1st ed., Vol. 1). Yayasan Kita Menulis.
- Winarso, S. P., Faizah, S. N., & Utami, V. N. (2019). Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Berbasis Evidence Based (Pertama). Trans Info Media.
- Winslow, C.E.A. (2012), "The untilled fields of public health", Science, doi: 10.1126/science.51.1306.23.
- Wirth, j. P., rohner, f., petry, n., onyango, a. W., matji, j., bailes, a., de onis, m., & woodruff, b. A. (2017). Assessment of the who stunting framework using ethiopia as a case study. *Maternal & child nutrition*, 13(2), e12310. <https://doi.org/10.1111/mcn.12310>
- World bank. (2013). The double burden of malnutrition in indonesia [text/html]. World bank. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/04/23/the-double-burden-of-malnutrition-in-indonesia>

Biodata Penulis



Kuswanto. SKp. M.HKes, lahir di Karanganyar, 28 Desember. Menyelesaikan kuliah di Akper dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan pada tahun 1996, Sarjana Keperawatan pada tahun 2002 dan Magister Hukum Kesehatan pada tahun 2012. Pada tahun 2013 diangkat menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang. Aktif menulis buku kesehatan.



Dr. Martalina Limbong, S. Kp., M. Kep merupakan Dosen tetap Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Menyelesaikan Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus Tahun 2003, Program Magister Keperawatan di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan lulus 2014 dan menyelesaikan pendidikan Program Doktorat dan lulus Juli 2022.

Sebagai Dosen profesional penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional serta menjadi reviewer di beberapa jurnal, serta aktif sebagai penulis buku dan hingga saat ini telah menulis 20 Buku Referensi, 1 buku monograf dan 1 Buku yang ditulis bersama suami untuk buku Pelayanan Kesehatan yaitu Sehat Holistik. Publikasi Ilmiah berupa prosiding, jurnal, buku dan HAKi yang tercatat di Google Scholar dan Sinta.

Silahkan kunjungi <https://scholar.google.com/citations?user=rqZwVaEAAAAJ&hl=en>



Lina Alfiyani. Saat ini sebagai dosen tetap Program Studi Administrasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Madiun. Mengampu mata kuliah dasar ilmu kesehatan masyarakat, dasar epidemiologi, manajemen data, dasar gizi kesehatan masyarakat, metode penelitian administrasi kesehatan dan lainnya.

Telah menulis Buku referensi dan satu buku yang ditulis sendiri, yakni Administrasi Pelayanan Kesehatan, Pengantar Ekonomi Kesehatan, Manajemen Data Statistik dengan SPSS, Kewirausahaan, Epidemiologi Penyakit Tropis dan Metodologi Penelitian. E-mail: la284@ummad.ac.id



Urhuhe Dena Siburian., Lahir di Batubara, menyelesaikan pendidikan SD sampai SMA di Kisaran Kabupaten Asahan, Sumatera Utara. Melanjutkan kuliah S1 di Fakultas kesehatan Masyarakat USU Medan dan melanjutkan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat USU Medan jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Saat ini aktif sebagai dosen di Prodi D III Kebidanan Tapanuli Utara Kemenkes Poltekkes Medan. Penulis mengampu mata kuliah Kewirausahaan dalam Praktek Kebidanan, Gizi dalam Kesehatan

Reproduksi, Sosial Budaya, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Kebidanan Komunitas, Kebidanan Publik dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat. Publikasi dalam jurnal ilmiah terakreditasi nasional dan mendapatkan hak cipta atas karya yang dihasilkan.



Taruli Rohana Sinaga lahir di Kampung Baru, pada tanggal 16 Oktober 1971. Penulis menyelesaikan studi S1 pada Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga di Institut Pertanian Bogor. Selanjutnya penulis menyelesaikan studi S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI pada tahun 2009. Sejak tahun 2000 sampai sekarang penulis memulai karir sebagai dosen di Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan. Penulis menyelesaikan studi S3 di Lincoln University College Kuala Lumpur Malaysia. Di samping mengajar penulis juga aktif di Asosiasi Instituti Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat sebagai Wakil Ketua Bidang Pengembangan Organisasi AIPTKMI Wilayah Barat periode tahun 2023-2026. dan Asosiasi Profesi Kesehatan Masyarakat IAKMI Provinsi Sumatera Utara sebagai Wakil Ketua IV dari tahun 2017 sampai tahun 2020. Mendapat penghargaan Satya Lencana Tri Dharma 10 Tahun dari LL Dikti Wilayah Sumatera Utara tahun 2022, dan penghargaan sebagai reviewer dan panel expert dari Komite Nasional UKSKMI berturut-turut tahun 2017, 2018 dan 2019. Pernah membawa oral presentasi tingkat nasional pada Forum Ilmiah Tahunan IAKMI tahun 2021, 2022 dan 2023 juga tingkat internasional di Thailand pada tahun 2017, 2018 dan 2019. Juga sebagai narasumber tingkat nasional dan internasional tahun 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 dan 2022. Sebagai guest lecturer di Thailand dan Laos pada tahun 2018, 2020, 2021 dan 2022. Berperan dalam kegiatan MBKM Kemdikbud Ristekdikti dalam Program Kegiatan Kampus Mengajar tahun 2022.



Sumiyati, lahir di Cilacap, 31 Juli 1973, telah menyelesaikan S1 Program Studi Ilmu Keperawatan FK UGM dan Profesi Ners FK UGM Yogyakarta Tahun 2005 dan S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Kesehatan Ibu-Anak & Kesehatan Reproduksi (KIA-Kespro) FK UGM Yogyakarta Tahun 2014.

Saat ini aktif sebagai Dosen Tetap di Poltekkes Kemenkes Semarang (sejak 1998 sampai sekarang). Beberapa buku yang sudah diterbitkan yaitu Buku Saku Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal (2017); Buku Saku Bayi dan

Balita Sehat (2018); Keterampilan Dasar Kebidanan Teori dan Praktik (2020); Anatomi Fisiologi (2021); Epidemiologi Kesehatan Reproduksi (2021); Gizi Reproduksi (2021); Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2022); Keterampilan Keperawatan Postnatal (2023).

Email: 007sumiyati@gmail.com



apt. Putri Amelia Rooswita, S.Farm., M.Farm. – lahir pada tanggal 30 April 1995 di Pringsewu, Lampung. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan S1 pada tahun 2017 dan Profesi Apoteker pada tahun 2018 di Universitas Ahmad Dahlan serta Pendidikan S2 di Universitas Airlangga tahun 2021 dengan gelar Magister Farmasi. Saat ini penulis aktif sebagai dosen Manajemen Farmasi di Program Studi Institut Teknologi Sumatera dan menjabat sebagai Koordinator Kemahasiswaan Prodi Farmasi ITERA. Sebelumnya, penulis pernah berkarir sebagai

Apoteker Penanggungjawab Apotek di salah satu apotek di Lampung. Beberapa karya ilmiah yang telah dihasilkan seperti menulis buku ilmiah diantaranya Biologi Molekuler, Pengantar Ilmu Kesehatan, dan Dasar Metodologi Klinis, menerbitkan beberapa jurnal penelitian maupun pKM pada beberapa jurnal terakreditasi Sinta dan terindeks Scopus, serta menjadi presenter oral dan poster pada beberapa pertemuan ilmiah baik nasional maupun internasional.

Hubungi penulis melalui email: putri.a.rooswita@gmail.com



Fajaria Nur Aini. Saat ini aktif sebagai dosen di Prodi Kebidanan Purwokerto Program Diploma III Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang. Aktif mengajar sejak 2012 dan mata kuliah yang diampu antara lain: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Komunitas, Obstetri dan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Basic Life Support.

Sebelum menjadi dosen, penulis mempunyai pengalaman klinis selama 2 tahun di puskesmas sebagai bidan desa.

E-mail: fajaria.aini@gmail.com



Tri Yatmi, S.Kep., Ns, saat ini merupakan mahasiswa aktif di Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Lulus Sarjana Keperawatan (S.Kep) dari Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2018 dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners (Ns) pada tahun 2019 di Universitas Gadjah Mada.

E-mail: triyatmi95@gmail.com



Indriyati Hadi Sulistyaningrum adalah dosen Program studi sarjana dan apoteker Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Islam Sultan Agung, Semarang, Indonesia. Minat penelitiannya adalah di bidang farmasi klinis, farmasi sosial, dan kesehatan masyarakat. Beliau memiliki banyak pengalaman dalam melakukan penelitian dan menerbitkan beberapa artikel di jurnal Indonesia dan Internasional. Dia juga seorang reviewer jurnal. Beliau dapat dihubungi melalui email: indriyati@unissula.ac.id.

Kesehatan Masyarakat

Konsep dan Implikasinya

Kesehatan masyarakat memainkan peran kritis dalam meningkatkan kesehatan populasi secara keseluruhan. Dengan mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu dan pendekatan, kesehatan masyarakat tidak hanya berfokus pada pencegahan dan pengendalian penyakit tetapi juga pada promosi kesehatan dan penciptaan kebijakan yang mendukung lingkungan sehat. Upaya kesehatan masyarakat yang efektif membutuhkan kolaborasi lintas sektor dan keterlibatan aktif dari semua elemen masyarakat untuk mencapai hasil yang optimal dan berkelanjutan.

Buku ini berisikan tentang informasi bagaimana pemahaman tentang :

Bab 1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

Bab 2 Epidemiologi: Dasar Penyakit dan Penyebarannya

Bab 3 Sistem Kesehatan Masyarakat: Struktur dan Fungsi

Bab 4 Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Bab 5 Peran Gizi Dalam Kesehatan Masyarakat

Bab 6 Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Bab 7 Penyakit Menular dan Upaya Pengendalian Penyebarannya

Bab 8 Kesehatan Anak dan Kesejahteraan Keluarga

Bab 9 Penyakit Tidak Menular: Pencegahan dan Pengelolaannya

Bab 10 Kesehatan global: Tantangan dan Peluang



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-113-323-6

